

L 4 KA 2/07

Land

Schleswig-Holstein

Sozialgericht

Schleswig-Holsteinisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

4

1. Instanz

SG Kiel (SHS)

Aktenzeichen

S 13 KA 303/04

Datum

17.10.2006

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 2/07

Datum

03.02.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ein Honoraranspruch des Zahnarztes besteht nicht für Zahnersatzleistungen, die unter Verstoß gegen die Regelungen der "Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen" (BMV-Z Anlage 12) erbracht worden sind.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 17. Oktober 2006 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte den Honoraranspruch der Klägerin für eine Zahnersatzversorgung zu Recht abgelehnt hat.

Die Klägerin ist eine in L niedergelassene Vertragszahnärztin. Mit Datum vom 26. November 1996 erhielt die Beigeladene einen von der Klägerin erstellten Heil- und Kostenplan über geschätzte Gesamtkosten in Höhe von 11.325,98 DM für die prothetische Versorgung von Ober- und Unterkiefer sowie außerdem einen Antrag für eine Parodontalbehandlung für die bei der Beigeladenen versicherte R P (geb. 1948). Die Beigeladene ließ den Heil- und Kostenplan durch den Zahnarzt Dr. H begutachten, der eine prothetische Versorgung der Restzähne im Oberkiefer als medizinisch indiziert ansah, hinsichtlich des Unterkiefers davon ausging, dass die vorhandene Versorgung mit einer Metallgussprothese ausreiche und im Übrigen eine parodontale Vorbehandlung für dringend erforderlich hielt. Mit Datum vom 5. Dezember 1996 übersandte die Klägerin der Beigeladenen einen zweiten Heil- und Kostenplan für eine prothetische Versorgung der Versicherten R P allein im Oberkiefer über geschätzte Gesamtkosten in Höhe von 6.298,61 DM. Mit Schreiben vom 12. Dezember 1996 sandte die Beigeladene der Klägerin den PA-Plan der Versicherten R P bewilligt zurück und bat um erneute Übersendung eines Heil- und Kostenplanes nach abgeschlossener Behandlung. Die Klägerin begann mit der Zahnersatzbehandlung im Oberkiefer am 5. Dezember 1996 und schloss diese am 23. Dezember 1996 ab.

Die Beigeladene lehnte die Beteiligung an den Kosten des Zahnersatzes mit der Begründung ab, nach der PA-Abrechnung sei die Parodontalbehandlung am 16. Januar 1997 beendet, der Zahnersatz jedoch bereits am 23. Dezember 1996 eingegliedert worden. Damit habe die Klägerin gegen die Vorschriften insbesondere des § 2 der Anlage 12 zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) verstoßen, wonach erst nach Rückgabe des Heil- und Kostenplanes an den Zahnarzt mit der prothetischen Behandlung begonnen werden solle. Außerdem sei ihr durch dieses Verhalten die Möglichkeit verwehrt, eine Nachbegutachtung des Heil- und Kostenplanes vom 5. Dezember 1996 durchführen zu lassen. In dem von der Klägerin über ihren Vergütungsanspruch gegen die Beigeladene geführten Rechtsstreit blieben Klage (Sozialgericht Kiel [S 13 KA 240/99](#)), Berufung (Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht [L 1 KR 49/00](#)) und Revision ([B 1 KR 29/02 R](#)) ohne Erfolg. Das Bundessozialgericht (BSG) legte mit Urteil vom 25. März 2003 dar, die Feststellungsklage sei jedenfalls deshalb unzulässig, weil die Klägerin ihre Rechte mit einer Gestaltungs- oder Leistungsklage verfolgen könne. Wenn der Vertragszahnarzt die prothetische Versorgung ungeachtet der fehlenden Genehmigung der Krankenkasse bereits durchgeführt habe, könne und müsse er gegebenenfalls unmittelbar auf Vergütung der erbrachten Leistungen klagen. Ob die Genehmigung hätte erteilt werden müssen, sei dann nur noch eine Vorfrage für die Entscheidung über den Vergütungsanspruch. Weiter heißt es in dem Urteil, der mit der Vorlage des Behandlungsplans und dem Genehmigungserfordernis verfolgte Zweck entfalle (jedoch), wenn die Zahnersatzversorgung bereits durchgeführt worden sei. Eine nachträgliche Genehmigung durch die Krankenkasse ergebe dann keinen Sinn mehr. Dabei könne dahinstehen, ob die vorherige Genehmigung der prothetischen Behandlung schon vor Inkrafttreten der jetzigen gesetzlichen Regelung in [§ 30 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) eine zwingende Voraussetzung für den Leistungsanspruch des Versicherten und damit auch für den Vergütungsanspruch des Zahnarztes gewesen sei oder ob wegen der Formulierung des § 2 Abs. 2 der Anlage 12 zum BMV-Z als Sollvorschrift das Fehlen der Genehmigung früher einen Vergütungsanspruch nicht in jedem Fall ausgeschlossen habe (unter Hinweis auf die

Auffassung des 6. Senats des BSG im Urte. v. 22. Juni 1983, [BSGE 55, 150](#), 158). Denn auch wenn Ersteres anzunehmen wäre, hätte darüber die KZÄV im Vergütungsstreit zu befinden.

Im September 2003 machte die Klägerin den Vergütungsanspruch für die im Dezember 1996 bei der Versicherten R P durchgeführte Zahnersatzbehandlung gegenüber der Beklagten geltend. Diese lehnte das Vergütungsbegehren mit Bescheid vom 11. November 2003 ab. Die Klägerin habe das Genehmigungsverfahren nach § 2 Abs. 2 der Anlage 12 zum BMV-Z nicht eingehalten. Danach solle mit der prothetischen Behandlung erst nach Erteilung der Kostenübernahmeerklärung und Rückgabe des Heil- und Kostenplanes an den Zahnarzt begonnen werden. Dieser Weg sei von der Klägerin nicht eingehalten worden, da diese ohne Kostenübernahmeerklärung mit der Behandlung begonnen und diese auch zu Ende geführt habe. Daher bestehe grundsätzlich kein vertragszahnärztlicher Vergütungsanspruch. Ein sachlicher Grund, der die vorzeitige Behandlung im Ausnahmefall rechtfertige, liege nicht vor.

Mit ihrem hiergegen gerichteten Widerspruch führte die Klägerin aus, sie habe einen sachlichen Grund gehabt, mit der Behandlung zu beginnen und diese auch fortzusetzen. Die Prothese der Versicherten sei defekt gewesen. Es habe sich um eine Notfallversorgung gehandelt. Der Restzahnbestand habe sich auf 5 defekte Frontzähne beschränkt. Eine Kaumöglichkeit habe für die Versicherte nicht mehr bestanden. Außerdem habe die Beklagte selbst darüber zu entscheiden, ob eine Nachholung oder Ersetzung der Genehmigung aufgrund des vorliegenden Ausnahmefalles möglich sei.

Mit Beschluss/Widerspruchsbescheid vom 16. August 2004 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Behandlung sei unter Verstoß gegen das formale Genehmigungserfordernis des [§ 30 Abs. 4 SGB V](#) sowie § 2 Abs. 2 der Anlage 12 zum BMV-Z durchgeführt worden. Eine vorherige Genehmigung für die prothetische Versorgung im Oberkiefer habe nicht vorgelegen. Vielmehr sei der ursprüngliche Heil- und Kostenplan, der eine Versorgung im Ober- und Unterkiefer vorgesehen habe, ausdrücklich abgelehnt worden; des Weiteren sei die Vertragszahnärztin mit Schreiben vom 12. Dezember 1996 darauf hingewiesen worden, dass ein neuer Heil- und Kostenplan für den Oberkiefer nach Abschluss der PAR-Behandlung einzureichen sei. Nach den eigenen Eintragungen der Vertragszahnärztin im PAR-Status sei die PAR-Behandlung jedoch erst am 16. Januar 1997 abgeschlossen worden. Die Einhaltung des Genehmigungsverfahrens sei vorliegend auch nicht im Ausnahmefall verzichtbar gewesen. Die gemäß Urteil des BSG der KZV obliegende Prüfung, ob eine Nachholung oder Ersetzung der Genehmigung in Betracht komme, ergebe, dass dies nicht der Fall sei. Eine Nachholung der Kostenübernahmeerklärung sei von der Beigeladenen im Laufe des Verfahrens wiederholt und nachdrücklich abgelehnt worden. Da durch den vorzeitigen Beginn der Zahnersatz-Behandlung eine Prüfung, ob eine hinreichende parodontale Vorbehandlung durchgeführt worden und die Behandlung somit richtlinienkonform erfolgt sei, von der Vertragszahnärztin vereitelt worden sei, sei eine Nachholung der Genehmigung auch nicht mehr möglich. Aber auch eine Ersetzung der Genehmigung komme nicht in Betracht. Eine Ersetzung, d.h. einen Verzicht auf das vorherige Genehmigungserfordernis, sehe die Vorschrift des § 1 Abs. 2 der Anlage 12 zum BMV-Z nur vor, soweit Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen, Brücken und Prothesen einschließlich Erweiterung vorgenommen würden (ggf. i.V.m. zusätzlichen Leistungen nach den Pos. 18,19,21,93,98f,g,h sowie für die Erneuerung des Primär- oder Sekundärteils einer Teleskop- oder Konuskronen). Da es sich bei der Bestimmung des § 2 Abs. 2 der Anlage 12 zum BMV-Z um eine "Soll"-Vorschrift handele, sei das Vorliegen einer Kostenübernahmeerklärung des Weiteren verzichtbar in atypischen Ausnahmefällen, insbesondere in solchen, in denen das Abwarten der Genehmigung für die Beteiligten nicht zumutbar sei. Um einen solchen Fall handele es sich vorliegend jedoch nicht. Zwar sei nach dem Gutachten des Dr. H , das sich auf den ursprünglichen Heil- und Kostenplan vom 26. November 1996 bezogen habe, die medizinische Versorgung im Oberkiefer indiziert gewesen, jedoch sei eine parodontale Vorbehandlung erforderlich gewesen; bereits hieraus ergebe sich, dass eine sofortige Durchführung der ZE-Versorgung nicht angezeigt gewesen sei. Einen Notfall, der eine ohne jeglichen Zeitverlust durchzuführende ZE-Versorgung bedingt hätte, habe der Gutachter nicht festgestellt. Auch sei im Rahmen der ZE-Behandlung keine Exzision durchgeführt worden. Des Weiteren wiesen insbesondere die zahnärztlichen Mitglieder der Widerspruchsstelle darauf hin, dass die Vornahme einer definitiven Versorgung als Notfallbehandlung fachlich nicht sinnvoll sei. Im Rahmen einer Notfallversorgung wäre vielmehr eine provisorische Versorgung angezeigt gewesen. Weiterhin sei auch die schnelle Abfolge von PAR-Behandlung (Oberkiefer-Behandlung am 4. Dezember 1996) und Beginn der ZE-Versorgung mit der Präparation am 5. Dezember 1996 fachlich nicht nachvollziehbar. Es liege somit ein nicht heilbarer Verstoß gegen das formale Genehmigungserfordernis vor, der dazu führe, dass ein Vergütungsanspruch für die durchgeführte Versorgung nicht bestehe.

Gegen den ihr am 3. Dezember 2004 zugestellten Bescheid hat die Klägerin am 30. Dezember 2004 Klage bei dem Sozialgericht Kiel erhoben und zur Begründung ausgeführt: Ein beigefügtes Foto des Restzahnbestandes der Versicherten belege, dass die Patientin nicht mehr über eine Kaufunktion verfügt habe. Wenn die Genehmigung hätte abgewartet werden sollen, wäre eine Behandlung mit Zahnersatz erst nach mehreren Monaten möglich gewesen. Eine Übergangsprothese hätte nur zu einem minimalen optischen Verbesserungseffekt geführt. Außerdem wären sowohl für die Patientin als auch für die Kasse Mehrkosten in Höhe von etwa 800 Euro entstanden. Zu bedenken sei darüber hinaus, dass es sich bei der Patientin um eine ältere Versicherte gehandelt habe, die gerade aus den neuen Bundesländern ohne Zähne eingereist gewesen sei. Dieser Zustand habe so schnell wie möglich beseitigt werden sollen, zumal Weihnachten vor der Tür gestanden habe und das gemeinsame Weihnachtsessen mit der Familie nicht an den fehlenden Zähnen scheitern sollen. Die Patientin sei mit der neuen Prothese im Oberkiefer vollends zufrieden gewesen. Es habe zudem um die Jahreswende das Gerücht gegeben, dass die Krankenkassen bestimmte Zahnersatzversorgungen nicht mehr zahlen würden. Somit sei der Verdacht entstanden, die Kasse schiebe ihre Entscheidung über den Heil- und Kostenplan auf, um eventuelle Kosten zu sparen.

Die Klägerin hat beantragt,

den Bescheid vom 11. November 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 16. August 2004, zugestellt am 3. Dezember 2004, aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die beantragte Vergütung für die zahnärztliche Versorgung der Patientin R P zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich insbesondere auf die Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden bezogen und ergänzend ausgeführt: Wie sich aus dem PAR-Plan ergebe, habe die Versicherte 1996 bereits seit 12 Jahren einen herausnehmbaren Zahnersatz gehabt. Ihre Entscheidung entspreche dem Zweck des Genehmigungsverfahrens. Die Klägerin habe die Genehmigung des Heil- und Kostenplanes nicht abgewartet.

Ein Ausnahmefall liege nicht vor. Der Vortrag der Klägerin überzeuge nicht. Die mangelnde Kauffunktion könne nicht durch ein Foto des Restzahnbestandes bewiesen werden und auch nicht durch die Bemerkung im Parodontalstatus über den 12 Jahre alten vorhandenen Zahnersatz. Der Vortrag bezüglich des minimalen optischen Verbesserungseffekts durch provisorische Versorgung sei viel sagend. Der Vergütungsanspruch der Klägerin sei überdies seit 2001 verjährt.

Die Klägerin ist dem Verjährungseinwand entgegengetreten. Es müsse berücksichtigt werden, dass der Lauf der Verjährung im vorliegenden Fall durch gerichtliche Geltendmachung unterbrochen worden sei. Die Beklagte sei in dem vorangegangenen Verfahren gegen die Krankenkasse beigeladen gewesen.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 17. Oktober 2006 abgewiesen. Nach § 19 BMV-Z obliege es den kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die vom Zahnarzt eingereichten Honorarforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und gegebenenfalls zu berichtigen. Dazu gehörten auch die von dem Zahnarzt in Rechnung gestellten (Fremd-) Laborkosten, wenn Leistungen berechnet würden, die nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen nicht abrechnungsfähig seien. Vorliegend sei die Vergütung für die prothetische Versorgung des Oberkiefers der Versicherten R P nicht abrechnungsfähig. Nach § 1 Abs. 1 der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Anlage 12 zum BMV-Z) stelle der Vertragszahnarzt anhand der Diagnose einen Heil- und Kostenplan auf, der der Krankenkasse vorzulegen sei. Die Krankenkasse könne diesen Plan entweder vollständig genehmigen und gebe ihn dann über den Patienten an den Zahnarzt zurück (§ 2 Abs. 1) oder sie leite das Gutachterverfahren ein (§ 3 Abs. 1), nach dessen Durchführung sie vollständig genehmigen, vollständig ablehnen oder differenziert entscheiden dürfe. Diese Verfahrensweise sei von der Klägerin nicht eingehalten worden. Der von ihr am 5. Dezember 1996 bei der Beigeladenen eingereichte Heil- und Kostenplan sei von der Beigeladenen nicht genehmigt worden, weil bei der Versicherten nach vorgenommener Begutachtung durch Dr. H vorrangig eine Parodontosebehandlung hätte durchgeführt werden müssen. Dennoch habe die Klägerin ihre Behandlung bei der Versicherten fortgesetzt und den Unterkiefer (gemeint: Oberkiefer) der Versicherten mit einer Prothese versorgt. Damit liege ein Verstoß gegen das formale Genehmigungserfordernis des [§ 30 Abs. 4 SGB V](#) sowie § 2 Abs. 2 der Anlage 12 zum BMV-Z vor. Die Einhaltung dieses Genehmigungsverfahrens sei zwingend. Sie schaffe für den Zahnarzt insoweit Rechtssicherheit, als gemäß § 2 Abs. 3 der Anlage 12 zum BMV-Z Behandlungen, für die die Krankenkasse aufgrund eines Heil- und Kostenplanes die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt habe, nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit unterlägen. Die Genehmigung des Heil- und Kostenplanes durch die Krankenkasse bringe damit für alle Beteiligten, auch für die Krankenkasse und die kassenzahnärztliche Vereinigung, zum Ausdruck, dass die geplante Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen ausreichend und zweckmäßig sei, das Maß des Notwendigen nicht überschreite und wirtschaftlich erbracht werde ([§§ 12 Abs. 1, 70 Abs. 1 SGB V](#)). Deshalb solle auch mit der prothetischen Behandlung erst nach Rückgabe des Heil- und Kostenplanes an den Zahnarzt begonnen werden (§ 2 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 12 zum BMV-Z). Das auf bundesmantelvertraglicher Ebene von den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung geschaffene Regelwerk zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen stelle sich damit als ein in sich geschlossenes System dar, das das Procedere der Versorgung in diesem Bereich abschließend normiere. Gleichzeitig kennzeichne die als Soll-Vorschrift ausgestaltete Norm des § 2 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 12 zum BMV-Z, dass im Ausnahmefall hiervon abgewichen werden könne. Anhaltspunkte für eine Notfallbehandlung ergäben sich weder aus der Akte noch aus dem Vorbringen der Klägerin. Gegen einen Notfall spreche bereits der Behandlungsablauf. Denn die Klägerin habe schon am 26. November 1996 einen Heil- und Kostenplan für die Versicherte R P erstellt gehabt, die sich bereits seit dem 14. November 1996 bei ihr in Behandlung befunden habe. Gründe, weshalb zunächst eine provisorische Behandlung bei der Versicherten nicht möglich gewesen sein sollte, seien nicht ersichtlich. Aus dem eigenen Vorbringen der Klägerin, wonach eine provisorische Maßnahme zusätzliche Kosten verursacht und außerdem lediglich zu einem minimalen optischen Verbesserungseffekt geführt hätte, entnehme die Kammer, dass medizinische Gründe einer provisorischen Versorgung der Versicherten selbst aus Sicht der Klägerin nicht entgegengestanden hätten. Der weitere Vortrag der Klägerin, es habe sich bei der Versicherten um eine ältere Patientin gehandelt, erschließe sich für die Kammer nicht nachvollziehbar; die Versicherte, Jahrgang 1948, sei zum Behandlungszeitpunkt 48 Jahre alt gewesen. Die Bezugnahme auf die neuen Bundesländer ergebe nach Auffassung der Kammer keinen Sinnzusammenhang im Hinblick auf einen Ausnahmetatbestand zu § 2 Abs. 2 der Anlage 12 zum BMV-Z. Ebenso führe der Aspekt, dass zum Behandlungszeitpunkt die Weihnachtstage vor der Tür gestanden hätten, nicht zur Begründung eines Ausnahmefalles im Sinne der Vorschrift über das Genehmigungserfordernis. Hierfür sei ein medizinischer Sachzusammenhang erforderlich. Soweit die Klägerin auch in der mündlichen Verhandlung noch einmal ausgeführt habe, sie habe ihr Vorgehen mit dem Gutachter Dr. H telefonisch abgestimmt, seien der Akte Anhaltspunkte hierfür nicht zu entnehmen. Der Widerspruchsbescheid der Beigeladenen vom 25. Februar 1998, der Gegenstand der vorangegangenen Gerichtsverfahren gewesen sei, beinhalte, dass am 7. Februar 1997 ein Telefonat zwischen der Sachbearbeiterin bei der Beigeladenen und dem Gutachter Dr. H stattgefunden habe. Dr. H habe ausdrücklich klargestellt, dass er weder telefonisch noch schriftlich eine Genehmigung erteilt habe, wozu er auch nicht berechtigt gewesen wäre. Überdies wäre auch eine telefonische Abstimmung nicht verbindlich, da ihr mangels Schriftlichkeit die Zusageeigenschaft fehle. Die Kammer halte deshalb eine Beweisaufnahme bezüglich dieser Behauptung der Klägerin für nicht erforderlich.

Gegen das ihr am 12. Januar 2007 zugestellte Urteil richtet sich die am 12. Februar 2007 eingegangene Berufung der Klägerin, zu deren Begründung sie vorträgt: Das Sozialgericht sei zwar zutreffend davon ausgegangen, dass ein atypischer Ausnahmefall vorliege, wenn das Abwarten der Genehmigung für die Beteiligten, insbesondere den Versicherten, nicht zumutbar sei. Es habe dann jedoch diese Frage auf medizinische Gründe reduziert; damit werde die Frage der Zumutbarkeit nicht umfassend gewürdigt. Sie stelle zwar nicht in Abrede, dass eine provisorische Behandlung durch eine Übergangsprothese möglich gewesen wäre, habe jedoch gleichzeitig auf den minimalen optischen Verbesserungseffekt und auf die erheblichen Mehrkosten hingewiesen, die dadurch entstanden wären. Dies könne bei der Prüfung der Zumutbarkeit nicht außer Acht gelassen werden. Schon das Ziel, unnötige Mehrkosten zu vermeiden, müsse als zureichender Grund für die Ausnahme von der Regel anerkannt werden. Die persönlichen Umstände – bevorstehendes Weihnachtsfest – seien noch hinzugekommen. Etwas Anderes könnte nur dann gelten, wenn die tatsächlich durchgeführte Behandlung nicht angemessen gewesen wäre; dies habe jedoch auch das Sozialgericht nicht festgestellt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 17. Oktober 2006 und den Bescheid der Beklagten vom 11. November 2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 16. August 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr für die Oberkiefer-Zahnersatzbehandlung der Versicherten der Beigeladenen R P im Dezember 1996 Vergütung in Höhe von 3.220,43 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf ihr bisheriges Vorbringen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakte, die Vorprozessakte [S 13 KA 240/99 \(L 1 KR 49/00\)](#) sowie den Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen, die auch Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung des Senats gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte ([§ 143](#) i. V. m. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Vergütungsanspruch für die gegenüber der Versicherten der Beigeladenen, R P , im Dezember 1996 erbrachten Zahnersatzleistungen im Oberkiefer.

Nach § 19 Buchst. a) Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) obliegt es den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die vom Zahnarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Es ist in ständiger Rechtsprechung anerkannt, dass die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honoraranforderung auf der Grundlage der Bundesmantelverträge nicht nur rechnerische und gebührenordnungsmäßige Fehler, sondern auch Verstöße gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung und -abrechnung erfasst (zusammenfassend BSG, Urt. v. 22. März 2006 - [B 6 KA 46/04 R](#) , [BSGE 96, 99](#); juris Rn. 11 mit Nachweisen zu den verschiedenen in der Rechtsprechung des BSG behandelten Fallgestaltungen).

Ein solcher den Honoraranspruch insgesamt ausschließender Verstoß liegt hier vor. Die Klägerin hat bei der Leistungserbringung die Regelung in § 2 Abs. 2 Anlage 12 zum BMV-Z in Verbindung mit § 2 Abs. 3 BMV-Z in der 1996 gültigen Fassung nicht beachtet. Nach der letztgenannten Vorschrift können sich u. a. im Falle der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen die Krankenkassen eines Gutachterverfahrens bedienen, das in den Vereinbarungen zwischen den Partnern dieses Vertrages geregelt wird (insoweit: Anlage 12). Nach § 1 Anlage 12 BMV-Z stellt der Kassenzahnarzt einen Heil- und Kostenplan auf, der der Krankenkasse vorzulegen ist. Nach § 2 Abs. 1 Anlage 12 BMV-Z gibt die Krankenkasse bei Kostenübernahme bzw. -bezuschung den Heil- und Kostenplan über den Patienten an den Zahnarzt zurück. Nach § 2 Abs. 2 Satz 1 Anlage 12 BMV-Z in der zum Zeitpunkt der Durchführung der Behandlung der Versicherten R P im Dezember 1996 gültigen Fassung soll erst nach Rückgabe des Heil- und Kostenplanes an den Zahnarzt mit der prothetischen Behandlung begonnen werden. In § 3 Anlage 12 BMV-Z ist sodann das Verfahren im Falle der Begutachtung geregelt.

Unzweifelhaft hat die Klägerin die hier allein streitige Zahnersatzbehandlung des Oberkiefers der Versicherten R P bereits vor der Rückgabe und Befürwortung des Heil- und Kostenplanes durch die Beigeladene begonnen und abgeschlossen. Der erste vom 26. November 1996 datierende und die Versorgung sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer umfassende Heil- und Kostenplan wurde nämlich von dem von der Beigeladenen beauftragten Gutachter Dr. H nicht befürwortet, weil dieser eine (Neu-)Ver-sorgung nur im Oberkiefer für medizinisch indiziert, allerdings insoweit eine parodontale Vorbehandlung für dringend erforderlich hielt. Auch der zweite unter dem 5. Dezember 1996 erstellte und nur die Oberkieferversorgung umfassende Heil- und Kostenplan wurde von der Beigeladenen nicht genehmigt. Vielmehr teilte diese mit Schreiben vom 12. Dezember 1996, mit dem sie den Plan für die Parodontalbehandlung bewilligt zurücksandte, der Klägerin mit, dass diese nach abgeschlossener (Parodontal-) Behandlung erneut einen Heil- und Kostenplan einreichen möge. Die Klägerin hatte jedoch die Eingliederung des Oberkiefer-Zahnersatzes bereits am 5. Dezember 1996 begonnen und schloss diese am 23. Dezember 1996 ab. Sie begann demnach mit der Behandlung bereits an dem Tag, an dem sie den letztlich gültigen Heil- und Kostenplan erstellte und sie hielt zudem die Vorgabe hinsichtlich der vorherigen Parodontalbehandlung nicht ein.

Der demnach unzweifelhaft vorliegende Verstoß gegen die genannten Vorschriften des BMV-Z bzw. der Anlage 12 zum BMV-Z führt im vorliegenden Fall zur Nichtabrechenbarkeit der Leistungen. Zwar beinhaltet § 2 Abs. 2 Satz 1 Anlage 12 BMV-Z in der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Fassung lediglich eine "Soll"-Vorschrift. [§ 30 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#), wonach die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz nach Abs. 1 vor Beginn der Behandlung "der Genehmigung bedarf", galt in dieser Form erst mit Wirkung vom 1. Januar 1999 (Gesetz vom 19. Dezember 1998, [BGBl. I S. 3853](#)). Der unterschiedliche Wortlaut des § 2 Abs. 2 Satz 1 Anlage 12 BMV-Z einerseits und des [§ 30 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) andererseits legt es zunächst nahe, dass nach der erstgenannten Vorschrift die Prüfung und Genehmigung des Heil- und Kostenplanes vor Behandlungsbeginns keine zwingende Leistungsvoraussetzung war. Bei näherer Prüfung ergeben sich allerdings keine entscheidenden Unterschiede zwischen beiden Vorschriften. So bedeutet die Verwendung des Wortes "soll" im allgemeinen juristischen Sprachgebrauch, dass die Voraussetzung im Regelfall eingehalten werden muss und nur in atypischen Ausnahmefällen davon abgewichen werden kann. Hierfür sprechen auch Sinn und Zweck sowie der systematische Zusammenhang der Regelung in § 2 Abs. 2 Anlage 12 BMV-Z. Nach der Rechtsprechung des BSG rechtfertigt sich das Genehmigungserfordernis daraus, dass die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Zahnersatzversorgung anhand von Röntgenaufnahmen und Voruntersuchungen (Vitalitätsprüfung, Parodontalzustand usw.) vor einer Zahnersatzversorgung gut beurteilt werden kann, während eine Prüfung nach der endgültigen Eingliederung des Zahnersatzes auf besondere Schwierigkeiten stoßen würde (vgl. S. 6 des Urteils des BSG vom 25. März 2003 in dem Revisionsverfahren im Vorprozess gegen die Beigeladene m. w. Nachw.). Dementsprechend folgt gemäß § 2 Abs. 3 Anlage 12 BMV-Z aus der Genehmigung des Heil- und Kostenplanes, dass Behandlungen, für die die Krankenkasse die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit unterliegen. Dieser systematische Zusammenhang bestätigt den Zweck der Vorlage, Prüfung und Genehmigung eines Heil- und Kostenplanes vor Durchführung einer Zahnersatzbehandlung, nämlich die Feststellung der Grundvoraussetzungen für eine Versorgung mit Zahnersatz als Leistung im Rahmen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung vor Behandlungsbeginn, und spricht dafür, dass die Verwendung des Begriffs "soll" in § 2 Abs. 2 Satz 1 Anlage 12 BMV-Z entsprechend dem allgemeinen juristischen Sprachgebrauch für den Regelfall ein "Muss" bedeutet, von dem nur in besonders gelagerten Ausnahmefällen abgewichen werden kann. In derartigen Fällen ist eine Ausnahme allerdings auch unter Geltung des [§ 30 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) möglich, sofern die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) vorliegen, d.h. es sich entweder um eine unaufschiebbare Notfallbehandlung handelt oder wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt bzw. die Beurteilung des Heil-

und Kostenplanes ohne Grund so hinausgezögert hat, dass dem Versicherten ein längeres Zuwarten nicht zumutbar war (zur Anwendung des [§ 13 Abs. 3](#), 1. Alt. SGB V im Rahmen des [§ 30 Abs. 4 SGB V](#) vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14. September 2004 - [L 11 KR 2808/03](#), veröffentl. in juris). Eine Notfallbehandlung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) wegen Unaufschiebbarkeit liegt nur dann vor, wenn die umstrittene Behandlung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand (BSG, Urt. v. 25. September 2000 - [B 1 KR 5/99 R](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#), juris Rn. 16). Von der weiteren Voraussetzung, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte, kann nach der Rechtsprechung des BSG im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse von dem Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden (BSG, Urt. v. 25. September 2000, [a.a.O.](#)). Letztlich kann man daher unabhängig von der Formulierung des Genehmigungserfordernisses im Rahmen einer "Soll"- oder "Muss"-Vorschrift eine Ausnahme von dem Erfordernis der vorherigen Genehmigung des Heil- und Kostenplanes (nur) annehmen in Fällen einer unaufschiebbaren Leistung in dem vorstehend definierten Sinne, wie es von der Beklagten in den angefochtenen Bescheiden auch angenommen worden ist.

Eine weitergehende Ausnahme von dem Grundsatz, dass mit der Zahnersatzbehandlung erst nach Prüfung und Genehmigung des Heil- und Kostenplanes, ggf. im Rahmen des so genannten Gutachterverfahrens, begonnen werden darf, lässt sich auch aus der vom BSG in dem vorangegangenen Revisionsverfahren zitierten weiteren Entscheidung des BSG vom 22. Juni 1983 ([6 RKa 10/82](#), [BSGE 55, 150](#)) nicht entnehmen. Wenn dort (juris, Rn. 26) ausgeführt ist, die genannte Vorschrift des § 2 Abs. 2 Anlage 12 BMV-Z beinhalte keine zwingende Leistungsvoraussetzung, so ist zum Einen die Relativierung dieser Aussage im darauf folgenden Satz zu berücksichtigen, wonach sich die Fortsetzung einer Behandlung "mitunter aus medizinischen Gründen kaum vermeiden" lassen werde, wenn es nach der Einreichung eines kieferorthopädischen Verlängerungsantrages oder eines berechtigten Heil- und Kostenplanes "bei der Krankenkasse zu Verzögerungen der Bearbeitung" komme. Diese einschränkende Formulierung, wonach es sich zum Einen um medizinische Gründe und zum Anderen um Verzögerungen in der Bearbeitung auf Seiten der Krankenkasse handeln muss, entspricht dem bereits dargelegten Erfordernis einer unaufschiebbaren Leistung in dem definierten Sinne. Es ist zudem zu berücksichtigen, dass Gegenstand der genannten Entscheidung nicht ein Honoraranspruch, sondern eine datenschutzrechtliche Fragestellung war und es sich bei den genannten Ausführungen nicht um tragende Gründe der Entscheidung handelte.

Eine unaufschiebbare Leistung, die eine Ausnahme von dem grundsätzlichen Erfordernis einer vorherigen Genehmigung des Heil- und Kostenplanes rechtfertigen würde, war hier nicht gegeben. Dabei kann insoweit vollinhaltlich auf die Ausführungen des Sozialgerichts verwiesen werden. Die von der Klägerin in der Klagebegründung angeführten Argumente dafür, dass es sich um eine "Notfallbehandlung" gehandelt habe, sind keine medizinischen Gründe, die zu einer Unzumutbarkeit des Abwartens der Genehmigung des Heil- und Kostenplanes seitens der Versicherten geführt hätten. Insbesondere ist weder dargelegt, dass die vorhandene Modellgussprothese so defekt war, dass sie ihre Funktion überhaupt nicht mehr erfüllte und zudem hätte, wie die Klägerin selbst einräumt, durchaus eine provisorische Interimsversorgung erfolgen können (dazu, dass ein "Notfall" lediglich eine provisorische nicht aber eine endgültige Zahnersatzbehandlung rechtfertigt vgl. auch LSG Baden-Württemberg, a.a.O., juris Rz. 25). Zudem war zwar nach dem Vorbringen der Klägerin am 4. Dezember 1996 eine Parodontalbehandlung erfolgt, die jedoch nach der Auffassung des Gutachters Dr. H offenbar nicht ausreichte, da dieser eine parodontale Vorbehandlung nach dem Ergebnis seiner Untersuchung am 5. Dezember 1996 für dringend indiziert hielt. Der entscheidende Grund für die endgültige Eingliederung von Zahnersatz noch im Dezember 1996 dürfte die von der Klägerin selbst vorgetragene unklare Rechtslage bezogen auf die Kostenerstattung für Zahnersatz ab Januar 1997 gewesen sein. Auch diese begründete jedoch keine Unaufschiebbarkeit der Behandlung im Sinne einer medizinischen Indikation.

Mit ihrer Berufungsbegründung wiederholt die Klägerin lediglich ihre bereits mit der Klagebegründung vorgebrachten Argumente für eine Ausnahme von der Regel des Abwartens der Genehmigung des Heil- und Kostenplanes durch die Beigeladene (bevorstehendes Weihnachtsfest, nur minimale optische Verbesserung durch eine Übergangsprothese, erhebliche Mehrkosten hierdurch), die aus den genannten Gründen jedoch eine Ausnahme nicht zu begründen vermögen.

Der Verstoß gegen § 2 Abs. 2 Anlage 12 BMV-Z führt dazu, dass die Leistung nicht zu vergüten ist. Dies gilt unabhängig davon, ob sie ordnungsgemäß ausgeführt wurde oder nicht. Unter diesen Voraussetzungen kann ein Leistungsanspruch auch nicht aus bereicherungsrechtlichen Vorschriften abgeleitet werden (vgl. BSG, Urt. v. 22. März 2006 - [B 6 KA 76/04 R](#), a. a. O., juris Rn. 11 m. w. Nachw.; Urt. des Senats vom 9. Mai 2006 - [L 4 KA 14/04](#), veröffentlicht in juris, Rz. 35/36 m.w. Nachw.). Da die Berufung bereits aus den genannten Gründen unbegründet ist, bedarf es keines Eingehens auf die von der Beklagten erhobene Einrede der Verjährung.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen sind nicht erstattungsfähig, da diese sich nicht mit einem eigenen Sachantrag an dem Kostenrisiko des Verfahrens beteiligt hat ([§§ 154 Abs. 3](#), [162 Abs. 3 VwGO](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2](#) SGG liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2009-04-08