

B 6 KA 9/16 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
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
B 6 KA 9/16 R
Datum

10.05.2017
Kategorie
Urteil

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 9. Dezember 2015 aufgehoben. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 19. Januar 2011 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungs- und des Revisionsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Gründe:

I

1

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

2

Die im Bezirk der beklagten KZÄV niedergelassene beigeladene Vertragszahnärztin gliederte dem bei der Klägerin Versicherten S. im November 2006 in eine Einzelzahnücke eine vollkeramische Krone als Suprakonstruktion auf einem Implantat ein. Die durchgeführte Behandlung entsprach der Therapieplanung aus dem Heil- und Kostenplan, den die Klägerin im Oktober 2006 genehmigt hatte. Außerdem hatte die Klägerin in dem Heil- und Kostenplan wegen des Vorliegens eines Härtefalles einen Festzuschuss in doppelter Höhe festgesetzt. Der Zuschuss war - nicht auf der Grundlage der tatsächlich vorgesehenen implantatgestützten Versorgung, sondern der Festzuschüsse für eine dreigliedrige Brücke - auf insgesamt 801,62 Euro festgesetzt worden. In der der Genehmigung zugrunde liegenden Kostenplanung hatte die beigeladene Zahnärztin folgende Rechnungsbeträge (geschätzt) angegeben:

3

(Zeile 2) Zahnärztliches-Honorar BEMA 13,75 Euro

(Zeile 3) Zahnärztliches-Honorar GOZ (geschätzt) 164,68 Euro

(Zeile 4) Material- und Labor-Kosten (geschätzt) 680,53 Euro

(Zeile 5) Gesamtsumme (geschätzt) 858,96 Euro

4

Nach Abschluss der Behandlung rechnete die Beigeladene gegenüber der Beklagten wie folgt ab:

5

(Zeile 1) ZA-Honorar BEMA 13,75 Euro

(Zeile 3) ZA-Honorar GOZ 164,49 Euro

(Zeile 4) Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl. 595,04 Euro

(Zeile 5) Mat.- und Lab.-Kosten Praxis 15,49 Euro

(Zeile 7) Gesamtsumme 788,77 Euro

6

Daraufhin beantragte die Klägerin bei der Beklagten eine Berichtigung der Abrechnung der Beigeladenen um 473,97 Euro. Dem lag einerseits die Berichtigung um Mehrkosten zugrunde, die die Klägerin auf die Versorgung mit einer vollkeramischen Krone (gleichartige Versorgung) anstelle einer teilverblendeten Krone (Regelversorgung) zurückführte und zum anderen die Kürzung um Positionen aus der Rechnung des zahntechnischen Labors, die nach Auffassung der Klägerin nicht der Zahnkrone, sondern dem Implantat zuzuordnen waren (Implantataufbauten, prothetische Aufbauposten, implantatbedingte Verbindungselemente).

7

Mit Bescheid vom 14.8.2007 erteilte die Beklagte der Klägerin eine Gutschrift aufgrund verschiedener Berichtigungen anderer Zahnersatz-Abrechnungen des Monats November 2006. Die Berichtigung der Abrechnung der Beigeladenen lehnte die Beklagte mit der Begründung ab, Suprakonstruktionen seien nach Nr 6 der Richtlinie zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen für die Festzuschüsse nach [§§ 55, 56 SGB V](#) (Festzuschuss-Richtlinie) in den in der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinie) beschriebenen Ausnahmefällen Gegenstand der Regelversorgung. Hier habe der Ausnahmefall nach Nr 36 Buchst a Zahnersatz-Richtlinie (zahnbegrenzte Einzelzahnücke) vorgelegen, sodass Anspruch auf einen Festzuschuss bestanden habe. Die für solche Fälle vorgesehene Regelversorgung sei eine nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) und dem Bundeseinheitlichen Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) 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. Die gleichartige Versorgung sei zutreffend nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) abgerechnet worden. Die Beigeladene habe die angegebenen Kosten der Behandlung von 788,77 Euro auch in vollem Umfang abrechnen dürfen, da sie noch unter dem bewilligten Festzuschuss von 801,62 Euro gelegen hätten.

8

Widerspruch und Klage der Klägerin blieben ohne Erfolg. Auf die Berufung der Klägerin hat das LSG das Urteil des SG aufgehoben, den angefochtenen Bescheid geändert und die Beklagte verpflichtet, der Klägerin die geltend gemachten 473,97 Euro zu erstatten. Die Durchführung eines Vorverfahrens sei hier nicht erforderlich gewesen, da die Klägerin ein Versicherungsträger sei. Sie habe die Klage aufgrund der fehlerhaften Rechtsbehelfsbelehrung, die unzutreffend die Möglichkeit des Widerspruchs benannt habe, gemäß [§ 66 Abs 2 Satz 1 SGG](#) binnen eines Jahres erheben können. Diese Frist sei gewahrt. Die Klage sei auch begründet. Der angefochtene Bescheid sei rechtswidrig, soweit er der Klägerin eine weitere Gutschrift in Höhe von 473,97 Euro versage. Die Beklagte sei nach [§ 106a Abs 1, Abs 2 Satz 1, Abs 4 Satz 1 SGB V](#) iVm [§ 17 Abs 1 Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte \(EKV-Z\)](#) verpflichtet, die Abrechnung der Beigeladenen antragsgemäß sachlich-rechnerisch richtigzustellen und der Klägerin den streitigen Betrag zu erstatten. Die Abrechnung der Beigeladenen sei bereits deshalb rechtswidrig gewesen, weil der Versicherte von dieser eine Versorgung erhalten habe, die nur als andersartige Versorgung iS des [§ 55 Abs 5 SGB V](#) angesehen werden könne. Zwar ordne die Festzuschuss-Richtlinie die Erstversorgung mit Suprakonstruktionen ua bei dem im vorliegenden Fall maßgebenden Befund (zahnbegrenzte Einzelzahnücken mit gesunden Nachbarzähnen) der Regelversorgung zu, regle dafür jedoch nicht eigenständig Festzuschüsse, sondern ziehe Festzuschüsse für eine andere Regelversorgung heran. Dies sei mit den gesetzlichen Vorgaben nicht vereinbar. Einem Befund sei nur eine zahnprothetische Regelversorgung zuzuordnen, für die auf der Grundlage einer Auflistung der für den jeweiligen Befund notwendigen zahnprothetischen Leistungen ein Festzuschuss zu ermitteln sei. Zudem ergäben sich erhebliche praktische Probleme, da sich die Frage stelle, welches die "für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten" iS von [§ 55 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) sein sollten, wenn es nicht nur keine Auflistung der für den angeblich der Regelversorgung zugeordneten implantatgestützten Zahnersatz notwendigen Leistungen gebe, sondern auch noch die Festzuschüsse anderer Regelversorgungen herangezogen würden (hier die vestibulär verblendete dreigliedrige Brücke gemäß B. Nr 2.1 und B. Nr 2.7 Festzuschuss-Richtlinie), die mit der angeblichen Regelversorgung mit einer vestibulär verblendeten Krone als Suprakonstruktion und deren Kosten wenig zu tun habe. Deswegen könne es sich bei der Erstversorgung mit einer Suprakonstruktion auch in den Ausnahmefällen nach Nr 36 Zahnersatz-Richtlinie nicht um eine Regelversorgung handeln. Sei eine Erstversorgung mit einer Suprakonstruktion beabsichtigt, seien mithin unabhängig von den Ausnahmefällen nach Nr 36 Zahnersatz-Richtlinie die Regelversorgungsbefunde maßgeblich, die für eine konventionelle Versorgung mit Zahnersatz vorgesehen seien. Gegenüber den danach vorgesehenen Regelversorgungen (dreigliedrige Brücke, gewöhnliche Vollprothese) stelle die Versorgung mit einer Suprakonstruktion eine andersartige Versorgung iS von [§ 55 Abs 5 SGB V](#) dar. Der Behandlungsfall hätte deshalb insgesamt nicht gegenüber der Beklagten abgerechnet werden dürfen. Dies betreffe zwar den gesamten Rechnungsbetrag. Der Klägerin könne jedoch nicht mehr als beantragt zugesprochen werden. Zudem seien in der streitigen Abrechnung implantologische (Vor-)Leistungen enthalten, die keinen Zahnersatz im Rechtssinne darstellten und die daher nicht über die Festzuschüsse übernommen werden dürften. Die von Versicherten beanspruchbare Krankenbehandlung umfasse nicht die implantologischen Leistungen, sofern - wie hier - keine der seltenen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 SGB V](#) festgelegten Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vorliege.

9

Die Bewilligung des Festzuschusses durch die Klägerin führe zu keinem anderen Ergebnis. Die rechtliche Qualifikation der vom Vertragszahnarzt nach dem Heil- und Kostenplan beabsichtigten Versorgung als Regelversorgung, gleichartige Versorgung oder andersartige Versorgung sei nicht Gegenstand der Entscheidung. Zudem entfalte die Entscheidung nur gegenüber dem Versicherten unmittelbare

Wirkung und lege nicht die vertragsärztliche Erbringbarkeit und Abrechenbarkeit der Leistung fest. Dafür fehle der Krankenkasse die Regelungsbefugnis. Selbst wenn es sich anders verhielte, ändere dies nichts daran, dass die in der Abrechnung der Beigeladenen enthaltenen implantologischen zahntechnischen Leistungen nicht über Festzuschüsse hätten abgerechnet werden dürfen, da Festzuschüsse nur für zahnärztliche oder zahntechnische Leistungen verwendet werden dürften, die im Rechtssinne zum Zahnersatz gehörten. Unmaßgeblich seien die untergesetzlichen Abrechnungsvorschriften, die mit höherrangigem Recht vereinbar sein müssten. Zwar sei in [§ 55 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) bestimmt, dass Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse "bei" einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz bestehe, der Festzuschuss stehe den Versicherten jedoch nur "für" eine Versorgung mit Zahnersatz und nicht für irgendwelche anlässlich einer Zahnprothetischen Versorgung erbrachten zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen zur Verfügung. Zahnmedizinisch möge die implantologische Leistung zur Befestigung der Suprakonstruktion notwendig sein und die konventionelle Befestigung eines entsprechenden Zahnersatzes ersetzen. Rechtlich zähle aber nur die Suprakonstruktion und nicht die implantologische Leistung zur Versorgung mit Zahnersatz. Etwas anderes lasse sich den Gesetzesmaterialien nicht entnehmen.

10

Die Beklagte trägt zur Begründung ihrer Revision vor, die Beigeladene habe ihr gegenüber abrechnen dürfen. Die Regelung zur Erstattung in Fällen der Durchführung einer andersartigen Versorgung in [§ 55 Abs 5 SGB V](#) sei nicht anwendbar, da die Versorgung mit einer Suprakonstruktion in dem hier vorliegenden Ausnahmefall (zahnbegrenzte Einzelzahnlücke) nach der Zahnersatz-Richtlinie Gegenstand der Regelversorgung sei. Der Tatbestand einer gleichartigen Versorgung bei der als Regelversorgung anerkannten Suprakonstruktion begründe sich hier allein aus dem Umstand, dass mit dem Befund nach B. Nr 2.7 der Festzuschuss-Richtlinie als Regelversorgung eine vestibulär verblendete Krone vorgesehen sei, der Versicherte aber eine vollverblendete Krone gewählt habe. Die von der Klägerin geltend gemachte Erstattung sei nicht deshalb gerechtfertigt, weil im Rechnungsbetrag implantologische Leistungen enthalten seien, die keinen Zahnersatz im Rechtssinne darstellen würden. Die Ausgrenzung implantologischer Leistungen aus der Regelversorgung werde nicht in Frage gestellt. Bei der Regelung in der Festzuschuss-Richtlinie, nach der für die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente keine Festzuschüsse ansetzbar seien, handele es sich indes um keine Abrechnungsvorschrift, der entnommen werden könne, was zur Regelversorgung bei bestimmten Befunden gehöre und was nicht. Der Versicherte habe Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation, die vor dem Setzen der Implantate bestand. Die Festzuschüsse könnten auch für die streitgegenständlichen Leistungen verwendet werden. Abgrenzungsschwierigkeiten bestünden bei sog "Bindegliedern" bzw "implantologischen Vorleistungen". Diese seien jedoch für die Anfertigung der Suprakonstruktion erforderlich. Daher seien sie auch der als Regelversorgung anerkannten Suprakonstruktion zuzurechnen. Für die Richtigkeit dieser Auffassung sprächen auch die Ausfüllhinweise zu den Heil- und Kostenplänen, die vorsähen, dass der Zahnarzt bei der Rechnungslegung die tatsächlich entstandenen Material- und Laborkosten in einer Summe einzutragen habe.

11

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 9.12.2015 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 19.1.2011 zurückzuweisen.

12

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

13

Leistungen in Zusammenhang mit den Implantaten, wie die Implantate selbst, die Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente gehörten weder zur Regelversorgung noch seien hierfür Festzuschüsse ansetzbar. Festzuschüsse dürften ausschließlich für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen verwendet werden, die im Rechtssinne zum Zahnersatz gehörten. Die Erweiterung des Leistungsumfangs um die Suprakonstruktion erfasse nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers lediglich den implantatgestützten Zahnersatz selbst, nicht aber die Kosten der Vorleistungen; Anspruch hierauf bestehe nur unter den Voraussetzungen des [§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#), also wenn seltene, vom GBA in Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 SGB V](#) festgelegte Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vorlägen. Die Leistungen dienten auch nicht der eigentlichen Zahnersatzherstellung in Form einer Suprakonstruktion. Dies gelte insbesondere für die in der Rechnung ausgewiesenen Beträge für "Camlog Keramikabutament" (9682) und "Procera Käppchen AllCeram" (8401). Das "Abutament", der "Implantatpfosten", sei die Bezeichnung für ein Verbindungselement zwischen dem eigentlichen Implantat und der Suprakonstruktion. In Abgrenzung zur laborgefertigten, prothetischen Konstruktion (Krone) seien die Implantatpfosten als Teil des Implantats und nicht des Zahnersatzes aufzufassen.

14

In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin die Klage zurückgenommen, soweit der sachlich-rechnerischen Berichtigung Mehrkosten als Folge der Versorgung mit einer vollkeramischen Krone (gleichartige Versorgung) anstelle einer teilverblendeten Krone (Regelversorgung) zugrunde lagen.

II

15

Die Revision der beklagten KZÄV ist begründet. Das LSG hätte der Berufung gegen das klageabweisende Urteil des SG nicht stattgeben dürfen. Die beklagte KZÄV hat dem Berichtigungsantrag der Klägerin zu Recht nicht entsprochen.

16

1. Gegenstand des Revisionsverfahrens ist nur noch der Erstattungsbetrag, den die Klägerin mit der Begründung geltend gemacht hat, dass

in dem Rechnungsbetrag der beigeordneten Zahnärztin Positionen enthalten seien, die nicht der Zahnersatz-, sondern der Implantatversorgung zuzuordnen seien. Ursprünglich hatte die Klägerin geltend gemacht, dass auch die Mehrkosten, die dadurch entstanden sind, dass der Versicherte anstelle der Regelversorgung (teilverblendete Krone) eine aufwändigere gleichartige Versorgung (vollverblendete Krone) gewählt hat, vom Rechnungsbetrag in Abzug zu bringen seien, obwohl die Kosten der gleichartigen Versorgung den bewilligten Festzuschuss im vorliegenden Fall nicht erreicht haben. Daran hat die Klägerin ausdrücklich nicht mehr festgehalten und die Klage insoweit zurückgenommen.

17

2. Die Klage ist zulässig. Die klagende Krankenkasse hat gegen den Ausgangsbescheid vom 14.8.2007 zutreffend Widerspruch eingelegt und nicht unmittelbar Klage erhoben, sodass für die Einhaltung der Klagefrist das Datum der Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides und nicht das Datum der Bekanntgabe des Ausgangsbescheides maßgebend war (zur Frage der Rechtzeitigkeit der Klageerhebung in solchen Fällen vgl. BSG Urteil vom 29.1.1976 - [10 RV 171/75](#) - SozR 1500 § 81 Nr 1; BSG Urteil vom 20.10.1977 - [12 RK 18/76](#) - SozR 1500 § 92 Nr 3; BSG Urteil vom 23.6.1994 - [4 RK 3/93](#) - [SozR 3-1500 § 87 Nr 1](#)). Die Regelung des [§ 78 Abs 1 Satz 2 Nr 3 SGG](#), nach der es eines Widerspruchsverfahrens nicht bedarf, wenn ein Land, ein Versicherungsträger oder einer seiner Verbände klagen will, greift hier entgegen der Auffassung des LSG nicht ein.

18

Dass der Krankenkasse, die gegenüber der KZÄV die Festsetzung eines Schadens wegen mangelhafter Zahnersatzleistung geltend macht, die gleiche Möglichkeit zur Einlegung von Widerspruch und zur Erhebung einer Klage zur Verfügung stehen muss, wie dem Zahnarzt, der sich gegen die Festsetzung eines Schadens wendet, hat das BSG bereits in einer Entscheidung vom 21.4.1993 ([14a RKA 6/92](#) - [SozR 3-5555 § 15 Nr 1](#), Juris RdNr 30) mit dem Erfordernis einer einheitlichen Entscheidung sowie damit begründet, dass es sich um die Feststellung eines einzigen Anspruchs handelt. Damit übereinstimmend haben die Bundesmantelvertragspartner und die Gesamtvertragspartner ausdrücklich die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens vorgesehen, ohne danach zu unterscheiden, ob ein Arzt oder eine Krankenkasse den Rechtsbehelf einlegt (zum Genehmigungs- und Begutachtungsverfahren bei der prothetischen Versorgung nach aktueller Rechtslage vgl. § 5b Abs 2 Anlage 17 EKV-Z bzw. Bundesmantelvertrag-Zahnärzte in der seit 1.4.2017 geltenden Fassung). Das Verfahren zur Festsetzung eines Schadens wegen mangelhafter Zahnersatzleistung entspricht damit im Wesentlichen dem, das in [§ 106c Abs 3 Satz 1 SGB V](#) für die Wirtschaftlichkeitsprüfung und in [§ 96 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) für das Zulassungsverfahren vorgesehen ist. Der Gesetzgeber hat dort ausdrücklich bestimmt, dass dieselben Rechtsbehelfe für die Krankenkassen wie für die betroffenen Ärzte gelten und damit den Anwendungsbereich des [§ 78 Abs 1 Satz 3 SGG](#) - ohne die Vorschrift zu benennen - beschränkt. Auch im Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung ist die Einheitlichkeit der Entscheidung in den im Übrigen getrennten Rechtsbeziehungen Krankenkasse-K(Z)ÄV und K(Z)ÄV-Vertrags(zahn)arzt von zentraler Bedeutung (BSG Urteil vom 19.10.2011 - [B 6 KA 30/10 R](#) - SozR 4-5555 § 21 Nr 2 RdNr 20; zur Umsetzung des Prüfungsergebnisses der Krankenkasse nach [§ 106a Abs 3 SGB V](#) (Fassung 2004) gegenüber dem Vertragsarzt vgl. BSG Urteil vom 23.3.2016 - [B 6 KA 8/15 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr 15 RdNr 29). Das wird verlässlich und rechtssicher dadurch gewährleistet, dass die K(Z)ÄV nicht nur dem Vertrags(zahn)arzt gegenüber, sondern auch auf den Berichtigungsantrag einer Krankenkasse durch Verwaltungsakt entscheidet (vgl. BSG Urteil vom 11.2.2015 - [B 6 KA 15/14 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 16 mwN). Der durch diese Entscheidung Beschwerte kann sie anfechten, bei einer Teilerkennung eines Berichtigungsbegehrens kommen auch beidseitige Anfechtungen in Frage (BSG Urteil vom 19.10.2011 - [B 6 KA 30/10 R](#) - SozR 4-5555 § 21 Nr 2 RdNr 20). Es würde zu erheblichen Verwerfungen führen, wenn gegen den Bescheid einer K(Z)ÄV, mit dem einem Berichtigungsantrag der Krankenkasse teilweise entsprochen wird, der (Zahn-)Arzt Widerspruch einlegen, die Krankenkasse aber unmittelbar Klage erheben müsste. Deshalb kann [§ 78 Abs 1 Satz 2 Nr 3 SGG](#) (auch) in Verfahren wie dem vorliegenden, in dem es um die sachlich-rechnerische Richtigstellung einer Abrechnung geht, nicht zur Anwendung kommen.

19

3. In der Sache hat die beklagte K(Z)ÄV den Antrag der Klägerin auf Durchführung einer sachlichen-rechnerischen Berichtigung - soweit dieser noch Gegenstand des Revisionsverfahrens ist (vgl. 1., RdNr 16) - zu Recht abgelehnt. Die Abrechnung der beigeordneten Zahnärztin für die im November 2006 durchgeführte Versorgung des Versicherten S. mit Zahnersatz ist nicht zu beanstanden.

20

Nach [§ 106a Abs 2 Satz 1 SGB V](#) in der hier noch maßgebenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#), 2217) stellt die K(Z)ÄV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung der Vertrags(zahn)ärzte fest. Die Prüfung erfolgt von Amts wegen. Das schließt nicht aus, dass eine Ersatzkasse Prüfungen bei der KZÄV beantragt, wie sich mittelbar aus § 17 Abs 1 Satz 4 und 5 des EKV-Z in der ab 1.1.2005 geltenden Fassung ergibt (BSG Urteil vom 19.10.2011 - [B 6 KA 30/10 R](#) - SozR 4-5555 § 21 Nr 2 RdNr 14). Die Ablehnung eines solchen Berichtigungsantrags erfolgt gegenüber der antragstellenden Krankenkasse durch Verwaltungsakt (vgl. oben 2. RdNr 18).

21

a) Entgegen der Auffassung des LSG hat die Klägerin die Durchführung der sachlich-rechnerischen Berichtigung nicht bereits deshalb im Ergebnis zu Recht verlangt, weil es sich bei der durchgeführten Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz um eine andersartige Versorgung iS des [§ 55 Abs 5 SGB V](#) handeln würde, mit der Folge, dass eine Abrechnung durch die beigeordnete Zahnärztin gegenüber dem Versicherten hätte erfolgen müssen. Die Erstversorgung mit einer Suprakonstruktion stellt in der vorliegenden Konstellation (Ausnahmeindikation nach Nr 36 der Zahnersatz-Richtlinie) grundsätzlich eine Regelversorgung dar. Nur weil der Versicherte hier anstelle der teilverblendeten Krone eine vollkeramische Krone gewählt hat, handelt es sich um eine gleichartige Versorgung iS des [§ 55 Abs 4 SGB V](#). Dagegen ist die Erstversorgung mit einer Suprakonstruktion bei Vorliegen einer Ausnahmeindikation nach Nr 36 der Zahnersatz-Richtlinie entgegen der Auffassung des LSG nicht als andersartige Versorgung iS des [§ 55 Abs 5 SGB V](#) einzustufen. Daher ist die Abrechnung zutreffend im Verhältnis Zahnarzt-KZÄV erfolgt.

22

(1) Nach [§ 27 Abs 1 Nr 2a SGB V](#) in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes - GMG vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#)) haben Versicherte im Rahmen der Krankenbehandlung Anspruch auch auf Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen. Damit übereinstimmend bestimmt [§ 73 Abs 2 Nr 2a SGB V](#), dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen umfasst, soweit sie [§ 56 Abs 2 SGB V](#) entspricht.

23

Die Versorgung mit Zahnersatz ist im Grundsatz auf befundbezogene Festzuschüsse beschränkt. [§ 55 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) in der seit dem 1.1.2005 geltenden Fassung räumt den Versicherten einen Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen ein, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß [§ 135 Abs 1 SGB V](#) anerkannt ist. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß [§ 56 Abs 2 SGB V](#) hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in [§ 56 Abs 2 Satz 10 SGB V](#) aufgelisteten Leistungen nach [§ 55 Abs 4 SGB V](#) selbst zu tragen.

24

In den Fällen, in denen eine von der Regelversorgung nach [§ 56 Abs 2 SGB V](#) abweichende andersartige Versorgung durchgeführt wird, haben die Krankenkassen die bewilligten Festzuschüsse nach [§ 55 Abs 5 SGB V](#) zu erstatten. Anders als bei der Regelversorgung und der gleichartigen Versorgung erfolgt die Abrechnung der bewilligten Festzuschüsse bei der andersartigen Versorgung nach [§ 87 Abs 1a Satz 7 SGB V](#), Nr 7 Buchst c Anlage 4 zum EKV-Z (in der hier maßgebenden Fassung) nicht gegenüber der Krankenkasse (vgl BSG Urteil vom 7.5.2013 - [B 1 KR 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 55 Nr 2 RdNr 28). Vielmehr rechnet der Zahnarzt Leistungen der andersartigen Versorgung gegenüber dem Versicherten ab, dem die Krankenkasse - bei Vorliegen der Voraussetzungen - die Festzuschüsse erstattet. Vor diesem Hintergrund ist das LSG davon ausgegangen, dass die Abrechnung hier in vollem Umfang zu Unrecht gegenüber der Krankenkasse erfolgt sei. Die dem zugrunde liegende Annahme, dass es sich bei der Versorgung des Versicherten mit implantatgestütztem Zahnersatz um eine andersartige Versorgung handeln würde, trifft indes nicht zu.

25

(2) Gemäß [§ 56 Abs 1 SGB V](#) in der Fassung des GMG bestimmt der GBA die Befunde, für die Festzuschüsse nach [§ 55 SGB V](#) gewährt werden, erstmalig bis zum 30.6.2004 in Richtlinien und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu. Die Bestimmung der Befunde erfolgt gemäß [§ 56 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses. Die zahnprothetische Regelversorgung hat sich nach [§ 56 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) 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.

26

Zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben hat der GBA die Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinie) vom 8.12.2004 (BAnz Nr 54 vom 18.3.2005 S 4094) in der hier maßgeblichen Fassung vom 1.3.2006 (BAnz Nr 63 vom 30.3.2006 S 2289) erlassen. Danach sind Suprakonstruktionen nur ausnahmsweise als Regelversorgung, in allen anderen Fällen dagegen als andersartiger Zahnersatz einzuordnen. Ausnahmsweise zur Regelversorgung gehören Suprakonstruktionen in den in Nr 36 der Zahnersatz-Richtlinie geregelten Fällen, nämlich nach Buchst a bei zahnbegrenzten Einzellücken, wenn keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Nachbarzähne kariesfrei und nicht überkronungsbedürftig bzw überkront sind und nach Buchst b bei atrophiertem zahnlosen Kiefer. Die genannten Voraussetzungen eines Ausnahmefalles nach Nr 36 Buchst a Zahnersatz-Richtlinie waren hier gegeben. Das wird auch von den Beteiligten nicht in Zweifel gezogen. Damit handelt es sich bei der durchgeführten Erstversorgung mit einer Suprakonstruktion um die prothetische Regelversorgung iS des [§ 56 Abs 1 SGB V](#).

27

(3) Die Einordnung als Regelversorgung wird entgegen der Auffassung des LSG nicht dadurch in Frage gestellt, dass Teil B der Richtlinie des GBA zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen, für die Festzuschüsse nach [§§ 55, 56 SGB V](#) zu gewähren sind (Festzuschuss-Richtlinie vom 3.11.2004, BAnz Nr 242 vom 21.12.2004 S 24463), in der hier maßgeblichen Fassung vom 1.3.2006 (BAnz Nr 64 vom 31.3.2006 S 2328) den in Nr 36 Zahnersatz-Richtlinie genannten Ausnahmefällen (Zuordnung von Suprakonstruktionen zur Regelversorgung) keine speziell dafür gebildeten Festzuschüsse zuordnet, sondern stattdessen unter Teil A. Nr 6 Festzuschuss-Richtlinie bestimmt, dass der Versicherte bei der Gewährung von Zuschüssen für Suprakonstruktionen bei Erstversorgung mit Implantaten Anspruch auf den Festzuschuss zur Versorgung der Befundsituation hat, die vor dem Setzen der Implantate bestand. Zur Ermittlung der Höhe des Festzuschusses hat die Klägerin des vorliegenden Verfahrens dementsprechend die Festzuschüsse für eine vestibulär verblendete dreigliedrige Brücke herangezogen. Unter Berücksichtigung des Vorliegens eines Härtefalles und unter Berücksichtigung der Befunde nach B. Nr 2.1 und B. Nr 2.7 Festzuschuss-Richtlinie folgt daraus ein Festzuschuss in Höhe von 801,62 Euro, den die Klägerin im Heil- und Kostenplan festgesetzt hat. Ob die Auffassung des LSG zutrifft, nach der der GBA der Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz als Regelversorgung eigene Festbeträge hätte zuordnen müssen, kann dahingestellt bleiben; eine Klärung dieser - hier nicht entscheidungserheblichen - Frage erscheint im vorliegenden Verfahren auch deshalb nicht sinnvoll, weil das LSG davon abgesehen hat, den GBA nach [§ 75 Abs 1 SGG](#) beizuladen (zur Sachgerechtigkeit der Beiladung des GBA in Verfahren, in denen es auf Rechtmäßigkeit der von diesem erlassenen Normen ankommt, vgl BSG Urteil vom 3.8.2016 - [B 6 KA 42/15 R](#) - zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4-2500 § 87 Nr 33 RdNr 13 mwN). Auch wenn der Auffassung des LSG zu folgen sein sollte, nach der die gesetzlichen Vorgaben zur Bemessung des Festzuschusses durch den GBA nicht zutreffend umgesetzt worden sind, würde damit die - in Teil A. Nr 6 Satz 1 Festzuschuss-Richtlinie

ausdrücklich bestätigte - Zuordnung der Suprakonstruktion zur Regelversorgung bei Vorliegen der in Nr 36 Zahnersatz-Richtlinie genannten Ausnahmetatbestände nicht in Frage gestellt. Auf mögliche Fehler bei der Bemessung des Festzuschusses kommt es hier bereits deshalb nicht an, weil die mit der Genehmigung des Heil- und Kostenplans erfolgte Festsetzung nicht angegriffen und damit bestandskräftig geworden ist (zu den unterschiedlichen Verfügungssätzen der Genehmigungsentscheidung vgl BSG Urteil vom 7.5.2013 - [B 1 KR 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 55 Nr 2 RdNr 18). Die beklagte KZÄV und die beigeladene Zahnärztin werden durch die erfolgte Festsetzung im Übrigen auch deshalb nicht in ihren Rechten verletzt, weil der Festzuschuss in Höhe von 801,62 Euro die tatsächlichen Gesamtkosten der Versorgung des Versicherten mit dem implantatgestützten Zahnersatz übersteigt, sodass die Festsetzung hier im Ergebnis für den Versicherten und auch für die beigeladene Zahnärztin keine begrenzende Wirkung entfaltet.

28

b) Die Klägerin kann von der Beklagten eine sachlich-rechnerische Berichtigung der beigeladenen Zahnärztin auch nicht mit der Begründung verlangen, dass in der Rechnung des zahntechnischen Labors Positionen wie Implantataufbauten, prothetische Aufbaupfosten, implantatbedingte Verbindungselemente enthalten seien, die nicht dem Zahnersatz, sondern dem Implantat zuzuordnen seien. Zwar trifft es zu, dass nur die Suprakonstruktion, nicht aber das Implantat zum Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung gehört (1). Eine gesetzliche Definition, die eine eindeutige Zuordnung etwa von Verbindungselementen zur Suprakonstruktion oder zum Zahnersatz ermöglichen würde, existiert indes nicht (2). Unabhängig von der Zuordnung zum Implantat oder zur Suprakonstruktion ist ein Regress für Leistungen ausgeschlossen, deren Erbringung die Krankenkasse zuvor mit dem Heil- und Kostenplan genehmigt hat (3). Dies trifft hier für alle Positionen aus der Rechnung zu den Material- und Laborkosten zu, die die Klägerin der Implantatversorgung zugeordnet und damit zur Grundlage der streitgegenständlichen Regressforderung gemacht hat.

29

(1) Das LSG ist zutreffend davon ausgegangen, dass nach [§ 73 Abs 2 Nr 2a SGB V](#) zwar die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, nicht aber die zahnärztliche Versorgung mit einem Implantat Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung ist. Dem entspricht die Definition des Anspruchs der Versicherten auf Krankenbehandlung in [§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 2a SGB V](#). Nach [§ 28 Abs 2 Satz 9 SGB V](#) werden implantologische Leistungen nur bei Vorliegen - hier nicht in Betracht kommender - vom GBA auf der Grundlage des [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 2 SGB V](#) in der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung festgelegter Ausnahmeindikationen als Sachleistungen im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbracht (vgl dazu im Einzelnen BSG Urteil vom 19.1.2006 - [B 1 KR 4/00 R](#) - [BSGE 88, 166](#), 169 = [SozR 3-2500 § 28 Nr 5](#); BSG Urteil vom 7.5.2013 - [B 1 KR 19/12 R](#) - SozR 4-2500 § 28 Nr 6 RdNr 12; BSG Urteil vom 4.3.2014 - [B 1 KR 6/13 R](#) - SozR 4-2500 § 28 Nr 7 RdNr 14). Außerhalb dieses engen Rahmens dürfen diese Leistungen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Damit übereinstimmend haben Versicherte gemäß [§ 55 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse "bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen" und ausdrücklich nicht für die damit zusammenhängende Versorgung mit dem Implantat. Auch wenn eine Krankenkasse mit der Genehmigung des Heil- und Kostenplans gegenüber dem Versicherten einen Zuschuss für implantologische Leistungen bewilligt, die tatsächlich nicht vom Leistungsanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sind, kann dadurch eine Zuordnung der Leistung zur vertragszahnärztlichen Versorgung nicht bewirkt werden (BSG Urteil vom 3.12.1997- [6 RKA 40/96](#) - [SozR 3-5555 § 12 Nr 5](#), Juris RdNr 27, 30).

30

(2) Dass die Versorgung mit dem Implantat selbst nicht als vertragszahnärztliche Leistung abgerechnet werden kann, wird auch von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen; die Erbringung dieser Leistung ist auch nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Vielmehr geht es allein um die Frage, ob die Beklagte verpflichtet ist, die Abrechnung der beigeladenen Zahnärztin bezogen auf die darin enthaltenen Kosten für Implantataufbauten, prothetische Aufbaupfosten, implantatbedingte Verbindungselemente zu berichtigen.

31

Die Zuordnung ua von Verbindungselementen zur Implantatversorgung oder zur Suprakonstruktion ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Hinweise können nur der Gesetzesbegründung zur teilweisen Einbeziehung der Suprakonstruktion in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ([BT-Drucks 14/1245 S 65](#), zu § 28 Abs 2 des Gesetzentwurfs; vgl dazu auch BSG Urteil vom 7.5.2013 - [B 1 KR 19/12 R](#) - SozR 4-2500 § 28 Nr 6 RdNr 12; BSG Urteil vom 19.6.2001 - [B 1 KR 23/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 28 Nr 6](#), Juris RdNr 16) sowie untergesetzlichen Regelungen (Nr 38 Zahnersatz-Richtlinie, A. 7 Festzuschuss-Richtlinie; vgl dazu auch die Kommentierung bei Liebold/Raff/Wissing, BEMA-Z, ZE, Allgem - 2.2.2. S 7 f, Stand Mai 2016) entnommen werden, die Implantataufbauten, prothetische Aufbaupfosten und implantatbedingte Verbindungselemente dem Implantat zuordnen. Diese Zuordnung erschwert indes eine Abgrenzung. Während die Einbringung des Implantats eindeutig von der später durchzuführenden Versorgung mit dem darauf aufbauenden Zahnersatz getrennt werden kann, gilt das nicht zB für Verbindungselemente. Zudem wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung bereits durch die Beschränkung auf den Festzuschuss gewährleistet. Die hier erfolgte Orientierung des Festzuschusses an den Kosten einer konventionellen Versorgung bei gleichem Befund stellt zudem sicher, dass der Krankenkasse durch die Inanspruchnahme einer Implantatversorgung keine zusätzlichen Kosten entstehen. Vor diesem Hintergrund erscheint die Reduzierung der auf den Festbetrag übernommenen Kosten der Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz um Implantataufbauten, prothetische Aufbaupfosten und implantatbedingte Verbindungselemente fragwürdig. Die mit der Einbeziehung der Suprakonstruktion in den Leistungsanspruch des Versicherten verbundenen Vorteile werden dadurch teilweise wieder aufgehoben. Zudem dürfte eine eindeutige Abgrenzung, die nicht die zahntechnischen Leistungen, sondern das zahnärztliche Honorar betrifft, auf Schwierigkeiten stoßen, weil die einzelnen Behandlungsschritte kaum danach unterschieden werden können, ob sie sich auf die Einbringung etwa der Verbindungselemente - und damit nach Auffassung der Klägerin von Implantaten - oder aber der Suprakonstruktion selbst beziehen. Darauf kommt es hier indes nicht an. Von der Klägerin wird allein eine Reduzierung bei den zahntechnischen Leistungen, nicht aber eine Reduzierung des zahnärztlichen Honorars um Bestandteile geltend gemacht, die der Implantatversorgung zugeordnet werden könnten.

32

(3) Auch die Frage, ob die Zuordnung einzelner Positionen aus der Material- und Laborabrechnung zum Implantat mit den gesetzlichen Vorgaben im Einklang steht und welche Positionen aus den abgerechneten Material- und Laborkosten danach dem Implantat zugeordnet werden können, muss der Senat hier nicht entscheiden, weil die Klägerin nach der Genehmigung des Heil- und Kostenplans eine sachlich-rechnerische Berichtigung um die dem Implantat zugeordneten Positionen nicht mehr mit Erfolg geltend machen kann.

33

Der Heil- und Kostenplan, der vor Beginn der Behandlung kostenfrei durch den Vertragszahnarzt zu erstellen ist, beinhaltet nach [§ 87 Abs 1a Satz 2 SGB V](#) den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung auch in den Fällen des [§ 55 Abs 4](#) und 5 SGB V (gleichartige Versorgung, andersartige Versorgung) nach Art, Umfang und Kosten. [§ 87 Abs 1a Satz 4 SGB V](#) bestimmt, dass der Heil- und Kostenplan von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen ist. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen (Satz 5). Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse gemäß [§ 55 Abs 1](#) und 2 SGB V entsprechend dem im Heil- und Kostenplan vorgesehenen Befund. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Zahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des [§ 55 Abs 5 SGB V](#) (andersartige Versorgung) mit der KZÄV ab. Durch dieses Genehmigungsverfahren soll die Krankenkasse zum Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch zum Schutz des einzelnen Versicherten vorab die Wirtschaftlichkeit der geplanten Zahnersatzbehandlung prüfen (BSG Urteil vom 7.5.2013 - [B 1 KR 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 55 Nr 2 RdNr 20; vgl BSG Urteil vom 30.6.2009 - [B 1 KR 19/08 R](#) - SozR 4-2500 § 13 Nr 21 RdNr 18). Mittelbar schützt die Regelung damit auch den Zahnarzt (vgl BSG Urteil vom 2.12.1992 - [14a/6 R Ka 43/91](#) - [SozR 3-5555 § 9 Nr 1](#) S 5, Juris RdNr 20). Diese Zwecke würden nicht erreicht, wenn die Genehmigung - jedenfalls bezogen auf Inhalte des Heil- und Kostenplans, auf die sich die Genehmigung erkennbar erstreckt - für die Krankenkasse keine Bindungswirkung entfalten würde. Damit übereinstimmend ist in der Rechtsprechung des BSG geklärt, dass der Genehmigung des Heil- und Kostenplans durch die Krankenkasse - neben weiteren Verfügungssätzen - die "Kostenzusage" über einen dem behandelnden Vertragszahnarzt zu zahlenden befundbezogenen Zuschuss für vertragszahnärztliches Honorar sowie für Material- und Laborkosten zu entnehmen ist (BSG Urteil vom 7.5.2013 - [B 1 KR 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 55 Nr 2 RdNr 18).

34

Gegenstand der Kostenplanung, die hier Grundlage der Genehmigungsentscheidung der Krankenkasse geworden ist, sind auch die geschätzten Material- und Laborkosten. Dazu gibt die ab dem 1.7.2005 geltende Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zum Heil- und Kostenplan unter A. III. Buchst d (heute unverändert als A. III. 4. der Vereinbarung zum Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen, gültig ab 1.1.2012 (Ausfüllhinweise), als Bestandteil von Anlage 4 zum EKV-Z) vor, dass die anzugebenden Material- und Laborkosten, die geschätzten Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen im gewerblichen Labor und/oder im Praxislabor sowie die abrechenbaren Kosten für Praxismaterialien für die geplante Therapie (Gesamtversorgung) in einer Summe einzutragen sind. Bei der Vereinbarung handelt es sich um einen Normsetzungsvertrag; die darin enthaltenen Regelungen sind für Vertragszahnärzte grundsätzlich verbindlich (zur vergleichbaren Fragestellung bezogen auf als Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte ergangenen Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung, vgl BSG Urteil vom 13.5.2015 - [B 6 KA 27/14 R](#) - SozR 4-5540 § 25 Nr 1 RdNr 33 ff). Entsprechendes gilt nach A. V. Buchst d der og Vereinbarung (seit 1.1.2012: A. V. 4. der Ausfüllhinweise) für die vom Zahnarzt einzutragenden Rechnungsbeträge; auch hier sind die tatsächlichen Material- und Laborkosten in einer Gesamtsumme einzutragen. Eine Unterscheidung zwischen Materialkosten, die dem Implantat zugeordnet werden könnten und solchen, die zur Suprakonstruktion gehören, ist damit ausdrücklich nicht vorgesehen. Die von der beigeordneten Zahnärztin im Heil- und Kostenplan angegebene Schätzung der Material- und Laborkosten entsprach erkennbar den Vorgaben dieser Vereinbarung. Damit war auch für die Krankenkasse, die die Genehmigung unter Bezugnahme auf den Inhalt des Heil- und Kostenplans erteilt hat, ohne Weiteres erkennbar, dass die gesamten für die Eingliederung des Zahnersatzes erforderlichen Material- und Laborkosten - einschließlich solcher Kostenbestandteile, die möglicherweise eher dem Implantat als der Suprakonstruktion zugeordnet werden könnten - bis zur Höhe des Festzuschusses zum Gegenstand der Abrechnung gegenüber der KZÄV gemacht werden. Die tatsächlich durchgeführte Behandlung entsprach der im Heil- und Kostenplan vorgesehenen Behandlung. Nachdem die Krankenkasse den Heil- und Kostenplan genehmigt hat, kann sie sich deshalb nicht mehr darauf berufen, dass ein Teil der - in vollständiger Übereinstimmung mit dem Heil- und Kostenplan erbrachten und abgerechneten - Leistungen nicht auf den Festbetrag übernommen werden könne, weil er nicht vom Leistungsanspruch nach dem SGB V umfasst sei. Der Umstand, dass der Festzuschuss in der vorliegenden Konstellation (Bemessung auf der Grundlage einer verhältnismäßig aufwändigen konventionellen Versorgung mit einer dreigliedrigen Brücke, Anerkennung eines sog Härtefalles mit Anspruch auf den doppelten Festzuschuss nach [§ 55 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)) ausnahmsweise die Behandlungskosten überstieg, sodass die Frage der Zuordnung einzelner Material- und Laborkosten zum Implantat oder zur Suprakonstruktion hier auch wirtschaftlich für die Krankenkasse von Bedeutung ist, kann daran nichts ändern.

35

Der Bescheid der Krankenkasse, mit dem die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Behandlung genehmigt wird, entfaltet unmittelbare Wirkung nur gegenüber dem Versicherten, gegenüber dem er ergeht (vgl BSG Urteil vom 2.12.1992 - [14a/6 R Ka 43/91](#) - [SozR 3-5555 § 9 Nr 1](#), Juris RdNr 20; BSG Urteil vom 25.3.2003 - [B 1 KR 29/02 R](#) - [SozR 4-1500 § 55 Nr 1](#) RdNr 6 = Juris RdNr 12). In der Rechtsprechung des BSG ist indes geklärt, dass die Genehmigung jedenfalls indirekt auch eine Bindung der Krankenkasse im Verhältnis zum Vertragszahnarzt und zur KZÄV erzeugt. So hat das BSG bezogen auf Planungsfehler, die bereits aus dem Heil- und Kostenplan zu ersehen sind, entschieden, dass die Krankenkasse nach erfolgter Genehmigung wegen des aus [§ 242 BGB](#) folgenden Verbots des venire contra factum proprium gehindert ist, den Vertragszahnarzt wegen dieses Planungsfehlers auf Schadensersatz in Anspruch zu nehmen (BSG Urteil vom 2.12.1992 - [14a/6 R Ka 43/91](#) - [SozR 3-5555 § 9 Nr 1](#), Juris RdNr 20; vgl auch BSG Urteil vom 25.3.2003 - [B 1 KR 29/02 R](#) - [SozR 4-1500 § 55 Nr 1](#) RdNr 6 = Juris RdNr 12). Für sachlich-rechnerische Berichtigungen, die damit begründet werden, dass Kosten für Material- und Laborleistungen nicht Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung seien, gilt im Grundsatz nichts anderes (vgl bereits BSG Urteil vom 3.12.1997 - [6 R Ka 40/96](#) - [SozR 3-5555 § 12 Nr 5](#), Juris RdNr 30). Die von der Genehmigungswirkung erfassten Kosten darf die Krankenkasse nicht mehr zum Gegenstand einer Forderungen zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der vertragszahnärztlichen Abrechnung machen.

36

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits, weil sie unterlegen ist ([§ 154 Abs 1 VwGO](#)). Eine Erstattung der Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst; sie hat im Verfahren keine Anträge gestellt ([§ 162 Abs 3 VwGO](#), vgl [BSGE 96, 257](#) = [SozR 4-1300 § 63 Nr 3](#), RdNr 16).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2017-08-31