

L 24 KA 11/17

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
24

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 55/15

Datum
07.12.2016
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KA 11/17

Datum
09.12.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 7. Dezember 2016 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten des Beigeladenen zu tragen, die dieser selbst zu tragen hat. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Verpflichtung der Beklagten zur Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs gegen den Beigeladenen.

Der Beigeladene gliederte am 17. August 2011 bei einer Versicherten der Klägerin Zahnersatz im Ober- und Unterkiefer ein. Nach dem Heil- und Kostenplan ergab sich eine Gesamtsumme von 6.847,03 EUR, von der die Klägerin einen Festzuschuss in Höhe von 4.418,64 EUR übernahm, den sie direkt an die Versicherte zahlte. Nachdem die Versicherte gegenüber der Klägerin Beschwerden angegeben hatte, erfolgte eine Begutachtung der Prothetik zunächst im Oberkiefer. Der Gutachter Dr. P befand am 20. März 2013, dass der Oberkieferzahnersatz mangelbehaftet und nicht funktionstüchtig sei.

Mit Schreiben vom 27. Mai 2013 wies die Klägerin die Beklagte darauf hin, dass sie wegen eines gestörten Vertrauensverhältnisses zwischen ihrer Versicherten und dem Beigeladenen einem Behandlerwechsel zugestimmt habe. Der Beigeladene sei nicht einverstanden mit einer Wandlung, weswegen trotz andersartiger Versorgung um die Mithilfe der Beklagten gebeten werde. Für die Oberkieferprothetik ergebe sich ein Rückforderungsbetrag in Höhe von 1.693,96 EUR zuzüglich Gutachterkosten in Höhe von 182,61 EUR.

Die Beklagte lehnte mit Schreiben vom 11. Juni 2013 ab. Der Heil- und Kostenplan sei nicht über sie abgerechnet worden. Deswegen müsse der Rückforderungsantrag direkt bei dem Beigeladenen gestellt werden.

Am 29. Juli 2013 stellte Dr. P in einem weiteren Gutachten fest, dass auch eine Brücke im Unterkiefer wegen eines Haarrisses mangelbehaftet sei. Eine Erneuerung sei auch insoweit unumgänglich. Die Klägerin beantragte unter Hinweis auf das weitere Gutachten mit Schreiben vom 5. August 2013 erneut die Mithilfe der Beklagten bei der Durchsetzung einer Rückforderung in Höhe von nunmehr 2.763,40 EUR sowie der Erstattung von Gutachterkosten in Höhe von 279,24 EUR. Die Beklagte wiederholte durch Schreiben vom 27. August 2013 ihre Antwort aus dem Schreiben vom 11. Juni 2013.

Die Klägerin legte gegen die Schreiben der Beklagten vom 11. Juni 2013 und vom 27. August 2013 Widerspruch ein. Aus der Rechtsprechung des BSG (Hinweis auf Ur. v. 28. April 2004 - [B 6 KA 64/03 R](#)) ergebe sich, dass die kassenzahnärztliche Vereinigung über einen Antrag auf Rückforderung eines Festzuschusses wegen mangelhafter Zahnersatzversorgung auch bei einer andersartigen Versorgung zu entscheiden habe. Der Schadensersatzanspruch sei in Höhe von 2.763,40 EUR zuzüglich Gutachterkosten in Höhe von 279,24 EUR begründet. Das ergebe sich aus den von Dr. P erstatteten Gutachten. Ein Obergutachten habe der Beigeladene nicht in Auftrag gegeben.

Die Beklagte wies den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 16. Februar 2015 zurück. Das Urteil des BSG v. 28. April 2004 - [B 6 KA 64/03 R](#) sei nicht einschlägig, das maßgebende Leistungsrecht vielfach geändert worden, zuletzt mit Wirkung zum 1. Januar 2004. Wegen der andersartigen Versorgung liege kein öffentlich-rechtlicher Schadensersatzanspruch vor. Soweit der Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z) ermögliche, dass die kassenzahnärztliche Vereinigung anerkannte Forderungen bei der nächsten Abrechnung gegen den Vertragszahnarzt durchsetze, setze das voraus, dass auch die Abrechnung über die kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt sei und ein Rückforderungsverfahren durchgeführt werde. Auch aus dem zwischen der kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband vertraglich geregelten Gutachterverfahren ergebe sich kein Anspruch auf einen Regress gegen einen Vertragszahnarzt.

Mit der am 17. März 2015 bei dem Sozialgericht Potsdam eingegangenen Klage hat die Klägerin neben der Aufhebung der Bescheide die Verpflichtung der Beklagten zur Neubescheidung ihres Antrags auf Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs gegen den Beigeladenen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts begehrt.

Das Sozialgericht hat durch Urteil vom 7. Dezember 2016 die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte zu einer Sachentscheidung über den Antrag auf Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs gegen den Beigeladenen verpflichtet. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, dass sich die Rechtsgrundlage für das auf Feststellung eines Schadensersatzanspruchs gerichtete Begehren der Klägerin aus dem Gesamtzusammenhang des EKV-Z ergebe. Bei mangelhafter Versorgung sei der Zahnarzt zum Schadensersatz und die vertragszahnärztlichen Institutionen zur Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs verpflichtet. Die Krankenkasse könne nicht selbst gegen den Zahnarzt vorgehen. Direkt gegen den Zahnarzt könne ein Schadensersatzanspruch nur geltend gemacht werden, wenn sein Gegenstand nicht in die Zuständigkeit der vertragszahnärztlichen Institutionen falle. Die Klägerin habe sich zu Recht an die Beklagte gewandt, die nach § 21 Abs. 2 EKV-Z für die Feststellung eines Schadens gegenüber dem Beigeladenen zuständig sei. Nach dem BSG sei entscheidend für eine öffentlich-rechtliche Schadensersatzpflicht des Vertragsarztes, ob die prothetische Versorgung Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung und die kassenzahnärztliche Vereinigung darin im Sinne einer Sicherstellungs-Gewährleistungsverpflichtung eingebunden sei. Auch die andersartige Versorgung im Sinne des [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) gehöre zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Im Interesse ihrer Wahlfreiheit hätten Versicherte die Möglichkeit, einen über die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatz zu wählen, wobei sie dann die Mehrkosten selbst zu tragen hätten. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe in seinen Richtlinien die Befunde zu bestimmen, für die Festzuschüsse gewährt werden und habe sie prothetischen Regelversorgungen zuzuordnen. Zwar umfasse die vertragszahnärztliche Versorgung die prothetische Versorgung nur im Umfang der Regelversorgung und seien die Leistungen der andersartigen Versorgung direkt mit den Versicherten abzurechnen. Es sei jedoch zu berücksichtigen, dass nach den Regelungen des EKV-Z die vertragszahnärztliche Versorgung die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich der Leistungen der andersartigen Versorgung umfasse. Daraus ergebe sich die Zuständigkeit der Beklagten. Auch die in Anlage 17 EKV-Z (Vereinbarung über das Antrags- und Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen) enthaltene Protokollnotiz spreche davon, dass die Krankenkassen in begründeten Einzelfällen auch im Falle einer andersartigen Versorgung prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach ihrer Eingliederung überprüfen lassen könnten.

Gegen das ihr am 2. Januar 2017 zugestellte Urteil richtet sich die am 1. Februar 2017 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene vom Sozialgericht ausdrücklich zugelassene Berufung der Beklagten. Das Sozialgericht habe verkannt, dass § 21 EKV-Z im Falle einer andersartigen Versorgung nicht anwendbar sei. Die Regelung des § 21 Abs. 2 EKV-Z setze gerade voraus, dass die Abrechnung über die kassenzahnärztliche Vereinigung stattfinde und entsprechend ein Regress gegen den Zahnarzt möglich sei. Bei einer andersartigen Versorgung würden die Festzuschüsse nicht mit der zuständigen kassenzahnärztlichen Vereinigung abgerechnet, vielmehr rechne der Vertragszahnarzt direkt mit dem Patienten ab, der seinerseits gegen seine Krankenkasse Anspruch auf die bewilligten Festzuschüsse habe. Die kassenzahnärztliche Vereinigung prüfe lediglich in Bezug auf die Regelversorgung, ob die richtige Befundgruppe angewandt worden sei. Selbst bei der gleichartigen Versorgung seien in der Abrechnung des Vertragszahnarztes lediglich die Kosten der Regelversorgung enthalten, nicht dagegen Mehrkosten, die wie die andersartige Versorgung mit den Versicherten abgerechnet würden. Auch nach dem Vertrag über den Datenaustausch werde bei der Datenübermittlung zwischen kassenzahnärztlicher Vereinigung und Krankenkasse lediglich gekennzeichnet, dass im Datensatz keine GOZ-Leistungen enthalten seien. Die Entscheidung des BSG aus dem Jahre 2004, wonach der Zahlungsweg nur untergeordnete Bedeutung habe, betreffe noch altes Recht. Das Festzuschussystem sei zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft getreten. Die Entscheidungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschuss, wenn sie sich denn auch auf die andersartige Versorgung beziehen sollte, betreffe nur die Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, nicht die Schadensersatzfeststellungskompetenz. Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag der kassenzahnärztlichen Vereinigungen erfasse die Versorgung mit Zahnersatz nur im Rahmen der Regelversorgung. Von dieser gesetzlichen Vorgabe könne der EKV-Z nicht abweichen. Etwas Anderes ergebe sich auch nicht daraus, dass der Zahnarzt auch bei einer beabsichtigten andersartigen Versorgung einen Heil- und Kostenplan zu erstellen habe, der von den Krankenkassen vor Beginn der Behandlung geprüft werden könne. Dass die Möglichkeit zur Prüfung auch der andersartigen Versorgung ausdrücklich in die Protokollnotiz aufgenommen worden sei, habe ausschließlich politische Gründe. Die Partner des Bundesmantelvertrags seien einig gewesen, dass auch für den Fall einer andersartigen Versorgung nicht der MDK, sondern das bundesmantelvertraglich vereinbarte Gutachterverfahren gewählt werden sollte. Die Klägerin hätte nach den für das Land Brandenburg geltenden Vergütungsvereinbarungen an sich die Auszahlung des Festzuschusses an die Versicherte ablehnen müssen. Tatsächlich sei aber keine Abrechnung über sie – die Beklagte – vorgenommen worden. Weil die Leistungen nicht über sie – die Beklagte – abgerechnet worden seien, müsse sie auch keine Rückabwicklung vornehmen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 7. Dezember 2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das Sozialgericht habe zu Recht entschieden, dass die Beklagte auch bei einer andersartigen Versorgung für die Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs zuständig sei. Das ergebe sich aus § 21 EKV-Z. Dem Einwand, dass eine andersartige Versorgung nicht über die kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet werde, sei entgegen zu halten, dass auch in diesem Fall eine Absetzung in Höhe des festgesetzten Betrags zu erfolgen habe. Die Parteien des EKV-Z hätten ausdrücklich bestimmt, dass die kassenzahnärztlichen Vereinigungen zuständig für die Festsetzung von Schadensersatzansprüchen seien, ohne dabei zu unterscheiden, ob es sich um eine Regelversorgung, eine gleichartige oder andersartige Versorgung handle. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss gehe offenbar davon aus, dass die andersartige Versorgung Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung sei. So habe er geregelt, dass die Versicherten Anspruch auf Erstattung bewilligter Festzuschüsse hätten, wenn eine andersartige Versorgung durchgeführt werde. Nach dem Gesetz sei die Versorgung mit Zahnersatz nach wie vor Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Der Versicherte habe Anspruch auf einen Festzuschuss, der für die Regelversorgung, die gleichartige Versorgung und die andersartige Versorgung gleichermaßen gezahlt werde. Alle drei Versorgungsformen seien demnach Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Das Urteil des BSG v. 28. April 2004 – [B 6 KA 64/03 R](#) – habe Bedeutung für den vorliegenden Sachverhalt. Auch eine andersartige Versorgung dürfe von den Krankenkassen nur bezuschusst werden, wenn es sich

um eine anerkannte Behandlungsmethode handele. Nach der gesetzlichen Neuregelung sollten die Festzuschüsse Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sein. Selbst wenn bei einer andersartigen Versorgung der Festzuschuss direkt an den Versicherten gezahlt werde, bleibe seine Höhe unverändert. Der Zahlungsweg sei nach der Rechtsprechung des BSG nicht maßgeblich. Dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung sei es auch im Übrigen nicht fremd, einem Versicherten, der weitergehende Leistungen in Anspruch nehmen will, Kostenerstattung anstelle von Sachleistungen zu gewähren. Kontrollmöglichkeiten der Krankenkassen gebe es auch bei der andersartigen Versorgung. Der von dem Zahnarzt vor Beginn der Behandlung zu erstellende Heil- und Kostenplan sei unabhängig von der gewählten Versorgungsform zu prüfen. Seine Genehmigung sei Voraussetzung für den Leistungsanspruch. Im Falle einer mangelhaften prothetischen Versorgung habe der Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen erneut einen Anspruch auf einen Festzuschuss. In der Sache liege vorliegend ein Mischfall vor, weil es sich bei der Versorgung des Oberkiefers der Versicherten um eine Regelversorgung handele, bei der Versorgung des Unterkiefers dagegen um eine andersartige Versorgung. Bei Mischfällen erfolge eine Direktabrechnung mit dem Versicherten, wenn mehr als 50 Prozent des zahnärztlichen Honorars auf die andersartige Versorgung entfallen würden. Das habe der behandelnde Zahnarzt vorliegend so vermerkt.

Der Beigeladene stellt keinen eigenen Antrag. Grundsätzlich schließt er sich dem Vorbringen der Beklagten an. Er meint, es läge keine andersartige Versorgung vor.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die vom Sozialgericht ausdrücklich zugelassene Berufung hat keinen Erfolg. Das Urteil des Sozialgerichts ist zutreffend. Mit Recht hat das Sozialgericht die Bescheide der Beklagten vom 11. Juni 2013 und 27. August 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2015 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, über den Antrag der Klägerin auf Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs gegenüber dem Beigeladenen in der Sache zu entscheiden.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG ergibt sich aus den das Verhältnis zwischen Krankenkassen, Vertragszahnärzten und kassenzahnärztlichen Vereinigungen regelnden gesamtvertraglichen Bestimmungen eine Schadensersatzpflicht, wenn ein Vertragszahnarzt seine öffentlich-rechtlichen Pflichten dadurch verletzt, dass er eine dem medizinischen Standard nicht entsprechende prothetische Versorgung vornimmt (BSG v. 10. Mai 2017 - [B 6 KA 15/16 R](#) - juris Rn 24 mit weit Nachw). Diese Schadensersatzpflicht kann von der Krankenkasse nicht direkt gegen den Vertragszahnarzt, sondern nur über die für den Vertragszahnarzt zuständige kassenzahnärztliche Vereinigung durchgesetzt werden.

Rechtsgrundlage für die Entscheidung einer kassenzahnärztlichen Vereinigung über den von einer Krankenkasse gegen einen Vertragszahnarzt erhobenen Anspruch auf Schadensersatz wegen einer im Jahre 2011 vorgenommenen prothetischen Behandlung ist § 21 Abs. 2 EKV-Z in der bis zum 30. Juni 2018 geltenden, hier noch maßgeblichen Fassung. Nach dieser Vorschrift werden von den kassenzahnärztlichen Vereinigungen auch Ansprüche von Ersatzkassen gegen einen Vertragszahnarzt auf Grund mangelhafter prothetischer und kieferorthopädischer Leistungen festgestellt. Im Ersatzkassenbereich war demnach die jeweils zuständige kassenzahnärztliche Vereinigung die richtige Stelle, um gegen einen Vertragszahnarzt einen Regress wegen einer mangelbehafteten prothetischen Versorgung festzusetzen. Über die von den Krankenkassen geltend gemachten Schadensersatzansprüche hatten die kassenzahnärztlichen Vereinigungen entsprechend langjähriger Rechtstradition ungeachtet des grundsätzlich zwischen den Krankenkassen und den kassenzahnärztlichen Vereinigungen bestehenden Verhältnisses der Gleichordnung durch Verwaltungsakt zu entscheiden (BSG v. 10. Mai 2017 - [B 6 KA 15/16 R](#) - juris Rn 22). Es liegt in diesem Zusammenhang auch kein Fall vor, in dem aus besonderen Gründen die Durchführung eines Widerspruchsverfahren entbehrlich ist (BSG v. 10. Mai 2017 - [B 6 KA 15/16 R](#) - juris Rn 20). Zutreffend richtet sich die Klage daher gegen die Bescheide der Beklagten vom 11. Juni 2013 und 27. August 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2015.

§ 21 Abs. 2 EKV-Z erfasst auch Schadensersatzansprüche, welche von den Krankenkassen wegen Festzuschüssen geltend gemacht werden, die nach [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) wegen Durchführung einer andersartigen Versorgung gezahlt werden. Entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten setzt die Vorschrift nicht voraus, dass die mangelhaften Leistungen, derentwegen ein Regress begehrt wird, auch vorher über die kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet worden sind. Im Wortlaut des § 21 Abs. 2 EKV-Z findet sich für eine entsprechende Einschränkung kein Anhaltspunkt. Sie ist auch nicht - wie noch zu zeigen sein wird - aus Sinn und Zweck der Vorschrift abzuleiten. Selbst wenn aber, wie die Beklagte meint, § 21 Abs. 2 EKV-Z nur auf prothetische Leistungen Anwendung finden würde, deren Honorar dem Zahnarzt über seine kassenzahnärztliche Vereinigung zufließt, bliebe hier aufgrund der Umstände des Einzelfalles ein Regress möglich: Der von dem Beigeladenen bei der Versicherten der Klägerin eingegliederte Zahnersatz entsprach im Oberkiefer einer Regelversorgung, im Unterkiefer einer andersartigen Versorgung. Damit lag ein sogenannter Mischfall vor. Die Beklagte hat selbst auf die in ihrem Zuständigkeitsbereich geltenden Vergütungsvereinbarungen hingewiesen, wonach sämtliche Mischfälle ohne Rücksicht auf den jeweiligen Anteil von Regelversorgung, gleichartigen Versorgung und andersartigen Versorgung über sie abzurechnen sind. Entsprechend hätte der von der Klägerin gewährte Zuschuss nicht direkt an die Versicherte ausgezahlt werden dürfen. Zu dieser Direktzahlung ist es gekommen, weil der Beigeladene einen entsprechenden Vermerk auf dem Heil- und Kostenplan angebracht hat. Korrekt hätte der Beigeladene die von ihm erbrachten Leistungen als sogenannten Mischfall (Ausführung von prothetischen Leistungen teilweise als Regelversorgung und teilweise als andersartige Versorgung) nach den in dem Zuständigkeitsbereich der Beklagten maßgeblichen Vergütungsvereinbarungen vollständig über sie abrechnen müssen. Bei korrekter Abrechnung hätte der Beigeladene dem Zugriff der Beklagten damit auch nach deren Auffassung unterlegen. Indessen ist es schlechthin nicht möglich, dass es ein Vertragsarzt durch unzutreffende Abrechnungen in der Hand haben könnte, sich einem von der Beklagten festzusetzenden Regress zu entziehen. Der Beigeladene und die Beklagte müssen sich daher so behandeln lassen, als sei die Abrechnung der erbrachten prothetischen Leistungen über die kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt, womit ein Regress hier auch nach der Rechtsauffassung der Beklagten vorzunehmen wäre. Darauf kommt es aber nicht entscheidend an, weil die rechtliche Möglichkeit der Beklagten zur Feststellung eines Schadensersatzanspruchs gegen einen ihr angehörenden Vertragszahnarzt ohne Rücksicht auf den vorgesehenen Zahlungsweg auch dann besteht, wenn ein Festzuschuss für prothetische Leistungen gewährt wird, die nicht der Regelversorgung angehören.

Die Beklagte verkennt, wenn sie die Leistungen der andersartigen Versorgung aus ihrer Zuständigkeit zum Schadensregress herausnehmen will, dass der Beigeladene, die Klägerin und sie selbst in das vertragszahnärztliche Vergütungssystem eingebunden sind, nach dessen Regeln ein unmittelbarer Zugriff der Krankenkasse auf den Vertragszahnarzt regelmäßig ausgeschlossen ist (vgl. BSG v. 20. März 2013 – [B 6 KA 18/12 R](#) - juris Rn 16). Ein Schadensersatzanspruch kann nur dann unter Außerachtlassung der besonderen vertragszahnärztlichen Institutionen geltend gemacht werden, wenn sein Gegenstand nicht in deren Zuständigkeit fällt und nicht von den für diese maßgebenden Regelungen erfasst wird (BSG v. 20. März 2013 – [B 6 KA 18/12 R](#) - juris Rn 17). Davon kann vorliegend aber nicht die Rede sein, weil die Durchführung einer andersartigen Versorgung nicht die Leistungspflicht der Krankenkassen aufhebt und deswegen untrennbar mit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit verbunden bleibt. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass der klagenden Krankenkasse durch die Behandlungsleistungen des Beigeladenen ein eigener Schaden entstanden ist.

Die Versorgung mit Zahnersatz ist gemäß [§ 73 Abs. 2 Nr. 2a SGB V](#) Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung, soweit sie [§ 56 Abs. 2 SGB V](#) entspricht. Zu Unrecht meint die Beklagte, dass [§ 56 Abs. 2 SGB V](#) nur die Regelversorgung meint. Sie verkennt dabei, dass nach dem Gesetz die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht endet, wenn der Versicherte eine andere Versorgung wählt. [§ 56 Abs. 2 SGB V](#) regelt die Bestimmung von Befunden, denen jeweils eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet wird. Der Gesetzgeber sieht prothetische Leistungen in der Form der Regelversorgung, der besonderen Versorgung und der anderen Versorgung vor. Dabei bildet die Regelversorgung eine konkrete Versorgung ab, die in der Mehrzahl der Fälle eine geeignete Behandlungsmaßnahme darstellt und regelmäßig ausreichen soll. Es ist nach [§ 56 Abs. 1 SGB V](#) Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, in Richtlinien die Befunde zu bestimmen und ihnen jeweils eine Regelversorgung zuzuordnen, für die auch Beträge festzusetzen sind. Als Leistungsinhalt der Krankenkassen sieht das Gesetz Festzuschüsse vor, die 60 bzw. 75 Prozent der für eine Regelversorgung festgesetzten Beträge erreichen. Das Gesetz eröffnet Versicherten die Wahlmöglichkeit, eine über die Regelversorgung hinausgehende aber gleichartige Versorgung zu wählen ([§ 55 Abs. 4 SGB V](#)) oder eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung durchzuführen ([§ 55 Abs. 5 SGB V](#)). Der Höhe nach bleibt die Leistungspflicht der Krankenkassen stets auf den sich aus dem jeweiligen Befund ergebenden Festzuschuss beschränkt. Dadurch wird aber auch deutlich, dass eine andersartige Versorgung, zu der ein Zuschuss gewährt, nicht dem Grunde nach aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet, sondern sie nur dem Umfang nach übersteigt. Beide Elemente, der in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallende Behandlungsanlass und der über das Maß des Notwendigen hinausgehenden Umfang der Behandlung, sind untrennbar miteinander verbunden.

Indessen ändert sich nach dem Gesetz bei der andersartigen Versorgung der Zahlungsweg: Während bei einer Regelversorgung und einer besonderen Versorgung die Krankenkassen die Festzuschüsse über die kassenzahnärztlichen Vereinigungen an den Vertragszahnarzt auszahlen, werden sie bei einer andersartigen Versorgung gem. [§ 55 Abs. 5 SGB V](#) direkt dem jeweiligen Versicherten gewährt. Insoweit ist zutreffend, dass sich der Inhalt der von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Leistungen bei einer andersartigen Versorgung gegenüber der Regelversorgung und der besonderen Versorgung von einem partiellen Sachleistungsanspruch zu einem (Teil-)Kostenerstattungsanspruch ändert. Indessen hat das BSG bereits entschieden, dass es für die Frage, ob eine Behandlung noch Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung ist, nicht entscheidend auf den Zahlungsweg ankommt (BSG v. 28. April 2004 – [B 6 KA 64/03 R](#) - juris Rn 23). Deswegen kann sich entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten kein entscheidendes Argument gegen die Verpflichtung zur Feststellung eines Schadensersatzes daraus ergeben, dass die Krankenkassen in den Fällen der anderweitigen Versorgung die Festzuschüsse nicht über die kassenzahnärztlichen Vereinigungen abwickeln, sondern direkt an die Versicherten auszahlen.

Für das Verbleiben der andersartigen prothetischen Leistungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung spricht weiter, dass nach [§ 87 Abs. 1a Satz 2 SGB V](#) zwischen den Kollektivvertragsparteien auf Bundesebene zwingend vereinbart werden muss, dass Vertragsärzte auch in den Fällen einer besonderen oder einer andersartigen Versorgung einen Heil- und Kostenplan zu erstellen haben, der von den Krankenkassen geprüft werden kann. Die Genehmigung des Heil- und Kostenplans durch die Krankenkasse ist auch bei einer geplanten andersartigen Versorgung Voraussetzung dafür, dass ein Anspruch der Versicherten auf Gewährung eines Festzuschusses entsteht. Zudem ist die Möglichkeit zu einer nachträglichen Prüfung der Versorgung in Anlage 17 zum EKV-Z (dort Protokollnotiz zu § 4) für alle drei Versorgungsformen geregelt. Dementsprechend steht die Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz auch bei Wahl einer andersartigen Versorgung nicht außerhalb der Regeln des Vertragszahnarztrechtes, was zu einer Prüfverpflichtung der Beklagten hinsichtlich einer mangelbehafteten Ausführung führt. Die Behandlung des Befunds bleibt Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung, auch wenn die Art und Weise der Behandlung über das erforderliche und angemessene hinausgeht.

Nach den vorliegenden von Dr. P erstellten Gutachten ist der von dem Beigeladenen eingesetzte Zahnersatz mangelhaft gewesen. Ein der Klägerin durch die Schlechtleistung entstandener Schaden ist nicht deswegen ausgeschlossen, weil die Klägerin bereits einmal einen befundbezogenen Festzuschuss an die Versicherte gezahlt hat. Denn Versicherten kann bei einem fortbestehenden Behandlungsbedarf trotz bereits erbrachter Zuschussleistungen gegebenenfalls erneut ein Anspruch auf einen weiteren Festzuschuss zustehen (BSG v. 28. April 2004 – [B 6 KA 64/03 R](#) - juris Rn 24).

Nach alledem war die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) iVm [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) sind nicht ersichtlich. Eine grundsätzliche Bedeutung hat der Senat verneint, weil die Rechtssache zum einen Besonderheiten des Brandenburger Landesrechts und zum anderen mit dem EKV-Z bereits abgelaufenes Recht betrifft.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2021-01-21