S 1 KA 55/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	24
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	anderartige Versorgung – Regress – Mischfall
Leitsätze	-
Normenkette	EKV-Z § 21 SGB 5 § 55 SGB 5 § 56 SGB 5 § 73 II Nr 2 a

1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 KA 55/15
Datum	07.12.2016

2. Instanz

Aktenzeichen	L 24 KA 11/17
Datum	09.12.2020

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 7. Dezember 2016 wird zurÃ¼ckgewiesen. Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der auÃergerichtlichen Kosten des Beigeladenen zu tragen, die dieser selbst zu tragen hat. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die Verpflichtung der Beklagten zur Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs gegen den Beigeladenen.

Der Beigeladene gliederte am 17. August 2011 bei einer Versicherten der KlÃ¤gerin Zahnersatz im Ober- und Unterkiefer ein. Nach dem Heil- und Kostenplan ergab sich eine Gesamtsumme von 6.847,03 EUR, von der die KlÃ¤gerin einen Festzuschuss in HÃ¶he von 4.418,64 EUR Ã¼bernahm, den sie direkt an die Versicherte zahlte.

Nachdem die Versicherte gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin Beschwerden angegeben hatte, erfolgte eine Begutachtung der Prothetik zunÃ¤chst im Oberkiefer. Der Gutachter Dr. P befand am 20. MÃ¤rz 2013, dass der Oberkieferzahnersatz mÃ¤ngelbehaftet und nicht funktionstÃ¼chtig sei.

Mit Schreiben vom 27. Mai 2013 wies die KlÃ¤gerin die Beklagte darauf hin, dass sie wegen eines gestÃ¶rten VertrauensverhÃ¤ltnisses 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. FÃ¼r die Oberkieferprothetik ergebe sich ein RÃ¼ckforderungsbetrag in HÃ¶he von 1.693,96 EUR zuzÃ¼glich Gutachterkosten in HÃ¶he von 182,61 EUR.

Die Beklagte lehnte mit Schreiben vom 11. Juni 2013 ab. Der Heil- und Kostenplan sei nicht Ã¼ber sie abgerechnet worden. Deswegen mÃ¼sse der RÃ¼ckforderungsantrag direkt bei dem Beigeladenen gestellt werden.

Am 29. Juli 2013 stellte Dr. P in einem weiteren Gutachten fest, dass auch eine BrÃ¼cke im Unterkiefer wegen eines Haarrisses mÃ¤ngelbehaftet sei. Eine Erneuerung sei auch insoweit unumgÃ¤nglich. Die KlÃ¤gerin beantragte unter Hinweis auf das weitere Gutachten mit Schreiben vom 5. August 2013 erneut die Mithilfe der Beklagten bei der Durchsetzung einer RÃ¼ckforderung in HÃ¶he von nunmehr 2,763,40 EUR sowie der Erstattung von Gutachterkosten in HÃ¶he von 279,24 EUR. Die Beklagte wiederholte durch Schreiben vom 27. August 2013 ihre Antwort aus dem Schreiben vom 11. Juni 2013.

Die KlÃ¤gerin legte gegen die Schreiben der Beklagten vom 11. Juni 2013 und vom 27. August 2013 Widerspruch ein. Aus der Rechtsprechung des BSG (Hinweis auf Urt. v. 28. April 2004 â B 6 KA 64/03 R) ergebe sich, dass die kassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung Ã¼ber einen Antrag auf RÃ¼ckforderung eines Festzuschusses wegen mangelhafter Zahnersatzversorgung auch bei einer andersartigen Versorgung zu entscheiden habe. Der Schadensersatzanspruch sei in HÃ¶he von 2.763,40 EUR zuzÃ¼glich Gutachterkosten in HÃ¶he von 279,24 EUR begrÃ¼ndet. 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 zurÃ¼ck. Das Urteil des BSG v. 28. April 2004 â B 6 KA 64/03 R sei nicht einschlÃ¤gig, das maÃgebende Leistungsrecht vielfach geÃ¤ndert worden, zuletzt mit Wirkung zum 1. Januar 2004. Wegen der andersartigen Versorgung liege kein Ã¶ffentlich-rechtlicher Schadensersatzanspruch vor. Soweit der Ersatzkassenvertrag ZahnÃ¤rzte (EKV-Z) ermÃ¶gliche, dass die kassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung anerkannte Forderungen bei der nÃ¤chsten Abrechnung gegen den Vertragszahnarzt durchsetze, setze das voraus, dass auch die Abrechnung Ã¼ber die kassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung erfolgt sei und ein RÃ¼ckforderungsverfahren durchgefÃ¼hrt werde. Auch aus dem zwischen der kassenzahnÃ¤rztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband vertraglich geregelten Gutachterverfahren ergebe sich kein Anspruch auf einen

Regress gegen einen Vertragszahnarzt.

Mit der am 17. MÃ¤rz 2015 bei dem Sozialgericht Potsdam eingegangenen Klage hat die KlÃ¤gerin 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 Ã¼ber den Antrag auf Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs gegen den Beigeladenen verpflichtet. Zur BegrÃ¼ndung hat das Sozialgericht ausgefÃ¼hrt, dass sich die Rechtsgrundlage fÃ¼r das auf Feststellung eines Schadensersatzanspruchs gerichtete Begehren der KlÃ¤gerin aus dem Gesamtzusammenhang des EKV-Z ergebe. Bei mangelhafter Versorgung sei der Zahnarzt zum Schadensersatz und die vertragszahnÃ¤rztlichen Institutionen zur Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs verpflichtet. Die Krankenkasse kÃ¶nne nicht selbst gegen den Zahnarzt vorgehen. Direkt gegen den Zahnarzt kÃ¶nne ein Schadensersatzanspruch nur geltend gemacht werden, wenn sein Gegenstand nicht in die ZustÃ¤ndigkeit der vertragszahnÃ¤rztlichen Institutionen falle. Die KlÃ¤gerin habe sich zu Recht an die Beklagte gewandt, die nach Â§ 21 Abs. 2 EKV-Z fÃ¼r die Feststellung eines Schadens gegenÃ¼ber dem Beigeladenen zustÃ¤ndig sei. Nach dem BSG sei entscheidend fÃ¼r eine Ã¶ffentlich-rechtliche Schadensersatzpflicht des Vertragsarztes, ob die prothetische Versorgung Teil der vertragszahn Ã¤rztlichen Versorgung und die kassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung darin im Sinne einer Sicherstellungs-GewÃ¤hrleistungsverpflichtung eingebunden sei. Auch die andersartige Versorgung im Sinne des Â§ 55 Abs. 5 SGB V gehÃ¶re zur vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung. Im Interesse ihrer Wahlfreiheit hÃ¤tten Versicherte die MÃ¶glichkeit, einen Ã¼ber die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatz zu wÃ¤hlen, wobei sie dann die Mehrkosten selbst zu tragen hÃ¤tten. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe in seinen Richtlinien die Befunde zu bestimmen, fÃ¼r die FestzuschÃ¼sse gewÃ¤hrt werden und habe sie prothetischen Regelversorgungen zuzuordnen. Zwar umfasse die vertragszahnÃ¤rztliche 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 berÃ¼cksichtigen, dass nach den Regelungen des EKV-Z die vertragszahnÃ¤rztliche Versorgung die Versorgung mit Zahnersatz einschlieÃlich der Leistungen der andersartigen Versorgung umfasse. Daraus ergebe sich die ZustÃ¤ndigkeit der Beklagten. Auch die in Anlage 17 EKV-Z (Vereinbarung Ã¼ber das Antrags- und Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen) enthaltene Protokollnotiz spreche davon, dass die Krankenkassen in begrÃ¼ndeten EinzelfÃ¤llen auch im Falle einer andersartigen Versorgung prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach ihrer Eingliederung Ã¼berprÃ¼fen lassen kÃ¶nnten.

Gegen das ihr am 2. Januar 2017 zugestellte Urteil richtet sich die am 1. Februar 2017 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene vom

Sozialgericht ausdrÃ¼cklich zugelassene Berufung der Beklagten. Das Sozialgericht habe verkannt, dass Â§ 21 EKV-Z im Falle einer andersartigen Versorgung nicht anwendbar sei. Die Regelung des Â§ 21 Abs. 2 EKV-Z setze gerade voraus, dass die Abrechnung Ã¼ber die kassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung stattfinde und entsprechend ein Regress gegen den Zahnarzt mÃ¶glich sei. Bei einer andersartigen Versorgung wÃ¼rden die FestzuschÃ¼sse nicht mit der zustÃ¤ndigen kassenzahnÃ¤rztlichen Vereinigung abgerechnet, vielmehr rechne der Vertragszahnarzt direkt mit dem Patienten ab, der seinerseits gegen seine Krankenkasse Anspruch auf die bewilligten FestzuschÃ¼sse habe. Die kassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung prÃ¼fe 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 wÃ¼rden. Auch nach dem Vertrag Ã¼ber den Datenaustausch werde bei der DatenÃ¼bermittlung zwischen kassenzahnÃ¤rztlicher 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 Festzuschusssystem sei zu einem spÃ¤teren 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 kassenzahnÃ¤rztlichen Vereinigungen erfasse die Versorgung mit Zahnersatz nur im Rahmen der Regelversorgung. Von dieser gesetzlichen Vorgabe kÃ¶nne 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 geprÃ¼ft werden kÃ¶nne. Dass die MÃ¶glichkeit zur PrÃ¼fung auch der andersartigen Versorgung ausdrÃ¼cklich in die Protokollnotiz aufgenommen worden sei, habe ausschlieÃlich politische GrÃ¼nde. Die Partner des Bundesmantelvertrags seien einig gewesen, dass auch fÃ¼r den Fall einer andersartigen Versorgung nicht der MDK, sondern das bundesmantelvertraglich vereinbarte Gutachterverfahren gewÃ¤hlt werden sollte. Die KlÃ¤gerin hÃ¤tte nach den fÃ¼r das Land Brandenburg geltenden VergÃ¼tungsvereinbarungen an sich die Auszahlung des Festzuschusses an die Versicherte ablehnen mÃ¼ssen. TatsÃ¤chlich sei aber keine Abrechnung Ã¼ber sie â die Beklagte â vorgenommen worden. Weil die Leistungen nicht Ã¼ber sie â die Beklagte â abgerechnet worden seien, mÃ¼sse sie auch keine RÃ¼ckabwicklung vornehmen.

Die Beklagte beantragt,

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

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Das Sozialgericht habe zu Recht entschieden, dass die Beklagte auch bei einer andersartigen Versorgung fÃ¼r die Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs zustÃ¤ndig sei. Das ergebe sich aus Â§ 21 EKV-Z. Dem Einwand, dass eine andersartige Versorgung nicht Ã¼ber die kassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung abgerechnet werde, sei entgegen zu halten, dass auch in diesem Fall eine Absetzung in HÃ¶he des festgesetzten Betrags zu erfolgen habe. Die Parteien des EKV-Z hÃ¤tten ausdrÃ¼cklich bestimmt, dass die kassenzahnÃ¤rztlichen Vereinigungen zustÃ¤ndig fÃ¼r die Festsetzung von SchadensersatzansprÃ¼chen 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 vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung sei. So habe er geregelt, dass die Versicherten Anspruch auf Erstattung bewilligter FestzuschÃ¼sse hÃ¤tten, wenn eine andersartige Versorgung durchgefÃ¼hrt werde. Nach dem Gesetz sei die Versorgung mit Zahnersatz nach wie vor Teil der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung. Der Versicherte habe Anspruch auf einen Festzuschuss, der fÃ¼r die Regelversorgung, die gleichartige Versorgung und die andersartige Versorgung gleichermaÃen gezahlt werde. Alle drei Versorgungsformen seien demnach Bestandteil der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung. Das Urteil des BSG v. 28. April 2004 â B 6 KA 64/03 R â habe Bedeutung fÃ¼r den vorliegenden Sachverhalt. Auch eine andersartige Versorgung dÃ¼rfe von den Krankenkassen nur bezuschusst werden, wenn es sich um eine anerkannte Behandlungsmethode handele. Nach der gesetzlichen Neuregelung sollten die FestzuschÃ¼sse Bestandteil der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung sein. Selbst wenn bei einer andersartigen Versorgung der Festzuschuss direkt an den Versicherten gezahlt werde, bleibe seine HÃ¶he unverÃ¤ndert. Der Zahlungsweg sei nach der Rechtsprechung des BSG nicht maÃgeblich. Dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung sei es auch im Ãbrigen nicht fremd, einem Versicherten, der weitergehende Leistungen in Anspruch nehmen will, Kostenerstattung anstelle von Sachleistungen zu gewÃ¤hren. KontrollmÃ¶glichkeiten der Krankenkassen gebe es auch bei der andersartigen Versorgung. Der von dem Zahnarzt vor Beginn der Behandlung zu erstellende Heil- und Kostenplan sei unabhÃ¤ngig von der gewÃ¤hlten Versorgungsform zu prÃ¼fen. Seine Genehmigung sei Voraussetzung fÃ¼r 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 MischfÃ¤llen erfolge eine Direktabrechnung mit dem Versicherten, wenn mehr als 50 Prozent des zahnÃ¤rztlichen Honorars auf die andersartige Versorgung entfallen wÃ¼rden. Das habe der behandelnde Zahnarzt vorliegend so vermerkt.

Der Beigeladene stellt keinen eigenen Antrag. GrundsÃ¤tzlich schlieÃt er sich dem Vorbingen der Beklagten an. Er meint, es lÃ¤ge keine andersartige Versorgung vor.

FÃ¼r die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen sind.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die vom Sozialgericht ausdrÃ¼cklich 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, Ã¼ber den Antrag der KlÃ¤gerin auf Festsetzung eines Schadensersatzanspruchs gegenÃ¼ber dem Beigeladenen in der Sache zu entscheiden.

Nach der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des BSG ergibt sich aus den das VerhÃ¤ltnis zwischen Krankenkassen, VertragszahnÃ¤rzten und kassenzahnÃ¤rztlichen Vereinigungen regelnden gesamtvertraglichen Bestimmungen eine Schadensersatzpflicht, wenn ein Vertragszahnarzt seine Ã¶ffentlich-rechtlichen Pflichten dadurch verletzt, dass er eine dem medizinischen Standard nicht entsprechende prothetische Versorgung vornimmt (BSG v. 10. Mai 2017 â B 6 KA 15/16 R â juris Rn 24 mit weit Nachw). Diese Schadensersatzpflicht kann von der Krankenkasse nicht direkt gegen den Vertragszahnarzt, sondern nur Ã¼ber die fÃ¼r den Vertragszahnarzt zustÃ¤ndige kassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung durchgesetzt werden.

Rechtsgrundlage fÃ¼r die Entscheidung einer kassenzahnÃ¤rztlichen Vereinigung Ã¼ber den von einer Krankenkasse gegen einen Vertragszahnarzt erhobenen Anspruch auf Schadensersatz wegen einer im Jahre 2011 vorgenommenen prothetischen Behandlung ist Â§ 21 Abs. 2 EKV-Z in der bis zum 30. Juni 2018 geltenden, hier noch maÃgeblichen Fassung. Nach dieser Vorschrift werden von den kassenzahnÃ¤rztlichen Vereinigungen auch AnsprÃ¼che von Ersatzkassen gegen einen Vertragszahnarzt auf Grund mangelhafter prothetischer und kieferorthopÃ¤discher Leistungen festgestellt. Im Ersatzkassenbereich war demnach die jeweils zustÃ¤ndige kassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung die richtige Stelle, um gegen einen Vertragszahnarzt einen Regress wegen einer mangelbehaften prothetischen Versorgung festzusetzen. Ãber die von den Krankenkassen geltend gemachten SchadensersatzansprÃ¼che hatten die kassenzahnÃ¤rztlichen Vereinigungen entsprechend langjÃ¤hriger Rechtstradition ungeachtet des grundsÃ¤tzlich zwischen den Krankenkassen und den kassenzahnÃ¤rztlichen Vereinigungen bestehenden VerhÃ¤ltnisses der Gleichordnung durch Verwaltungsakt zu entscheiden (BSG v. 10. Mai 2017 â B 6 KA 15/16 R â juris Rn 22). Es liegt in diesem Zusammenhang auch kein Fall vor, in dem aus besonderen GrÃ¼nden die DurchfÃ¼hrung eines Widerspruchsverfahren entbehrlich ist (BSG v. 10. Mai 2017 â B 6 KA 15/16 R â 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.

Â§ 21 Abs. 2 EKV-Z erfasst auch SchadensersatzansprÃ¼che, welche von den Krankenkassen wegen FestzuschÃ¼ssen geltend gemacht werden, die nach Â§ 55 Abs. 5 SGB V wegen DurchfÃ¼hrung 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 Ã¼ber die kassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung abgerechnet worden sind. Im Wortlaut des Â§ 21 Abs. 2 EKV-Z findet sich fÃ¼r eine entsprechende EinschrÃ¤nkung kein Anhaltspunkt. Sie ist auch nicht â wie noch zu zeigen sein wird â aus Sinn und Zweck der Vorschrift abzuleiten. Selbst wenn aber, wie die Beklagte meint, Â§ 21 Abs. 2 EKV-Z nur auf prothetische Leistungen Anwendung finden wÃ¼rde, deren Honorar dem Zahnarzt Ã¼ber seine kassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung zufließt, bliebe hier aufgrund der UmstÃ¤nde des Einzelfalles ein Regress mÃ¶glich: Der von dem Beigeladenen bei der Versicherten der KlÃ¤gerin 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 ZustÃ¤ndigkeitsbereich geltenden VergÃ¼tungsvereinbarungen hingewiesen, wonach sÃ¤mtliche MischfÃ¤lle ohne RÃ¼cksicht auf den jeweiligen Anteil von Regelversorgung, gleichartigen Versorgung und andersartigen Versorgung Ã¼ber sie abzurechnen sind. Entsprechend hÃ¤tte der von der KlÃ¤gerin gewÃ¤hrte Zuschuss nicht direkt an die Versicherte ausgezahlt werden dÃ¼rfen. Zu dieser Direktzahlung ist es gekommen, weil der Beigeladene einen entsprechenden Vermerk auf dem Heil- und Kostenplan angebracht hat. Korrekt hÃ¤tte der Beigeladene die von ihm erbrachten Leistungen als sogenannten Mischfall (AusfÃ¼hrung von prothetischen Leistungen teilweise als Regelversorgung und teilweise als andersartige Versorgung) nach den in dem ZustÃ¤ndigkeitsbereich der Beklagten maßgeblichen VergÃ¼tungsvereinbarungen vollstÃ¤ndig Ã¼ber sie abrechnen mÃ¼ssen. Bei korrekter Abrechnung hÃ¤tte der Beigeladene dem Zugriff der Beklagten damit auch nach deren Auffassung unterlegen. Indessen ist es schlechthin nicht mÃ¶glich, dass es ein Vertragsarzt durch unzutreffende Abrechnungen in der Hand haben kÃ¶nnte, sich einem von der Beklagten festzusetzenden Regress zu entziehen. Der Beigeladene und die Beklagte mÃ¼ssen sich daher so behandeln lassen, als sei die Abrechnung der erbrachten prothetischen Leistungen Ã¼ber die kassenzahnÃ¤rztliche Vereinigung erfolgt, womit ein Regress hier auch nach der Rechtsauffassung der Beklagten vorzunehmen wÃ¤re. Darauf kommt es aber nicht entscheidend an, weil die rechtliche MÃ¶glichkeit der Beklagten zur Feststellung eines Schadensersatzanspruchs gegen einen ihr angehÃ¶renden Vertragszahnarzt ohne RÃ¼cksicht auf den vorgesehenen Zahlungsweg auch dann besteht, wenn ein Festzuschuss fÃ¼r prothetische Leistungen gewÃ¤hrt wird, die nicht der Regelversorgung angehÃ¶ren.

Die Beklagte verkennt, wenn sie die Leistungen der andersartigen Versorgung aus ihrer ZustÃ¤ndigkeit zum Schadensregress herausnehmen will, dass der Beigeladene, die KlÃ¤gerin und sie selbst in das vertragszahnÃ¤rztliche VergÃ¼tungssystem eingebunden sind, nach dessen Regeln ein unmittelbarer Zugriff der Krankenkasse auf den Vertragszahnarzt regelmÃ¤ßig ausgeschlossen ist (vgl. BSG v. 20. MÃ¤rz 2013 â B 6 KA 18/12 R â juris Rn 16). Ein Schadensersatzanspruch kann nur dann unter AuÃerachtlassung der besonderen

vertragszahnÃ¤rztlichen Institutionen geltend gemacht werden, wenn sein Gegenstand nicht in deren ZustÃ¤ndigkeit fÃ¤llt und nicht von den fÃ¼r diese maÃgebenden Regelungen erfasst wird (BSG v. 20. MÃ¤rz 2013 â B 6 KA 18/12 R â juris Rn 17). Davon kann vorliegend aber nicht die Rede sein, weil die DurchfÃ¼hrung einer andersartigen Versorgung nicht die Leistungspflicht der Krankenkassen aufhebt und deswegen untrennbar mit der vertragszahnÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit 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 gemÃ¤Ã Â§ 73 Abs. 2 Nr. 2a SGB V Teil der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung, soweit sie Â§ 56 Abs. 2 SGB V entspricht. Zu Unrecht meint die Beklagte, dass Â§ 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 wÃ¤hlt. Â§ 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 FÃ¤lle eine geeignete BehandlungsmaÃnahme darstellt und regelmÃ¤Ãig ausreichen soll. Es ist nach Â§ 56 Abs. 1 SGB V Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, in Richtlinien die Befunde zu bestimmen und ihnen jeweils eine Regelversorgung zuzuordnen, fÃ¼r die auch BetrÃ¤ge festzusetzen sind. Als Leistungsinhalt der Krankenkassen sieht das Gesetz FestzuschÃ¼sse vor, die 60 bzw. 75 Prozent der fÃ¼r eine Regelversorgung festgesetzten BetrÃ¤ge erreichen. Das Gesetz erÃ¶ffnet Versicherten die WahlmÃ¶glichkeit, eine Ã¼ber die Regelversorgung hinausgehende aber gleichartige Versorgung zu wÃ¤hlen (Â§ 55 Abs. 4 SGB V) oder eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung durchzufÃ¼hren (Â§ 55 Abs. 5 SGB V). Der HÃ¶he nach bleibt die Leistungspflicht der Krankenkassen stets auf den sich aus dem jeweiligen Befund ergebenden Festzuschuss beschrÃ¤nkt. Dadurch wird aber auch deutlich, dass eine andersartige Versorgung, zu der ein Zuschuss gewÃ¤hrt, nicht dem Grunde nach aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet, sondern sie nur dem Umfang nach Ã¼bersteigt. Beide Elemente, der in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallende Behandlungsanlass und der Ã¼ber das MaÃ des Notwendigen hinausgehenden Umfang der Behandlung, sind untrennbar miteinander verbunden.

Indessen Ã¤ndert sich nach dem Gesetz bei der andersartigen Versorgung der Zahlungsweg: WÃ¤hrend bei einer Regelversorgung und einer besonderen Versorgung die Krankenkassen die FestzuschÃ¼sse Ã¼ber die kassenzahnÃ¤rztlichen Vereinigungen an den Vertragszahnarzt auszahlen, werden sie bei einer andersartigen Versorgung gem. Â§ 55 Abs. 5 SGB V direkt dem jeweiligen Versicherten gewÃ¤hrt. Insoweit ist zutreffend, dass sich der Inhalt der von den Krankenkassen zur VerfÃ¼gung zu stellenden Leistungen bei einer andersartigen Versorgung gegenÃ¼ber der Regelversorgung und der besonderen Versorgung von einem partiellen Sachleistungsanspruch zu einem

(Teil-)Kostenerstattungsanspruch Ã¤ndert. Indessen hat das BSG bereits entschieden, dass es fÃ¼r die Frage, ob eine Behandlung noch Bestandteil der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung ist, nicht entscheidend auf den Zahlungsweg ankommt (BSG v. 28. April 2004 â B 6 KA 64/03 R â 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 FÃ¤llen der anderweitigen Versorgung die FestzuschÃ¼sse nicht Ã¼ber die kassenzahnÃ¤rztlichen Vereinigungen abwickeln, sondern direkt an die Versicherten auszahlen.

FÃ¼r das Verbleiben der andersartigen prothetischen Leistungen im Bereich der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung spricht weiter, dass nach Â§ 87 Abs. 1a Satz 2 SGB V zwischen den Kollektivvertragsparteien auf Bundesebene zwingend vereinbart werden muss, dass VertragsÃ¤rzte auch in den FÃ¤llen einer besonderen oder einer andersartigen Versorgung einen Heil- und Kostenplan zu erstellen haben, der von den Krankenkassen geprÃ¼ft werden kann. Die Genehmigung des Heil- und Kostenplans durch die Krankenkasse ist auch bei einer geplanten andersartigen Versorgung Voraussetzung dafÃ¼r, dass ein Anspruch der Versicherten auf GewÃ¤hrung eines Festzuschusses entsteht. Zudem ist die MÃ¶glichkeit zu einer nachtrÃ¤glichen PrÃ¼fung der Versorgung in Anlage 17 zum EKV-Z (dort Protokollnotiz zu Â§ 4) fÃ¼r alle drei Versorgungsformen geregelt. Dementsprechend steht die Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz auch bei Wahl einer andersartigen Versorgung nicht auÃerhalb der Regeln des Vertragszahnarztrechtes, was zu einer PrÃ¼fverpflichtung der Beklagten hinsichtlich einer mÃ¤ngelbehafteten AusfÃ¼hrung fÃ¼hrt. Die Behandlung des Befunds bleibt Gegenstand der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung, auch wenn die Art und Weise der Behandlung Ã¼ber das erforderliche und angemessene hinausgeht.

Nach den vorliegenden von Dr. P erstellten Gutachten ist der von dem Beigeladenen eingesetzte Zahnersatz mangelhaft gewesen. Ein der KlÃ¤gerin durch die Schlechtleistung entstandener Schaden ist nicht deswegen ausgeschlossen, weil die KlÃ¤gerin 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 â B 6 KA 64/03 R â juris Rn 24).

Nach alledem war die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 197a SGG iVm Â§ 154 Abs. 2 VwGO.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision nach Â§ 160 Abs. 2 SGG sind nicht ersichtlich. Eine grundsÃ¤tzliche 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.

Erstellt am: 21.01.2021

Zuletzt verändert am: 22.12.2024