S 1 KA 3397/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertrags(zahn)arzt keine notwendige Beiladung bei Richtigstellungsbegehren einer Krankenkasse Nichtabrechnung von allgemeinen Beratungsleistungen neben individualprophylaktischen Leistungen bis 2003 Besetzung des Gerichts
Leitsätze	1. Vertrags(zahn)ärzte die von Richtigstellungsbegehren einer Krankenkasse betroffen sind sind im Prozess zwischen Krankenkasse und Kassen(zahn)ärztlicher Vereinigung nicht notwendig beizuladen. 2. Nach den bis 2003 gültigen Vergütungsregelungen durfte neben individualprophylaktischen Leistungen eine allgemeine Beratung nicht abgerechnet werden.
Normenkette	SGG § 12 Abs 3 S 1 SGG § 75 Abs 2 SGG § 168 S 2 SGB V § 22 Abs 2 SGB V § 22 Abs 5 SGB V § 83 Abs 1 F: 1992-12-21 SGB V § 83 Abs 3 F: 1988-12-20 SGB V § 92 Abs 1 S 2 Nr 2 EKV-Z § 10 Abs 2 EKV-Z Anl 1 EKV-Z § 12 Abs 1 S 1 EKV-Z § 12 Abs 1 S 3 SGB V § 87 Abs 1 SGB V § 87 Abs 2 Bema Nr Ä1 Bema Nr IP1

	Bema Nr IP2 Bema Nr IP3 Bema Nr IP4 Bema Nr IP5 EBM-Z Nr Ä1 EBM-Z Nr IP1 EBM-Z Nr IP2 EBM-Z Nr IP3 EBM-Z Nr IP4 EBM-Z Nr IP5

1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 KA 3397/00
Datum	17.07.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KA 3535/02
Datum	26.02.2003

3. Instanz

Datum	28.04.2004

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-WÃ¼rttemberg vom 26. Februar 2003 wird zurÃ¼ckgewiesen. Die Beklagte hat der KlÃ¤gerin deren Kosten auch fÃ¼r das Revisionsverfahren zu erstatten. Im Ãbrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Der Rechtsstreit betrifft vertragszahnÃ¤rztliche Abrechnungsfragen.

Die klagende Ersatzkasse beantragte bei der beklagten KassenzahnÃ¤rztlichen Vereinigung (KZÃV), die Abrechnungen mehrerer ZahnÃ¤rzte fÃ¼r das Quartal II/1999 richtigzustellen und fÃ¼r sie â die KlÃ¤gerin â entsprechende Gutschriften vorzunehmen. Soweit sie im Verwaltungsverfahren mit ihrem Begehren keinen Erfolg hatte (Widerspruchsbescheid vom 18. Oktober 2000), hat sie dieses mit der Klage weiterverfolgt, nunmehr nur noch bezogen auf 14 BehandlungsfÃ¤lle (mit einem Streitbetrag von jeweils 9,93 DM). In diesen FÃ¤llen hatte die Beklagte die VergÃ¼tung nach Nr Ã 1 neben in derselben Sitzung erbrachten Individualprophylaxe-Leistungen (Nr IP 1 bis IP 5) des GebÃ¼hrentarifs A (Anlage 1 zum Vertrag zwischen der KassenzahnÃ¤rztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen (Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag â EKV-Z)) gewÃ¤hrt, weil die Beratung von noch nicht 18-jÃ¤hrigen Patienten nach Angaben der ZahnÃ¤rzte

anderen als individualprophylaktischen Zwecken gedient habe, nÃ¤mlich zB wegen konservierender oder kieferorthopÃ¤discher Behandlungen oder im Hinblick auf WeisheitszÃ¤hne erfolgt sei.

Die KlÃ¤gerin hat demgegenÃ¼ber mit ihrer Klage geltend gemacht, auch in diesen FÃ¤llen hÃ¤tten sachlich-rechnerische Richtigstellungen erfolgen mÃ¼ssen, weil die GewÃ¤hrung einer VergÃ¼tung nach Nr Ã 1 neben Leistungen nach Nrn IP 1 bis IP 5 in allen FÃ¤llen ausgeschlossen sei. Im weiteren Verlauf des Verfahrens hat die Beklagte die von der KlÃ¤gerin begehrte Richtigstellung in einem der BehandlungsfÃ¤lle vorgenommen, in den Ã¼brigen 13 jedoch nicht. Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 17. Juli 2002). Es hat die Auffassung vertreten, wegen der Mehrdeutigkeit des Wortlauts der VergÃ¼tungsbestimmungen seien Â§ 22 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die Individualprophylaxe-Richtlinien des Bundesausschusses der ZahnÃ¤rzte und Krankenkassen (KKn) sowie die Individualprophylaxe-Vereinbarung heranzuziehen. Aus diesen ergebe sich, dass MaÃnahmen der Individualprophylaxe nur auf Vorbeugung gegen Karies und Parodontal-Erkrankungen ausgerichtet seien und daher Raum fÃ¼r Beratungen nach Nr Ã 1 sei, die nicht "im Zusammenhang mit Leistungen nach Nrn IP 1 bis IP 5" stÃ¼nden. Das Landessozialgericht (LSG) hat das Urteil des SG und den ablehnenden Bescheid der Beklagten geÃ¤ndert und diese verurteilt, der KlÃ¤gerin 13 x 9,93 DM = 129,09 DM = 66 Â¤ zu erstatten (Urteil vom 26. Februar 2003). Im Berufungsurteil ist ausgefÃ¼hrt, Nr Ã 1 sei nicht neben den Nrn IP 1 bis IP 5 abrechenbar. Nach der Abrechnungsbestimmung Nr 1 zu Nr Ã 1 kÃ¶nne diese nur als alleinige Leistung oder neben der ersten Sonderleistung berechnet werden. MaÃnahmen der Individualprophylaxe seien keine Sonderleistungen. Dies ergebe sich aus der Unterscheidung im Einheitlichen BewertungsmaÃstab fÃ¼r vertragszahnÃ¤rztliche Leistungen (Bema-Z) bzw im GebÃ¼hrentarif A zwischen den kurativen Sonderleistungen des Abschnitts II. bzw III. und den individualprophylaktischen Vorsorgeleistungen des Abschnitts III. bzw IV. Auch die Allgemeine Bestimmung Nr 2 schlieÃe die Abrechnung der Nr Ã 1 neben den Nrn IP 1 bis IP 5 aus, weil diese typischerweise auch Beratungen umfassten. Â§ 22 Abs 2 SGB V verlange erforderlichenfalls auch AufklÃ¤rungen Ã¼ber Krankheitsursachen sowie Motivierungen und Einweisungen in die Mundpflege. FÃ¼r den Abrechnungsausschluss sprÃ¤chen ferner Erfordernisse der praktischen DurchfÃ¼hrung, weil dem Ansatz der Nr Ã 1 nicht entnommen werden kÃ¶nne, ob er wegen einer kurativen Behandlung oder nur wegen der individualprophylaktischen Beratung erfolgt sei. SchlieÃlich lasse die weite Fassung der Abrechnungsbestimmung Nr 2 zu Nrn IP 1 bis IP 5 jede Art eines Zusammenhanges mit diesen fÃ¼r den Abrechnungsausschluss genÃ¼gen. So reiche ein zeitlicher Zusammenhang aus, zB wenn nach DurchfÃ¼hrung von MaÃnahmen der Individualprophylaxe noch eine Beratung zur kurativen Behandlung notwendig sei.

Mit ihrer Revision macht die Beklagte geltend, das Berufungsgericht habe den Inhalt der bundesrechtlichen VergÃ¼tungsregelungen verkannt. Alle Leistungen, die im Bema-Z in dessen Teil 1 (fÃ¼r den PrimÃ¤rkassenbereich) bzw im GebÃ¼hrentarif A (fÃ¼r den Ersatzkassenbereich) aufgefÃ¼hrt seien ("Konservierende und chirurgische Leistungen und RÃ¶ntgenleistungen"), stellten Sonderleistungen im

Sinne der Abrechnungsbestimmung Nr 1 zu Nr Ã 1 dar, auch diejenigen des Abschnitts III. bzw IV. ("Individualprophylaktische Leistungen"), die von der Entstehungsgeschichte her erst spÃ¤ter in den Teil 1 bzw GebÃ¼hrentarif A eingegliedert worden seien. Aus der Terminologie in Teil 2, der nur in zwei Abschnitte â I. "Heil- und Kostenplan" und II. "Sonderleistungen" â untergegliedert sei, bzw aus der Terminologie in den GebÃ¼hrentarifen B und C, die nur drei Abschnitte â I. Allgemeine Bestimmungen, II. Heil- und Kostenplan, III. Sonderleistungen â enthielten, ergebe sich, dass alle Leistungen auÃer der Erstellung des Heil- und Kostenplanes als Sonderleistungen bezeichnet seien. Gleiches ergebe sich aus den Teilen 3 bis 5 mit jeweils ebensolcher Aufgliederung nur in zwei Abschnitte. WÃ¤re die enge Auslegung des Begriffs "Sonderleistung" richtig, so wÃ¤ren die Abrechnungsbestimmung Nr 2 zu Nrn IP 1 bis IP 5 Ã¼berflÃ¼ssig. Aber auch die weiteren Argumente des LSG griffen nicht durch. Der in dieser Abrechnungsbestimmung enthaltene unbestimmte Rechtsbegriff "im Zusammenhang" greife nur bei sachlichem Zusammenhang â nicht auch bei nur zeitlichem Zusammenhang â ein, wie es die Praxis aller KZÃVen und die Ansicht des Kommentars von Liebold/Raff/Wissing sowie der KZBV in ihrem Rundschreiben vom 9. Mai 2001 sei. Auch die mit Wirkung ab dem 1. Januar 2004 vom erweiterten Bewertungsausschuss vorgenommenen PrÃ¤zisierungen â zB Streichung der Abrechnungsbestimmung Nr 2 zu Nrn IP 1 bis IP 5 â zeigten, dass ein vollkommener Ausschluss der Abrechnung der Nr Ã 1 neben den Nrn IP 1 bis IP 5 nicht gewollt gewesen sei.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-WÃ¼rttemberg vom 26. Februar 2003 aufzuheben und die Berufungen gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 17. Juli 2002 zurÃ¼ckzuweisen.

Die KlÃ¤gerin sowie die zu 1. und 2. beigeladenen Ersatzkassen-VerbÃ¤nde beantragen,

die Revision der Beklagten zurÃ¼ckzuweisen.

Sie verteidigen das Berufungsurteil. In der Neufassung des Leistungsverzeichnisses mit Wirkung ab dem 1. Januar 2004 liege eine Neustrukturierung, nicht lediglich eine Klarstellung, die schlicht "MaÃnahmen der Individualprophylaxe sind Sonderleistungen" gelautet hÃ¤tte.

II

Die Revision der Beklagten hat keinen Erfolg.

Der Senat entscheidet in der sich aus Â§ 40 Satz 1, Â§ 33 Satz 2, Â§ 12 Abs 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ergebenden Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen und der VertragszahnÃ¤rzte (sog paritÃ¤tische Besetzung), weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragszahnarztrechts im Sinne des Â§ 12 Abs 3 Satz 1 SGG und nicht der VertragszahnÃ¤rzte im Sinne des Â§ 12 Abs 3 Satz 2 SGG handelt. Die in der

Rechtsprechung im Vordergrund stehende Unterscheidung bei der Besetzung des Gerichts danach, wie die Verwaltungsstelle zusammengesetzt ist, die Ã¼ber die in dem Rechtsstreit angefochtene Verwaltungsentscheidung zu befinden hat, fÃ¼hrt hier nicht weiter. Sie betrifft nur StreitverhÃ¤ltnisse zwischen einem Vertrags(zahn)arzt und einer Verwaltungsinstitution und ist nur dann anwendbar, wenn eine Verwaltungsentscheidung vorliegt oder erstrebt wird. Fehlt es hieran oder ist nicht das RechtsverhÃ¤ltnis zu einem Vertrags(zahn)arzt betroffen, sondern wie hier ein RechtsverhÃ¤ltnis der Verwaltungsinstitutionen zueinander, dann kommt es darauf an, ob der geltend gemachte Anspruch nur Angelegenheiten der Vertrags(zahn)Ã¤rzte oder die AuÃenrechtsbeziehungen der K(Z)ÃVen zu den KKn betrifft (BSG, Urteil vom 13. Mai 1998, SozR 3-5555 Â§ 10 Nr 1 S 2 mwN). Im vorliegenden Fall stehen diese AuÃenrechtsbeziehungen in Frage, weil eine KK von einer KZÃV die DurchfÃ¼hrung sachlich-rechnerischer Richtigstellungen fordert. Dementsprechend handelt es sich um eine Angelegenheit des Vertragszahnarztrechts.

Die vom Richtigstellungsbegehren der KlÃ¤gerin mitbetroffenen VertragszahnÃ¤rzte haben im Revisionsverfahren nicht beigeladen werden mÃ¼ssen. Eine notwendige Beiladung im Sinne des Â§ 75 Abs 2 SGG, die an sich gemÃ¤Ã Â§ 168 Satz 2 SGG auch noch im Revisionsverfahren mÃ¶glich wÃ¤re, scheitert daran, dass deren Voraussetzungen nicht erfÃ¼llt sind. Zwar stellen sich in deren VerhÃ¤ltnis zur KZÃV die gleichen Rechtsfragen wie im vorliegenden Verfahren. Ein Fall notwendig einheitlicher Entscheidung ist aber nicht gegeben. Rechtlich verbindliche PrÃ¤judizwirkungen der hier ergehenden Entscheidung fÃ¼r das RechtsverhÃ¤ltnis zwischen der KZÃV und den ZahnÃ¤rzten bestehen im Falle sachlich-rechnerischer Richtigstellungen, wie sie im vorliegenden Fall in Frage stehen, nicht. Ãber eine einfache Beiladung gemÃ¤Ã Â§ 75 Abs 1 SGG ist nicht zu entscheiden. Deren Nachholung ist gemÃ¤Ã Â§ 168 SGG im Revisionsverfahren nicht mÃ¶glich. Ob die Vorinstanzen eine solche Beiladung hÃ¤tten vornehmen sollen, ist hier nicht zu prÃ¼fen. Denn deren Unterlassen stellt keinen in der Revisionsinstanz zu beachtenden Verfahrensmangel dar (BSG SozR 3-5520 Â§ 32b Nr 3 S 9 f; s auch BSG SozR 4100 Â§ 141n Nr 1 S 2; Meyer-Ladewig, SGG, 7. Aufl 2002, Â§ 75 RdNr 8b).

FÃ¼r die von der Beklagten angeregte Beiladung der KZBV als Vertragspartner der streitigen VergÃ¼tungsregelungen ist ebenfalls kein Raum. Eine Fall notwendiger Beiladung ist nicht gegeben. Der Gesichtspunkt, dass es in einem Rechtsstreit auf den Inhalt oder die Auslegung oder die Wirksamkeit einer Regelung ankommt, fÃ¼hrt nicht dazu, dass die Entscheidung gegenÃ¼ber den an der Normsetzung Beteiligten nur einheitlich ergehen kann und deren Beiladung deshalb notwendig iS des Â§ 75 Abs 2 SGG ist (vgl BSG SozR 3-2500 Â§ 115 Nr 1 S 3; BSGE 78, 98, 99 f = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12 S 35 mit Hinweis auf BSGE 70, 240, 242 = SozR 3-5533 Allg Nr 1 S 2).

In der Sache hat die KlÃ¤gerin â wie im Berufungsurteil zutreffend ausgefÃ¼hrt ist â Anspruch darauf, dass die Beklagte wegen der VergÃ¼tungen fÃ¼r Beratungen nach der Nr Ã 1 des GebÃ¼hrentarifs A (Anlage 1 zum EKV-Z, hier zu Grunde zu legen idF vom 31. Mai 1996) sachlich-rechnerische Richtigstellungen

vornimmt und ihr â□□ der KlÃ¤gerin â□□ den dementsprechenden Betrag von 66 Â¤ erstattet.

Rechtsgrundlage fÃ¼r die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen ist Â§ 12 Abs 1 Satz 1 EKV-Z, der auf der Grundlage von Â§ 83 Abs 3 SGB V (idF des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl I 2477) abgeschlossen und des Â§ 83 Abs 1 SGB V (idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992, BGBl I 2266) geÃ¤ndert wurde. Er ist fÃ¼r die hier betroffenen Abrechnungen des Quartals II/1999 maÃ□geblich. Nach Â§ 12 Abs 1 Satz 1 EKV-Z hat die KZÃ□V die Aufgabe, die von den VertragszahnÃ¤rzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebÃ¼hrenordnungsmÃ¤Ã□ig zu prÃ¼fen und nÃ¶tigenfalls richtig zu stellen, was auch im Wege nachgehender Richtigstellung erfolgen kann. Dabei kann die KZÃ□V das Richtigstellungsverfahren von Amts wegen oder auf Antrag einer KK durchfÃ¼hren (vgl BSGE 89, 90, 93 f = SozR 3-2500 Â§ 82 Nr 3 S 6 zum Ã¤rztlichen Bereich). GemÃ¤Ã□ Satz 3 des Â§ 12 Abs 1 EKV-Z kÃ¶nnen die Vertragskassen entsprechende PrÃ¼fungsantrÃ¤ge bei der KZÃ□V stellen, denen diese bei Vorliegen einer unrichtigen Abrechnung durch Vornahme einer so genannten sachlich-rechnerischen Richtigstellung zu entsprechen hat. FÃ¼hrt die KZÃ□V eine nach Ansicht eines KKn-Verbandes erforderliche Richtigstellung nicht durch, so kann die betroffene KK von der KZÃ□V deren DurchfÃ¼hrung verlangen und dafÃ¼r nÃ¶tigenfalls den Klageweg beschreiten (vgl zu dieser Konstellation BSG SozR 3-5555 Â§ 10 Nr 1 S 2 f; s weiterhin BSG SozR 3-5555 Â§ 15 Nr 1 S 7 f; zur Rechtsverfolgungsbefugnis der KK vgl ferner BSG SozR 3-5555 Â§ 13 Nr 1 S 3).

Nach diesen GrundsÃ¤tzen muss die Beklagte die von der KlÃ¤gerin verlangten sachlich-rechnerischen Richtigstellungen vornehmen. Dies ergibt sich aus dem GebÃ¼hrentarif A, auf den Â§ 10 Abs 2 EKV-Z verweist und der als Anlage 1 des EKV-Z gemÃ¤Ã□ Â§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V (idF des GSG) mitvereinbart wurde. Dessen GebÃ¼hren-Nr Ã□ 1 (identisch mit Nr Ã□ 1 des fÃ¼r den PrimÃ¤rkassenbereich einschlÃ¤gigen Bema-Z) sieht fÃ¼r die "Beratung eines Kranken" die Bewertungszahl 6 vor. In der Abrechnungsbestimmung Nr 1 ist geregelt, dass eine Beratung als alleinige Leistung oder neben der ersten Sonderleistung berechnet werden kann. Die Nrn IP 1 bis IP 5 beschreiben individualprophylaktische Leistungen, versehen mit Bewertungszahlen von 12 bis 30. Im Zusammenhang mit Leistungen nach diesen Nrn kann die Beratung nach Nr 1 aber gemÃ¤Ã□ der hierzu vereinbarten Abrechnungsbestimmung Nr 2 nicht abgerechnet werden.

Die Individualprophylaxe-VergÃ¼tungstatbestÃ¤nde (vom 25. Oktober 1990, als Anlage zur Vereinbarung Ã¼ber MaÃ□nahmen zur VerhÃ¼tung von Zahnerkrankungen beschlossen (Individualprophylaxe-Vereinbarung), ErsK 1991, 215, s deren Â§ 5 Abs 1) wurden im Gefolge des Â§ 22 SGB V geschaffen, der Regelungen zur VerhÃ¼tung von Zahnerkrankungen durch Individualprophylaxe trifft. Nach dessen Abs 1 kÃ¶nnen sich Versicherte zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr zur VerhÃ¼tung von Zahnerkrankungen einmal je Kalenderhalbjahr zahnÃ¤rztlich untersuchen lassen. Diese Untersuchungen sollen sich nach Abs 2 unter anderem auf den Befund des Zahnfleisches, die AufklÃ¤rung Ã¼ber Krankheitsursachen und ihre Vermeidung sowie auf die Motivation und Einweisung

bei der Mundpflege usw erstreken. Dabei ist der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass die VergÃ¼tung individualprophylaktischer Leistungen die zahnÃ¤rztliche Beratung nach Nr Ã 1 mitabgelte (Entwurf eines Gesundheits-Reformgesetzes von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP vom 3. Mai 1988, BT-Drucks 11/2237 S 168). Nach Â§ 22 Abs 5 SGB V regelt der Bundesausschuss der ZahnÃ¤rzte und KKn das NÃ¤here Ã¼ber Art, Umfang und Nachweis der individualprophylaktischen Leistungen in Richtlinien nach Â§ 92 SGB V. Die demgemÃ¤Ã von ihm erlassenen Richtlinien Ã¼ber MaÃnahmen zur VerhÃ¼tung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe-Richtlinien vom 12. MÃ¤rz 1993, BAnz vom 15. Mai 1993, Nr 91 S 4535) konkretisieren die gesetzlichen Vorgaben des Â§ 22 Abs 2 SGB V. ZusÃ¤tzlich haben die KZBV und die Ersatzkassen-VerbÃ¤nde eine Individualprophylaxe-Vereinbarung geschlossen (ErsK 1991, 215 f, idF vom 17. MÃ¤rz 1993, mit Wirkung ab dem 1. Januar 1993). Diese enthÃ¤lt in Â§ 4 Abs 2 Buchst a Nr 2 ebenso wie die erwÃ¤hnte Abrechnungsbestimmung Nr 2 zu Nrn IP 1 bis IP 5 die Regelung, dass im Zusammenhang mit den Leistungen nach Nrn IP 1 bis IP 5 die Beratung nach Nr Ã 1 nicht abgerechnet werden kann.

FÃ¼r die Auslegung vertrags(zahn)Ã¤rztlicher VergÃ¼tungsregelungen ist nach der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des Senats in erster Linie der Wortlaut der Bestimmungen maÃgeblich, da das vertragliche Regelungswerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen Ãrzten und KKn dient (vgl zB BSG SozR 3-5555 Nr 10 S 3, 4; SozR 3-5533 Nr 443 Nr 1 S 2) und es vorrangig Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst ist, Unklarheiten zu beseitigen. Dessen Festlegungen werden durch die von den Vertragspartnern vereinbarten Abrechnungsbestimmungen ergÃ¤nzt (BSG SozR 3-5535 Nr 119 Nr 1 S 3 f). Soweit der Wortlaut einer VergÃ¼tungsregelung zweifelhaft ist und es seiner Klarstellung dient, kann eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder Ã¤hnlichen GebÃ¼hrenregelungen erfolgen (vgl zB BSG SozR 3-5555 Â§ 10 Nr 1 S 4; SozR 3-5533 Nr 443 Nr 1 S 2 f). Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung unklarer oder mehrdeutiger Regelungen kommt nur in Betracht, wenn Dokumente vorliegen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erlÃ¤utert haben (BSG aaO). Leistungsbeschreibungen dÃ¼rfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewandt werden (vgl BSG SozR 3-5555 Â§ 10 Nr 1 S 4; SozR 3-5533 Nr 2449 Nr 2 S 7 und Nr 443 Nr 1 S 3).

Nach diesen GrundsÃ¤tzen ist die Nr Ã 1 nicht neben den Leistungen nach Nrn IP 1 bis IP 5 fÃ¼r individualprophylaktische Leistungen, die in derselben Sitzung durchgefÃ¼hrt werden, abrechenbar.

Dies ergibt sich schon aus der Abrechnungsbestimmung Nr 1 zu Nr Ã 1. Nach der hier maÃgeblichen Fassung, die bis Ende 2003 gegolten hat, kann eine Beratung nur als alleinige Leistung oder neben der ersten Sonderleistung berechnet werden. Die Abrechnung der Nr Ã 1 als alleinige Leistung steht hier nicht in Frage, sondern ihre Berechnung neben anderen Leistungen, nÃ¤mlich denjenigen nach Nrn IP 1 bis IP 5. Diese sind indessen keine Sonderleistungen, neben denen eine Abrechnung zulÃ¤ssig wÃ¤re. Sie sind nach dem in erster Linie maÃgeblichen Wortlaut der VergÃ¼tungsregelungen gerade nicht dem Abschnitt III. "Sonderleistungen" des

GebÃ¼hrentarifs A zugeordnet worden. FÃ¼r eine den klaren Wortlaut korrigierende systematische oder entstehungsgeschichtliche Auslegung ist nach den dargestellten AuslegungsgrundsÃ¤tzen kein Raum. Dementsprechend ist die Argumentation erfolglos, es handele sich aber doch um Sonderleistungen, weil es innerhalb der GebÃ¼hrentarife B und C jeweils nur die Abschnitte I. Allgemeine Bestimmungen, II. Heil- und Kostenplan sowie III. Sonderleistungen gebe, was zeige, dass alle Leistungen auÃer der Erstellung des Heil- und Kostenplanes Sonderleistungen seien. Im Ãbrigen sind die Leistungen nach Nrn IP 1 bis IP 5 auch in der Sache von ihrer Wesensart her allgemeine Leistungen und keine Sonderleistungen.

Der Abrechnungsausschluss fÃ¼r Nr Ã 1 neben den Leistungen nach Nrn IP 1 bis IP 5 folgt zusÃ¤tzlich aus weiteren Bestimmungen. Nach der Abrechnungsbestimmung Nr 2 zu Nrn IP 1 bis IP 5 kann im Zusammenhang mit diesen die Beratung nach Nr Ã 1 nicht abgerechnet werden. Damit ist ein vollstÃ¤ndiger Abrechnungsausschluss fÃ¼r Nr Ã 1 neben den Nrn IP 1 bis IP 5 normiert, soweit die Leistungen in derselben Sitzung erbracht worden sind. Der Begriff des Zusammenhangs ist hier nicht eingeschrÃ¤nkt. WÃ¤hrend zB in der Abrechnungsbestimmung Nr 1 zu Nr 38 ein unmittelbarer Zusammenhang sowie in den Bestimmungen Nr 1 zu Nr 58, Nr 2 zu Nr 7 und derjenigen zu Nrn K 1 bis K 3 ein zeitlicher Zusammenhang gefordert wird, ist nach dem Wortlaut der Abrechnungsbestimmung Nr 2 zu Nrn IP 1 bis IP 5 kein besonders gearteter Zusammenhang erforderlich. Mithin bietet der Wortlaut keinen Ansatzpunkt fÃ¼r die Ansicht, Ã¼ber einen zeitlichen Zusammenhang hinaus (dh in derselben Sitzung) sei ein sachlicher Zusammenhang erforderlich. Deshalb ist die Schlussfolgerung nicht gerechtfertigt, der Abrechnungsausschluss gelte nur fÃ¼r Beratungen zur Individualprophylaxe â und Beratungen zB wegen konservierender oder kieferorthopÃ¤discher Behandlungen oder wegen Beschwerden an WeisheitszÃ¤hnen oder sonstiger Art kÃ¶nnten zusÃ¤tzlich nach Nr Ã 1 berechnet werden -. Gegen eine EinschrÃ¤nkung des Abrechnungsausschlusses â die zugleich eine Erweiterung der VergÃ¼tungsansprÃ¼che ergÃ¤be â spricht im Gegenteil auch, dass sich Beratungen im Zusammenhang mit der Individualprophylaxe gemÃ¤Ã Â§ 22 Abs 2 und Abs 5 SGB V iVm Nr 10 der vom Bundesausschuss der ZahnÃ¤rzte und KKn beschlossenen Individualprophylaxe-Richtlinien erforderlichenfalls auf die AufklÃ¤rung Ã¼ber Krankheitsursachen und deren Vermeidung sowie auf die Motivierung und Einweisung in die Mundpflege sowie auf ErlÃ¤uterungen zu krankheitsgefÃ¤hrdeten Gebissbereichen â ohne dass thematische EinschrÃ¤nkungen vorgegeben wÃ¤ren â erstrecken sollen. Auch die GesetzesbegrÃ¼ndung zu Â§ 22 Abs 2 SGB V ging davon aus, dass die VergÃ¼tung individualprophylaktischer Leistungen gleichzeitig die zahnÃ¤rztliche Beratung nach Nr Ã 1 abgelte (s den oben zitierten Gesetzentwurf BT-Drucks 11/2237 S 168).

Der Abrechnungsausschluss fÃ¼r Nr Ã 1 neben den Nrn IP 1 bis IP 5 ergibt sich ferner aus der zwischen KZBV und Ersatzkassen-VerbÃ¤nden abgeschlossenen Individualprophylaxe-Vereinbarung. Deren wÃ¶rtlich identische Ausschlussregelung in Â§ 4 Abs 2 Buchst a Nr 2 verbietet es ebenfalls, im Zusammenhang mit Leistungen nach Nrn IP 1 bis IP 5 die Beratung nach Nr Ã 1 abzurechnen. Der

gegenteiligen Ansicht, die im Kommentar von Liebold/Raff/Wissing (ErlÃ¤uterungen zu Nr Ã 1, S III/22, III/26 und III/262, jeweils Stand Februar bzw August 1999) und von der KZBV mit Schreiben vom 9. Mai 2001 vertreten worden ist, ist daher nicht zu folgen.

Auch der dagegen von der Revision erhobene Einwand greift nicht durch. Danach mache es keinen Sinn, den Begriff der Sonderleistungen in der Abrechnungsbestimmung Nr 1 zu Nr Ã 1 eng auszulegen und damit bereits an dieser Stelle die Abrechenbarkeit der Nr Ã 1 zu verneinen, weil so die AbrechnungsausschlÃ¼sse, die das LSG zudem anfÃ¼hre, Ã¼berflÃ¼ssig wÃ¤ren. Dies zeige, dass die enge Auslegung des Begriffs der Sonderleistungen nicht zutreffen kÃ¶nne. Dieser Einwand kann indessen nicht durchgreifen. Das Ergebnis, dass die Abrechenbarkeit der Nr Ã 1 schon am Nichtvorliegen von Sonderleistungen scheitert und zudem die AbrechnungsausschlÃ¼sse entgegenstehen, ergibt sich aus dem Wortlaut der Abrechnungsbestimmungen, die insoweit keine andere Auslegung zulassen. Den Vertragspartnern ist es als Normgeber des EKV-Z nicht verwehrt, eine inhaltlich identische Regelung mehrfach zu treffen.

Diese Rechtslage hat bis Ende 2003 gegolten. Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2004 ist in der Abrechnungsbestimmung Nr 1 zu Nr Ã 1 der Begriff "neben der ersten Sonderleistung" durch "neben der ersten zahnÃ¤rztlichen Leistung" ersetzt worden. Ebenfalls zum 1. Januar 2004 sind die AbrechnungsausschlÃ¼sse der Abrechnungsbestimmung Nr 2 zu Nrn IP 1 bis IP 2 und des Â§ 4 Abs 2 Buchst a Nr 2 der Individualprophylaxe-Vereinbarung aufgehoben worden (s Ãnderungsvereinbarung vom 16. Oktober 2003). Mithin ist die Abrechenbarkeit der Nr Ã 1 nunmehr erweitert worden. Damit lag entgegen der Ansicht der Beklagten nicht lediglich eine Klarstellung vor, sondern eine Neufassung, aus der nichts fÃ¼r die Auslegung der vorherigen â im hier betroffenen Quartal II/1999 noch in Kraft gewesenen â Fassung abgeleitet werden kann.

Nach alledem waren die AnsÃ¤tze der Nr Ã 1 neben den Nrn IP 1 bis IP 5 unberechtigt und deshalb richtig zu stellen. Die Verurteilung der Beklagten durch das LSG ist somit zu Recht erfolgt. Auch der Zahlungsausspruch ist berechtigt, denn in dem hier betroffenen KZÃV-Bereich wurden die GesamtvergÃ¼tungen nicht als absolute GrÃ¶Ãen vereinbart, sondern durch sie nur HÃ¶chstbetrÃ¤ge festgelegt. Wird der HÃ¶chstbetrag nicht ausgeschÃ¶pft, so ziehen nachtrÃ¤gliche sachlich-rechnerische Richtigstellungen Zahlungen der KZÃV an die KK nach sich.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-Ãnderungsgesetzes vom 17. August 2001 (BGBl I 2144) am 2. Januar 2002 geltenden, hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG SozR 3-2500 Â§ 116 Nr 24 S 115 ff). Eine Kostenerstattung war nur zu Gunsten der KlÃ¤gerin auszusprechen, nicht auch zu Gunsten der Beigeladenen. Denn Â§ 193 Abs 4 SGG damaliger Fassung hat die Erstattung nur fÃ¼r solche Ã¶ffentlich-rechtlichen KÃ¶rperschaften vorgesehen, die "als KlÃ¤ger oder Beklagte" beteiligt gewesen sind (s dazu BSG aaO S 115).

Erstellt am: 02.08.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024