
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
Leitsätze	Besetzung des Gerichts 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-Württemberg vom 26. Februar 2003 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat der Klägerin deren Kosten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Der Rechtsstreit betrifft vertragszahnärztliche Abrechnungsfragen.

Die klagende Ersatzkasse beantragte bei der beklagten Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV), die Abrechnungen mehrerer Zahnärzte für das Quartal II/1999 richtigzustellen und für sie die Klägerin 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 Behandlungsfälle (mit einem Streitbetrag von jeweils 9,93 DM). In diesen Fällen hatte die Beklagte die Vergütung nach Nr. 1 neben in derselben Sitzung erbrachten Individualprophylaxe-Leistungen (Nr. IP 1 bis IP 5) des Gebührentarifs A (Anlage 1 zum Vertrag zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen (Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag â EKV-Z)) gewährt, weil die Beratung von noch nicht 18-jährigen Patienten nach Angaben der Zahnärzte

anderen als individualprophylaktischen Zwecken gedient habe, nämlich zB wegen konservierender oder kieferorthopädischer Behandlungen oder im Hinblick auf Weisheitszähne erfolgt sei.

Die Klägerin hat demgegenüber mit ihrer Klage geltend gemacht, auch in diesen Fällen hätten sachlich-rechnerische Richtigstellungen erfolgen müssen, weil die Gewährung einer Vergütung nach Nr. 1 neben Leistungen nach Nrn IP 1 bis IP 5 in allen Fällen ausgeschlossen sei. Im weiteren Verlauf des Verfahrens hat die Beklagte die von der Klägerin begehrte Richtigstellung in einem der Behandlungsfälle vorgenommen, in den übrigen 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 Vergütungsbestimmungen seien [Â§ 22](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die Individualprophylaxe-Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen (KKn) sowie die Individualprophylaxe-Vereinbarung heranzuziehen. Aus diesen ergebe sich, dass Maßnahmen der Individualprophylaxe nur auf Vorbeugung gegen Karies und Parodontal-Erkrankungen ausgerichtet seien und daher Raum für Beratungen nach Nr. 1 sei, die nicht "im Zusammenhang mit Leistungen nach Nrn IP 1 bis IP 5" stünden. Das Landessozialgericht (LSG) hat das Urteil des SG und den ablehnenden Bescheid der Beklagten geändert und diese verurteilt, der Klägerin 13 x 9,93 DM = 129,09 DM = 66 € zu erstatten (Urteil vom 26. Februar 2003). Im Berufungsurteil ist ausgeführt, Nr. 1 sei nicht neben den Nrn IP 1 bis IP 5 abrechenbar. Nach der Abrechnungsbestimmung Nr. 1 zu Nr. 1 könne diese nur als alleinige Leistung oder neben der ersten Sonderleistung berechnet werden. Maßnahmen der Individualprophylaxe seien keine Sonderleistungen. Dies ergebe sich aus der Unterscheidung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragszahnärztliche Leistungen (Bema-Z) bzw im Gebührentarif 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 schließe die Abrechnung der Nr. 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 Aufklärungen über Krankheitsursachen sowie Motivierungen und Einweisungen in die Mundpflege. Für den Abrechnungsausschluss sprächen ferner Erfordernisse der praktischen Durchführung, weil dem Ansatz der Nr. 1 nicht entnommen werden könne, ob er wegen einer kurativen Behandlung oder nur wegen der individualprophylaktischen Beratung erfolgt sei. Schließlich lasse die weite Fassung der Abrechnungsbestimmung Nr. 2 zu Nrn IP 1 bis IP 5 jede Art eines Zusammenhangs mit diesen für den Abrechnungsausschluss genügen. So reiche ein zeitlicher Zusammenhang aus, zB wenn nach Durchführung von Maßnahmen der Individualprophylaxe noch eine Beratung zur kurativen Behandlung notwendig sei.

Mit ihrer Revision macht die Beklagte geltend, das Berufungsgericht habe den Inhalt der bundesrechtlichen Vergütungsregelungen verkannt. Alle Leistungen, die im Bema-Z in dessen Teil 1 (für den Primärkassenbereich) bzw im Gebührentarif A (für den Ersatzkassenbereich) aufgeführt seien ("Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen"), stellten Sonderleistungen im

Sinne der Abrechnungsbestimmung Nr 1 zu Nr 1 dar, auch diejenigen des Abschnitts III. bzw IV. ("Individualprophylaktische Leistungen"), die von der Entstehungsgeschichte her erst später in den Teil 1 bzw Gebührentarif A eingegliedert worden seien. Aus der Terminologie in Teil 2, der nur in zwei Abschnitte I. "Heil- und Kostenplan" und II. "Sonderleistungen" untergegliedert sei, bzw aus der Terminologie in den Gebührentarifen B und C, die nur drei Abschnitte I. Allgemeine Bestimmungen, II. Heil- und Kostenplan, III. Sonderleistungen enthielten, ergebe sich, dass alle Leistungen außer 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. Wäre die enge Auslegung des Begriffs "Sonderleistung" richtig, so wären die Abrechnungsbestimmung Nr 2 zu Nrn IP 1 bis IP 5 überflüssig. Aber auch die weiteren Argumente des LSG griffen nicht durch. Der in dieser Abrechnungsbestimmung enthaltene unbestimmte Rechtsbegriff "im Zusammenhang" greife nur bei sachlichem Zusammenhang nicht auch bei nur zeitlichem Zusammenhang ein, wie es die Praxis aller Kassen 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 Präzisierungen zB Streichung der Abrechnungsbestimmung Nr 2 zu Nrn IP 1 bis IP 5 zeigten, dass ein vollkommener Ausschluss der Abrechnung der Nr 1 neben den Nrn IP 1 bis IP 5 nicht gewollt gewesen sei.

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

Die Klägerin sowie die zu 1. und 2. beigeladenen Ersatzkassen-Verbände beantragen,

die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

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 "Maßnahmen der Individualprophylaxe sind Sonderleistungen" gelautet hätte.

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 Vertragszahnärzte (sog paritätische Besetzung), weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragszahnarztrechts im Sinne des [Â§ 12 Abs 3 Satz 1 SGG](#) und nicht der Vertragszahnärzte 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 über die in dem Rechtsstreit angefochtene Verwaltungsentscheidung zu befinden hat, führt hier nicht weiter. Sie betrifft nur Streitverhältnisse 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 Rechtsverhältnis zu einem Vertrags(zahn)arzt betroffen, sondern wie hier ein Rechtsverhältnis der Verwaltungsinstitutionen zueinander, dann kommt es darauf an, ob der geltend gemachte Anspruch nur Angelegenheiten der Vertrags(zahn)ärzte oder die Außenrechtsbeziehungen der K(Z)ÄVen 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 Außenrechtsbeziehungen in Frage, weil eine KK von einer KZÄV die Durchführung sachlich-rechnerischer Richtigstellungen fordert. Dementsprechend handelt es sich um eine Angelegenheit des Vertragszahnarztrechts.

Die vom Richtigstellungsbegehren der Klägerin mitbetroffenen Vertragszahnärzte haben im Revisionsverfahren nicht beigelegt werden müssen. Eine notwendige Beiladung im Sinne des [Â§ 75 Abs 2 SGG](#), die an sich gemäß [Â§ 168 Satz 2 SGG](#) auch noch im Revisionsverfahren möglich wäre, scheitert daran, dass deren Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Zwar stellen sich in deren Verhältnis zur KZÄV die gleichen Rechtsfragen wie im vorliegenden Verfahren. Ein Fall notwendig einheitlicher Entscheidung ist aber nicht gegeben. Rechtlich verbindliche Präjudizwirkungen der hier ergehenden Entscheidung für das Rechtsverhältnis zwischen der KZÄV und den Zahnärzten bestehen im Falle sachlich-rechnerischer Richtigstellungen, wie sie im vorliegenden Fall in Frage stehen, nicht. Über eine einfache Beiladung gemäß [Â§ 75 Abs 1 SGG](#) ist nicht zu entscheiden. Deren Nachholung ist gemäß [Â§ 168 SGG](#) im Revisionsverfahren nicht möglich. Ob die Vorinstanzen eine solche Beiladung hätten vornehmen sollen, ist hier nicht zu prüfen. 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).

Für die von der Beklagten angeregte Beiladung der KZBV als Vertragspartner der streitigen Vergütungsregelungen 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, führt nicht dazu, dass die Entscheidung gegenüber den an der Normsetzung Beteiligten nur einheitlich ergehen kann und deren Beiladung deshalb notwendig ist 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 Klägerin auch wie im Berufungsurteil zutreffend ausgeführt ist auch Anspruch darauf, dass die Beklagte wegen der Vergütungen für Beratungen nach der Nr 1 des Gebührentarifs A (Anlage 1 zum EKV-Z, hier zu Grunde zu legen idF vom 31. Mai 1996) sachlich-rechnerische Richtigstellungen

vornimmt und ihr der Klägerin den dementsprechenden Betrag von 66 € erstattet.

Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen ist § 12 Abs 1 Satz 1 EKV-Z, der auf der Grundlage von [§ 83 Abs 3 SGB V](#) (idF des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. Dezember 1988, [BGBl I 2477](#)) abgeschlossen und des [§ 83 Abs 1 SGB V](#) (idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992, [BGBl I 2266](#)) geändert wurde. Er ist für die hier betroffenen Abrechnungen des Quartals II/1999 maßgeblich. Nach § 12 Abs 1 Satz 1 EKV-Z hat die KZÄV die Aufgabe, die von den Vertragszahnärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und nötigenfalls richtig zu stellen, was auch im Wege nachgehender Richtigstellung erfolgen kann. Dabei kann die KZÄV das Richtigstellungsverfahren von Amts wegen oder auf Antrag einer KK durchführen (vgl. [BSGE 89, 90](#), 93 f = [SozR 3-2500 § 82 Nr 3](#) S 6 zum ärztlichen Bereich). Gemäß Satz 3 des § 12 Abs 1 EKV-Z können die Vertragskassen entsprechende Prüfungsanträge bei der KZÄV stellen, denen diese bei Vorliegen einer unrichtigen Abrechnung durch Vornahme einer so genannten sachlich-rechnerischen Richtigstellung zu entsprechen hat. Führt die KZÄV eine nach Ansicht eines KKn-Verbandes erforderliche Richtigstellung nicht durch, so kann die betroffene KK von der KZÄV deren Durchführung verlangen und dafür nötigenfalls den Klageweg beschreiten (vgl. zu dieser Konstellation BSG [SozR 3-5555 § 10 Nr 1](#) S 2 f; s weiterhin BSG [SozR 3-5555 § 15 Nr 1](#) S 7 f; zur Rechtsverfolgungsbefugnis der KK vgl. ferner BSG [SozR 3-5555 § 13 Nr 1](#) S 3).

Nach diesen Grundsätzen muss die Beklagte die von der Klägerin verlangten sachlich-rechnerischen Richtigstellungen vornehmen. Dies ergibt sich aus dem Gebührentarif A, auf den § 10 Abs 2 EKV-Z verweist und der als Anlage 1 des EKV-Z gemäß [§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) (idF des GSG) mitvereinbart wurde. Dessen Gebühren-Nr. 1 (identisch mit Nr. 1 des für den Primärkassenbereich einschlägigen Bema-Z) sieht für 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 gemäß der hierzu vereinbarten Abrechnungsbestimmung Nr 2 nicht abgerechnet werden.

Die Individualprophylaxe-Vergütungstatbestände (vom 25. Oktober 1990, als Anlage zur Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen beschlossen (Individualprophylaxe-Vereinbarung), ErsK 1991, 215, s. deren § 5 Abs 1) wurden im Gefolge des [§ 22 SGB V](#) geschaffen, der Regelungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen durch Individualprophylaxe trifft. Nach dessen Abs 1 können sich Versicherte zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal je Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen. Diese Untersuchungen sollen sich nach Abs 2 unter anderem auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung sowie auf die Motivation und Einweisung

bei der Mundpflege usw erstrecken. Dabei ist der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass die Vergütung individualprophylaktischer Leistungen die zahnärztliche Beratung nach Nr 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 Zahnärzte und KKn das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der individualprophylaktischen Leistungen in Richtlinien nach [Â§ 92 SGB V](#). Die demgemäß von ihm erlassenen Richtlinien über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe-Richtlinien vom 12. März 1993, BAnz vom 15. Mai 1993, Nr 91 S 4535) konkretisieren die gesetzlichen Vorgaben des [Â§ 22 Abs 2 SGB V](#). Zusätzlich haben die KZBV und die Ersatzkassen-Verbände eine Individualprophylaxe-Vereinbarung geschlossen (ErsK 1991, 215 f, idF vom 17. März 1993, mit Wirkung ab dem 1. Januar 1993). Diese enthält in Â§ 4 Abs 2 Buchst a Nr 2 ebenso wie die erwähnte 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 1 nicht abgerechnet werden kann.

Für die Auslegung vertrags(zahn)ärztlicher Vergütungsregelungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des Senats in erster Linie der Wortlaut der Bestimmungen maßgeblich, da das vertragliche Regelungswerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen Ärzten 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 ergänzt (BSG SozR 3-5535 Nr 119 Nr 1 S 3 f). Soweit der Wortlaut einer Vergütungsregelung zweifelhaft ist und es seiner Klarstellung dient, kann eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Gebührenregelungen 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 erläutert haben (BSG aaO). Leistungsbeschreibungen dürfen 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 Grundsätzen ist die Nr 1 nicht neben den Leistungen nach Nrn IP 1 bis IP 5 für individualprophylaktische Leistungen, die in derselben Sitzung durchgeführt werden, abrechenbar.

Dies ergibt sich schon aus der Abrechnungsbestimmung Nr 1 zu Nr 1. Nach der hier maßgeblichen 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 1 als alleinige Leistung steht hier nicht in Frage, sondern ihre Berechnung neben anderen Leistungen, nämlich denjenigen nach Nrn IP 1 bis IP 5. Diese sind indessen keine Sonderleistungen, neben denen eine Abrechnung zulässig wäre. Sie sind nach dem in erster Linie maßgeblichen Wortlaut der Vergütungsregelungen gerade nicht dem Abschnitt III. "Sonderleistungen" des

Gebührenrentarifs A zugeordnet worden. Für eine den klaren Wortlaut korrigierende systematische oder entstehungsgeschichtliche Auslegung ist nach den dargestellten Auslegungsgrundsätzen kein Raum. Dementsprechend ist die Argumentation erfolglos, es handele sich aber doch um Sonderleistungen, weil es innerhalb der Gebührenrentarife B und C jeweils nur die Abschnitte I. Allgemeine Bestimmungen, II. Heil- und Kostenplan sowie III. Sonderleistungen gebe, was zeige, dass alle Leistungen außer der Erstellung des Heil- und Kostenplanes Sonderleistungen seien. Im Übrigen 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 für Nr 1 neben den Leistungen nach Nrn IP 1 bis IP 5 folgt zusätzlich aus weiteren Bestimmungen. Nach der Abrechnungsbestimmung Nr 2 zu Nrn IP 1 bis IP 5 kann im Zusammenhang mit diesen die Beratung nach Nr 1 nicht abgerechnet werden. Damit ist ein vollständiger Abrechnungsausschluss für Nr 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 eingeschränkt. Während 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 für die Ansicht, über einen zeitlichen Zusammenhang hinaus (dh in derselben Sitzung) sei ein sachlicher Zusammenhang erforderlich. Deshalb ist die Schlussfolgerung nicht gerechtfertigt, der Abrechnungsausschluss gelte nur für Beratungen zur Individualprophylaxe und Beratungen zB wegen konservierender oder kieferorthopädischer Behandlungen oder wegen Beschwerden an Weisheitszähnen oder sonstiger Art könnten zusätzlich nach Nr 1 berechnet werden -. Gegen eine Einschränkung des Abrechnungsausschlusses ist die zugleich eine Erweiterung der Vergütungsansprüche ergäbe spricht im Gegenteil auch, dass sich Beratungen im Zusammenhang mit der Individualprophylaxe gemäß [§ 22 Abs 2 und Abs 5 SGB V](#) iVm Nr 10 der vom Bundesausschuss der Zahnärzte und KKn beschlossenen Individualprophylaxe-Richtlinien erforderlichenfalls auf die Aufklärung über Krankheitsursachen und deren Vermeidung sowie auf die Motivierung und Einweisung in die Mundpflege sowie auf Erläuterungen zu krankheitsgefährdeten Gebissbereichen ohne dass thematische Einschränkungen vorgegeben wären erstrecken sollen. Auch die Gesetzesbegründung zu [§ 22 Abs 2 SGB V](#) ging davon aus, dass die Vergütung individualprophylaktischer Leistungen gleichzeitig die zahnärztliche Beratung nach Nr 1 abgelte (s den oben zitierten Gesetzentwurf [BT-Drucks 11/2237 S 168](#)).

Der Abrechnungsausschluss für Nr 1 neben den Nrn IP 1 bis IP 5 ergibt sich ferner aus der zwischen KZBV und Ersatzkassen-Verbänden abgeschlossenen Individualprophylaxe-Vereinbarung. Deren inhaltlich identische Ausschlussregelung in [§ 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 1 abzurechnen. Der

gegenteiligen Ansicht, die im Kommentar von Liebold/Raff/Wissing (Erläuterungen zu Nr. 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. 1 eng auszulegen und damit bereits an dieser Stelle die Abrechenbarkeit der Nr. 1 zu verneinen, weil so die Abrechnungsausschlüsse, die das LSG zudem anführen, überflüssig wären. Dies zeige, dass die enge Auslegung des Begriffs der Sonderleistungen nicht zutreffen könne. Dieser Einwand kann indessen nicht durchgreifen. Das Ergebnis, dass die Abrechenbarkeit der Nr. 1 schon am Nichtvorliegen von Sonderleistungen scheitert und zudem die Abrechnungsausschlüsse 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. 1 der Begriff "neben der ersten Sonderleistung" durch "neben der ersten zahnärztlichen Leistung" ersetzt worden. Ebenfalls zum 1. Januar 2004 sind die Abrechnungsausschlüsse der Abrechnungsbestimmung Nr. 2 zu Nr. IP 1 bis IP 2 und des § 4 Abs. 2 Buchst. a Nr. 2 der Individualprophylaxe-Vereinbarung aufgehoben worden (s. Änderungsvereinbarung vom 16. Oktober 2003). Mithin ist die Abrechenbarkeit der Nr. 1 nunmehr erweitert worden. Damit lag entgegen der Ansicht der Beklagten nicht lediglich eine Klarstellung vor, sondern eine Neufassung, aus der nichts für die Auslegung der vorherigen im hier betroffenen Quartal II/1999 noch in Kraft gewesenen Fassung abgeleitet werden kann.

Nach alledem waren die Ansätze der Nr. 1 neben den Nr. 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 Zahlungsauspruch ist berechtigt, denn in dem hier betroffenen KZV-Bereich wurden die Gesamtvergütungen nicht als absolute Größen vereinbart, sondern durch sie nur Höchstbeträge festgelegt. Wird der Höchstbetrag nicht ausgeschöpft, so ziehen nachträgliche sachlich-rechnerische Richtigstellungen Zahlungen der KZV an die KK nach sich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-Änderungsgesetzes vom 17. August 2001 ([BGBl. I 2144](#)) am 2. Januar 2002 geltenden, hier noch anzuwendenden Fassung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#) S. 115 ff.). Eine Kostenerstattung war nur zu Gunsten der Klägerin auszusprechen, nicht auch zu Gunsten der Beigeladenen. Denn [§ 193 Abs. 4 SGG](#) damaliger Fassung hat die Erstattung nur für solche öffentlich-rechtlichen Körperschaften vorgesehen, die "als Kläger oder Beklagte" beteiligt gewesen sind (s. dazu BSG aaO S. 115).

Erstellt am: 02.08.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024