

Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Zahnärzten

Beate Bahner

Wirtschaftlichkeits- prüfung bei Zahnärzten

Honorarkürzungen vermeiden –
Regress abwehren

Unter Mitarbeit von
Simone Eberhard
Dr. med. Thomas Eberhard
(Kapitel 8: BEMA-Ziffern im Einzelnen)

Beate Bahner
Rechtsanwältin
Werderstraße 26
69120 Heidelberg
kanzlei@beatebahner.de
www.beatebahner.de

ISBN-10 3-540-23691-0 Springer Berlin Heidelberg New York
ISBN-13 978-3-540-23691-7 Springer Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer ist ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2006
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Einbandgestaltung: de'blick, Berlin
Foto der Autorin auf Einbandrückseite: Friederike Hentschel, Heidelberg
VG-Bildkunst Nr. 12 32 77 92

SPIN 11341499 64/3153-5 4 3 2 1 0 – Gedruckt auf säurefreiem Papier

Vorwort

Regresse und Honorarkürzungen als Dank für die zahnärztliche Behandlung der Patienten? Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist und bleibt ein Ärgernis für Zahnärzte und Ärzte! Gleichwohl muss auch nach der letzten Gesundheitsreform mit der Einleitung und Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen gerechnet werden, möglicherweise sogar in noch verschärfter Weise. Denn der Gesetzgeber erhofft sich auch hier weiteres Einsparpotential und ist der Auffassung, dass gerade in diesem Bereich zu wenig getan worden sei. So sehr diese Ansicht realitätsfern scheint - die Wirtschaftlichkeitsprüfung bleibt für Zahnärzte auch in Zukunft ein „Damoklesschwert.“

Das Buch beschreibt Voraussetzungen, Ablauf und Folgen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung anhand der aktuellen Gesetzgebung und höchstrichterlichen Rechtsprechung. Mein Ziel war es, die Wirtschaftlichkeitsprüfung gut verständlich und anhand der einzelnen BEMA-Ziffern praxisnah darzustellen und hierbei die eventuellen Angriffspunkte durch die Prüfungsgremien sowie die Reaktionsmöglichkeiten der Zahnärzte - in der gebotenen Sachlichkeit – aufzuzeigen. Eine sorgfältige individuelle Rechtsprüfung und anwaltliche Vertretung im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung kann dieses Buch freilich nicht ersetzen.

Aufgrund der durchweg positiven Reaktionen auf mein erstes Buch zum „Neuen Werberecht für Ärzte“ wurde dessen Konzept und Darstellung beibehalten. Konstruktive Kritik oder Anregungen der Leserinnen und Leser sind ebenso willkommen wie die Übersendung entsprechender Entscheidungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung durch interessierte Gerichte, Anwälte oder Zahnärzte. So kann auch eine spätere Auflage aktuell und umfassend sein.

Mein besonderer und herzlicher Dank geht an meine geschätzte junge Kollegin, Rechtsanwältin Simone Eberhard, die mit ungewöhnlichem Einsatz das Kapitel 8 „BEMA-Abrechnungsziffern im Einzelnen“ vorbereitet und maßgeblich bearbeitet hat. Sie hat sich mit dieser Tätigkeit auch für die wissenschaftlichen Projekte der Kanzlei als wertvolle Mitarbeiterin erwiesen. Ein großes Dankeschön auch an ihren Vater, Herrn Dr. Thomas Eberhard, der als erfahrener Zahnarzt und langjähriges Mitglied zahnärztlicher Prüfungsgremien bei der Vorbereitung und Darstellung der prüfelevanten BEMA-Ziffern ebenfalls eine unentbehrliche Hilfe war und uns stets beratend zur Seite stand. Seiner Ehefrau danke ich dafür, dass sie mich nicht verwünscht, sondern ihre Familie während dieses Buchprojektes mit viel Nachsicht begleitet hat.

Widmen möchte ich dieses neue Buch meiner Mutter, die meinen Weg in die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit schon früh vertrauensvoll unterstützt hat, sowie meinem Vater, dem es wohl gefallen hätte, wenn er die letzten spannenden Jahre meiner Kanzlei noch hätte erleben dürfen.

Inhaltsübersicht

1	Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung	1
2	Das Wirtschaftlichkeitsgebot	17
3	Verfahrensgrundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung	31
4	Zufälligkeitsprüfung / Stichprobenprüfung	67
5	Einzelfallprüfung	77
6	Statistische Vergleichsprüfung.....	91
7	Einwendungsmöglichkeiten des Zahnarztes.....	139
8	BEMA-Abrechnungsziffern im Einzelnen.....	155
9	Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	275
10	Reaktionsmöglichkeiten des Zahnarztes.....	297
11	Disziplinar- und strafrechtliche Konsequenzen.....	323
12	Anhang	331
13	Rechtsprechungsverzeichnis	345
14	Literaturverzeichnis.....	361
15	Stichwortverzeichnis	367

Inhaltsverzeichnis

1	Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung	1
1.1.	Einleitung	1
1.2.	Medizinische Behandlung in der GKV.....	2
1.2.1.	Prinzip der Solidarversicherung.....	2
1.2.2.	Beitragspflicht und Versicherungsleistungen.....	4
1.2.3.	Anspruch auf zahnärztliche Behandlung	4
1.2.4.	Ausschluss bestimmter Leistungen	5
1.2.5.	Leistungsbegrenzung durch Festzuschüsse.....	5
1.3.	Das Sachleistungsprinzip in der GKV.....	7
1.3.1.	Medizinische Versorgung durch Leistungserbringer	7
1.3.2.	Anspruch auf Sach- und Dienstleistungen	8
1.3.3.	Konkretisierung des Leistungsanspruchs durch die Zahnärzte.....	9
1.3.4.	Bindung der Krankenkasse an die Therapieentscheidung.....	10
1.3.5.	Leistungsbegrenzung durch Wirtschaftlichkeitsgebot	11
1.4.	Vergütung der zahnärztlichen Leistungen.....	13
1.4.1.	Der Honoraranspruch des Zahnarztes.....	13
1.4.2.	Fehlende Anreize zur Leistungsbeschränkung	14
1.5.	Die Wirtschaftlichkeitsprüfung als Korrektiv.....	15
2	Das Wirtschaftlichkeitsgebot	17
2.1.	Grundlagen	17
2.2.	Kriterien des Wirtschaftlichkeitsgebotes	18
2.2.1.	Zweckmäßigkeit der Leistungen	18
2.2.2.	Ausreichende Leistungen.....	20
2.2.3.	Notwendigkeit der Behandlung.....	21
2.2.3.1.	Vergleichbare Begriffe	21
2.2.3.2.	Schwierige Abgrenzung im Einzelfall.....	22
2.2.4.	Wirtschaftlichkeit (im engeren Sinne).....	23
2.2.5.	„Wirtschaftlich“ heißt nicht „billig“.....	24
2.3.	Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.....	25
2.3.1.	Rechtliche Maßnahmen	25
2.3.2.	Überprüfung des Wirtschaftlichkeitsgebotes	25
2.3.2.1.	Vor Leistungserbringung.....	25
2.3.2.2.	Nach Leistungserbringung.....	26

2.4.	Zulässige Beschränkung der Berufsfreiheit	27
2.4.1.	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts	27
2.4.2.	Spannungsfeld zwischen Therapiefreiheit und Sparzwängen	28
3	Verfahrensgrundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung	31
3.1.	Rechtsgrundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	31
3.1.1.	§ 106 SGB V und Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung	31
3.1.2.	Prüfvereinbarung	32
3.1.3.	Richtlinien zur zahnärztlichen Behandlung	34
3.2.	Weitere Regelungen	35
3.2.1.	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	35
3.2.2.	Qualitätssicherung.....	36
3.2.3.	Bundemantelvertrag-Zahnärzte	37
3.3.	Prüfgremien	38
3.3.1.	Prüfungs- und Beschwerdeausschuss	38
3.3.2.	Der unabhängige Vorsitzende	39
3.3.3.	Kammern und gemeinsame Ausschüsse	40
3.3.4.	Geschäftsstellen der Prüfgremien	41
3.4.	Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung	43
3.4.1.	Vorgaben des § 106 SGB V	43
3.4.2.	Abgrenzungsfragen	44
3.5.	Prüfmethoden der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	46
3.5.1.	Übersicht.....	46
3.5.2.	Zulässigkeit weiterer Prüfmethoden	47
3.5.3.	Neuregelung durch die Gesundheitsreform 2004	47
3.6.	Einleitung des Prüfverfahrens.....	49
3.6.1.	Einleitung ohne Prüfantrag	49
3.6.2.	Einleitung nach Prüfantrag	49
3.6.3.	Vorauswahl.....	50
3.6.4.	Frist und Verjährung.....	51
3.7.	Durchführung des Prüfverfahrens	52
3.7.1.	Beteiligte des Verfahrens.....	52
3.7.2.	Datenübermittlung.....	52
3.7.2.1.	Rechtliche Vorgaben	52
3.7.2.2.	Zweifel an der Richtigkeit der Daten	53
3.7.3.	Neues Quartal – neue Prüfung	54
3.7.4.	Prüfarzt und Prüfbericht	55

3.7.5.	Nichtöffentlichkeit des Verfahrens.....	56
3.7.6.	Beurteilungs- und Ermessensspielraum der Prüfungsgremien	56
3.7.7.	Aufsicht und Haftung der Vorstände.....	57
3.8.	Verfahrensrechte des Zahnarztes.....	58
3.8.1.	Rechtliches Gehör	58
3.8.2.	Recht auf Akteneinsicht.....	59
3.8.3.	Rechtsbeistand und anwaltliche Vertretung	60
3.9.	Besonderheiten der zahnärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung	62
3.9.1.	Vermehrbare und nicht vermehrbare Leistungen	62
3.9.2.	Prüfungsrelevante Leistungen.....	63
3.9.3.	Parodontose-Behandlungen	64
3.9.4.	Ausschluss der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	65
4	Zufälligkeitsprüfung / Stichprobenprüfung	67
4.1.	Neuregelung durch die Gesundheitsreform 2004.....	67
4.1.1.	Sinn und Zweck der Zufälligkeitsprüfung	68
4.1.2.	Gegenstand der Zufälligkeitsprüfung	69
4.1.3.	Richtlinien zur Zufälligkeitsprüfung	69
4.2.	Zufälligkeitsprüfung als Auswahlverfahren.....	70
4.2.1.	Auswahlkriterien.....	71
4.2.2.	Konsequenz der Auswahlentscheidung	71
4.2.3.	Datenübermittlung.....	72
4.2.4.	Vorauswahl.....	73
4.3.	Eröffnung des Prüfverfahrens.....	74
4.3.1.	Prüfmethoden in der Zufälligkeitsprüfung.....	74
4.3.2.	Prüfmaßnahmen	74
4.3.3.	Zufälligkeitsprüfung als Damoklesschwert.....	75
5	Einzelfallprüfung	77
5.1.	Grundlagen	77
5.1.1.	Durchführung der Einzelfallprüfung	77
5.1.2.	Varianten der Einzelfallprüfung.....	78
5.1.3.	Vorteile der Einzelfallprüfung	79
5.1.4.	Nachteile und Schwierigkeiten der Einzelfallprüfung	80
5.2.	Strenge Einzelfallprüfung.....	81
5.3.	Repräsentative / eingeschränkte Einzelfallprüfung	82
5.3.1.	Grundlagen	82

5.3.2.	Voraussetzungen der repräsentativen Einzelfallprüfung.....	83
5.4.	Beispielhafte Prüfung von Einzelfällen	84
5.5.	Die zahnärztliche Behandlung in der Einzelfallprüfung.....	86
5.5.1.	Bedeutung der Einzelfallprüfung	86
5.5.2.	Beurteilung zahnärztlicher Nachbehandlungen.....	86
5.5.3.	Beweisunsicherheit der Einzelfallprüfung	87
5.5.4.	Vorrang der statistischen Vergleichsprüfung.....	88
6	Statistische Vergleichsprüfung.....	91
6.1.	Grundlagen	91
6.1.1.	Begrifflichkeiten	92
6.1.2.	Bisherige Regelprüfmethode und ihre Vorteile.....	92
6.1.3.	Änderungen durch die Gesundheitsreform 2004.....	93
6.1.4.	Notwendigkeit der Regelung in der Prüfvereinbarung	94
6.2.	Fallzahl, Fallwert und Statistik	95
6.2.1.	Fallzahl.....	95
6.2.2.	Fallwert.....	95
6.2.3.	Statistik.....	96
6.3.	Annahmen der statistischen Vergleichsprüfung	98
6.3.1.	Wirtschaftliche Behandlungsweise aller Zahnärzte.....	98
6.3.2.	Vergleichbares Abrechnungsverhalten	99
6.3.3.	Vertikalvergleich mit eigenen Werten.....	100
6.4.	Überschreitungskategorien nach der Rechtsprechung	102
6.4.1.	Grundlagen	102
6.4.2.	Normale Streuung	103
6.4.3.	Übergangszone.....	103
6.4.4.	Offensichtliches Missverhältnis	105
6.4.5.	Die Gauß'sche Normalverteilung.....	106
6.4.6.	Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien	108
6.5.	Vergleich von Leistungssparten und Einzelleistungen.....	110
6.5.1.	Gesamtfallwert als Aufgreifkriterium.....	110
6.5.2.	Vergleich von Leistungssparten	110
6.5.3.	Vergleich von Einzelleistungen.....	112
6.5.3.1.	Grundlagen	112
6.5.3.2.	Voraussetzungen.....	112
6.5.3.3.	Grundleistungen.....	113
6.5.3.4.	Fachgruppentypische Einzelleistungen	114

6.5.3.5.	Notwendigkeit einer zuverlässigen Vergleichsbasis	114
6.5.3.6.	Grenzwerte	116
6.5.3.7.	Besondere Würdigung der Gesamtumstände	117
6.6.	Bildung der Vergleichsgruppe.....	119
6.6.1.	Vergleichsgruppe nach Fachgebieten	119
6.6.1.1.	Grundlagen	119
6.6.1.2.	Oralchirurgie	120
6.6.2.	Verfeinerung nach Schwerpunktbildung	121
6.6.3.	Auswirkungen von Zusatzbezeichnungen.....	123
6.6.4.	Größe und Homogenität der Vergleichsgruppe.....	124
6.6.5.	Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien	125
6.7.	Funktion der Grenzwerte	127
6.7.1.	Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	127
6.7.2.	Vermutung der Unwirtschaftlichkeit	127
6.7.2.1.	Grundlagen	127
6.7.2.2.	Anscheinsbeweis und Beweislastumkehr	128
6.7.2.3.	Geringfügige Über- oder Unterschreitung.....	129
6.8.	Das Erfordernis einer intellektuellen Prüfung	131
6.8.1.	Notwendigkeit eines typischen Geschehensablaufs.....	131
6.8.2.	Berücksichtigung der konkreten medizinischen Behandlung.....	131
6.8.3.	Übereinstimmung der Leistungsbedingungen.....	132
6.8.4.	Zeitpunkt der intellektuellen Überprüfung.....	132
6.9.	Darlegungspflicht und Sachverhaltsaufklärung	133
6.9.1.	Darlegungspflicht des Zahnarztes	133
6.9.2.	Dokumentation und Schweigepflicht.....	134
6.9.3.	Folgen einer unterlassenen Mitwirkung.....	135
6.9.4.	Sachverhaltsaufklärung durch die Prüfungsgremien	136
6.9.5.	Grenzen der Aufklärungspflicht.....	137
7	Einwendungsmöglichkeiten des Zahnarztes.....	139
7.1.	Praxisbesonderheiten.....	139
7.1.1.	Was sind Praxisbesonderheiten?	139
7.1.2.	Homogenes Leistungsspektrum	140
7.1.3.	Die unterschiedlichen Typen einer Zahnarztpraxis	141
7.1.4.	Zahnärztliche Praxisbesonderheiten	142
7.1.5.	Anfängerpraxis.....	143
7.1.6.	Weitere mögliche Praxisbesonderheiten.....	144

7.2.	Was sind keine Praxisbesonderheiten?	145
7.3.	Anerkennung von Praxisbesonderheiten.....	147
7.3.1.	Nachweis der Praxisbesonderheiten	147
7.3.2.	Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten.....	147
7.3.3.	Ermittlung der Mehrkosten	149
7.4.	Kompensatorische Einsparungen.....	151
7.4.1.	Grundlagen	151
7.4.2.	Kausaler Zusammenhang.....	151
7.4.3.	Nachweis der Kausalität	152
7.5.	Darstellung der prüfrelevanten BEMA-Leistungen.....	154
8	BEMA-Abrechnungsziffern im Einzelnen.....	155
8.1.	BEMA-Nr. Ä1 (Ber).....	155
8.2.	BEMA-Nr. 01 (U).....	159
8.3.	BEMA-Nr. 03 (Zu).....	162
8.4.	Allgemeines zur Röntgendiagnostik	164
8.5.	BEMA-Nr. Ä 925a (Rö2)	170
8.6.	BEMA-Nr. Ä 925b (Rö5)	172
8.7.	BEMA-Nr. Ä 925c (Rö8).....	174
8.8.	BEMA-Nr. Ä 925d (Stat)	176
8.9.	BEMA-Nr. Ä 935d (OPG).....	178
8.10.	BEMA-Nr. 8 (ViPr).....	181
8.11.	BEMA-Nr. 10 (üZ).....	184
8.12.	BEMA-Nr 12 (bMF)	187
8.13.	BEMA-Nrn. 13a - 13d (F1 - F4).....	192
8.14.	BEMA-Nr. 16 (St).....	201
8.15.	BEMA-Nr. 23 (EKr)	203
8.16.	BEMA-Nr. 25 (Cp).....	205
8.17.	BEMA-Nr. 26 (P)	209
8.18.	BEMA-Nr. 28 (VitE).....	213
8.19.	BEMA-Nr. 31 (Trep1).....	217
8.20.	BEMA-Nr. 32 (WK).....	220
8.21.	BEMA-Nr. 34 (Med).....	224
8.22.	BEMA-Nr. 35 (WF)	226

8.23.	BEMA-Nr. 38 (N).....	230
8.24.	BEMA-Nrn. 40, 41 a, 41 b (I, L1, L2).....	234
8.25.	BEMA-Nrn. 43, 44 (X1, X2).....	241
8.26.	BEMA-Nr. 45 (X3).....	245
8.27.	BEMA-Nr. 46 (XN).....	249
8.28.	BEMA-Nr. 47a (Ost1).....	252
8.29.	BEMA-Nr. 49 (Exz1)	255
8.30.	BEMA-Nr. 50 (Exz2)	258
8.31.	BEMA-Nr. 105 (Mu).....	261
8.32.	BEMA-Nr. 106 (sK).....	265
8.33.	BEMA-Nr. 107 (Zst)	269
8.34.	Parodontose-Behandlung.....	271
9	Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung	275
9.1.	Keine Beanstandung	275
9.2.	Beratung des Zahnarztes	276
9.2.1.	Bisherige Rechtslage	276
9.2.2.	Änderungen durch die Gesundheitsreform	276
9.2.3.	Gebot der sorgfältigen Abwägung von Prüfmaßnahmen	277
9.3.	Vergleich zwischen Zahnarzt und Prüfungsgremium	278
9.3.1.	Grundsätzliches.....	278
9.3.2.	Praktischer Verlauf des Vergleichsangebotes	280
9.3.2.1.	Beispiel aus der Praxis	280
9.3.2.2.	Anwaltliche Empfehlung.....	281
9.3.3.	Anfechtungsmöglichkeit durch KZV und Krankenkassen.....	282
9.3.3.1.	Keine sofortige Bindungswirkung des Vergleichs	282
9.3.3.2.	Klagevoraussetzungen gegen Vergleich.....	283
9.3.3.3.	Keine Bindungswirkung zu Lasten des Zahnarztes.....	284
9.4.	Honorarkürzung.....	285
9.4.1.	Ermessensspielraum hinsichtlich des Kürzungsumfangs.....	285
9.4.2.	Pflicht zur Honorarkürzung durch die Prüfungsgremien	286
9.4.2.1.	Beispiel 1: Honorarkürzung eines Kieferorthopäden	287
9.4.2.2.	Beispiel 2: Honorarkürzung eines Zahnarztes	287
9.4.3.	Kein Ermessen in Bezug auf fehlendes Verschulden	288
9.4.4.	Vertrauensschutz nur im Ausnahmefall.....	289
9.4.5.	Zulässige Schätzung des Kürzungsbetrages.....	290

9.5. Erlass eines Prüfbescheids	291
9.5.1. Der Prüfbescheid als Verwaltungsakt.....	291
9.5.2. Formelle Anforderungen.....	291
9.5.3. Begründungspflicht der Prüfungsgremien.....	292
9.5.3.1. Reichweite der Begründungspflicht.....	292
9.5.3.2. Grenzen der Begründungspflicht.....	294
9.5.3.3. Begründungsfrist.....	295
10 Reaktionsmöglichkeiten des Zahnarztes	297
10.1. Annahme der Honorarkürzung	297
10.2. Rechtsschutzmöglichkeiten	298
10.3. Widerspruch	299
10.3.1. Grundlagen	299
10.3.2. Widerspruchsfrist	300
10.3.3. Aufschiebende Wirkung des Widerspruchs	301
10.3.4. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss	302
10.3.5. Verschlechterungsmöglichkeit zu Lasten des Zahnarztes.....	303
10.4. Klage vor dem Sozialgericht	305
10.4.1. Grundlagen	305
10.4.2. Klagefrist und Rechtsbehelfsbelehrung	305
10.4.3. Keine aufschiebende Wirkung der Klage	306
10.4.4. Klagebefugnis und Rechtsschutzbedürfnis	307
10.4.4.1. Klagebefugnis des Zahnarztes	307
10.4.4.2. Klagebefugnis der KZV und Krankenkassen.....	308
10.4.5. Form, Klageantrag und Klagegegner.....	309
10.4.6. Besetzung des Gerichts.....	309
10.4.7. Gegenstand der gerichtlichen Überprüfung	311
10.4.7.1. Überprüfung des Abwägungsvorgangs.....	311
10.4.7.2. Bindung an die rechtmäßige Ermessensentscheidung.....	312
10.5. Berufung, Revision und Sprungrevision	313
10.5.1. Berufung vor dem Landessozialgericht	313
10.5.2. Revision vor dem Bundessozialgericht.....	314
10.5.2.1. Grundlagen	314
10.5.2.2. Statthaftigkeit der Revision	315
10.5.2.3. Notwendige Prozessvertretung und Begründung.....	316
10.5.3. Sprungrevision zum Bundessozialgericht.....	317

10.6. Kosten des Verfahrens	319
10.6.1. Verfahrenskosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	319
10.6.2. Anwaltskosten im Widerspruchsverfahren	319
10.6.3. Verfahrens- und Anwaltskosten im Gerichtsverfahren.....	320
10.6.4. Kostenerstattung durch die Rechtsschutzversicherung.....	322
11 Disziplinar- und strafrechtliche Konsequenzen	323
11.1. Disziplinarbefugnisse der KZV	323
11.1.1. Disziplinarverfahren wegen Unwirtschaftlichkeit.....	323
11.1.2. Antrag und Verfahren.....	324
11.2. Entziehung der KZV-Zulassung	325
11.2.1. Störung des Vertrauensverhältnisses	325
11.2.2. Verhältnismäßigkeit der Maßnahme.....	326
11.3. Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten	328
12 Anhang	331
12.1. Maßgebliche Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung	331
12.2. Auszug aus dem BEMA-Kurzverzeichnis 2004	341
12.2.1. In Kapitel 8 ausführlich behandelte BEMA-Ziffern	341
12.2.2. In Kapitel 8 erwähnte weitere BEMA-Ziffern	342
13 Rechtsprechungsverzeichnis	345
13.1. Urteile des Bundesverfassungsgerichts	346
13.2. Urteile des Bundessozialgerichts	347
13.3. Urteile des Landessozialgerichts	356
13.4. Urteile des Sozialgerichts	358
14 Literaturverzeichnis	361
15 Stichwortverzeichnis	367

Abkürzungsverzeichnis

Ä1	Beratung
a.A.	anderer Ansicht
a.a.O.	am angegebenen Ort
a.F.	alte Fassung
abl.	ablehnend
Abr.-Best.	Abrechnungsbestimmungen (zum BEMA)
Abs.	Absatz
Anm.	Anmerkung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARB 75	Allgemeine Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung
Art.	Artikel
Arzt/Ärzte	Ärztin, Zahnärztin, Arzt und Zahnarzt (jeweils auch im Plural) ¹
Ärzte-ZV	Ärzte-Zulassungsverordnung
ArztR	ArztRecht (Zeitschrift)
AU	Arbeitsunfähigkeit
Aufl.	Auflage
AusR	Arzt und sein Recht (Zeitschrift)
Az	Aktenzeichen
BA	Beschwerdeausschuss
Bad.-Württ.	Baden-Württemberg
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
Bd.	Band
BEMA-Z	Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
Ber	Beratung
Beschl.	Beschluss
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMÄ	Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen
bMF	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen
BMJ	Bundesjustizministerium
BMV-Z	Bundemantelvertrag-Zahnärzte
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungssammlung des Bundessozialgerichts
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungssammlung Bundesverfassungsgericht
bzw.	beziehungsweise
chirurg.	chirurgisch
Cp	Indirekte Überkappung
d.	des/der

¹ Zur besseren Lesbarkeit hat sich die Autorin entschieden, auf die traditionell maskuline Bezeichnung „Arzt/Zahnarzt“, bzw. „Ärzte/Zahnärzte“ zurückzugreifen. Hierfür werden die Leserinnen um Verständnis gebeten.

d.h.	das heißt
ders.	derselbe
dies.	dieselbe
DVBl	Deutsches Verwaltungsblatt (Zeitschrift)
EBM-Ä	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen
EKr	Entfernen einer Krone
EKV-Z	Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte
einschl.	einschließlich
Entsch.	Entscheidung
evtl.	eventuell
Exz1	Exzision
Exz2	Exzision von Schleimhautwucherungen
f	folgende
F1	Füllung, einflächig
F1ZE	einflächige Aufbaufüllung
F2	Füllung, zweiflächig
F2ZE	zwei- und mehr als zweiflächige Aufbaufüllung
F3	Füllung, dreiflächig
F4	Füllung, mehr als dreiflächig oder Ecken Aufbau im Frontzahnbereich
ff.	fortfolgende
Fn	Fußnote
gem.	gemäß
GesR	GesundheitsRecht (Zeitschrift)
GG	Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland
ggf.	gegebenenfalls
GKG	Gerichtskostengesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
h.M.	herrschende Meinung
Hk-SGG	Handkommentar Sozialgerichtsgesetz (<i>Binder/Bolay</i> u.a., vgl. Lit.-Verz.)
Hrsg.	Herausgeber
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
I	Infiltrationsanästhesie
i.d.F.	in der Fassung
i.d.R.	in der Regel
i.S.d.	im Sinne des
i.V.m.	in Verbindung mit
IKK	Innungskrankenkasse
IPa	Infiltrationsanästhesie bei Par-Behandlung
Kap.	Kapitel
KassKomm	Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht (vgl. Lit.-Verz.)
KCH	konservierend-chirurgisch
KK	Krankenkasse
KO	Kieferorthopädie (Behandlungsplan)
kons.	konservierend
krit.	kritisch

KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
L1 / L2	Leitungsanästhesie
L1ZE	Leitungsanästhesie bei Zahnersatz-Behandlung
L1Pa	Leitungsanästhesie bei Par-Behandlung
Lit.-Verz.	Literaturverzeichnis
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
LPK SGB V	Lehr- und Praxiskommentar zum SGB V (<i>Kruse/Hänlein</i> , vgl. Lit.-Verz.)
LSG	Landessozialgericht
m.w.Anm.	mit weiteren Anmerkungen
m.w.N.	mit weiteren Nachweisen
Med	Medikamentöse Einlage
MedR	Medizinrecht (Zeitschrift)
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg
Mu	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen
M-WBO	Musterweiterbildungsordnung
N	Nachbehandlung
Nbl1 / Nbl2	Stillen einer übermäßigen Blutung
n.F.	neue Fassung
Nds.	Niedersachsen
NJW	Neue Juristische Wochenschrift (Zeitschrift)
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
o.ä.	oder ähnliches
Ohn	Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps
OLG	Oberlandesgericht
oM	offensichtliches Missverhältnis
OPG	Orthopantomogramm
Ost1	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie
P	Direkte Überkappung
PA	Prüfungsausschuss
Par	Parodontose
PEA	Prothetik-Einigungs-ausschuss
PV	Prüfvereinbarung
Rhl.-Pf.	Rheinland-Pfalz
RID	Rechtsprechungsinformationsdienst der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht
Rn.	Randnummer
Rö2	Röntgendiagnostik der Zähne bis 2 Aufnahmen
Rö5	Röntgendiagnostik der Zähne bis 5 Aufnahmen
Rö8	Röntgendiagnostik der Zähne bis 8 Aufnahmen
Rspr.	Rechtsprechung
RVG	Rechtsanwaltsvergütungsgesetz
RVO	Reichsversicherungsordnung
s	Streuung / Sigma
S.	Seite
s.	siehe
s.o.	siehe oben

Schl.-Holst.	Schleswig-Holstein
SG	Sozialgericht
SGB I	Sozialgesetzbuch 1. Buch (Allgemeiner Teil)
SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGB X	Sozialgesetzbuch 10. Buch (Verwaltungsverfahren)
SGb	Sozialgerichtsbarkeit (Zeitschrift)
SGG	Sozialgerichtsgesetz
sK	Beseitigung scharfer Zahnkanten
SozR	Sozialrecht (Entscheidungssammlung, bearbeitet von Richtern des Bundessozialgerichts)
St	Stiftverankerung
st. Rspr.	ständige Rechtsprechung
Stat	Status bei mehr als 8 Aufnahmen
StGB	Strafgesetzbuch
str.	streitig
sys.	systematisch
Trep1	Trepanation
U	Eingehende Untersuchung
u.	und
u.a.	und andere / unter anderem
u.U.	unter Umständen
Urt.	Urteil
usw.	und so weiter
üz	Behandlung überempfindlicher Zähne
Verf.	Verfasserin
vgl.	vergleiche
ViPr	Sensibilitätsprüfung der Zähne
VitE	Vitalexstirpation
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung
WBO	Weiterbildungsordnung
WF	Wurzelkanalfüllung
WiPrüfVO	Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung
WK	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems
WKR	Die Wirtschaftlichkeit der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Versorgung in der Rechtsprechung (<i>Raddatz</i> , vgl. Litverz.)
www	world wide web
X1	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes
X2	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes
X3	Entfernung eines tieffrakturierten Zahnes
XN	Chirurgische Wundrevision
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zahnersatz
z.T.	zum Teil
ZfS	Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung
ZMGR	Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht
Zst	Entfernen harter Zahnbeläge
Zu	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde

1 Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung

1.1. Einleitung

Die **Wirtschaftlichkeitsprüfung** ist ein **Kontrollverfahren** und seit mehr als 50 Jahren wesentlicher Bestandteil im System der gesetzlichen Krankenversicherung.² Die Vertragszahnärzte³ werden daraufhin überprüft, ob ihre medizinischen Behandlungen tatsächlich notwendig und somit wirtschaftlich waren. Diese Überprüfung erfolgt zeitlich erst nach der Behandlung, oftmals sogar erst viele Quartale später. Das Ergebnis ist oftmals eine **Honorarkürzung** (die unter Umständen sogar die Existenz des Zahnarztes oder zumindest dessen Liquidität bedrohen kann), weil die zahnärztliche Behandlungsweise angeblich unwirtschaftlich war.⁴

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung existiert seit 50 Jahren.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung war und bleibt daher sowohl für Zahnärzte als auch für Ärzte ein jahrzehntelanges **Reizthema**:

- bereits das Prüfverfahren scheint eine Kränkung,
- die Aufforderung zur Mitwirkung eine Zumutung,
- die Kürzung schließlich eine inakzeptable Fehlentscheidung.

... so die häufig festzustellende Reaktion der betroffenen Zahnärzte und Ärzte, die zwar verständlich, allerdings keinesfalls immer berechtigt ist. Denn die Zahnärzte und Ärzte haben sich mit ihrer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zugleich verpflichtet, ihren Patienten zu Lasten der Krankenkassen nicht etwa die beste und teuerste medizinische Versorgung, sondern lediglich eine **notwendige** und damit **wirtschaftliche Versorgung** zu gewähren.

Sind diese **Kriterien** allerdings von den Zahnärzten **beachtet** worden, **kann** die zahnärztliche Behandlung auch **nicht** als „unwirtschaftlich“ **kritisiert werden**.

² Kurz: GKV, gesetzlich normiert im Sozialgesetzbuch V, im folgenden SGB V.

³ Dies sind Zahnärzte mit ausdrücklicher Zulassung zur Behandlung der gesetzlich krankenversicherten Patienten (früher auch „Kassenärzte“), vgl. hierzu Kap. 1.3.1, S. 7 ff. Die privaten Krankenversicherungen kennen das System der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht. Die privat Zahnärztliche Behandlung unterliegt daher nicht der in diesem Buch beschriebenen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

⁴ Die erste Entscheidung des BSG datiert aus dem Jahr 1959 und betraf die Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Zahnarztes aus dem Ersatzkassenbereich in den Jahren 1951 bis 1953. In diesem Urteil legte das BSG bereits maßgebliche Grundsätze zur Wirtschaftlichkeitsprüfung fest, die bis heute weitgehend Gültigkeit beanspruchen können, vgl. BSG, Urt. v. 27.11.1959 – 6 RKA 4/58 -.

Die gesetzlich versicherten (Kassen-)Patienten ihrerseits haben ebenfalls nur einen Anspruch darauf, medizinische Behandlungen im notwendigen und ausreichenden Umfang zu erhalten. Auf eine **optimale Versorgung** besteht **kein Anspruch**.⁵

Patienten haben keinen Anspruch auf beste und teuerste zahnärztliche Versorgung.

Dieses so genannte Wirtschaftlichkeitsgebot muss von allen am System Beteiligten akzeptiert und realisiert werden – also auch von den Vertragszahnärzten, die als so genannte Leistungserbringer⁶ befugt sind, gesetzlich krankenversicherte Patienten zu behandeln: Denn das **Wirtschaftlichkeitsgebot** stellt eines der **tragenden Prinzipien** im System der solidarisch ausgestalteten gesetzlichen Krankenversicherung dar.⁷

1.2. Medizinische Behandlung in der GKV

1.2.1. Prinzip der Solidarversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gehört zu den klassischen Zweigen der **Sozialversicherung**.⁸ Diese dient insgesamt der sozialen Sicherung und dem sozialen Ausgleich, namentlich dem **Schutz** der sozialen Existenz vor den **Wechselfällen des Lebens**.⁹ Der Gesetzgeber hat die gesetzliche Krankenversicherung als **Solidargemeinschaft** ausgestaltet.¹⁰

Solidargemeinschaft bedeutet das Zusammenstehen aller Versicherten für den Fall der Krankheit Einzelner.

Das **Solidaritätsprinzip** verpflichtet die in der Versichertengemeinschaft (Solidargemeinschaft) zusammengeschlossenen wirtschaftlich Leistungsfähigen, für die wirtschaftlich Schwächeren (mit) einzustehen. Es bewirkt somit eine interper-

⁵ *Fastabend*, NZS 2002, S. 299 ff.; BSG, Urte. v. 16.06.1999 – B 1 KR 4/98 -. Allerdings rechtfertigte das Bundessozialgericht die zweijährige Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit u.a. damit, dass das kassenärztliche System eine „optimale Versorgung gewährleisten soll“, vgl. BSG, Urte. v. 18.05.1989 – 6 RKa 6/88 -.

⁶ Vgl. hierzu Kap. 1.3.1, S. 7 ff.

⁷ Vgl. hierzu eingehend Kap. 2, S. 17 ff.

⁸ Vgl. zu Begriff, Umfang und zur Entwicklung der Sozialversicherung auch BVerfG, Urte. v. 10.05.1960 – 1 BvR 190 u.a. -.

⁹ BVerfG, Beschl. v. 31.10.1984 - 1 BvR 35, 356, 794/82 -; BVerfG, Beschl. v. 27.05.1970 – 1 BvL 22/63 und 27/64 -.

¹⁰ § 1 S. 1 SGB V i.V.m. § 3 SGB V; vgl. zum Solidaritätsprinzip ausführlich *Quaas/Zuck*, S. 47, Rn. 78 ff. m.w.N.; vgl. auch *Schnapp*, ZMGR 2005, S. 6 ff.

sonelle **Umverteilung**.¹¹ Die **gesetzliche Krankenversicherung** war und ist hierbei gedacht als **staatliche Absicherung** zur Bewältigung der wirtschaftlichen Folgen von **Krankheiten**.¹² Seit Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich die gesetzliche Krankenversicherung von einer Arbeiterversicherung für nur wenige tausend Beschäftigte¹³ zu einer echten Volksversicherung, die heute mehr als 90 % der Bevölkerung in Deutschland umfasst.¹⁴

Mehr als 90 % der Bevölkerung in Deutschland sind gesetzlich krankenversichert.

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind die **gesetzlichen Krankenkassen** als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.¹⁵ Diese unterhalten derzeit insgesamt 323 selbstständige gesetzliche Krankenkassen.¹⁶ Insbesondere **Arbeiter** und **Angestellte**¹⁷ sind kraft Gesetzes **verpflichtet**, bei einer dieser gesetzlichen Krankenkassen versichert zu sein – sie haben keine andere Wahl, wenn nicht die engen Voraussetzungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht vorliegen.¹⁸

¹¹ *Spellbrink*, S. 46, Rn. 3.

¹² Sie hat ihren Ursprung in der von Bismarck initiierten „Kaiserlichen Botschaft“ vom 17.11.1881 und führte sodann zum „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ vom 15.06.1883; vgl. zur Geschichte der GKV die Nachweise in Fn. 39.

¹³ Angestellte waren damals nur bis zu einem Jahresarbeitsverdienst von 2.000,- Reichsmark jährlich versichert.

¹⁴ Welche unterschiedlichen Gesichter die Krankenversicherung gehabt hat, zeigt sich allein in ihrer Namensgebung: Zunächst wurde sie als „Arbeiterversicherung“, später als „Reichsversicherung“, dann als „soziale Krankenversicherung“ und heute als „gesetzliche Krankenversicherung“ bezeichnet. Vgl. zum Charakter und zur Bedeutung der entsprechenden Bezeichnungen weiter *Herles/Quasdorf*, S. 10.

¹⁵ Es existieren sieben unterschiedliche Kassenarten: Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), Betriebskrankenkasse (BKK), Innungskrankenkasse (IKK), die Seekrankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen, § 4 Abs. 2 SGB V.

¹⁶ Davon 17 Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), 258 Betriebskrankenkassen (BKK), 23 Innungskrankenkassen (IKK), 10 Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK), 5 Arbeiterersatzkassen (AEK), 7 Angestelltenersatz-Krankenkassen, 1 Seekrankenkasse und die Bundesknappschaftskasse (Stand 31.12.2003).

Zu Beginn der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 gab es in Deutschland rund 35.000 einzelne Krankenkassen. Im Jahre 1999 gab es noch 900 selbstständige Krankenkassen, vgl. *KBV*: Die vertragsärztliche Versorgung im Überblick, S. 88.

¹⁷ Aber auch beispielsweise Landwirte, Künstler, Studenten, Auszubildende, Arbeitslose oder behinderte Menschen nach näherer Maßgabe des § 5 SGB V.

¹⁸ Etwa bei Überschreitung der Bemessungsgrenze von 45.594,05 € (bzw. 41.034,64 €) Jahreseinkommen (Stand 2004), vgl. §§ 5-8 SGB V. Auch Freiberufler, Unternehmer und weitere Selbstständige sind keine Zwangsmitglieder in der GKV.

1.2.2. Beitragspflicht und Versicherungsleistungen

Die Leistungen und Ausgaben der Krankenkassen werden durch **Beiträge** finanziert.¹⁹ Dazu entrichten die **Mitglieder** und die **Arbeitgeber je zur Hälfte** Beiträge, die sich in der Regel nach dem beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder richten und einen bestimmten Prozentsatz des Gehaltes bzw. des Lohnes betragen.²⁰ **Maßgeblich** für die Höhe des individuellen Beitrages in die gesetzliche Krankenversicherung ist damit ausschließlich die Höhe des monatlichen **Einkommens**.

Im Gegenzug dazu haben die gesetzlich Versicherten (alle denselben) **Anspruch auf medizinische Leistungen** zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung, zur Früherkennung und zur Behandlung von Krankheiten.²¹

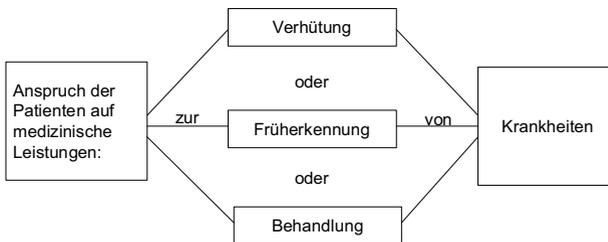


Abbildung 1

1.2.3. Anspruch auf zahnärztliche Behandlung

Der Anspruch auf medizinische Behandlung umfasst nach dem Gesetzeswortlaut ausdrücklich auch die **zahnärztliche Behandlung**.²² Behandlungsmethoden der besonderen Therapierichtungen sind hierbei nicht ausgeschlossen.²³ Versicherte haben ferner Anspruch auf Versorgung mit **Zahnersatz**. Der Zahnersatz umfasst

¹⁹ § 3 S. 1 SGB V; vgl. hierzu auch *Hänlein*, in LPK-SGB V, § 3.

²⁰ Dies gilt auch bei freiwilliger Versicherung (§ 240 SGB V). Die Beitragsätze variieren zwischen den Krankenkassen. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben, vgl. § 3 S. 2 u. 3 SGB V.

²¹ § 11 SGB V. Vgl. zu den Leistungsansprüchen der Patienten ausführlich *Fastabend/Schneider*, S. 69 ff.

²² Vgl. hierzu auch *Ziegner*, VSSR 2003, S. 191 ff. und *Fastabend/Schneider*, S. 111 ff. Zur geschichtlichen Entwicklung der zahnärztlichen Behandlung im Rahmen der GKV vgl. *Quaas/Zuck*, S. 641, Rn. 37 ff. und *Muschallik*, S. 467, Rn. 2. Vgl. zu den wirtschaftlichen Rahmendaten der zahnärztlichen Versorgung KZBV Jahrbuch 2004.

²³ § 2 Abs. 1 S. 2 SGB V; vgl. hierzu auch *Zuck*, NJW 1991, S. 2933 ff. sowie Kap. 3.2.1, S. 35 ff.

Zahnkronen und Brücken bzw. Kombinationsversorgungen, dies allerdings nur eingeschränkt.²⁴ Gesetzlich versicherte Patienten unter 18 Jahren haben schließlich Anspruch auf **kieferorthopädische Versorgung** in medizinisch indizierten Fällen.²⁵

1.2.4. Ausschluss bestimmter Leistungen

Der Leistungsanspruch der Patienten gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse auf Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit umfasst zahnärztliche Behandlungen allerdings nur, soweit diese Leistungen nicht von vornherein **aus dem Leistungskatalog** der gesetzlichen Krankenversicherung **ausgeschlossen** sind.²⁶

So gehören beispielsweise **funktionsanalytische** und **funktionstherapeutische** Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung und dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden.²⁷ Grundsätzlich gehören auch **Implantate** und **implantologische Leistungen** nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.²⁸ Auch kieferorthopädische Behandlungen von volljährigen Patienten sind vom Leistungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung nicht umfasst.²⁹ Diese Leistungen unterliegen der **Eigenverantwortung** der Versicherten.³⁰

1.2.5. Leistungsbegrenzung durch Festzuschüsse

Zum Bereich der Eigenverantwortung sind auch die **Zuzahlungsregelungen** und die **Festbetragsregelungen** zu rechnen. Die Krankenkassen erfüllen ihre Leistungspflicht in diesen Fällen durch die Leistung des jeweiligen Festbetrages.³¹ Seit

²⁴ Vgl. hierzu Kap. 1.2.5, S. 5.

²⁵ § 28 Abs. 2 SGB V.

²⁶ § 2 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 12 SGB V.

²⁷ § 28 Abs. 2 S. 8 SGB V.

²⁸ Eine Ausnahme gilt für seltene Indikationen in besonders schweren Fällen, in denen die Krankenkasse implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung erbringen darf. Diese Ausnahme-Indikationen sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen, § 28 Abs. 2 S. 9 SGB V.

²⁹ § 28 Abs. 2 S. 5 SGB V. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.

³⁰ § 2 Abs. 1, S. 1 SGB V; vgl. hierzu auch *Kruse*, in LPK-SGB V, § 2 und *Schnapp*, ZMGR 2005, S. 6 ff.

³¹ § 12 Abs. 2 SGB V. Diese Bestimmung beschränkt die Leistungspflicht der Krankenkassen auf den Festbetrag für diejenigen Fälle, in denen nach §§ 35 und 36 für Arznei-

der Gesundheitsreform 2004 (GMG) unterliegt auch die Versorgung mit **Zahnersatz** einer Festbetragsregelung.³² Danach besteht nunmehr in den Fällen, in denen eine Versorgung mit **Zahnersatz notwendig** ist, ein Anspruch auf **befundbezogene Festzuschüsse**, sofern die geplante Versorgung einer anerkannten Behandlungsmethode entspricht.³³

Diese Festzuschüsse betragen **50 %** der vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die jeweilige **Regelversorgung** festgesetzten Beträge.³⁴ Nur bei **nachgewiesener Zahnpflege** leisten die Krankenkassen höhere Zuzahlungen als dies grundsätzlich festgelegt ist.³⁵

Verbands- und Hilfsmittel Festbeträge festgesetzt worden sind (vgl. hierzu auch §§ 28, 29 SGB V). Dasselbe gilt für den Zahnersatz gem. § 55 SGB V.

³² Das GMG vom 14. November 2003 (vgl. BGBl. Teil I v. 19.11.2003, Nr. 55, S. 2190 ff.) hatte zunächst die vollständige Streichung des Anspruchs auf Zahnersatz und eine private Versicherungspflicht für Zahnersatz vorgesehen (vgl. zur Verfassungsmäßigkeit einer entsprechenden Ausgliederung der Zahnersatzleistungen auch *Sodan*, NZS 2003, S. 393 ff.). Dieses Vorhaben wurde allerdings wieder rückgängig gemacht. Die Versorgung mit Zahnersatz bleibt Teil des Leistungskatalogs der GKV. Allerdings müssen die Versicherten seit 01.07.2005 für den Zahnersatz einen Sonderbeitrag von 0,4 % bezahlen. Dieser wird zusammen mit dem Zusatzbeitrag von 0,5 % von jedem Mitglied (nicht jedoch anteilig vom Arbeitgeber) erhoben. Zugleich wurde der Beitragssatz um 0,9 % gesenkt, so dass für die Arbeitgeber (und Bundesagentur für Arbeit) eine Entlastung von 0,45 % eintritt. Gesetzlich versicherte Patienten haben seit 01.01.2005 Anspruch auf so genannte Festzuschüsse zum Zahnersatz, vgl. hierzu auch *Tiemann*, ZMG, 2005, S. 14 ff.

³³ § 55 Abs. 1 i.V.m. § 87 Abs. 1 a SGB V. Die Patienten können unter mehreren anerkannten Methoden für den Zahnersatz wählen, ohne den Zuschuss der Kassen zu gefährden, vgl. § 28 Abs. 2 SGB V.

³⁴ § 55 Abs. 1 S. 2 SGB V.

³⁵ Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich, je nach Wahrnehmung der Kontrolltermine, diese Festzuschüsse um bis zu 30 %, vgl. § 55 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB V. Zum Anspruch auf vollständige Übernahme der Regelleistungsversorgung bei Zahnersatz, vgl. § 55 Abs. 2 SGB V.

1.3. Das Sachleistungsprinzip in der GKV

1.3.1. Medizinische Versorgung durch Leistungserbringer

Die Krankenkassen stellen die **medizinischen Leistungen** typischerweise nicht selbst zur Verfügung – etwa durch ihre eigenen Kliniken und dort angestellte Ärzte. Vielmehr übertragen sie die Aufgabe, für ihre Versicherten medizinische Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten zu erbringen, auf so genannte **Leistungserbringer**. Leistungserbringer sind Ärzte, **Zahnärzte**, Psychotherapeuten, Apotheken und „sonstige“ Leistungserbringer.³⁶

Zahnärzte sind allerdings nicht bereits mit ihrer Approbation berechtigt, am System der gesetzlichen Krankenversicherung zu partizipieren und gesetzlich versicherte Patienten zu behandeln. Sie bedürfen vielmehr einer **besonderen** vertragsärztlichen **Zulassung** durch so genannte Zulassungsausschüsse.³⁷ Sie werden dann als „Vertragszahnarzt“ (früher Kassenzahnarzt)³⁸ bzw. als „Leistungserbringer“ bezeichnet.³⁹

Zahnärzte bedürfen zur Behandlung gesetzlich versicherter Patienten einer besonderen vertragsärztlichen Zulassung.

³⁶ § 69 Abs. 1 SGB V. Vgl. zur rechtlichen Stellung des Vertragsarztes als Leistungserbringer *Wigge*, in *Schnapp/Wigge*, S. 27, Rn. 18 ff.

³⁷ Entweder im Wege der Zulassung, sofern sämtliche persönlichen und fachlichen Voraussetzungen erfüllt sind, oder durch Nachbesetzung, falls ein Planungsbereich wegen Überversorgung für Neuzulassungen gesperrt ist. Die Voraussetzungen für eine vertragsärztliche Zulassung sind geregelt in §§ 95 ff. SGB V i.V.m. der Ärzte-ZV und der Bedarfsplanungsrichtlinie.

³⁸ Der Begriff des Kassenarztes wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 durch den Begriff „Vertragsarzt“ ersetzt. Dieser Begriff sollte verdeutlichen, dass die frühere Unterscheidung in Kassenärzte (für alle Versicherten der Primär- oder so genannten RVO-Kassen) und in Vertragsärzte (für die Versicherten der Ersatzkassen) entfallen ist. Damals war die Wirtschaftlichkeit der Behandlung der Ersatzkassenpatienten von Prüfungs- und Beschwerdekommisionen überprüft worden, die bis zum Gesundheitsreformgesetz (GRG 1988) lediglich mit Ärztevertretern besetzt waren. Das besondere Prüfwesen im Ersatzkassenbereich wurde im Jahr 1992 abgeschafft. Seither gibt es nur noch gemeinsame Prüfvereinbarungen und gemeinsame Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse und wird die Wirtschaftlichkeit für alle Kassenpatienten aller Krankenkassen einheitlich festgestellt.

³⁹ § 72 Abs. 1 SGB V. Die hiermit verbundenen Rechte und Pflichten werden als Vertragsarztrecht (bzw. früher als Kassenarztrecht) bezeichnet. Vgl. zur geschichtlichen Entwicklung des Kassenarztrechts ausführlich *Krauskopf*, in *Laufs/Uhlenbruck*, S. 212 ff.; *Quaas/Zuck*, S. 88 ff.; *Schnapp*, in *Schnapp/Wigge*, S. 1 ff.

Die Vertragszahnärzte sind organisiert in der **Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung (KZV)**.⁴⁰ Die KZV ist gegenüber den Krankenkassen verpflichtet, die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen und den hiermit verbundenen **Sicherstellungsauftrag** zu erfüllen. Die **Leistungserbringer** und **Krankenkassen wirken** zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung insoweit durch „**gemeinsame Selbstverwaltung**“ **zusammen**.⁴¹

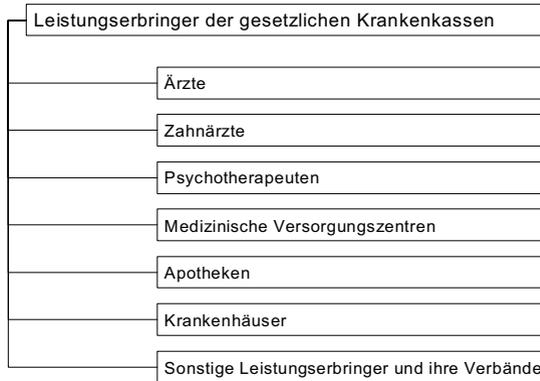


Abbildung 2

1.3.2. Anspruch auf Sach- und Dienstleistungen

Die Patienten haben gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse einen Anspruch darauf, die (zahn-)medizinischen Leistungen als so genannte **Sach- oder Dienstleistungen** zu erhalten.⁴² Denn das **deutsche System** der gesetzlichen Krankenversicherung ist vom **Sachleistungsprinzip** geprägt.⁴³ Dies bedeutet, dass die Krankenkassen ihren versicherten Mitgliedern die medizinischen Leistungen und

⁴⁰ Es gibt nach den Änderungen durch das GMG in jedem Bundesland eine KZV, in Nordrhein-Westfalen 2 KZVen, insgesamt 17 (früher 23). Vgl. zur Organisation und zu den Aufgaben der KV bzw. KZV eingehend *Krauskopf*, in *Laufs*, S. 233 ff.; *Quaas/Zuck*, S. 362 ff.

⁴¹ § 72 Abs. 1 SGB V. Der Umfang des Sicherstellungsauftrages ergibt sich aus § 73 Abs. 2 SGB V. Vgl. hierzu ausführlich *Schiller*, S. 97 ff. und *Quaas/Zuck*, S. 362 ff.; vgl. zur damit verbundenen Normsetzungsbefugnis auch *Engelmann*, NZS 2000, S. 1 ff. Vgl. zu den Basisdaten der vertragsärztlichen Versorgung *KZBV Jahrbuch 2004*.

⁴² § 2 Abs. 2 S. 1 SGB V.

⁴³ Das Sachleistungsprinzip stellt ein grundsätzliches Strukturelement im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung dar, vgl. *Quaas/Zuck*, S. 145 ff. m.w.N.

die ärztlichen Dienstleistungen unmittelbar „in Natur“ zur Verfügung stellen müssen.

Die Patienten sind also **nicht verpflichtet**, die medizinischen Leistungen und Güter auf dem Markt selbst zu beschaffen und **vorzufinanzieren**. Auch die Vereinbarung über Leistungen und Preise (und damit der eigentliche Marktprozess) erfolgt zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern und nicht durch die Versicherten.⁴⁴ Die Pflicht zur Verschaffung dieser medizinischen Leistungen obliegt vielmehr den Krankenkassen selbst. Darin besteht auch der wesentliche **Unterschied** zwischen dem **gesetzlichen** und dem **privaten Krankenversicherungssystem**.⁴⁵

Die medizinische Versorgung erfolgt durch Sach- und Dienstleistungen.

Die Pflicht der Krankenkassen zur Leistungserbringung „in Natur“ und die Einbindung der Leistungserbringer in diese Aufgabe ist dabei nicht bloßer Selbstzweck. Sie hat vielmehr zum einen den **Schutz der Versicherten** vor mangelnder medizinischer Versorgung infolge der damit eintretenden **finanziellen Belastung** des einzelnen zum Ziel; zum anderen dient das Sachleistungsprinzip der Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung, indem auch die - das System finanzierenden - Krankenkassen **Einfluss** auf die Ausgestaltung des Inhalts und der Vergütung der medizinischen Leistungen **nehmen**.⁴⁶

1.3.3. Konkretisierung des Leistungsanspruchs durch die Zahnärzte

Das Bundessozialgericht bezeichnet den **Sachleistungsanspruch** der Versicherten als eine Art "**Rahmenrecht**", welches von den Vertrags(zahn)ärzten **konkretisiert** wird.⁴⁷ Diese bestimmen die im konkreten Behandlungsfall **notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen** und müssen ihre Entscheidung – jedenfalls im Verhältnis zum Versicherten – gegen sich gelten lassen.⁴⁸ Die **Vertragsärzte** werden auch als „Beliehene“ bezeichnet, die ihren Patienten den

⁴⁴ Vgl. Kluth, MedR 2005, S. 65. Die Versicherten wirken auf Markt und Wettbewerb nur dadurch ein, dass sie zwischen den verschiedenen zugelassenen Leistungserbringern frei wählen können.

⁴⁵ Allerdings ist gerade die zahnmedizinische Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen durch Elemente der privaten Krankenversicherung geprägt, insbesondere beim Zahnersatz und bei Behandlungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen.

⁴⁶ BSG, Urt. v. 14.03.2001 – B 6 KA 54/00 -; vgl. hierzu auch Engelmann, NZS 2000, S. 1 ff.; Quaas/Zuck, S. 145 ff. m.w.N. Vgl. zur Vergütung der zahnärztlichen Leistungen Kap. 1.4, S. 13 ff.

⁴⁷ Vgl. dazu weiter Steege, S. 517 ff. m.w.N.

⁴⁸ Fastabend, NZS 2002, S. 299 ff.

Anspruch auf Sachleistungen durch persönliche Erbringung der (zahn)ärztlichen Leistungen oder durch Ausstellen eines Kassenrezepts **bewilligen**.⁴⁹

Vertragszahnärzte bewilligen und erbringen die medizinischen Leistungen im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Therapieentscheidung des (Zahn)Arztes ist hierbei das Ergebnis eines **komplexen Abwägungsvorgangs**, bei dem neben dem eigentlichen Krankheitsgeschehen andere Faktoren wie Vorerkrankungen, Allgemeinzustand, Alter, Intelligenz, Psyche und familiäres Umfeld des Patienten, Krankheitseinsicht, Motivation und Fähigkeit zur Mitwirkung bei der Therapie eine Rolle spielen können. Ferner sind die persönlichen Verhältnisse und die angemessenen Wünsche des Versicherten zu berücksichtigen.⁵⁰

Die Therapieentscheidung ist das Ergebnis einer komplexen Abwägung.

1.3.4. Bindung der Krankenkasse an die Therapieentscheidung

Diagnostiziert der Zahnarzt in Wahrnehmung seiner vertragszahnärztlichen Pflichten eine Krankheit und hat er nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften eine Dienst- oder Sachleistung erbracht oder verordnet, darf die Kasse diese dem Versicherten gegenüber nicht versagen, etwa mit der Begründung, die Diagnose sei falsch oder die verordnete Leistung sei medizinisch nicht notwendig.⁵¹

Denn die „Bewilligung“ des Zahnarztes **bindet** die **Krankenkasse gegenüber dem Versicherten** und konkretisiert so dessen Leistungsanspruch auf medizinische Versorgung.⁵² Die **nachfolgende Abbildung** veranschaulicht das **komplexe System** der medizinisch-vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung:

⁴⁹ BSG, Urt. v. 16.12.1993 – 4 RK 5/92 -; vgl. kritisch hierzu *Neumann*, S. 298, Rn. 17 ff. und *Weiß*, NZS 2005, S. 67 ff.

⁵⁰ So zutreffend *Steege*, S. 517 ff.

⁵¹ *Plagemann*, S. 502, Rn. 16.

⁵² BSG, Urt. v. 17.01.1996 – 3 RK 26/94 -; BSG, Urt. v. 16.12.1993 - 4 RK 5/92 -. Etwas anderes gilt jedoch im Bereich der Kieferorthopädie und des Zahnersatzes. Dort sind die geplanten Leistungen vorab durch die Krankenkasse zu genehmigen; vgl. hierzu auch Kap. 3.9.4, S. 65 ff.

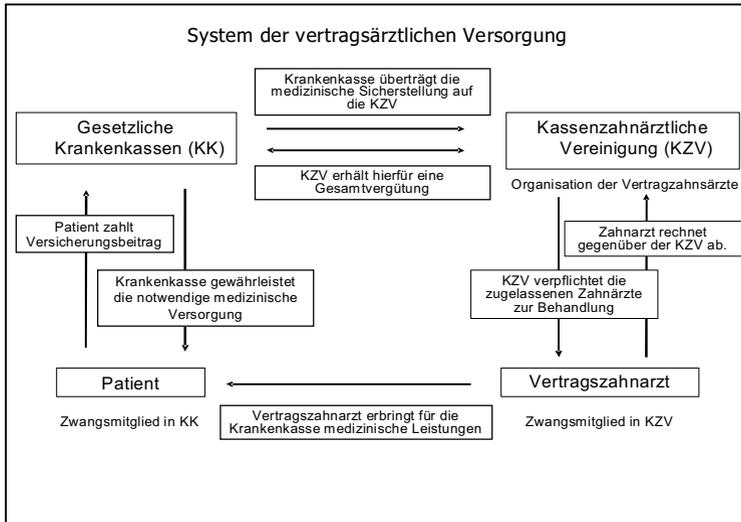


Abbildung 3

1.3.5. Leistungsbegrenzung durch Wirtschaftlichkeitsgebot

Der Zahnarzt muss allerdings bei seiner Leistungserbringung den – meist auf Richtlinien basierenden - **medizinischen Standard**,⁵³ etwaige weitere Vorgaben der Gesamtverträge sowie insbesondere das **Wirtschaftlichkeitsgebot** beachten.⁵⁴ Denn der Anspruch der Patienten auf zahnärztliche Behandlung, wie er vom Zahnarzt aufgrund seiner Therapieentscheidung konkretisiert wird, ist durch den Gesetzgeber insoweit begrenzt, als die konkrete Durchführung der Behandlung das **Maß des Notwendigen nicht überschreiten** darf.⁵⁵

Auch die zahnmedizinische Versorgung zur **Verhütung, Früherkennung** und Behandlung von **Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten** darf nach dem ausdrücklichen Gesetzeswortlaut nur **ausreichend** und **zweckmäßig** sein.⁵⁶

⁵³ Vgl. hierzu Kap. 3.1.3, S. 34 ff.

⁵⁴ BSG, Urt. v. 16.12.1993 - 4 RK 5/92 -; BSG, Urt. v. 16.09.1997 – 1 RK 28/95 -. Zum Wirtschaftlichkeitsgebot vgl. ausführlich Kap. 2, S. 17 ff.

⁵⁵ „Der Versicherte hat Anspruch auf die Krankenbehandlung, die notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“, vgl. § 27 Abs. 1 SGB V.

⁵⁶ § 73 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. § 28 Abs. 2 S. 1 SGB V.

Die Erbringung medizinischer Leistungen
unterliegt dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Zahnärzte und Ärzte als Leistungserbringer einerseits und die Krankenkassen andererseits haben darauf zu achten, dass die **Leistungen wirksam** und **wirtschaftlich** erbracht bzw. nur im **notwendigen Umfang** in Anspruch genommen werden.⁵⁷

Die Erbringung und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen unterliegt also dem so genannten „**Wirtschaftlichkeitsgebot**“.⁵⁸ Nur in diesem Leistungsrahmen dürfen Zahnärzte und Ärzte zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen tätig werden - nur in diesem Umfang haben die versicherten Patienten überhaupt einen Behandlungsanspruch gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenversicherung.⁵⁹ So dürfen beispielsweise **Zahnfüllungen** nur **ausreichend** und **zweckmäßig** sein, eine darüber hinausgehende Versorgung ist von den Patienten selbst zu tragen.⁶⁰

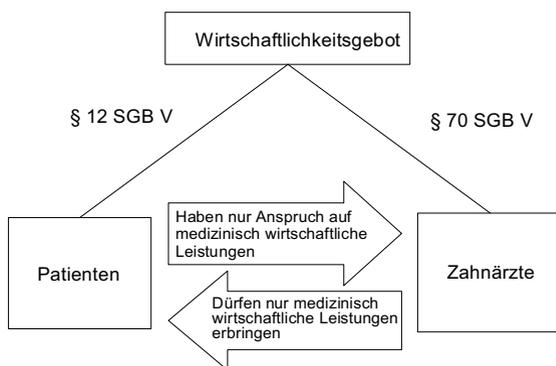


Abbildung 4

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit ist zu **rechtfertigen** aus dem **Sachleistungsprinzip** und der **Krankenversicherungspflicht** in der GKV. Die versicherungs-

⁵⁷ § 2 Abs. 4 SGB V.

⁵⁸ § 12 SGB V; vgl. hierzu ausführlich Kap. 2, S. 17 ff.

⁵⁹ Diese Beschränkung ist auch verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden und stellt als vertragszahnärztliche Verpflichtung eine zulässige Berufsausübungsregelung dar, wie das Bundesverfassungsgericht hinsichtlich der Füllttätigkeit eines Zahnarztes im Seitenzahnbereich entschieden hat, vgl. BVerfG, Urt. v. 29.05.1978 – 1 BvR 951/77 -; vgl. hierzu auch Kap. 2.4, S. 27 ff.

⁶⁰ § 28 Abs. 2 S. 1 und 2 SGB V. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. Für diese aufwendigere Versorgung ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten zu treffen, § 28 Abs. 2 S. 3 und 4 SGB V.