



ZAHNÄRZTEKAMMER
NORDRHEIN

GOZ-URTEILE
7. AUFLAGE

VERSION 2005

Redaktion:
Dr. Peter Dierks
Zahnärztlicher Direktor
der Zahnärztekammer Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Emanuel-Leutze-Straße 8
40547 Düsseldorf

Inhalt

	Seite
Vorwort des Präsidenten.....	5
Vorwort des Vorsitzenden des GOZ-Ausschusses.....	6
Einleitung	7
Allgemeiner Teil	8
§ 1 - Notwendig	9
§ 2 - Abweichende Vereinbarung	23
§ 3 - Auslagenersatz.....	57
§ 4 (2) - "Zielleistung"	92
§ 5 - Gebührenbemessung.....	94
§ 6 - GOÄ und Analogien	111
§ 9 - Zahntechnische Leistungen	122
§ 10 - Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung - Rechnung	147
Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen	177
001 mit Beratungen/Untersuchungen nach GOÄ.....	178
002.....	182
003.....	183
006.....	187
007.....	188
008 vor 009 und 010.....	189
009 und 010.....	195
100, 101 und 102.....	200
201 und 202.....	202
203.....	203
204.....	209
205, 207, 209 und 211.....	210
206, 208, 210 und 212.....	211
213, 218 und 219.....	212
221 - Verblendkrone	216
223 und 224.....	220
227.....	221
229.....	223
232 neben 511.....	224
233 und 234.....	225
236 neben 241.....	226
239 neben 241.....	240
241.....	247
305.....	248
307.....	249
324.....	253
330 neben 2007 GOÄ.....	254
403 und 404.....	255
405 und 406.....	257
407.....	259
410.....	260
411.....	261
415.....	263
501.....	264
501 und 507.....	265

507 neben 520/521.....	269
508.....	277
508 neben 504.....	278
512 und 514.....	287
517.....	288
600 und folgende.....	292
700 und folgende.....	295
800 und folgende.....	296
900 und folgende.....	307
Sonstiges	315
Abdingung bei GKV-Versicherten.....	316
Adhäsive plastische Restaurationen	318
Anspruch auf Erstattung.....	339
Audio-Visuelle-Technik.....	342
Aufklärungspflicht.....	343
Auslagenvorschuß.....	348
Behandlung naher Angehöriger.....	349
Behandlungstermin nicht eingehalten	352
Behandlungsunterlagen - Einsichtnahme und Aushändigung.....	363
Bioresonanztherapie.....	365
Bleaching.....	366
Copings	367
Entbindung von Schweigepflicht.....	368
GTR-Verfahren.....	369
Gutachten für Krankenversicherung.....	370
Keramikrestaurationen (Cerec, Veneers).....	371
Kurzbericht für Versicherung	374
Lagerhaltungskosten	376
Laserbehandlung.....	380
Nadelaufnahme	381
Notwendigkeit von Inlays.....	382
Notwendigkeit von Keramikverblendungen und -inlays.....	384
Praxisort ist Gerichtsstand	386
Professionelle Zahnreinigung	387
PRP-Verfahren	391
Regelhöchstsatz - Verwendung des Begriffes	392
Speicheldiagnostik.....	393
Überschreitung des Heil- und Kostenplanes	395
Verwirkung eines Honoraranspruches	398
Wissenschaftlichkeitsklausel.....	399
Zuordnung von Gebührennummern durch Kostenerstatter	400

Vorwort des Präsidenten

Es ist ein bezeichnendes Faktum, wenn die Zahnärztekammer Nordrhein den niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten ihres Bereiches und den Interessenten aus anderen Kammerbereichen diese neueste Auflage der immer umfangreicher werdenden GOZ-Urteilssammlung über die seit 1988 gerichtlich entschiedenen Streitfälle in Gebührenordnungsfragen zur Verfügung stellt.

Was ist das für ein Staat, der seinen Bürgern einen zwingenden Bewertungsmaßstab für "Dienstleistungen" des täglichen Bedarfs zumutet, und diese Gebührenordnung dann von Anbeginn an durch die Gerichte verifiziert werden muß? Die Feststellung ist erlaubt, daß diese Verordnung eine Rechtsunsicherheit impliziert, die eine zukunftsweisende Entfaltung zahnärztlicher Therapie hemmt.

Dennoch, oder gerade deshalb erschien es uns notwendig, die Sammlung der uns aktuell bekannt werdenden Urteile zum Gebührenrecht fortzuschreiben, um die Kollegenschaft über die neueste Entwicklung auf diesem Gebiet zu informieren.

Auf diese Weise versucht die Zahnärztekammer Nordrhein wenigstens zum Teil "Waffengleichheit" herzustellen, die stets gefährdet erschien, weil sowohl private Krankenversicherer als auch staatliche Beihilfestellen mit politischer Rückendeckung und entsprechender Logistik bis heute noch fast stets in der Lage sind, die stärkeren "Regimenter" in's Feld zu führen.

Dr. Peter Engel
Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein

Vorwort des Vorsitzenden des GOZ-Ausschusses

Die nunmehr vorliegende neueste Ausgabe der GOZ-Urteilssammlung wird aus der Notwendigkeit heraus beständig fortgeführt, Ihnen den fundierten Rat der Zahnärztekammer in der von der Rechtsprechung zunehmend geprägten Ausübung der Zahnheilkunde anbieten zu können.

Die unpräzise Gebührenordnung, die bei ihrem Inkrafttreten 1988 schon fachlich nicht den Stand der damaligen Zahnheilkunde wiedergab, provoziert immer noch eine Flut von Einsprüchen, Auseinandersetzungen und Auslegungsschwierigkeiten. Einige Streitpunkte wurden zwar inzwischen einer höchst-richterlichen Entscheidung zugeführt, aber es kommen laufend neue Fragestellungen hinzu.

Mit dieser neuesten Auflage der GOZ-Urteilssammlung wird der Zahnärzteschaft eine aktualisierte Argumentationshilfe gegeben und darüber hinaus werden die sich abzeichnenden Tendenzen in der Rechtsprechung erkennbar.

Nicht zuletzt soll die GOZ-Urteilssammlung Hoffnung wecken, daß nicht bereits prinzipiell jeder Gang vor die deutschen Gerichte erfolglos ist, nur weil man der besonderen Berufsgruppe "Zahnärzte" angehört.

Ihre Zahnärztekammer möchte Ihnen auch zukünftig helfen!

Dr. Hans Werner Timmers
Vorstandsmitglied und GOZ-Referent
der Zahnärztekammer Nordrhein

Einleitung

Diese neueste Auflage der GOZ-Urteilssammlung dokumentiert die seit der letzten Auflage ergänzend der Zahnärztekammer Nordrhein bekannt gewordenen Urteile zur 1988 inkraftgetretenen Gebührenordnung für Zahnärzte. Die Urteilssammlung wächst seit ihrer Erstauflage stetig in nicht unerheblichem Maße.

Die Gliederung deckt sich weiterhin mit der Systematik der GOZ. Die Auf-
führung der ergangenen Urteile erfolgt zugeordnet zu den Paragraphen des
sogenannten "Allgemeinen Teils" in jeweils einzelnen Kapiteln. Die gleiche
Einteilung liegt den ergangenen Urteilen zu den einzelnen Gebührennummern
des sogenannten "Leistungsverzeichnisses" zugrunde. Sofern eine pauschale
Wertung der jeweiligen Urteilsaussage möglich ist, sind die Gerichtsurteile
im betreffenden Kapitel in "pro" und "contra" aufgeteilt.

Innerhalb eines jeden Kapitels werden - der „Hierarchie“ der jeweiligen Ge-
richte folgend - die Urteile zudem in der Chronologie ihres Verkündungsda-
tums aufgeführt. Das neueste Urteil befindet sich stets zuletzt innerhalb der
„hierarchischen“ Auflistung. Beinhaltet ein Gerichtsurteil Aussagen zu ver-
schiedenen Punkten der Gebührenordnung, so wird dieses Urteil unter dem
jeweiligen Kapitel jeweils gesondert aufgeführt.

Sollten Ihnen, sehr verehrte Leserinnen und Lesern, GOZ-Urteile bereits be-
kannt sein oder zukünftig bekannt werden, die in dieser neuesten Auflage der
Urteilssammlung bisher noch nicht aufgeführt sind, ist die Zahnärztekammer
Nordrhein für Ihren Hinweis sehr dankbar, damit dieses Werk bei seinen zu-
künftigen Neuauflagen möglichst vollständig wird.

Dr. Peter Dierks
Zahnärztlicher Direktor
der Zahnärztekammer Nordrhein

Allgemeiner Teil

§ 1 - Notwendig

BUNDESGERICHTSHOF

Az IV ZR 175/77

Urteil vom 29.11.1978

Die Beurteilung einer medizinischen Notwendigkeit hängt nicht von der Auffassung des Patienten und auch nicht alleine von der des behandelnden Arztes ab, sondern obliegt einem neutralen Sachverständigen.

Notwendige Heilbehandlungen sind derartige Maßnahmen aber jedenfalls dann, wenn es nach den damaligen objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen vertretbar war, sie als notwendig anzusehen.

BUNDESGERICHTSHOF

Az VI ZR 104/81

Urteil vom 01.02.1983

Die medizinische Vertretbarkeit, einen Patienten in die stationäre Heilbehandlung einzuweisen, impliziert nicht automatisch die medizinische Notwendigkeit hierzu.

BUNDESGERICHTSHOF

Az IV ZR 151/90

Urteil vom 29.05.1991

Die medizinische Notwendigkeit beurteilt sich nach objektiven und anerkannten ärztlichen Erkenntnissen. Sie ist dann gegeben, wenn und solange es nach den zur Zeit der Planung und Durchführung der Therapie erhobenen objektiven Befunden und den hierauf beruhenden ärztlichen Erkenntnissen vertretbar war, sie als notwendig anzusehen.

Schränkt das Versicherungsunternehmen seine Leistungspflicht ein, ist es als Versicherer für die tatsächlichen Voraussetzungen einer solchen Einschränkung der Leistungspflicht als Versicherer darlegungs- und beweispflichtig belastet.

BUNDESGERICHTSHOF

Az IV ZR 278/01

Urteil vom 12.03.2003

Eine Heilbehandlungsmaßnahme ist nach ständiger Rechtsprechung des BGH dann medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Das ist im allgemeinen dann der Fall, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen oder zu lindern.

Nach herrschender Meinung in Rechtsprechung und Literatur muß die Heilbehandlung zusätzlich unter Kostenaspekten vertretbar sein. Seien zwei medizinisch gleichwertige, kostenmäßig aber um ein Vielfaches auseinanderliegende Möglichkeiten der Behandlung gegeben, so bestehe eine Leistungspflicht nur für die kostengünstigere. Eine zum gleichen Behandlungserfolg führende, erheblich teurere Heilbehandlung sei Luxus, jedoch keine notwendige Heilmaßnahme. Der Versicherungsgemeinschaft sei die Übernahme luxuriöser Behandlungen nicht zumutbar. Anderenfalls würden die versicherungstechnischen Kalkulationsgrundlagen gesprengt. **Diese Ansicht teilt der Senat nicht.**

Die Einbeziehung von Kostengesichtspunkten läßt sich § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 76 im Wege der Auslegung nicht entnehmen. Allgemeine Versicherungsbedingungen sind nicht „gesetzesähnlich“ auszulegen, sondern so, wie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen muß. Dabei kommt es auf die Verständnismöglichkeiten eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse und damit - auch - auf seine Interessen an.

Ein solcher Versicherungsnehmer geht vom Wortlaut der auszulegenden Klausel aus und berücksichtigt ihren Zweck und den erkennbaren Sinnzusammenhang. Er kann aus dem Wortlaut des § 1 Abs. 2 S. 1 MB/KK 76 nicht ersehen, daß auch finanzielle Aspekte bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung eine Rolle spielen sollen. § 1 Abs. 2 S. 1 MB/KK 76 stellt nur auf die „medizinisch notwendige“ und nicht auf die „medizinische und notwendige“, die „notwendige medizinische“, die „medizinisch nur notwendige“ oder gar auf die „medizinisch und wirtschaftlich notwendige“ Heilbehandlung ab. „Medizinisch“ bezieht sich gerade auf „notwendig“. Dieser sprachliche Zusammenhang macht bei verständiger Lektüre deutlich, daß die Notwendigkeit der Heilbehandlung allein aus medizinischer Sicht zu beurteilen ist. Daraus entnimmt der durchschnittliche Versicherungsnehmer, daß es auf seine laienhaften Vorstellungen oder die Einschätzung des behandelnden Arztes nicht ankommt. Auch nach dem ihm erkennbaren Sinnzusammenhang wird er in diese Beurteilung Kostengesichtspunkte nicht hineinlesen. Er versteht wohl, daß ihm nicht die Kosten für jede beliebige Behandlungsmaßnahme erstattet werden, sondern nur für solche, die objektiv geeignet ist, sein Leiden zu heilen, zu bessern oder zu lindern. Daß darüber hinaus der Versicherer seine Leistungspflicht nur auf die billigste Behandlungsmethode beschränken will, erschließt sich dem Versicherungsnehmer dagegen nicht. Aus seiner Sicht verliert eine medizinisch anerkannte Heilbehandlung das qualifizierende Merkmal „notwendig“ im Einzelfall nicht deshalb, weil sie teurer ist als eine nach Einschätzung des Versicherers gleichwertige, aber kostengünstigere Behandlung. Zudem ist für den Versicherungsnehmer nicht erkennbar, nach welchen Maßstäben die medizinische Gleichwertigkeit von Heilbehandlungen zu beurteilen sein soll. Übernimmt der Versicherer die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ohne für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbare Einschränkung, so kann er ihn grundsätzlich nicht auf einen billigeren oder den billigsten Anbieter einer Heilbehandlung verweisen, die er für medizinisch gleichwertig hält. Die Krankenversicherung kann den Erstattungsanspruch des Versicherungsnehmers auch nicht entsprechend § 5 Abs. 2 MB/KK 76 kürzen.

Diese Regelung räumt dem Versicherer lediglich die Befugnis ein, bei das medizinisch notwendige Maß übersteigenden Heilbehandlungen (sog. Übermaßbehandlungen) seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Will der Versicherer von dieser Einschränkung der Leistungspflicht Gebrauch machen, so hat er darzulegen und zu beweisen, daß bei einer an

sich medizinisch notwendigen Heilbehandlung eine einzelne Behandlungsmaßnahme medizinisch nicht notwendig war. Die Übermaßregelung erstreckt sich nach herrschender Meinung auch auf einen im Verhältnis zum medizinisch notwendigen Behandlungsumfang überhöhten Vergütungsansatz des Arztes bzw. des Krankenhausträgers (§ 5 MB/KK Rdn. 64 m.w.N.). Diese Ausdehnung der Kürzungsbefugnis geht auf die frühere Senatsrechtsprechung zurück, nach der es bei einer Übermaßvergütung ebenso wie bei der von § 5 Abs. 2 MB/KK 76 unmittelbar geregelten Übermaßbehandlung darum geht, die durch den Versicherungsfall verursachte Kostenbelastung in vertretbaren Grenzen zu halten.

An dieser Auffassung, die durch das damalige Verständnis von einer gesetzesähnlichen Auslegung Allgemeiner Versicherungsbedingungen geprägt gewesen sein mag, hält der Senat nicht fest. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer kann schon dem Wortlaut des § 5 Abs. 2 MB/KK 76 nicht entnehmen, daß mit der Überschreitung des medizinisch notwendigen Maßes auch ein wirtschaftliches Übermaß gemeint ist. Ebenso wie in § 1 Abs. 2 S. 1 MB/KK 76 sind die Begriffe „medizinisch“ und „notwendig“ miteinander verbunden. Bei verständiger Würdigung dieses Zusammenhangs wird ein Durchschnittsversicherungsnehmer auch der Regelung des § 5 Abs. 2 MB/KK 76 entnehmen, daß sich das notwendige Maß nicht nach seinen subjektiven Vorstellungen oder denen seines Arztes, sondern nach objektiven medizinischen Gesichtspunkten bestimmt. Auch wenn er als Ziel der Übermaßregelung erkennen kann, daß der Versicherer sich vor einer unnötigen Kostenbelastung schützen will, bezieht er die Kürzungsbefugnis auf Heilbehandlungsmaßnahmen, die aus medizinischer Sicht nicht mehr oder nicht in dem abgerechneten Umfang notwendig waren. Ihm erhellt sich indes nicht, daß er trotz uneingeschränkter medizinischer Notwendigkeit der Heilbehandlung reduzierte Versicherungsleistungen erhalten soll.

Ferner ist die Krankenversicherung nicht nach § 242 BGB zur Kürzung ihrer Leistungen gegenüber dem Versicherungsnehmer berechtigt. Das private Versicherungsverhältnis untersteht in besonderem Maße den Grundsätzen von Treu und Glauben. Der Versicherungsnehmer muß bei der Inanspruchnahme einer besonders kostenträchtigen und nicht **vital lebensnotwendigen** Behandlung in angemessener Weise Rücksicht auf den Versicherer und die Versicherungsgemeinschaft nehmen. Der Versicherer braucht deshalb jedenfalls ganz unverhältnismäßige Kosten dafür nicht zu erstatten.

OLG Düsseldorf
Az 4 U 209/80
Urteil vom 05.05.1981

Identische Übernahme des Urteilstenors aus dem BGH-Urteil vom 29.11.1978 mit dem Zusatz: Allerdings liegt eine notwendige Heilbehandlung im Sinne der AVB schon dann vor, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Maßnahmen vertretbar war, sie als notwendig anzusehen.

OLG Düsseldorf
Az U (Kart) 31/82
Urteil vom 22.03.1983

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 5 O 296/80
Urteil vom 28.07.1981
ergänzt durch Urteil vom 24.11.1981

Eine Krankenversicherung kann bei an sich erforderlichen Heilmaßnahmen, welche das "medizinisch notwendige" Maß überschreiten, ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Ein Versicherungsnehmer muß aufgrund der Bestimmungen der AVB die medizinische Notwendigkeit seiner Heilbehandlung darlegen und beweisen. Wenn sowohl der einweisende als auch der stationär behandelnde Arzt die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung attestieren, ist dadurch der Beweis allein noch nicht geführt. Nach den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung zu Gunsten des Versicherungsnehmers dann zu bejahen, wenn die Entscheidung des einweisenden Arztes nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zumindest vertretbar war.

OLG München
Az 15 U 2107/84
Urteil vom 06.11.1985

Identische Übernahme des Urteilstenors aus dem BGH-Urteil vom 29.11.1978 mit dem Zusatz: Diese Voraussetzungen hat der Versicherungsnehmer darzutun und zu beweisen.

OLG Köln
Az 5 U 94/93
Urteil vom 13.07.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 150/89
Urteil vom 24.11.1992

Um eine Leistungspflicht des Versicherers nach den Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) des Versicherungsvertrages zu begründen, muß die vom Versicherungsnehmer zur Abrechnung gebrachte Heilbehandlung als solche notwendig sein; gleiches gilt für jede einzelne Maßnahme im Zuge dieser Behandlung. Entscheidend ist dabei weder die Sicht des Versicherungsnehmers, noch kommt es allein auf die Beurteilung des behandelnden Arztes an. Die Notwendigkeit der Heilmaßnahme richtet sich nach einhelliger Auffassung vielmehr nach objektiven Kriterien. Dabei ist zu berücksichtigen, daß es zu einem Fall verschiedene gleichwertige Lehrmeinungen und insbesondere auch verschiedene Behandlungsmöglichkeiten geben kann, von denen jede für sich zur Erreichung des Heilerfolges geeignet ist. Von daher muß dem behandelnden

Arzt in objektivierten Grenzen ein Ermessensspielraum bei der Behandlung des Patienten eingeräumt werden.

Bestehen zwei medizinisch gleichwertige, kostenmäßig aber um ein Vielfaches auseinanderliegende Möglichkeiten der Behandlung, ist der kostengünstigeren der Vorzug zu geben; nur sie ist unter diesen Voraussetzungen als die in der betreffenden Behandlungssituation notwendige Heilmaßnahme anzusehen. Eine zwar zum gleichen Behandlungserfolg führende, jedoch von ihrer Anlage her um ein Vielfaches teurere Heilbehandlung stellt Luxus, jedoch keine notwendige Heilmaßnahme dar. Zur Tragung der mit einer luxuriösen Behandlung verbundenen Kosten kann die Versicherungsgemeinschaft billigerweise nicht verpflichtet werden, weil hierdurch die versicherungstechnischen Kalkulationsgrundlagen gesprengt würden. Die Beweislast dafür, daß die zur Leistungsabrechnung gebrachte Behandlungsmaßnahme den dargestellten Kriterien entsprochen hat, liegt bei dem Versicherungsnehmer.

Aus all dem wird im streitigen Fall deutlich, daß dem Patienten mit der Eingliederung einer teleskopierenden Unterkieferprothese vollständig geholfen gewesen wäre. Die Prothetik, die tatsächlich zur Ausführung gekommen ist [*Anmerkung*: Gemeint ist wohl die Versorgung mit Implantaten.], war nicht erforderlich, um die Kaufähigkeit des Patienten wiederherzustellen. Der mit ihr verbundene größere Tragekomfort stellt in des Wortes eigener Bedeutung einen Luxus dar, der den Rahmen der notwendigen Heilbehandlung sprengt.

OLG Karlsruhe
Az 12 U 168/95
Urteil vom 21.03.1996

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Karlsruhe
Az 6 O 453/93
Urteil vom 21.07.1995

Die Streitgegenständliche Implantatversorgung der Patientin wird vom Gericht als medizinisch notwendig im Sinne des § 1 (2) Satz 1 MBKK 76 des Versicherungsvertrages erachtet. Die alternativ vom Versicherungsunternehmen als erstattungsfähig offerierte teleskopierende prothetische Versorgung muß die Patientin nicht unter Verzicht auf die Implantatversorgung vornehmen lassen.

Die Definition der medizinischen Notwendigkeit als Voraussetzung eines Leistungsanspruches in der Krankenversicherung wird im vorliegenden Fall basierend auf dem BGH-Urteil, Az IV ZR 151/90, vom 29.05.1991 vorgenommen.

Der Umstand, daß im vorliegenden Fall eine Implantatversorgung wesentlich teurer ist als eine Teleskopkronenversorgung, rechtfertigt es nicht, die medizinische Notwendigkeit einer solchen Behandlung zu verneinen. Lediglich dann, wenn mehrere medizinisch gleichwertige kostenmäßig aber um ein Vielfaches auseinander liegende Möglichkeiten der Behandlung bestehen, kann eine medizinische Notwendigkeit unter wirtschaftlichen Aspekten gesehen werden.

OLG Köln
5 U 94/97
Urteil vom 22.10.1997

Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 23 O 621/94
Urteil vom 26.03.1997

In die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit fließen auch Kostengesichtspunkte ein. Eine vertretbare Heilbehandlung liegt dann vor, wenn sie in fundierter und nachvollziehbarer Weise das zugrundeliegende Leiden diagnostisch hinreichend erfaßt und eine ihm adäquate, geeignete Therapie anwendet. An der erforderlichen Adäquanz fehlt es einer Heilmaßnahme dann, wenn deren Kosten diejenigen einer zum gleichen Heilerfolg führenden Behandlung so erheblich übersteigen, daß die betreffende Behandlung als Luxus zu erachten ist. Mit solchen Kosten kann die Versicherungsgemeinschaft billigerweise nicht belastet werden.

Das Gericht erachtet die streitgegenständliche implantologisch-prothetische OK-Versorgung als eine medizinisch nicht notwendige Heilbehandlung im Sinne der Versicherungsbedingungen, weil der mit ihr verfolgte Zweck, eine sichere Kau- und Sprechfunktion wiederherzustellen, auch mit einer teleskopgestützten oder geschiebegeführten prothetischen Versorgung zu erreichen gewesen wäre, welche allenfalls die Hälfte der implantatgestützten Versorgung gekostet hätte.

OLG Köln
Az 5 U 145/97
Urteil vom 03.11.1997

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 23 O 416/95
Urteil vom 19.03.1997

Eine implantatgestützte Prothetik ist dann eine nicht notwendige Heilbehandlung im Sinne des Privatkrankenversicherungsrechtes, wenn sie um ein vielfaches teurer ist als eine alternative Teleskop-Versorgung.

[Anmerkung: Der Tenor dieses Urteils entspricht im übrigen denen desselben Senats des OLG Köln mit dem Az 5 U 94/97 vom 22.10.1997 und dem mit dem Az 5 U 94/93 vom 13.07.1995.]

OLG Köln
Az 5 U 168/96
Urteil vom 30.09.1998

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 23 O 46/95
Urteil vom 03.07.1996

Art und Umfang der im Einzelfall notwendigen medizinischen Behandlung richten sich nach der Art der Erkrankung, nicht nach der Person des zu be-

handelnden Patienten. Insoweit besteht kein Unterschied zwischen einem gesetzlich und einem privat versicherten Patienten. Erweist sich eine medizinische Heilbehandlungsmaßnahme bei einem Privatpatienten als notwendig, ist sie es auch beim Kassenpatienten und umgekehrt. Kostengesichtspunkte können bei der Beurteilung, was im Einzelfall medizinisch notwendig ist, durchaus eine Rolle spielen. Der Versicherungsnehmer hat keinen Anspruch auf Erstattung solcher Kosten, die zur Herstellung des „denkbar besten Zustandes“ erforderlich sind. Privatbehandlung heißt nicht Luxusbehandlung. Auch rein ästhetische Gesichtspunkte rechtfertigen keine unverhältnismäßige Kostenüberbrückung.

OVG für das Land Nordrhein-Westfalen

Az 6 A 1436/00

Beschluß vom 26.02.2002

Ablehnung des Antrages auf Berufung gegen das Urteil des

VG Minden

Az 4 K 1056/98

Urteil vom 02.02.2000

Im erstinstanzlichen verwaltungsgerichtlichen Verfahren kam das Gericht unter Berücksichtigung von Sachverständigengutachten und Zeugenaussage zu dem Ergebnis, daß dem klagenden Patienten auf Grund der Berücksichtigung der Umstände des vorliegenden Einzelfalles ein längeres Tragen der eingegliederten Oberkiefer-Totalprothese (u.a. wegen Würgereizes) nicht möglich bzw. nicht zumutbar sei. Wegen dieser spezifischen Situation des Patienten wurde daher vom Verwaltungsgericht Minden ausnahmsweise eine Implantatversorgung für notwendig und angemessen erachtet.

Das Oberverwaltungsgericht lehnte den Antrag der Beihilfestelle auf Berufung gegen diese Entscheidung des Verwaltungsgericht Minden ab, da es nicht um die Frage gehe, ob Aufwendungen für eine Implantatversorgung bei Vorliegen eines Würgereizes, unabhängig von anderen Indikationen, stets angemessen und notwendig im Sinne der Beihilfeverordnung sei. Das Verwaltungsgericht Minden habe – ohne verallgemeinerungsfähige Aussagen zu treffen – allein auf Grund der besonderen Umstände ausnahmsweise die Angemessenheit und Notwendigkeit bejaht.

LG Nürnberg-Fürth

Az 3 O 3132/76

Urteil vom 16.01.1979

Ob eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, richtet sich nicht nach den persönlichen Ansichten des Patienten oder seines behandelnden Arztes, sondern ist - nach medizinischen Erkenntnissen - objektiv zu beurteilen.

LG Köln

Az 11 S 190/78

Urteil vom 07.12.1979

Selbst wenn man es mit dem BGH als ausreichend ansieht, daß die Ansicht des Arztes, eine stationäre Behandlung sei notwendig, nach den medizini-

schen Befunden und Erkenntnissen im fraglichen Zeitpunkt objektiv vertretbar erscheint, ist eine entsprechende Festlegung für den vorliegenden Fall nicht möglich, weil besondere Umstände, wie sie in dem vom BGH entschiedenen Fall vorgelegen haben, hier nicht dargetan sind.

LG Bielefeld
Az 1 S 189/80
Urteil vom 25.06.1980

Identische Übernahme des Urteilstenors aus dem BGH-Urteil vom 29.11.1978.

LG Dortmund
Az 1 S 36/91
Urteil vom 02.10.1991

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Dortmund
Az 136 C 13331/90
Urteil vom 19.12.1990

Der Patient hat gegenüber der Versicherung materiell darzulegen und gegebenenfalls zu beweisen, daß es sich um eine "medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung" gehandelt hat. Auch aus materiellen Gründen hat er dann Einzelheiten zu offenbaren.

Die Versicherung hat einen weiten Ermessensspielraum dafür, welche Einzelheiten sie für maßgeblich erachtet bei der Prüfung der Frage, ob eine bestimmte Behandlung medizinisch notwendig war, und das Versicherungsunternehmen kann sich hierfür aus praktischen Gründen (ohne vorherige Information des Patienten über dieses Vorgehen) auch direkt an den Behandler wenden.

LG Darmstadt
Az 9 O 386/91
Urteil vom 10.09.1992

Der Patient, der nebenberuflich als Blasmusiker tätig ist, klagt gegen seine private Krankenversicherung, diese möge die von ihm gewünschte implantatgestützte Prothese als medizinisch notwendig anerkennen, da eine konventionelle Totalprothese im Oberkiefer "selbst wenn man sie mit Haftcreme festkleistert", nie über den Halt einer implantatgestützten verfüge. Der Patient behauptet ferner, die private Krankenversicherung verkenne, daß medizinisch notwendig nicht bedeute, eine "Primitivstversorgung" zu gewährleisten, wie es der Fall wäre, wenn eine konventionelle Totalprothese eingebracht würde.

Nach Auffassung des Gerichtes hat der Patient nur einen Anspruch auf die Übernahme der Kosten für die (konventionelle) Totalprothese, da diese zum Ersatz der verlorengegangenen Funktionen (Ästhetik, Phonetik und Nahrungszerkleinerung) medizinisch notwendig aber auch ausreichend ist. Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ist erst einmal ohne Berücksichtigung der Kostengesichtspunkte auf die medizinische Notwendigkeit der Behandlung abzustellen. Entscheidend ist jedoch, daß der Versicherungsnehmer dem Versicherer gegenüber verpflichtet ist nach dem Grundsatz von Treu

und Glauben, wie er insbesondere in der Schadensminderungspflicht des § 254 (2) BGB zum Ausdruck gekommen ist, von mehreren gleichgeeigneten Behandlungsmöglichkeiten die kostengünstigere zu wählen.

LG Dortmund
Az 2 O 188/92
Urteil vom 05.05.1994

Die medizinische Notwendigkeit ist zentrale Leistungsvoraussetzung, für die der Versicherungsnehmer die Darlegungs- und Beweislast gegenüber dem Krankenversicherer trägt. Die medizinische Notwendigkeit bestimmt sich allein nach objektiven Kriterien und nicht nach der Beurteilung des behandelnden Arztes. Sowohl die Behandlung als auch jede einzelne Maßnahme muß erforderlich sein.

Die Tatsache, daß mit der prothetischen Versorgung sekundär auch ästhetische Belange verbunden sind, läßt die medizinische Notwendigkeit der übrigen Behandlungsmaßnahmen nicht entfallen.

LG Hamburg
Az 308 O 226/94
Urteil vom 29.08.1995

Das Krankenversicherungsunternehmen ist zu einer unreduzierten Kostenübernahme nicht verpflichtet, weil die Behandlung nicht medizinisch indiziert und notwendig war. Übersteigt nämlich eine Heilbehandlung, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so ist der Versicherer gemäß § 5 (2) MB/KK berechtigt, seine Leistungen auf ein angemessenen Teil zu begrenzen.

Die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung beurteilt sich nach objektiven und anerkannten ärztlichen Erkenntnissen. Subjektives Empfinden des Patienten ist in diesem Zusammenhang nicht maßgeblich. Ebenfalls prinzipiell nicht entscheidend ist die individuelle Auffassung des behandelnden Arztes. Nach gefestigter Rechtsprechung ist eine Behandlungsmaßnahme medizinisch notwendig, wenn es nach objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Vertretbar im Sinne dieser Beurteilungsformel ist es, wenn die Behandlungsmaßnahme auf einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Behandlungsmethode beruht, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen oder zu lindern.

Stehen mehrere Behandlungsmethoden alternativ zur Auswahl, so sind für die Frage der medizinischen Notwendigkeit zunächst der zu erwartende Behandlungserfolg und mögliche Behandlungsgefahren maßgeblich. Erst bei medizinisch gleichwertigen Behandlungsmethoden kann im Rahmen der medizinischen Erforderlichkeit dem Kostenaufwand der Behandlung Bedeutung zukommen. Der Versicherungsnehmer kann folglich, wenn ihm medizinisch gleichwertige, kostenmäßig aber erheblich abweichende Behandlungen zur Verfügung stehen, lediglich Ersatz für die günstigere verlangen.

Nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft ist es medizinisch nicht indiziert und notwendig, ohne Vorliegen besonderer Umstände für jeden verlorenen Zahn ein Implantat zu setzen.

LG Oldenburg
Az 13 O 2695/96
Urteil vom 20.11.1998

Eine Implantatversorgung kann nach dem heutigen Stand der medizinischen Erkenntnisse und Behandlungsmethoden eine nicht nur gleichwertige, sondern sogar bessere zahnärztliche Versorgung darstellen als eine Eingliederung einer herausnehmbaren prothetischen Versorgung.

Die Versicherung kann nicht mit Erfolg darauf verweisen, daß die Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz immer noch sehr verbreitet sei, weshalb man deshalb unter Anlegung allgemein gültiger Maßstäbe die Frage der medizinischen Notwendigkeit einer Implantatversorgung verneinen müsse. Eine solche Auslegung des Begriffes der medizinischen Notwendigkeit widerspreche eindeutig der Rechtsprechung und würde den Versicherungsnehmer vom Fortschreiten der medizinischen Erkenntnisse und Behandlungsmethoden weitestgehend ausschließen.

Steht die medizinische Notwendigkeit fest, kann die Versicherung auch nicht das Kostenargument entgegenhalten, da dies nach den anzuwendenden Versicherungsbedingungen (MBKK) für den Begriff der medizinischen Notwendigkeit keine Rolle spielt.

LG Essen
Az 6 O 417/98
Urteil vom 07.02.2000

Die Krankenversicherung ist aufgrund des bestehenden Krankenversicherungsverhältnisses nicht verpflichtet, die aufgrund der kieferorthopädischen Heil- und Kostenpläne berechneten Behandlungskosten für die Söhne des Versicherungsnehmers zu tragen.

Denn Voraussetzung der Leistungspflicht der Krankenversicherung ist gemäß § 1 (2) AVB Teil I die Durchführung einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Dementsprechend sind die gemäß § 1 (2) GOÄ bzw. § 1 (2) GOZ vom Zahnarzt in Ansatz gebrachten Leistungen grundsätzlich nur dann von der Krankenversicherung zu erstatten, wenn die berechneten Leistungen nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich sind. Ausschlaggebend bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit ist dabei ein an der Schulmedizin orientierter, objektiv überprüfbarer Maßstab.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme hat das Gericht keine vernünftigen Zweifel mehr daran, daß die in den kieferorthopädischen Heil- und Kostenplänen aufgeführten Leistungen diesen Maßstäben nicht entsprechen. Der Sachverständige führt überzeugend aus, daß eine kieferorthopädische Behandlung in der geplanten Art und Weise mangels des Vorliegens eines Ausnahmefalles nicht indiziert ist und ein Einschleifen der im Kreuzbiß stehenden Milchzähne als Kompensation genügt. Zur Begründung führt der Sachverständige ferner nachvollziehbar an, daß beim Vorliegen eines Kreuzbisses nur dann eine kieferorthopädische Frühbehandlung indiziert ist, wenn es zu einer Zwangsführung des Unterkiefers zur Kreuzbißseite gekommen ist. Eine derartige Schwenkung des Unterkiefers ist jedoch nicht nachzuweisen. Im übrigen konnte die gestellte Diagnose nicht bestätigt werden, weshalb die Therapiemaßnahmen nicht als medizinisch notwendig zu qualifizieren sind. Auch die ergänzend gestellte Diagnose und die vorgesehene Behandlung konnte nicht bestätigt werden. Insoweit führt der Sachverständige aus, daß keine Gebißfehlentwicklung feststellbar ist, die kieferorthopädische Maßnahmen indizieren würden.

Soweit der Zahnarzt anführt, es sei zu berücksichtigen, daß die geplante Behandlung nach den Grundsätzen der ganzheitlichen Behandlungsmethode

durchgeführt werden soll, was der Sachverständige bei der Begutachtung nicht berücksichtigt habe, verkennt der Zahnarzt den von der Krankenversicherung aufgrund des Krankenversicherungsvertrages zu erbringenden Leistungsumfang.

Die Krankenversicherung schuldet insoweit nur die Kostenübernahme für objektiv, anhand der Schulmedizin überprüfbare, notwendige Behandlungsmaßnahmen. Eine seitens des Zahnarztes für gut befundene ganzheitliche Behandlung mag medizinisch vernünftig oder wünschenswert sein, ist aber nicht aufgrund des Krankenversicherungsvertrages von der Krankenversicherung einfordernbar. Letztlich kommt dieser objektive Beurteilungsmaßstab auch dem Versicherungsnehmer zugute, da die von ihm zu erbringenden Krankenversicherungsleistungen ansonsten nicht mehr zu kalkulieren wären.

LG Dresden
Az 15 S 0334/98
Urteil vom 01.12.2000

abänderndes Berufungsurteil

AG Dresden
Az 111 C 7349/97
Urteil vom 20.02.1998

Wenn in der Wissenschaft eine Frage nicht in dem einen oder anderen Sinne beantwortet werden kann, oder, wenn sich die Richtigkeit der einen oder der anderen Auffassung allenfalls nach Jahren erweisen läßt, ist es dem Versicherungsnehmer nicht zuzumuten, das Erkenntnis- und Prognoserisiko zu übernehmen. Das Risiko hat vielmehr das Unternehmen zu tragen, das eine Versicherung gegen Krankheitskosten anbietet und sich hierbei zum Ersatz der Kosten verpflichtet hat. Davon, daß das medizinisch notwendige Maß überschritten worden ist, könnte demnach nur dann gesprochen werden, wenn vom zahnmedizinischen Standpunkt aus die Besorgnis, daß eine Brückenlösung den parodontalen Knochenabbau verstärken und zu einem früheren Verlust der Zähne führen könnte, mit guten Gründen auszuräumen gewesen wäre. Das hat die Beweiserhebung aber nicht ergeben. Die Implantatlösung war deshalb in jeder Hinsicht vertragsgemäß. Es ist deshalb ohne Bedeutung, daß, worauf die Krankenversicherung zu Recht hingewiesen hat, alleine der höhere Tragekomfort und auch eine in kaufunktioneller Hinsicht höhere Tauglichkeit der Implantatlösung nicht genügen würden.

Hinsichtlich des Seitenzahngebietes hat der Sachverständige im Gutachten dargelegt, daß schon ein herausnehmbarer Zahnersatz ausgereicht hätte, wenn dieser auch mit einem weitaus geringeren Tragekomfort verbunden gewesen wäre. Bei seiner mündlichen Anhörung hat der Sachverständige allerdings ergänzt, daß die von der Krankenversicherung bevorzugte Brückenlösung hier nicht möglich war, weil ein endständiger Zahn als Pfeiler für die Fixierung der Brücke nicht mehr vorhanden war. Daß aufgrund dessen eine teurere Maßnahme durchgeführt werden mußte, fällt aus den vorstehend genannten Gründen in den Risikobereich der Krankenversicherung. Diese hat sich zwar im Rechtsstreit, nachdem das Sachverständigengutachten vorlag, darauf berufen, daß die Seitenzahnregion nicht mit einem festsitzenden Zahnersatz versorgt werden mußte. Vorgerichtlich hat sie dem Kläger aber zugestanden, daß er wenigstens einen festsitzenden Zahnersatz in Form einer brückenprothetischen Versorgung mit Teleskopkronen wählen darf. Ihr ist es deshalb nach Treu und Glauben verwehrt, den Kläger jetzt auf einen herausnehmbaren Zahnersatz zu verweisen.

LG Köln
Az 23 O 131/03
Urteil vom 16.06.2004

Die Patientin hat gegen ihre Krankenversicherung aus dem bestehenden Krankenversicherungsvertrag wegen der Implantatbehandlung durch den behandelnden Zahnarzt einen weiteren Erstattungsanspruch, da es sich insoweit insgesamt um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handelt. Die Krankenversicherung kann sich gegenüber der Patientin nicht darauf berufen, es habe auch die Möglichkeit bestanden, die Sprech- und Kauffunktion der Patientin durch eine wesentlich kostengünstigere Behandlungsmaßnahme wiederherzustellen.

§ 1 (2) der AVB definiert entsprechend der in den Musterbedingungen enthaltenen Regelung den Versicherungsfall als medizinisch notwendige Heilbehandlung u. a. wegen Krankheit. Entsprechend den Feststellungen des BGH hat sich die Krankenversicherung damit verpflichtet, die Leistungspflicht lediglich an den medizinischen Kriterien der Notwendigkeit der Behandlung zu orientieren und nicht an Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit. Der BGH hat darüber hinaus ausdrücklich die Rechtsprechung, wonach bei mehreren gleichwertigen Behandlungsmaßnahmen nur die erheblich kostengünstigere als adäquat und damit allein medizinisch notwendig anzusehen ist, ausdrücklich abgelehnt.

VG Arnsberg
Az 2 K2545/98
Urteil vom 01.12.1999

Der Fall: Ein Patient – im Seitenzahnbereich mit festsitzenden Kronen und Brücken versorgt – beantragt die Gewährung von Beihilfe für seine implantatgestützte Frontzahnversorgung. Da diese Arbeit nicht zu den in der BVO genannten Kriterien für eine Erstattung aufgeführt war, wurde die Beihilfe verweigert.

Nach Auffassung des Gerichtes schließen die in der BVO genannten Voraussetzungen, unter denen eine Implantatversorgung als notwendig angesehen werden kann, jedoch nicht aus, in besonderen von dieser Vorschrift nicht erfaßten Einzelfällen, wenn eine entsprechende medizinische Indikation vorliegt, (eine Implantatversorgung) ebenfalls als medizinisch notwendig anzusehen. Da die ärztliche Begründung erkennen ließ, daß für die durchgeführte Behandlung ausschließlich medizinische Erwägungen maßgebend waren, stand dem Patienten der mit der Klage verfolgte Beihilfeanspruch zu.

AG München
Az 171 C 671/91
Urteil vom 24.05.1991

Medizinisch notwendig im Sinne des § 1 (2) Satz 1 GOZ sind auch aufwendige und anspruchsvolle Maßnahmen, wenn sie eine dauerhafte und wirksame Versorgung gewährleisten.

Der Ermessensspielraum ist vom behandelnden Arzt abzustecken. Dies ergibt sich insbesondere daraus, daß die Rechtsprechung diesen Rechtsbegriff ("medizinisch notwendige Heilbehandlung") dahingehend interpretiert, daß es sich hierbei um solche Maßnahmen handelt, bei denen es zum Zeitpunkt, an dem die ärztliche Entscheidung getroffen wurde, nach objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zu vertreten ist, dies als notwendig anzusehen (vgl. BGH Versicherungsrecht 1979, Seite 221). Die indizierte Heilbehand-

lung hängt u.a. von den individuellen Wünschen und Vorstellungen des Patienten ab.

AG Düsseldorf
Az 24 C 13116/90
Urteil vom 22.01.1992

Medizinisch notwendig im Sinne von § 1 (2) Satz 1 sind auch aufwendige und anspruchsvolle Maßnahmen, wenn sie eine dauerhafte und wirksame Versorgung gewährleisten.

Wenn sie nur nach objektiv medizinischen Befunden und Erkenntnissen zu vertreten sind, hat der Patient grundsätzlich die Möglichkeit, sich für eine Behandlung von besonderer Qualität und Präzision zu entscheiden, ohne seinen Erstattungsanspruch zu gefährden.

[Anmerkung: Hierzu erging am 02.10.1992 ein abänderndes Berufungsurteil vom LG Düsseldorf hinsichtlich der Rechtsgültigkeit der in demselben Behandlungsfall vorliegenden Vergütungsvereinbarung. Diesbezügliche Ausführungen siehe unter dem Kapitel §2.]

AG Schöneberg
Az 18 C 316/93
Urteil vom 16.12.1993

Keramikverblendungen an hinteren Backenzähnen stellen keine medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahme dar. Medizinische Vorteile durch eine Keramikverblendung an diesen Zähnen ergeben sich nicht. Zusätzliche Maßnahmen im äußerlich nicht sichtbaren Zahnbereich, die nur aus kosmetisch-ästhetischen Gründen vorgenommen werden, sind vom Versicherungsschutz nicht umfaßt, da nur medizinisch notwendige Heilbehandlungsmaßnahmen vom Versicherungsschutz (§1 AVB) umfaßt werden.

AG Kiel
Az 118 C 197/95
Urteil vom 05.06.1997

Die im vorliegenden Fall streitgegenständliche geplante festsitzende Implantatversorgung wird vom Gericht als medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne des § 1 (2) Satz 1 AVB 94 angesehen. Das Gericht ist zwar wie das beklagte Versicherungsunternehmen der Auffassung, daß nicht das subjektive Wohlbefinden der Patientin ausschlaggebend sei für die Wahl der Behandlungsmethode, jedoch habe der Sachverständige neutral medizinische Aspekte genannt, welche die von der Versicherung anerkannt herausnehmbare prothetische Versorgung nicht als gleichwertig mit der von der Patientin gewünschten Behandlungsmethode erscheinen lassen.

AG Köln
Az 111 C 219/02
Urteil vom 09.12.2003

Eine Heilbehandlung ist dann medizinisch notwendig, wenn es nach objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Vertretbarkeit liegt dann vor, wenn eine Heilbehandlung in nachvoll-

ziehbarer wie wissenschaftlich fundierter Vorgehensweise das zugrundeliegende Leiden erfaßt und eine geeignete Therapie angewendet wird. Im Bereich der Zahnmedizin kommt für die Frage der medizinischen Notwendigkeit hinzu, daß die zahnmedizinische Maßnahme geeignet und erforderlich ist, um die Kaufunktion des Versicherungsnehmers wieder herzustellen. Nicht medizinisch notwendig sind hingegen rein kosmetisch/ästhetische Maßnahmen.

AG Düsseldorf
Az 41 C 19640/02
Urteil vom 09.07.2004

Die mikrobiologische Speicheldiagnostik ist notwendig im Sinne § 1 (2) Satz 1, da sie den Anforderungen einer modernen präventionsorientierten Zahnheilkunde entspricht.

§ 2 - Abweichende Vereinbarung

Bundesverfassungsgericht

Az 1 BvR 1437/02

Urteil vom 25.10.2004

aufhebendes und zurückverweisendes Urteil zum

OLG Hamm

Az 3 U 26/00

Urteil vom 29.05.2002

Das Grundrecht aus Art. 12 Abs. 1 GG umfaßt auch die Freiheit, das Entgelt für berufliche Leistungen selbst festzusetzen oder mit denen, die an diesen Leistungen interessiert sind, auszuhandeln. Vergütungsregelungen sind daher nur dann mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar, wenn sie auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen, die durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt wird und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügt. Die Grenzen der Zumutbarkeit hat das Bundesverfassungsgericht dort gesehen, wo unangemessen niedrige Einkünfte zugemutet werden und auf der Grundlage der bestehenden Vergütungsregelung eine wirtschaftliche Existenz generell nicht möglich ist.

Die Einschränkung der freien Honorarvereinbarung nach der Gebührenordnung ist durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt. Zwar ist dem Beschwerdeführer zuzugeben, daß die Gebührenmarge bei Zahnärzten besonders schmal ist. Für überdurchschnittliche Fälle steht nur der Rahmen zwischen 2,4 und 3,5 zur Verfügung, weil ein Absinken unter die Honorierung, die auch die gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung stellt (nämlich den 2,3-fachen Satz), wohl kaum noch als angemessen zu bezeichnen ist. Die im Regelfall nur schmale Marge schadet jedoch nicht, weil der Zahnarzt gemäß § 2 GOZ eine abweichende Vereinbarung treffen kann. Sie ist dem Gesetzeswortlaut nach materiell an keine weiteren Voraussetzungen geknüpft.

Die Anwendung des AGB-Gesetzes auf Honorarvereinbarungen ist im Grundsatz von Verfassungs wegen nicht zu beanstanden. Daß ein Zahnarzt dadurch eine Honorarvereinbarung nur in Form einer Individualabrede treffen kann, belastet den Berufsstand nicht unverhältnismäßig. Damit wird dem Schutzbedürfnis des Patienten Rechnung getragen. Für den Regelfall weiß der Patient, wie die Marge ist. Er weiß auch, daß innerhalb der Marge die Versicherungen ohne Probleme Leistungen erbringen. Bereits für die Inrechnungstellung eines über dem 2,3-fachen liegenden Steigerungssatzes innerhalb des Gebührenrahmens fordert deshalb § 10 (3) nachträglich eine individuelle schriftliche Begründung auf der Rechnung; die Berechtigung der Mehrkosten soll für den Patienten, aber auch für den Krankenversicherer überprüfbar sein. Dieser Gesetzeszweck würde konterkariert, wenn durch Allgemeine Geschäftsbedingungen der Rahmen von vornherein nach oben ausgeweitet werden könnte und der Patient erst nachträglich erführe, warum. Dementsprechend ist es systemgerecht und angemessen, für eine Abrechnung oberhalb

des gesetzlich vorgesehenen Gebührenrahmens eine vorher getroffene schriftliche Individualvereinbarung zu fordern. Davon geht auch der Verordnungsgeber als Reaktion auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs aus (vgl. BRDrucks 211/94, S. 94).

Jedoch werden die Anforderungen des Oberlandesgerichts an die tatbestandlichen Voraussetzungen einer solchen Individualvereinbarung dem Maßstab der Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG nicht gerecht. Unter Berücksichtigung der Vorgaben des Verordnungsgebers, die keinen erläuternden Text und keine ergänzenden Vertragsvereinbarungen zulassen (vgl. § 2 (2)), ist der Inhalt der Individualvereinbarung auf die in Betracht kommenden Gebührensätze beschränkt. Alle anderen Teile müssen für sämtliche Verträge identisch sein. Soweit das Oberlandesgericht aus den der individuellen Vereinbarung ohnedies nicht zugänglichen Vertragsteilen, die in ein Formular aufgenommen sind, schließt, es handele sich um Allgemeine Geschäftsbedingungen, verengt es den Handlungsspielraum des Arztes ohne Legitimation durch den Regelungszweck, der die Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit rechtfertigt. Die Identität der ausgehandelten Verträge, die ihren Ausdruck im Formular findet, ist Ergebnis der Normbindung und daher kein Indiz für das Vorliegen von Allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Den Patienten steht es frei, die Leistung eines anderen Anbieters "einzukaufen", wenn ihnen der Preis zu hoch erscheint. Die Gebührenordnung geht – wie jede typisierende Regelung – von einem mittleren Standard bei der Leistungsqualität aus. Soweit Leistungen von außergewöhnlicher Qualität in Anspruch genommen werden, besteht kein schützenswertes Interesse daran, diese Leistung nur in dem vom Normgeber vorgegebenen "üblichen" Rahmen zu vergüten. Es besteht auch nicht etwa dieselbe Interessenlage wie im System der gesetzlichen Krankenversicherung, das im Hinblick auf die soziale Schutzbedürftigkeit der Versicherten und die Sicherstellung ihrer Versorgung Marktmechanismen weitgehend ausgeschaltet, von dessen Stabilität die Leistungserbringer aber gleichzeitig profitieren, weshalb sie auch in erhöhtem Maße der Einwirkung sozialstaatlicher Gesetzgebung unterliegen. Die gesetzliche Krankenversicherung stellt auch nur Standard-Leistungen als notwendig und geschuldet zur Verfügung.

BUNDESGERICHTSHOF
Az VIII ZR 51/91
Urteil vom 30.10.1991

bestätigendes Revisionsurteil zum

OLG Frankfurt
Az 9 U 126/89
Urteil vom 30.01.1991

Ärzten ist es nicht gestattet, bei Privatpatienten vor der Behandlung pauschale Honorarsteigerungen über den in der Gebührenordnung enthaltenen Sätzen einseitig durch formularartig ausgestaltete Honorarverträge festzulegen. Von der Entscheidung nicht betroffen sind Honorarverträge, die im Verhandlungswege zustande gekommen sind.

BUNDESGERICHTSHOF
Az III ZR 106/97
Urteil vom 19.02.1998

bestätigendes Revisionsurteil zum

OLG Düsseldorf
Az 8 U 96/96
Urteil vom 24.04.1997

Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 13/94
Urteil vom 15.02.1996

- a) Bei einer von dem Gebührenrahmen abweichenden Vereinbarung der Vergütungshöhe wird die Vergütung nicht im Sinne des § 2 (1) wirksam festgelegt, wenn in ihr lediglich der Gebührenrahmen abweichend von § 5 (1) vereinbart wird, und es dem Zahnarzt dann überlassen bleibt, die Gebühren im Anschluß an die Behandlung nach den Maßstäben des § 5 (2) zu bestimmen.
- b) Eine während der laufenden Behandlung getroffene Gebührenvereinbarung kann auch für im Anschluß hieran erbrachte Leistungen unwirksam sein, wenn dem Patienten nicht zugemutet werden kann, die weitere Behandlung abzulehnen und einen anderen Zahnarzt mit der Weiterbehandlung zu betrauen.
- c) Als weitere Erklärung im Sinne des § 2 (2) Satz 3, die eine Vergütungsvereinbarung unwirksam machen, kommen auch auf die Vergütungshöhe bezogene Erläuterungen in Betracht, welche die Freiheit des Patienten beeinträchtigen, sich für oder gegen eine Vergütungsvereinbarung zu entscheiden.

BUNDESGERICHTSHOF
Az III ZR 356/98
Urteil vom 09.03.2000

teilweise abänderndes Revisionsurteil zum

OLG Hamm
Az 20 U 223/97
Urteil vom 14.08.1998

Berufungsurteil zum

LG Bochum
Az 3 O 592/95
Urteil vom 14.08.1997

Die einleitende Bemerkung in der Vergütungsvereinbarung eines Zahnarztes: „Für die in Aussicht genommene privat Zahnärztliche Behandlung bei ... werden gemäß der amtlichen Begründung der Bundesregierung zum Verordnungsentwurf (aus Bundesrats-Drucksache 276/87) mit Rücksicht auf die angestrebte weit überdurchschnittliche Qualität und Präzision der zahnärztlichen Leistung sowie auf den darauf abgestellten Zeit- und Praxisaufwand für die einzelnen Leistungen des Gebührenverzeichnisses folgende Multiplikatoren des Gebührensatzes berechnet ...“ ist als weitere Erklärung im Sinn des § 2 (2) Satz 3 anzusehen, die der Vergütungsvereinbarung die Wirksamkeit

nimmt (im Anschluß an Senatsurteil vom 19.02.1998 – III ZR 106/97 – BGHZ 138, 100).

Der Senat habe den Zweck des § 2 (2) Satz 3 insbesondere darin erblickt, den Betroffenen vor einer unüberlegten, leichtfertigen Verpflichtung zur Zahlung einer überhöhten Vergütung zu schützen, wie sie zu besorgen wäre, wenn sich die Vereinbarung in einem Schriftstück befände, welches das Augenmerk auf andere Gegenstände lenke oder die Gefahr begründe, daß es nicht mit der erforderlichen Sorgfalt gelesen werde. Vor diesem Hintergrund habe er die Vorschrift so verstanden, daß sie nicht auf rechtsgeschäftliche Erklärungen zu beschränken sei, sondern auch Erklärungen verbiete, die von der Tragweite der Abdingungsvereinbarung ablenkten. Er habe ihr jedoch nicht das Verbot entnommen, Hinweise zu geben, die in unmittelbarem Zusammenhang stünden oder in angemessener Weise über den Inhalt und die Folgen der Vereinbarung aufklären wollten.

OLG Hamburg
Az 3 U 221/86
Urteil vom 25.06.1987

Berufungsurteil zum

LG Hamburg
Az 1 O 172/86
Urteil vom 25.06.1987

Ein Patient muß über die Bedeutung und die Auswirkung der von der Verordnung abweichenden Gebührenhöhe hinreichend aufgeklärt werden. Der Arzt ist nicht verpflichtet, die Patienten über Versicherungsverträge zu beraten, er hat jedoch den Hinweis zu erteilen: "Vorsicht! - Versicherungsschutz?"

OLG Köln
Az 27 U 188/92
Urteil vom 10.02.1993

Sachverhalt: Ein Zahnarzt hatte ohne schriftliche Vereinbarung nach § 2 (1) und (2) von einem Patienten als "Abdingungsdifferenzbetrag" zwischen dem 3,5-fachen Steigerungssatz und dem 9-fachen Steigerungssatz eine Summe gefordert und diese bezahlt erhalten.

Das OLG Köln entschied, daß mangels Schriftform keine wirksame Gebührenvereinbarung vorlag und der Patient den abgedungenen Betrag zurückfordern könne. Das Gericht stellte fest, daß es sich bei § 2 (2) um eine gesetzliche Formvorschrift im Sinne von § 126 (1) BGB handele, dies mit der Folge, daß eine mündlich getroffene Abrede nichtig sei.

OLG Nürnberg
Az 8 U 3123/93
Urteil vom 28.04.1994

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Nürnberg-Fürth
Az 2 O 1234/93
Urteil vom 30.08.1993

Die im vorliegenden Fall streitige Honorarvereinbarung wurde vom Gericht für nichtig erklärt. Die Gründe:

- Bei den verwendeten Vordrucken für den Abschluß von Honorarvereinbarungen handelt es sich um regelmäßig wiederkehrende und inhaltlich gleichlautende Vereinbarungen, hierbei ist es rechtlich unerheblich, daß die vereinbarten Gebührensätze handschriftlich eingefügt wurden.
- Die Honorarvereinbarungen sind nicht ausschließlich auf den Einzelfall abgestellt, da eine ganze Reihe zahnärztlicher Leistungen zu einheitlichen Bewertungsgruppen zusammengefasst sind.
- Die Honorarvereinbarung ist nicht individuell ausgehandelt worden. Ein derartiges Aushandeln liegt nur dann vor, wenn die den wesentlichen Inhalt der gesetzlichen Regelung ändernden oder ergänzenden Bestimmungen inhaltlich ernsthaft zur Disposition gestellt werden und der Patient Gestaltungsfreiheit zur Wahrung eigener Interessen erhält. Hierbei muß zumindest die reale Möglichkeit gegeben sein, die inhaltliche Ausgestaltung der Vertragsbedingungen beeinflussen zu können. Zum "gesetzesfremden" Kerngehalt in diesem Sinne gehört im Streitfall nicht nur ein vom Höchstsatz (3,5) abweichender Steigerungssatz, sondern primär der Umstand, daß der Zahnarzt überhaupt nur gegen eine Honorarvereinbarung bereit ist, die Behandlung zu übernehmen. Ergänzend geht aus dem Sachverhalt hervor, daß der Zahnarzt lediglich die Höhe des verlangten Honorars, nämlich das den 3,5-fachen Steigerungssatz Übersteigende, zur Disposition gestellt hat, nicht aber den Abschluß einer Honorarvereinbarung als solche.
- Bei der streitigen Honorarvereinbarung handelt es sich um Allgemeine Vertragsbedingungen gemäß § 9 (2) Ziffer 1 AGBG, sie ist somit nichtig. Ferner verstößt sie gegen tragende Grundgedanken der Gebührenordnung. Die (durch die Honorarvereinbarung verankerte) pauschale Einordnung von ärztlichen Leistungen in besondere Bewertungsgruppen ohne Differenzierung nach dem Einzelfall ist unzulässig und benachteiligt den Patienten in unangemessener Weise. So ist im konkreten Fall nicht nachvollziehbar, warum Leistungen nach 241 und 244 ebenso mit dem 6-fachen Steigerungssatz belegt werden, wie eine einfache Beratung. Wiederum nicht verständlich ist, aus welchem sachlichen Grund letztere ebenso eingestuft wird, wie eine eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung.
- Sachlich legitimierbar ist auch nicht die Tatsache, daß das Entfernen von Zahnbelägen, das in der Praxis erfahrungsgemäß vielfach von den ärztlichen Hilfskräften durchgeführt wird, bei den vereinbarten Gebührensätzen gleiches Gewicht haben soll wie chirurgische Maßnahmen zur Verbreiterung des Zahnfleisches und/oder zur Vertiefung des Mundhofes. Dies zeigt, daß sich die Honorarvereinbarung nicht an den Bemessungskriterien des § 5 (2) orientiert.
- Die Honorarvereinbarung ist auch deshalb gemäß § 9 (2) Ziffer 1 AGBG nichtig, weil der darin festgelegte Multiplikator den in § 5 (1) bestimmten Höchstwert weit überschreitet. Die Angemessenheit eines über den

Sätzen der Gebührenordnung liegenden Honorars kann unter diesem Gesichtspunkt aber nur im Einzelfall beurteilt werden. Dieser ist der pauschalen Regelung durch AGB entzogen. Da sich die Honorarvereinbarung im vorliegenden Fall durch die pauschale Einordnung ärztlicher Leistungen in bestimmte Leistungsgruppen auszeichnet, kann diese auch unter dem zuletzt genannten Gesichtspunkt der besonderen Schwierigkeit der ärztlichen Leistungen keinen Bestand haben.

OLG Köln
Az 5 U 131/94
Urteil vom 01.12.1994

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 146/92
Urteil vom 19.01.1994

Der Abschluß einer abweichenden Vergütungsvereinbarung ist nach § 2 (2) Satz 1 dieser Bestimmung nur gültig, wenn sie schriftlich getroffen wurde, bevor der Zahnarzt seine Leistung erbringt. Im vorliegenden Fall wurde sie jedoch am zweiten Behandlungstermin getroffen. Die erste Behandlung beschränkte sich auch nicht nur auf eine Untersuchung und eine Beratung, die zur Vorbereitung einer Behandlungsmaßnahme erforderlich sein können und deshalb vor einer solchen Vereinbarung stattfinden dürfen, sondern sie umfaßte mit der Wurzelbehandlung zweier Zähne schon eingreifende Behandlungsschritte, so daß die Behandlung bereits "voll im Gange" [Originalzitat] war, als die Vereinbarung abgeschlossen wurde. Dies macht eine solche Übereinkunft unwirksam, weil ein Patient mitten in einer Behandlung nicht mehr die Entschlußfreiheit hat, ein solches Ansinnen des Zahnarztes abzulehnen, die ihm der Verordnungsgeber sichern wollte.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 146/94
Urteil vom 09.11.1995

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 236/92
Urteil vom 13.10.1994

Nach § 2 (2) müssen die von dem Gebührenrahmen der Verordnung abweichenden Honorarabsprachen grundsätzlich "zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung in einem Schriftstück" getroffen werden. Die im streitigen Fall getroffenen Vereinbarungen genügen diesen Anforderungen nicht; es fehlt nämlich regelmäßig die unverzichtbare Unterschrift des Zahnarztes. Die Angemessenheit der Vergütung und die Notwendigkeit einer Überschreitung des gesetzlichen Gebührenrahmens hängen im Einzelfall von der Schwierigkeit der zu erbringenden Leistungen und von der Behandlungsdauer ab. Die hierfür erforderlichen Feststellungen können nicht von einer Sprechstundenhilfe, sondern nur von dem Zahnarzt selbst in Anschluß an eine Untersuchung getroffen werden. Es ist deshalb unumgänglich, daß dieser persönlich die Verantwortung für den Inhalt der vorgesehenen Absprache übernimmt und die Prüfung der Bemessungskriterien durch seine

eigene Unterschrift bestätigt. Die Unterzeichnung durch eine Sprechstundenhilfe reicht nicht aus, vielmehr ist die Vereinbarung daher nach § 125 BGB unwirksam.

OLG Karlsruhe
Az 12 U 288/98
Urteil vom 15.07.1999

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Mannheim
Az 3 O 362/97
Urteil vom 20.10.1999*

(*Jahreszahl im Urteil ist wahrscheinlich ein Schreibfehler!)

Im anhängigen Rechtsstreit kommt es nach Auffassung des Gerichtes darauf an zu klären, ob die getroffene Gebührenvereinbarung unter Berücksichtigung der in § 2 verankerten Kriterien, die als zwingende Schutzvorschrift zu Gunsten der Patienten zu werten sind, eine wirksame Honorarvereinbarung ist.

Das angefochtene Urteil des LG Mannheim hat mit zutreffender Begründung dargelegt, daß keine rechtswirksame Honorarvereinbarung zustande gekommen ist, da diese nicht, wie in § 2 (2) Satz 1 vorgesehen, vor Erbringung der Leistung getroffen wurde. Dies gilt selbst dann, wenn man nicht von einer einheitlichen fortdauernden Behandlung ausgehen wollte, die eine Honorarvereinbarung nur ausnahmsweise zuläßt.

Die Parteien haben sich erst bei und nach Beginn des zweiten Behandlungsabschnittes auf den Abschluß einer schriftlichen Honorarvereinbarung geeinigt, als der Patient sich bereits wegen eines zuvor vereinbarten Behandlungstermin von voraussichtlich längerer Dauer zum Zwecke dieser Behandlung in den Praxisräumen befand. Unter diesen Umständen war der Patient schon wegen eines nicht zu übersehenden zeitlichen Drucks nicht mehr frei abzuwägen, ob er die Leistungen des Zahnarztes auch zu den ihm angebotenen von der üblichen Honorierung abweichenden Honorarsätzen annehmen wolle. Dem Patienten wurde auch keine zumutbare Möglichkeit gegeben, sich darüber zu informieren, z. B. durch Rückfragen bei anderen Arztpraxen oder auch bei Krankenversicherungen, ob die an ihn vom Zahnarzt gestellten Honorarforderungen noch im Rahmen üblicher Berechnungen liegen könnten. Der Patient mußte, wollte er auf die Behandlung nicht verzichten, die Honorarforderung sofort und damit ungeprüft unterzeichnen, denn es kam für ihn bei dem bereits vereinbarten Behandlungstermin, zu dem er und der behandelnde Arzt sich eingefunden hatten, wohl kaum noch in Betracht, sich für eine Terminverschiebung zu entscheiden. Damit war er in seiner Entscheidung, ob er die Dienste des Zahnarztes in Anspruch nehmen wollte nicht mehr frei. Das Fehlen der Voraussetzungen für eine freie Entscheidung eines Patienten über den Abschluß oder auch die Ablehnung einer Honorarvereinbarung nach § 2 steht, wenn die Vereinbarung somit unter Druck zustande gekommen erscheint, deren Rechtswirksamkeit entgegen.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 15/99
Urteil vom 16.09.1999

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 1 O 11/98
Urteil vom 10.12.1998

Eine Honorarvereinbarung darf neben der Feststellung, daß eine Erstattung durch Krankenkassen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, keine weiteren Erklärungen enthalten. Der Hinweis auf die amtliche Begründung der Bundesregierung zum Verordnungsentwurf stellt eine weitere Erklärung im Sinne von § 2 (2) Satz 3 dar, so daß die Vereinbarung unwirksam ist.

OLG Karlsruhe
Az 17 U 176/98
Urteil vom 11.01.2000

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Mannheim
Az 5 O 154/96
Urteil vom 29.07.1998

Die vom Patienten unterzeichnete vorformulierte Einverständniserklärung steht einer Rückzahlungsverpflichtung des Zahnarztes aus ungerechtfertigter Bereicherung nicht entgegen. Denn diese „Honorarvereinbarung“ ist nach § 2 (2) Satz 3 insgesamt unwirksam, da sie zahlreiche „weitere Erklärungen“ enthält, die zum Schutze des Patienten vor einer unüberlegten Verpflichtung zur Zahlung einer von den normalen Gebührensätzen abweichenden Honorarhöhe unzulässig sind. Auch § 814 BGB schließt diese Kondition nicht aus, weil der Patient nicht wußte, daß er das zuviel gezahlte Honorar nach der Rechtslage nicht schuldete.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 4/99
Urteil vom 21.12.2000

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 266/98
Urteil vom 19.11.1998

Maßgebend für den Inhalt einer nach § 2 (1) und 2 getroffenen Vereinbarung sind die handschriftlich in den vorgegebenen Text des Formblatts eingefügten Gebührennummern und Steigerungsfaktoren. Diese für die Höhe der Vergütung entscheidenden Gesichtspunkte sind auf den konkret für den Patienten angefertigten Heil- und Kostenplan abgestimmt; es sind nur die Gebührennummern aufgeführt, die für die prothetische Versorgung des Beklagten in Betracht kamen. Eine derartige Regelung, die nur auf einen bestimmten Patienten, nicht aber auf eine Vielzahl anderer Behandlungsfälle anzuwenden ist,

ist rechtlich als Individualvereinbarung zu werten, die nicht den Beschränkungen des AGB-Gesetzes unterliegt.

Die auf den Heil- und Kostenplan abgestimmte Honorarvereinbarung ist schließlich nicht deshalb zu beanstanden, weil der Zahnarzt für seine Leistungen ein Entgelt verlangt, welches ausnahmslos erheblich über den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung liegt; es kann nämlich nicht davon ausgegangen werden, daß seine Handhabung willkürlich ist oder gegen die berufsrechtliche Verpflichtung zu einer angemessenen Gestaltung der Vergütung verstößt. Der Zahnarzt hat deutlich gemacht, daß ihm daran gelegen ist, mit einer weit über den üblichen Standard hinausgehenden Präzision zu arbeiten. Sein Ziel ist es, besonders anspruchsvollen Patienten gerecht zu werden, die bereit sind, die Kosten für eine überaus zeitaufwendige und sorgfältige zahnmedizinische Behandlung ganz oder teilweise selbst zu tragen. Ein solches Bestreben wird durch den das Zivilrecht beherrschenden Grundsatz der Privatautonomie geschützt. Daß die Verwirklichung des erfolgten Konzepts von dem Gesetzgeber nicht verhindert werden sollte, ergibt sich aus der amtlichen Begründung zu der Gebührenordnung für Zahnärzte: Dort wird nämlich ausdrücklich betont, daß eine Überschreitung des vorgegebenen Rahmens dann gerechtfertigt sein kann, wenn ein Zahnarzt seinen Praxisbetrieb nicht auf den Grundsatz einer kostengünstigen Behandlung ausrichtet, sondern in erster Linie darum bemüht ist, hinsichtlich der Präzision und Qualität seiner Leistungen den jeweils bestmöglichen Standard der aktuellen zahnmedizinischen Wissenschaft zu gewährleisten.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 138/00
Urteil vom 28.06.2001

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 434/99
Urteil vom 20.04.2000

Eine Gebührenvereinbarung nach § 2 (2) Satz 3 ist dann unwirksam, wenn sie neben der Feststellung, daß eine Erstattung möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, den Hinweis auf die amtliche Begründung der Bundesregierung zum Verordnungsentwurf enthält. Dies ist eine unzulässige weitere Erklärung im Sinne von § 2 (2) Satz 3.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 77/01
Urteil vom 06.12.2001

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 143/98
Urteil vom 08.03.2001

Die streitgegenständliche Honorarabrede entspricht nach Auffassung des Gerichtes entgegen der Meinung des klagenden Patienten auch den Anforderungen des § 2 (2) Satz 1. Nach dieser Bestimmung muß ein die Höhe der Vergütung betreffender Vertrag „vor Erbringung der Leistung“ geschlossen werden.

Dies war hier unzweifelhaft der Fall. Nach der Dokumentation des Zahnarztes befand man sich bis zum 14. Januar 1991 noch in der Behandlungsplanung für den neuen Zahnersatz, die ersten Maßnahmen zur Herstellung der Prothetik gemäß dem Heil- und Kostenplan wurden erst am Tage der Unterzeichnung der Vereinbarung, dem 23. Januar 1991, erbracht. Dabei handelte es sich ausweislich der Behandlungsunterlagen um einen neuen Behandlungsabschnitt, der nicht in untrennbarem Zusammenhang mit der die anderweitige Zahnversorgung betreffenden Vorbehandlung stand. Daher wäre der Kläger – wenn er die neue Honorarabrede nicht hätte akzeptieren wollen – ohne Inkaufnahme irgendwelcher Nachteile wegen der bisherigen Behandlung in der Lage gewesen, die Ausführungen der prothetischen Arbeiten durch den Zahnarzt abzulehnen und sich hierzu gegebenenfalls in anderweitige zahnärztliche Betreuung zu begeben.

Die Vereinbarung ist auch nicht wegen eines Verstoßes gegen § 9 (2) Satz 1 AGBG unverbindlich, weil es sich bei den getroffenen Regelungen nach ihrem Inhalt und ihrem Zustandekommen nicht um allgemeine Geschäftsbedingungen im Sinne von § 1 (1) AGBG, sondern um eine Individualvereinbarung handelt. Wie der Senat bereits mehrfach entschieden hat ist hierfür maßgebend, daß die Vereinbarung der Gebührenhöhe auf die individuellen Behandlungserfordernisse bei dem Patienten abgestimmt war: Ihr lag der Behandlungsplan vom 07. Januar 1991 mit den bei dem Patienten erhobenen Befunden zugrunde. Danach waren auf die speziellen Bedürfnisse des Klägers zugeschnittene prothetische Leistungen vorgesehen, so daß die dafür verabredete Gebührenhöhe als auf das konkrete Behandlungsgeschehen abgestimmt anzusehen ist.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 118/01
Urteil vom 21.03.2002

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 238/97
Urteil vom 26.04.2001

Die Gebührenvereinbarung entspricht den Anforderungen von § 2 (2) Satz 3, wonach sie außer der notwendigen Feststellung, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollem Umfang gewährleistet ist, keine weiteren Erklärungen enthalten darf. Die von der beklagten Patientin beanstandete Bestätigung, wonach sie einen Abdruck der Vereinbarung erhalten hat, stellt keine in dieser Weise unzulässige Erklärung dar. Wesentlicher Zweck der Regelung des § 2 (2) Satz 3 besteht darin, den Patienten vor einer unüberlegten, leichtfertigen Verpflichtung zur Zahlung einer überhöhten Vergütung zu schützen, weshalb die zu fordernde Klarheit es notwendig macht, daß in dem Schriftstück jedweder von der Tragweite der Abrechnungsvereinbarung ablenkender Zusatz unterbleibt (BGH NJW 1998, 1786). Der von der Beklagten beanstandete Zusatz befaßt sich nicht mit der Frage der Gebührenhöhe und kann daher, was keiner vertiefenden Darstellung bedarf, keinen Einfluß auf die durch die Vorschrift geschützte Willensbildung des Patienten haben. Auf den Inhalt eines seinerzeit zur Patienteninformation verwendeten Merkblattes kommt es dabei nicht entscheidend an. Weil § 2 (2) Satz 3 alleine auf die in der Gebührenvereinbarung enthaltenen Erklärungen abstellt, haben Zusatzinformationen keine eigenständige Bedeutung, sondern

können nur zur Beurteilung der Frage, ob der Text der Gebührenvereinbarung unzulässige Zusätze beinhaltet, herangezogen werden.

Die Gebührenvereinbarung verstößt auch nicht gegen § 2 (2) Satz 1. Nach dieser Bestimmung muß ein die Höhe der Vergütung betreffender Vertrag „vor Erbringung der Leistung“ geschlossen werden. Dies war hier der Fall. Die vorliegend prothetische Leistungen betreffende Gebührenvereinbarung beinhaltet ein von den bisherigen zahnärztlichen Leistungen abgrenzbares Behandlungsgeschehen. Die Patientin selbst hat vorgetragen, daß die auf der Gebührenvereinbarung beruhende prothetische Behandlung erst nach deren Unterzeichnung begann. Die Patientin wäre daher, wenn sie die gewünschte weitere Vereinbarung nicht hätte akzeptieren wollen, ohne Inkaufnahme irgendwelcher Nachteile wegen der bisherigen Leistungen in der Lage gewesen, von der prothetischen Behandlung Abstand zu nehmen und sich gegebenenfalls in eine anderweitige zahnärztliche Behandlung zu begeben. Entgegen der Auffassung der Patientin wäre die Abstandnahme von einer Weiterbehandlung auch nicht unzumutbar gewesen, zumal sie seit dem schriftlichen Angebot zur Unterzeichnung der Honorarvereinbarung selbst Erkundigungen bei ihrer Krankenkasse hinsichtlich der Höhe möglicher Erstattungsleistungen eingeholt und erst danach die Vereinbarung unterzeichnet hatte.

Zu Unrecht beanstandet die Beklagte eine fehlende Bezeichnung der von den einzelnen Gebührennummern der Honorarvereinbarung betroffenen Leistungen wegen ihrer im Schriftbild zu kleinen Darstellung. Ungeachtet der rechtlichen Konsequenzen eines entsprechenden Mangels zeigt die Vorlage der schriftlichen Vergütungsvereinbarung, daß sämtliche Leistungen und die ihnen zugeordneten Gebührensätzen problemlos erkennbar sind.

Die Honorarvereinbarung ist auch nicht etwa wegen eines Verstoßes gegen § 9 (2) Satz 2 AGBG unverbindlich. Bei den getroffenen Regelungen handelt es sich nach ihrem Inhalt und ihrem Zustandekommen nicht um Allgemeine Geschäftsbedingungen im Sinne von § 1 (1) AGBG, sondern um eine Individualvereinbarung. Deshalb kommt es auch nicht entscheidend darauf an, ob auf die getroffene Vereinbarung die Grundsätze eines Verbrauchervertrages anzuwenden wären. Wie der Senat bereits mehrfach entschieden hat, ist für das Vorliegen einer Individualvereinbarung maßgebend, daß sie auf das individuelle Behandlungserfordernis des Patienten abgestimmt ist. Hier lag der Heil- und Kostenplan mit den bei der Beklagten erhobenen Befunden zugrunde. Danach waren bestimmte prothetische Leistungen vorgesehen, so daß die dafür vereinbarte Gebührenhöhe als auf das konkrete Behandlungsgeschehen abgestimmt anzusehen ist.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 32/01
Urteil vom 13.05.2002

[Anmerkung: Die Beschwerde des beklagten Patienten gegen die Nichtzulassung der Revision gegen dieses OLG-Urteil wird vom BGH (Az III ZR 219/02 am 27.02.2003) zurückgewiesen.]

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 126/00
Urteil vom 21.12.2000

Zutreffend, und von dem beklagten Patienten selbst nicht in Frage gestellt, geht das Landgericht davon aus, daß die streitgegenständliche Gebührenver-

einbarung des Zahnarztes den Anforderungen des § 2 (2) Satz 3 GOZ entspricht, weil sie neben der Feststellung, daß eine Erstattung möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, keine weiteren Erklärungen enthält. Auf den von dem Patienten beanstandeten Inhalt des vom Zahnarzt seinerzeit zur Patienteninformation verwendeten Merkblattes kommt es dabei nicht entscheidend an. Weil § 2 (2) Satz 3 GOZ alleine auf die in der Gebührenvereinbarung enthaltenen Erklärungen abstellt, haben Zusatzinformationen keine eigenständige Bedeutung, sondern können nur ergänzend zur Beurteilung der Frage, ob der Text der Gebührenvereinbarung unzulässige Zusätze beinhaltet, herangezogen werden.

Die Gebührenvereinbarung ist auch nicht wegen eines Verstoßes gegen § 9 (2) Satz 2 AGBG unverbindlich; bei den getroffenen Regelungen handelt es sich nach ihrem Zustandekommen um eine Individualvereinbarung. Danach spricht das äußere Erscheinungsbild der mit dem Patienten getroffenen Gebührenvereinbarung zunächst für das Vorliegen allgemeiner Geschäftsbedingungen im Sinne von § 1 AGBG. Denn es handelt sich um einen für eine Vielzahl von Patienten vorgesehenen Vertragsvordruck, der seine Individualität auch nicht durch die vereinzelt handschriftlichen Eintragungen erfährt. Gerade der Umfang der vorgesehenen Gebührentatbestände zeigt, daß hier von nahezu alle Behandlungsalternativen erfaßt werden und die Vereinbarung damit honorarmäßig nicht in besonderer Weise ein individuelles Behandlungsbedürfnis bei dem Patienten betraf.

Trotz der von dem Zahnarzt vorgegebenen Gebührenhöhe geht der Senat allerdings davon aus, daß eine die Anwendung der Vorschriften des AGBG ausschließende Individualvereinbarung dann anzunehmen ist, wenn die Frage der vertragsgemäßen Gebührenregelung zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten im einzelnen persönlich besprochen worden ist. Eine solche Erörterung ist geeignet, den von dem Arzt für eine Vielzahl von Behandlungsfällen vorgesehenen Vertragsbestimmungen ihre Allgemeinheit zu nehmen und die für ihre Rechtswirksamkeit erforderliche Individualität zu verleihen. Dafür spricht auch, worauf der BGH in seiner Entscheidung vom 09. März 2000 (III ZR 356/98) hinweist, der abzuleitende Rechtsgedanke: Diese Vorschrift sieht die persönliche Absprache im Einzelfall als Präzisierung der Voraussetzungen einer wirksamen Individualvereinbarung zwischen dem Arzt und dem Zahlungspflichtigen vor. Der Senat sieht es als bewiesen an, daß es im Zusammenhang mit dem Abschluß der Gebührenvereinbarung zu einer entsprechenden Erörterung zwischen dem Kläger und dem Beklagten gekommen war.

Ein Verstoß gegen § 9 (2) Satz 2 ZPO [*Anmerkung:* Gemeint ist wohl AGBG.] kommt bereits deshalb nicht in Betracht, weil es sich hier ebenfalls um eine Individualvereinbarung handelt: Wie der Senat bereits mehrfach entschieden hat, liegt eine Individualvereinbarung insbesondere dann vor, wenn sie auf das individuelle Behandlungserfordernis des Patienten abgestimmt ist. So war es hier: Hier lag der Behandlungsplan mit den bei dem Beklagten erhobenen Befunden zugrunde. Danach waren bestimmte prothetische Leistungen vorgesehen, so daß die dafür vereinbarte Gebührenhöhe als auf das konkrete Behandlungsgeschehen abgestimmt anzusehen ist.

Die Vereinbarung entspricht auch den Anforderungen von § 2 (2) Satz 3 GOZ, weil unzulässige Zusätze im Sinne der Vorschrift fehlen. Entgegen der Auffassung des Patienten ist auch ein Verstoß gegen § 2 (2) Satz 1 GOZ nicht festzustellen. Nach dieser Bestimmung muß ein die Höhe der Vergütung betreffender Vertrag „vor Erbringung der Leistung“ geschlossen werden. Das war hier der Fall. Die prothetische Leistungen betreffende Gebührenvereinbarung beruht auf dem an den Patienten gleichzeitig übergebenen Behandlungsplan. Die vorgesehenen Arbeiten betrafen – auch wenn prothetische Maßnahmen bereits langfristig vorgesehen waren – damit ein von den bisherigen Leistungen abgrenzbares Behandlungsgeschehen. Im übrigen ist zu berück-

sichtigen, daß § 2 (2) GOZ darauf abstellt, daß die Vereinbarung vor „Erbringung der Leistung“ zu treffen ist, weshalb Liebold/Raff/Wissing in ihrem Kommentar zur GOZ davon ausgehen, daß maßgebend die Vereinbarung vor der Erbringung einer zahnärztlichen Einzelleistung ist. Sie muß nicht bereits vor Beginn der (gesamten) Behandlung getroffen werden.

OLG Düsseldorf
Az I – 8 U 123/02
Urteil vom 08.04.2004

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 332/99
Urteil vom 10.10.2002

Nachdem der Zahnarzt die Gebührenvereinbarung vorgelegt hat, kann die Patientin die grundsätzliche Berechtigung der Abrechnung und insbesondere der Überschreitung des 2,3-fachen Satzes gemäß § 5 nicht mehr in Abrede stellen. Bedenken gegen die Wirksamkeit dieser Vereinbarung bestehen nicht und werden von der Patientin auch nicht konkret geltend gemacht. Die von dem Privatgutachter beanstandete umfangreiche Vorbehandlungsdiagnostik war nach der überzeugenden Darstellung des Sachverständigen im Hinblick auf die von der Patientin gewünschte Teleskopversorgung nicht überzogen. Darauf, ob die Leistungen im Sinne von § 1 (2) Satz 1 zahnmedizinisch notwendig waren, kommt es nicht entscheidend an, denn nach § 1 (2) Satz 2 darf der Zahnarzt auch Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahnungspflichtigen erbracht worden sind. Das war hier der Fall.

OLG Düsseldorf
Az I-8 U 33/04
Urteil vom 14.04.2005

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 535/03
Urteil vom 08.01.2004

Wie der Senat bereits mehrfach entschieden hat, ist für das Vorliegen einer Individualvereinbarung maßgebend, daß sie auf das individuelle Behandlungserfordernis des Patienten abgestimmt ist. Der betreffenden Honorarvereinbarung lag ein Therapie- und Kostenplan mit den bei dem Patienten erhobenen Befunden zugrunde. Danach waren bestimmte prothetische Leistungen vorgesehen, so daß die dafür vereinbarte Gebührenhöhe als auf das konkrete Behandlungsgeschehen abgestimmt anzusehen ist. Auf die Frage des „Aushandelns“ i.S. des § 1 Abs. 2 AGBG (a.F.) kommt es mithin nicht an. Entsprechendes gilt für die weitere Honorarvereinbarung. Allerdings durfte das Landgericht nicht ohne weiteres allein aufgrund des Wortlauts davon ausgehen, daß es sich nicht um Allgemeine Geschäftsbedingungen handelt. Denn der für eine Vielzahl von Patienten vorgesehene Vertragsvordruck erfährt eine Individualität nicht schon durch die handschriftliche Eintragung der Gebührensätzen nebst entsprechenden Steigerungssätzen. Nach dem Ergebnis

der vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme ist aber trotz der vorgegebenen Gebührenhöhe davon auszugehen, daß eine die Anwendung der Vorschriften des AGBG ausschließende Individualvereinbarung vorliegt, weil die Frage der vertragsgemäßen Gebührenregelung zwischen den Parteien im einzelnen persönlich besprochen worden ist. Dies haben der Zahnarzt und die bei dem Gespräch anwesende Zahnarzthelferin bekundet, wobei Letztere zwar keine konkrete Erinnerung an das Gespräch hatte, aber anhand der von ihr vorgenommenen Eintragungen in die Behandlungsunterlagen bestätigen konnte, daß das, was dort schriftlich niedergelegt ist, so besprochen wurde. Danach hat der Zahnarzt dem Patienten erläutert, daß er aufgrund des von ihm betriebenen Aufwands höhere Kosten hat und deshalb eine höhere Vergütung als die gesetzlich vorgesehene verlangt und dies im Einzelnen erläutert. Eine solche Erörterung ist geeignet, den von dem Zahnarzt für eine Vielzahl von Behandlungsfällen vorgesehene Vertragsbestimmungen ihre Allgemeinheit zu nehmen und die für ihre Rechtswirksamkeit erforderliche Individualität zu verleihen.

Die Honorarvereinbarungen sind nicht deshalb zu beanstanden, weil der Zahnarzt für seine Leistungen ein Entgelt verlangt, welches ausnahmslos erheblich über den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung liegt, es kann nämlich nicht davon ausgegangen werden, daß seine Handhabung willkürlich ist oder gegen die berufsrechtliche Verpflichtung zu einer angemessenen Gestaltung der Vergütung verstößt. Durch Vorlage der von dem Zahnarzt verfaßten „Erläuterung zur Vereinbarung der Vergütungshöhe gemäß § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte“ ist deutlich gemacht, daß diesem daran gelegen ist, mit einer weit über den üblichen Standard hinausgehenden Präzision zu arbeiten. Das war dem Patienten ausweislich der Eintragungen in den Behandlungsunterlagen des Zahnarztes auch bewußt und er hat ausdrücklich erklärt, er selbst übernehme den von seiner Krankenversicherung nicht abgedeckten, über den 5,9-fachen Satz hinausgehenden Teil der Vergütung. Angesichts dessen erscheint es bereits fraglich, ob das Geltendmachen der Sittenwidrigkeit nicht ohnehin treuwidrig ist. Jedenfalls ist dem Senat aus anderen Verfahren bekannt, daß es das Ziel des Zahnarztes ist, den Erwartungen und Qualitätsvorstellungen besonders anspruchsvoller Patienten, die bereit sind, die Kosten für eine überaus zeitaufwendige und sorgfältige zahnmedizinische Behandlung ganz oder teilweise selbst zu tragen, gerecht zu werden. Ein solches Bestreben wird durch den das Zivilrecht beherrschenden Grundsatz der Privatautonomie geschützt. Daß die Verwirklichung des vom Zahnarzt verfolgten Konzepts von dem Gesetzgeber nicht verhindert werden sollte, ergibt sich aus der amtlichen Begründung zu der Gebührenordnung für Zahnärzte: Dort wird nämlich ausdrücklich betont, daß eine Überschreitung des vorgegebenen Rahmens dann gerechtfertigt sein kann, wenn ein Zahnarzt seinen Praxisbetrieb nicht auf den Grundsatz einer kostengünstigen Behandlung ausrichtet, sondern in erster Linie darum bemüht ist, hinsichtlich der Präzision und Qualität seiner Leistungen den jeweils bestmöglichen Standard der aktuellen zahnmedizinischen Wissenschaft zu gewährleisten.

**OVG Rheinland Pfalz
Az 2 A 10662/91.OVG
Urteil vom 30.10.1991**

Trotz Vorliegens einer Honorarvereinbarung besteht die Verpflichtung, die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes nach den Kriterien von § 5 (2) zu begründen, ansonsten kann keine Erstattung des Honorars oberhalb des 2,3-fachen Steigerungssatzes erfolgen.

LG Düsseldorf
Az 3 O 688/88
Urteil vom 27.07.1989

aufhebendes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 40 C 376/88
Urteil vom 12.12.1988

Wenn eine Vergütungsvereinbarung (abweichende Vereinbarung) gemäß § 2 (1) und (2) mit dem Patienten getroffen wird, sind die Begründungskriterien des § 5 (2) ex origine ausgeschlossen. Eine Vereinbarung nach § 2 (2) schließt die Anwendbarkeit des § 5 (2) aus.

LG Berlin
Az 6 S 5/90
Urteil vom 05.10.1990

Berufungsurteil zum

AG Schöneberg
Az 15 C 522/89

Eine Honorarvereinbarung wird durch eine ergänzende Erklärung über Zahlungszeitpunkte und -modalitäten ungültig. Der Patient muß erkennen können, um welchen Anteil der vereinbarte Gebührensatz die "Regelsätze" überschreitet.

LG Stuttgart
Az 9 O 283/90
Urteil vom 14.12.1990

Pauschalhonorierungen sind unzulässig, eine Vereinbarung muß die Angabe eines Steigerungssatzes enthalten.

LG Düsseldorf
Az 24 S 705/90
Urteil vom 28.05.1991

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 41 C 3320/90
Urteil vom 24.08.1990

Der Fall: Nicht erstattet werden nach den dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Tarifbestimmungen die von den Gebührenordnungen abweichenden Vergütungen [Zum Beispiel: fehlende Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen.]

Das Gericht: Eine Vergütungsvereinbarung verstößt nicht gegen ein gesetzliches Leitbild (§ 9 AGBG), da nach § 2 durch Vereinbarung eine von dieser

Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden kann, also die Gebührensätze nicht zwingend sind.

LG Karlsruhe
Az 9 S 93/91
Urteil vom 26.07.1991

Berufungsurteil zum

AG Karlsruhe
Az 3 C 512/90
Urteil vom 04.01.1991

Beim Abschluß einer Honorarvereinbarung muß der Zahlungspflichtige über die Bedeutung und die Auswirkung der von der Verordnung abweichenden Gebührenhöhe hinreichend aufgeklärt werden.

Der Umfang der gebotenen Belehrung hängt von den Umständen des jeweiligen Einzelfalles ab. Die beste Möglichkeit der Aufklärung besteht darin, die Gesamtsumme des Honorars zu nennen. Die Übergabe eines Merkblattes zur Honorarvereinbarung genügt der Hinweispflicht nicht, da der Zahlungspflichtige in der Regel nicht damit rechnen kann, daß seine private Krankenversicherung Honorare oberhalb des Gebührenrahmens nach § 5 GOÄ (alt) deckt.

LG Dortmund
Az 1 S 36/91
Urteil vom 02.10.1991

Berufungsurteil zum

AG Dortmund
Az 136 C 13331/90
Urteil vom 19.12.1990

Der Versicherungsanspruch des Patienten gegenüber der Privatversicherung bei Gebührensätzen, die über das 2,3-fache hinausgehen, ist nur dann durchsetzbar, wenn der Patient eine Begründung für den erhöhten Ansatz mitteilt. Die Aussage, eine besondere Begründung sei dann nicht erforderlich, wenn eine Honorarvereinbarung getroffen worden ist, gilt nur für das Vertragsverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient.

LG Essen
Az 19 O 204/91
Urteil vom 15.11.1991

Da die Versicherungsbedingungen der Beklagten (PKV) eine Erstattungsfähigkeit im Rahmen der gültigen Gebührenordnungen vorsehen, sind Honorarvereinbarungen, soweit sie den Erfordernissen des § 2 entsprechen, nicht wirksam ausgeschlossen. Eine Gebührenvereinbarung ist daher keine von den Gebührenordnungen abweichende Vergütung sondern eine Vergütungsvereinbarung im Rahmen der Gebührenordnung.

Die Erstattungsfähigkeit von Honoraren auf einer derartigen Vereinbarung ist durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Beklagten (PKV) nicht mit der notwendigen Klarheit ausgeschlossen.

LG Köln
Az 25 S 59/91
Urteil vom 26.05.1992

Berufungsurteil zum

AG Köln
Az 125 C 516/90
Urteil vom 03.06.1991

Eine Honorarvereinbarung ist nur rechtsgültig, wenn die Vertragsbedingungen im Sinne von § 1 (2) AGBG zwischen den vertragschließenden Parteien ausgehandelt worden sind. Das alleinige Besprechen einer Honorarvereinbarung und das Einverständnis des Patienten mit dem ausgewiesenen Honorar ergibt gerade kein Aushandeln im Sinne von § 1 (2) AGBG.

LG Düsseldorf
Az 3 O 610/91
Urteil vom 16.07.1992

Das Gericht sah gegen die streitgegenständliche Honorarvereinbarung keine Bedenken im Hinblick auf die Bestimmung des § 9 (1) AGBG, da die getroffene Vereinbarung gerade nicht vorsah, daß pauschal der Höchstsatz gemäß den Vorschriften der Gebührenordnung nochmals um den vereinbarten Steigerungssatz erhöht werde. Der Steigerungssatz sollte nach der Vereinbarung nur von dem jeweils im einzelnen zu ermittelnden Gebührensatz erhoben werden. Eine unangemessene Benachteiligung des Patienten sei hierin nicht zu erkennen. Die Umstände und Schwierigkeiten, die der Bemessung jedes einzelnen Gebührensatzes zugrunde liegen müssen, werden dadurch berücksichtigt, daß die um das 2,5-fache zu steigernde Gebühr im einzelnen gemäß § 5 (1) berechnet wird.

LG Düsseldorf
Az 22 S 125/92
Urteil vom 02.10.1992

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 24 C 13116/90
Urteil vom 22.01.1992

[Anmerkung: Das Urteil des AG lautete ursprünglich: Medizinisch notwendig im Sinne von § 1 (2) Satz 1 sind auch aufwendige und anspruchsvolle Maßnahmen, wenn sie eine dauerhafte und wirksame Versorgung gewährleisten. Wenn sie nur nach objektiv medizinischen Befunden und Erkenntnissen zu vertreten sind, hat der Patient grundsätzlich die Möglichkeit, sich für eine Behandlung von besonderer Qualität und Präzision zu entscheiden, ohne seinen Erstattungsanspruch zu gefährden.]

Das Urteil des LG Düsseldorf ergänzte in anderem Zusammenhang: Die streitgegenständliche Honorarvereinbarung stellt eine Allgemeine Geschäftsbedingung im Sinne von § 1 des AGB-Gesetzes dar und ist nach § 9 AGB-Gesetz unwirksam, weil sie den Vertragspartner entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen benachteiligt. Es kann nicht festgestellt

werden, daß die Vertragsbedingungen zwischen den Vertragsparteien im einzelnen ausgehandelt worden sind. Das eingehende Durchlesen eines Merkblattes und die nachfolgende Besprechung mit dem Zahnarzt reicht nicht aus, um das Vorliegen einer Individualvereinbarung im Sinne von § 1 (2) AGB-Gesetz bejahen zu können.

LG Köln
Az 25 S 60/91
Urteil vom 27.10.1992

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Köln
Az 114 C 172/90
Urteil vom 17.07.1991

Im Wege der Honorarvereinbarung kann gemäß § 2 (1) nur eine von vornherein bestimmte Höhe der Vergütung vereinbart werden, und zwar - wie sich aus § 10 (2) Nr. 2, (5) ergibt - unter Angabe des Steigerungssatzes. (Im vorliegenden Fall lag eine Honorarvereinbarung vor, die einen "neuen" gegenüber § 5 (1) um den 2,5-fachen Steigerungssatz angehobenen Gebührenrahmen festlegte, innerhalb dessen der Zahnarzt dann nach Erbringung der Leistung die Höhe der Gebühr bestimmte.)

Sind nach den Tarifbestimmungen "erstattungsfähig ... nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen" und wird gemäß § 2 (1) eine von der Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung festgesetzt, so entspricht die so festgesetzte Vergütung nicht der Gebührenordnung als der gültigen Gebührenordnung, da eben von dieser abgewichen wird.

LG Köln
Az 25 S 40/92
Urteil vom 12.05.1993

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Köln
Az 115 C 193/91
Urteil vom 23.04.1992

Formulärmäßige Honorarvereinbarungen, die eine Abweichung von den Höchstsätzen der Gebührenordnung vorsehen, sind wegen Verstoßes gegen § 9 (2) Nr. 1 AGBG unwirksam.

Der Gebührenrahmen der Gebührenordnung deckt nicht nur ein "mittleres Anspruchsniveau" ab, sondern ermöglicht eine qualifizierte und präzise Versorgung durch den Zahnarzt, die mit der objektiv erforderlichen Sorgfalt und nach den allgemein anerkannten Grundsätzen sowie dem aktuellen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft ausgeführt wird. Eine Überschreitung des amtlichen Gebührensatzes kann deshalb nicht damit gerechtfertigt werden, daß die durchgeführte Maßnahme von besonderer Qualität und Präzision sei.

LG Düsseldorf
Az 15 O 219/95
Urteil vom 01.12.1995

Der streitgegenständliche Gebührenanspruch des Zahnarztes gegenüber der Patientin ergibt sich aus § 611 BGB in Verbindung mit den Honorarvereinbarungen nach § 2. Die Parteien haben wirksame Vereinbarungen betreffend der Liquidation eines höheren als des 3,5-fachen Steigerungsbetrags getroffen, denn sie haben die Vereinbarung individuell ausgehandelt.

Der Zahnarzt hat unwidersprochen dargelegt, er habe die Patientin von Anfang an auf die besondere Schwierigkeit der Behandlung hingewiesen. Diese Schwierigkeiten waren auch, wie sich aus den späteren Ausführungen des Sachverständigengutachtens ergibt, in ganz erheblichem Ausmaße gegeben. Die Vereinbarungen sind auch nicht formularmäßig, so daß § 9 (1), (2) Nr. 1 AGB nicht einschlägig ist. Bei den Texten der Vereinbarungen handelt es sich lediglich um Rahmenformulierungen. Diese enthalten unausgefüllt keinerlei Vereinbarung, sondern nur Hinweise. Der vereinbarte Inhalt wird ausnahmslos erst durch Ausfüllen und Unterschreiben gewonnen. Der vorformulierte Rahmen enthält dementsprechend nichts, was dem Patienten ohne individuelle Vereinbarung zum Unterschreiben vorgelegt werden kann. Anders, nämlich als AGB, sind vorformulierte Texte beispielsweise dann zu beurteilen, wenn der Vordruck soweit gefertigt ist, daß lediglich der Name des Patienten, die Diagnose und das Datum auszufüllen sind. Denn in diesen Fällen ist der entscheidende Inhalt, nämlich der Multiplikator, bereits vorgegeben.

LG Düsseldorf
Az 24 S 508/96
Urteil vom 10.06.1997

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 54 C 17393/95
Urteil vom 10.09.1996

Die streitgegenständliche Vergütungsvereinbarung wurde vom Gericht als Individualvereinbarung anerkannt und auch insoweit als wirksam erachtet, als ein höherer als der 3,5-fache Steigerungsbetrag ausgehandelt wurde. Die getroffene Honorarvereinbarung ist auch nicht wegen eines Verstoßes gegen § 9 AGBG als unwirksam anzusehen, da sie keine Allgemeinen Geschäftsbedingungen im Sinne des § 1 AGBG darstellt, sondern als Individualvereinbarung nach § 1 (2) AGBG wirksam ausgehandelt wurde.

Das vom Zahnarzt verwandte Formular stellt für sich betrachtet noch keinen vorformulierten Vertragstext dar, der als Allgemeine Geschäftsbedingung bezeichnet werden könnte. Es fehlen - neben der Bezeichnung des Patienten - nicht nur ein Hinweis auf die Art der ärztlichen Leistung sondern auch die Höhe des Steigerungssatzes und damit das vereinbarte Entgelt für die zahnärztliche Behandlung. Damit enthält das vom Zahnarzt vorformulierte Formular keine Erklärung, die ohne weiteren handschriftlichen Zusatz vom Patienten hätte unterschrieben werden können. Vielmehr kommt dem verwendeten Vordruck als bloßer Rahmen kein eigener Erklärungsinhalt zu. Er enthält zwar Hinweise, jedoch keine eigenständige Vereinbarung. Letztere kommt erst durch das erforderliche handschriftliche Ausfüllen des Formulars zustande. Ferner wurde unstrittig in einem Gespräch mit dem Patienten die zu erbringenden ärztlichen Leistungen anhand der entsprechenden Gebührennummern der Gebührenordnung sowie die Multiplikatoren der Gebührensätze

handschriftlich eingefügt. Das spricht dafür, daß der Zahnarzt gerade nicht mit festgefügtten Vorstellungen in die Verhandlungen über die Höhe seines Honorars eingetreten ist.

Hinzu kommt: Die Honorarvereinbarungen sind ganz auf den konkreten Behandlungsfall zugeschnitten. Nur die hier interessierenden Gebührennummern sind aufgelistet. Dies verbietet ihre Mehrfachnennung, denn bekanntlich liegt jeder Behandlungsfall anders. Auch dies verbietet es, von einer „Allgemeinen Geschäftsbedingung“ auszugehen.

LG Düsseldorf
Az 22 S 459/96
Urteil vom 26.06.1998

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 48 C 1746/96
Urteil vom 29.10.1996

Eine Vereinbarung nach § 2 verstößt nicht grundsätzlich gegen das AGB-Gesetz, da die Gebührenordnung ausdrücklich die Möglichkeit vorsieht, durch Vereinbarung eine von dieser Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festzulegen.

Eine Vereinbarung wäre dann unwirksam, wenn sie gegen § 9 AGB-Gesetz verstoßen würde. Danach wären die Zahlungsbestimmungen unwirksam, wenn sie den Patienten entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen benachteiligen würden. Das wäre nach Ziffer 1 insbesondere dann der Fall, wenn die Vereinbarung mit wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung nicht übereinstimmen würde. Da jedoch § 2 eine solche Vereinbarung ausdrücklich zuläßt, ist eine entsprechende Vereinbarung in Form Allgemeiner Geschäftsbedingungen für sich alleine genommen keine so wesentliche Abweichung von der gesetzlichen Vorgabe, daß sie schon deshalb als unwirksam angesehen werden müßte.

Die Kammer sieht auch sonst keinen zwingenden Grund dafür, eine Honorarvereinbarung in Form von Allgemeinen Geschäftsbedingungen zwischen Patient und Arzt, wenn sie die Formalien des § 2 einhält, grundsätzlich für unwirksam zu halten. Denn es muß nun mal die Möglichkeit mit bedacht werden, daß eine ärztliche Behandlung auf der einen Seite so schwierig und zeitraubend und auf der anderen Seite so erfolgreich ist, daß sie auch eine Überschreitung der Höchstsätze nach der ärztlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Interessen des Arztes auf der einen Seite berechtigt und angesichts der Interessen des Patienten auf der anderen Seite verständlich erscheint, d.h., wenn im Einzelfall ein Mißverhältnis von Leistung und Gegenleistung nicht gegeben ist.

LG Düsseldorf
Az 20 S 104/97
Urteil vom 10.07.1998

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 49 C 332/96
Urteil vom 24.04.1997

Die Höhe der Honorarforderungen und die für die einzelnen Leistungen veranschlagten Gebühren sind nicht zu beanstanden. Anhaltspunkte dafür, daß die Honorarvereinbarung (hier: bis zum 7-fachen Gebührensatz) gemäß § 138 BGB sittenwidrig und daher nichtig ist, sind nicht vorhanden, da auch kein auffälliges Mißverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung besteht.

LG Düsseldorf
Az 22 S 436/95
Urteil vom 22.12.1998

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 28 C 2329/95
Urteil vom 31.05.1995

Honorarvereinbarungen, die zwar auf einem vorgefertigten Muster getroffen werden, in welches aber je nach dem Einzelfall der Patientennamen, die anfallenden Gebührennummern sowie die jeweils zugeordneten Multiplikatoren eingetragen werden, sind kein Formularvertrag im Sinne des AGB-Gesetzes.

Nach § 2 (2) Satz 3 darf eine Honorarvereinbarung außer dem vorgeschriebenen Hinweis darauf, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollem Umfang gewährleistet ist, keine weitere Erklärung enthalten. Durch diese Bestimmung soll sichergestellt werden, daß dem Patienten klar und unmißverständlich vor Augen geführt wird, daß er unter Umständen einen Teil der ärztlichen Vergütung alleine tragen muß und keine Erstattung von seiner Krankenkasse erfährt. Der Hinweis auf eine möglicherweise fehlende Erstattungsfähigkeit soll in seiner Bedeutung nicht durch die Aufnahme zusätzlicher Erklärungen verharmlost oder versteckt werden, wobei allerdings erläuternde Hinweise zum vorgeschriebenen Inhalt der Vergütungsvereinbarung, mit denen dem Interesse an einer angemessenen Aufklärung über Inhalt und Folgen der Vereinbarung Rechnung getragen werden, und Hinweise, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Vereinbarung einer abweichenden Vergütungshöhe stehen, noch vereinbar sind.

LG Düsseldorf
Az 24 S 466/98
Urteil vom 15.06.1999

Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 28 C 173/98
Urteil vom 26.08.1998

Der Hinweis in einer Vergütungsvereinbarung auf die besonders schwierigen bzw. zeitaufwendigen Leistungen stellt keine Erklärung im Sinne des § 2 dar, da beim Patienten hierdurch nicht der Eindruck erweckt werden kann, die vereinbarten Gebühren folgten zwingend aus der Gebührenordnung.

Die streitgegenständliche Honorarvereinbarung, die auf einem vorgefertigten Formular geschlossen wurde, unterliegt nicht dem AGBG, da es sich trotz alledem um eine Individualvereinbarung handelt. Eine vertragliche Regelung kommt erst durch das Einfügen der einzelnen Gebührennummern und der Angabe des jeweiligen Multiplikators zustande. Für eine individuelle Vereinbarung spricht auch, daß die entsprechenden Angaben handschriftlich in das Formular eingefügt worden sind.

LG Memmingen
Az 3 O 1179/99
Urteil vom 16.08.2001

Der Zahnarzt des Patienten war aufgrund der wirksamen Honorarvereinbarung auch berechtigt, den 4,5-fachen Satz in Ansatz zu bringen. Eine Honorarvereinbarung zwischen Arzt und Patient ist von der GOZ her nicht abgeschlossen. In der hier vorliegenden Form – bei welcher der vereinbarte Gebührensatz in eine vorformulierte Erklärung eingesetzt wird – ist die Gebührenhöhe individuell ausgehandelt und verstößt daher nicht gegen das AGB-Gesetz

Der Schwierigkeitsgrad verschiedener Arbeiten des Zahnarztes beim Patienten wurde bestätigt. Die einzelnen erhöhten Rechnungsposten wurden vom Zahnarzt zudem kurz begründet und es wurden Besonderheiten der in § 5 (2) Satz 1 genannten Bemessungskriterien (deutlich erhöhte Präzision, sehr hohe Anforderungen bei enger Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Zahntechniker) festgestellt.

LG Düsseldorf
Az 20 S 281/02
Urteil vom 14.11.2003

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 28 C 3012/00
Urteil vom 13.11.2002

Die Gebührenvereinbarung ist nicht wegen Verstoßes gegen § 2 (2) Satz 3 unwirksam. Zwar darf eine Honorarvereinbarung neben den in § 2 (2) Satz 2 aufgeführten Umständen keine weiteren Erklärungen enthalten. Der Zusatz „Der Zahlungspflichtige bestätigt, einen Abdruck dieser Vereinbarung erhalten zu haben.“ stellt indes keine solche unzulässige weitere Erklärung dar.

Der Zweck des § 2 (2) Satz 3 besteht insbesondere darin, den Betroffenen vor einer unüberlegten, leichtfertigen Verpflichtung zur Zahlung einer überhöhten Vergütung zu schützen, wie sie zu besorgen wäre, wenn sich die Vereinbarung in einem Schriftstück befände, welches das Augenmerk auf andere Gegenstände lenkt oder die Gefahr begründet, daß es nicht mit der erforderlichen Sorgfalt gelesen wird. Damit ergibt sich aus dieser Vorschrift nicht ein Verbot von Hinweisen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Vereinbarung einer abweichenden Vergütungshöhe stehen. Der Zusatz auf dem hier streitgegenständlichen Formular lenkt aber nicht von der eigentlichen Vereinbarung ab. Er bezieht sich unmittelbar auf diese und ist vor diesem Hintergrund nicht zu beanstanden.

Die Unwirksamkeit der Vereinbarung ergibt sich auch nicht aus § 9 (1) AGBG. Die Vereinbarung der Parteien unterliegt nicht der Inhaltskontrolle gemäß §§ 9 ff. AGBG. Es ist zwar davon auszugehen, daß die Honorarvereinbarung durch den Zahnarzt für eine Vielzahl von Verträgen vorformuliert wurde. Nach seinem eigenen Vortrag wurden die in die Vereinbarung aufgenommenen Gebühren nicht auf die Behandlung der Patientin zugeschnitten. Vielmehr waren die handschriftlichen Eintragungen in dem Formular bereits vorhanden, bevor der Zahnarzt die Patientin erstmals untersucht, sogar bevor er mit ihr erstmals gesprochen hat. Dies schließt es aus, daß die Eintragungen im Hinblick auf die bei der Behandlung der Patientin auftretenden Maßnahmen und zu erwartenden Schwierigkeiten vorgenommen wurden. Vielmehr kann es sich nur um eine Abstimmung der Steigerungssätze auf die typischerweise bei der zahnmedizinischen Behandlung eines Patienten auftretenden Maßnahmen gehandelt haben. Dies schließt es aus, die durch die Rechtsprechung für den Fall entwickelten Grundsätze anzuwenden, daß gleichzeitig mit der Ausfüllung des Formulars ein Heil- und Kostenplan erstellt wird, auf welchen die Honorarvereinbarung inhaltlich abgestimmt ist.

Auch in diesem Fall liegen allgemeine Geschäftsbedingungen im Sinne des § 1 (1) Satz 1 AGBG aber dann nicht vor, wenn die Bedingungen zwischen den Parteien im Einzelnen ausgehandelt sind, § 1 (2) AGBG. Dies erfordert zwar, daß der Verwender den in der Vereinbarung enthaltenen gesetzest Fremden Kerngehalt ernsthaft zur Disposition stellt und dem Vertragspartner eine Gestaltungsfreiheit zur Wahrung der eigenen Interessen mit der realen Möglichkeit eingeräumt hat, die inhaltliche Ausgestaltung der Vertragsbedingungen beeinflussen zu können. Hiervon ist vorliegend indes aufgrund der durchgeführten Beweisaufnahme auszugehen. Diese hat nämlich ergeben, daß der Patientin die ernsthafte und reale Möglichkeit eingeräumt wurde, Einfluß auf den Inhalt der Regelung zu nehmen und die Höhe der Vergütung im Einzelnen auszuhandeln. Die Zeugin (Zahnärzthelferin) hat unter Zuhilfenahme der Krankenunterlagen der Patientin angegeben, der Zahnarzt habe die einzelnen in der Gebührenvereinbarung enthaltenen Multiplikatoren erläutert und angeboten, darüber zu verhandeln. Dies wird bestätigt durch die im Termin zur mündlichen Verhandlung vorgelegten Krankenunterlagen. Die Zeugin hat dem Gespräch zwischen den Parteien beigewohnt und dieses protokolliert. Daß die Zeugin von sich aus Vorgänge eingetragen haben könnte, die tatsächlich nicht stattgefunden haben, ist angesichts des persönlichen Eindrucks, den die Kammer von der Zeugin gewonnen hat, auszuschließen. Hinzu kommt, daß die Zeugin ein – auch nur mittelbares – eigenes Interesse am Ausgang des Rechtsstreits nicht hat, da sie bereits seit einiger Zeit nicht mehr in der Praxis des Zahnarztes beschäftigt ist. Daß die Patientin schließlich von der ihr eingeräumten Änderungsmöglichkeit keinen Gebrauch machte, vermag eine abweichende Beurteilung nicht zu rechtfertigen. Der Zahnarzt war lediglich verpflichtet, der Patientin Einfluß auf die Gebührensätze einzuräumen; er mußte sie hingegenicht veranlassen, diese Möglichkeit auch wahrzunehmen.

Die Forderung ist auch fällig. Haben die Parteien eine wirksame Honorarvereinbarung getroffen, so bedarf es entgegen § 10 (3) einer Begründung des Steigerungsfaktors nicht mehr. Dies ergibt sich gerade aus der Honorarvereinbarung in Verbindung mit § 2. Die fehlende Erläuterung des Multiplikators vermag vor diesem Hintergrund die Fälligkeit des in Rechnung gestellten Betrages nicht zu berühren.

LG Düsseldorf
Az 3 O 535/03
Urteil vom 08.01.2004

Die Abrechnungsvereinbarungen sind wirksam. Es handelt sich nicht um allgemeine Geschäftsbedingungen, sondern um individuelle, auf die Behandlungserfordernisse angestimmte Verträge, wie sich bereits dem Wortlaut entnehmen läßt. Ob eine Abweichung der berechneten Honorare von § 5, insbesondere (2) vorliegt, kann dahinstehen, weil die Rechnungen nicht auf § 5 beruhen müssen. Bei einem bestehenden Honorarvertrag bedarf es keiner Begründung für die Überschreitung der Gebührenrahmensätze im Sinne des § 5 (2). Es fehlen Anhaltspunkte dafür, daß die Vereinbarungen gemäß § 138 BGB wegen Sittenwidrigkeit nichtig sind. Mit Schreiben erklärte sich der Patient zu einem Zeitpunkt, zu dem der Rechtsstreit schon teilweise anhängig und rechtsanhängig war, ausdrücklich mit den Behandlungsmaßnahmen aus persönlichen und medizinischen Gründen einverstanden. Die im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen und entstehenden Kosten sollten durch eine Zahlungsgarantie/Bürgschaft in Höhe von 13.000,00 EUR gesichert werden. Durch dieses Schreiben brachte der Patient gegenüber dem Zahnarzt sein Einverständnis mit den existierenden und durchgeführten Abrechnungsvereinbarungen zum Ausdruck.

LG Frankfurt
Az 2/23 O 299/01
Urteil vom 22.07.2004

Die Krankenversicherung hat die Kosten im eingeklagten Umfang zur ersetzen. Ihre Einwände gegen das Zustandekommen der Honorarvereinbarung zwischen dem Patienten und dessen behandelndem Zahnarzt greifen nicht durch. Die Honorarvereinbarung ist nicht nach dem AGBG unwirksam. Es kann dahinstehen, ob das AGBG angesichts individuell formulierter Leistungen und individuell diesen zugeordneter Multiplikatoren und Gebühren überhaupt Anwendung findet. Jedenfalls verstößt eine Honorarvereinbarung dann nicht gegen § 9 AGBG, wenn besondere Umstände im konkreten Einzelfall eine höhere Vergütung rechtfertigen. Dies ist vorliegend der Fall. Der Sachverständige hat festgestellt, daß die Leistungen, die Gegenstand der Honorarvereinbarung waren, den Schwierigkeiten der zu erbringenden klinischen und labortechnischen Arbeiten in einer die Mehrkostenvereinbarung tragenden Weise entsprachen. Eine Unwirksamkeit der Honorarvereinbarung ist auch nicht nach § 2 (2) gegeben. Die Krankenversicherung beruft sich insoweit auf eine im Text der Vereinbarung vorformulierte Empfangsbestätigung. Dadurch soll gegen das Gebot, daß die Vereinbarung keine weiteren Erklärungen enthalten darf als den Text der Vereinbarung selbst und den Hinweis, daß eine Erstattung möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, verstoßen worden sein. Indes wird durch die grafisch abgesetzte vorformulierte Empfangsbestätigung der Zweck des § 2 (2), der in der klaren und eindeutigen Erkennbarkeit des Vereinbarten zu sehen ist, nicht beeinträchtigt.

LG Düsseldorf
Az 3 O 188/02
Urteil vom 16.09.2004

Die Honorarvereinbarung ist – wie nach § 2 (2) Satz 1 erforderlich – „vor Erbringung der Leistung“ geschlossen worden. Zwar hat die Patientin den Zahnarzt vor Abschluß der Honorarvereinbarung aufgesucht, an diesem Tag sind jedoch lediglich eine Untersuchung und eine kleinere Behandlung von geringem Umfang vorgenommen worden. Dieses Behandlungsgeschehen betraf eine Füllung und die Beseitigung zweier scharfer Kanten. Es ist von den späteren zahnärztlichen Leistung abgrenzbar Ein Zusammenhang mit der späteren Behandlung ist nicht erkennbar. Von daher wäre es der Patientin, hätte sie die Honorarvereinbarung nicht akzeptieren wollen, ohne Inkaufnahme irgendwelcher Nachteile wegen der bisherigen Leistungen in der Lage gewesen, von der weiteren Behandlung Abstand zu nehmen und sich gegebenenfalls in eine anderweitige zahnärztliche Behandlung zu begeben.

LG Düsseldorf
Az 3 O 218/04
Urteil vom 20.10.2004

Die Honorarvereinbarung ist formell wirksam zustande gekommen. Sie wurde vor Behandlungsbeginn getroffen und genügt den Anforderungen des § 2. Die Vereinbarung ist nicht wegen Verstoßes gegen § 9 (2) Satz 2 AGBG unwirksam. Die Honorarvereinbarung stellt keine Allgemeine Geschäftsbedingung im Sinne von § 1 (1) AGBG dar, sondern eine Individualvereinbarung. Sie wurde erst nach eingehender, in mehreren Terminen durchgeführter Untersuchung und Beratung angeschlossen. Damit stellt sich die Vergütungsvereinbarung, als eine auf das individuelle Behandlungsbedürfnis des Patienten abgestimmte und nicht für eine unbestimmte Vielzahl von Fällen vorgesehene Vereinbarung dar.

Der Vergütungsanspruch des Zahnarztes war bei Begleichung der Rechnung durch den Patienten nach § 10 (1) fällig. Die Rechnungen entsprechen den Vorgaben der GOZ. Dieser Beurteilung steht § 10 (3) nicht entgegen. Die dort vorgesehene Begründung für die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes ist nicht notwendig, wenn der Steigerungssatz in einer Honorarvereinbarung von den Parteien einvernehmlich festgelegt worden ist. Der Begründungszwang dient der Nachprüfung des Ermessens, das der Zahnarzt bei der Bemessung des Steigerungssatzes innerhalb des Gebührenrahmens auszuüben hat. Fehlt es – wie im Fall der einvernehmlichen Festlegung des Steigerungssatzes – an einer Ermessensausübung, bedarf es keiner Begründung für Überschreitungen des 2,3-fachen Satzes. Sie könnte ohnehin nur in einem formelhaften Verweis auf die geschlossene Honorarvereinbarung bestehen. Ist nämlich eine Honorarvereinbarung getroffen, ist alleine diese und nicht die in § 5 (2) genannten Bemessungskriterien Rechtfertigung für die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes. Der Umstand, daß der sich in privat-zahnärztlicher Behandlung befindende Patient seiner privaten Krankenversicherung gegenüber eine medizinische Begründung für die Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes geben muß, um eine entsprechende Erstattung zu erhalten, ist nicht geeignet, die Voraussetzungen der Fälligkeit des Honoraranspruches des Arztes gegenüber seinem Patienten zu verändern.

LG Düsseldorf
Az 22 S 189/04
Urteil vom 11.02.2005

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Neuss
Az 85 C 6140/02
Urteil vom 02.04.2004

Es handelt sich hierbei – wie vom Amtsgericht zutreffend ausgeführt – um eine Individualvereinbarung, so daß eine Kontrolle nach dem Recht der Allgemeinen Geschäftsbedingungen nicht stattfindet. Für das Vorliegen einer Individualvereinbarung ist maßgeblich, daß sie auf das individuelle Behandlungserfordernis des Patienten abgestimmt ist. Hier lag der Heil- und Kostenplan mit den bei dem Patienten erhobenen Befunden und der konkret geplanten Therapie zugrunde. Danach waren bestimmte kieferorthopädische Leistungen vorgesehen, so daß die dafür vereinbarte Gebührenhöhe als auf das konkrete Behandlungsgeschehen abgestimmt anzusehen ist. Zu Recht hat auch das Amtsgericht Indizwirkung für das Vorliegen einer Individualvereinbarung darin gesehen, daß das von dem Patienten unterschriebene Dokument mit „Vereinbarung“ unterschrieben war. Das Amtsgericht hat dies jedoch nicht – wie vom Patienten geltend gemacht – alleine für ausschlaggebend gehalten. Vielmehr hat auch das Amtsgericht darauf abgestellt, daß die Vereinbarung gerade an individuellen Bedürfnissen des Beklagten angepaßt war. Die Vereinbarung ist auch nicht gemäß § 138 (1) BGB nichtig. Ein die Sittenwidrigkeit begründendes auffälliges Mißverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung ist vorliegend nicht erkennbar. Hierzu fehlt es bereits an Vortrag seitens des Patienten. Für die Beantwortung der Frage eines für den Tatbestand des § 138 (1) BGB auffälligen Mißverhältnisses zwischen Leistung und Gegenleistung können der konkreten Vereinbarung nicht ohne weiteres die gesetzlichen Gebühren gegenüber gestellt werden. Es ist vielmehr auch zu berücksichtigen, daß diese nicht immer den mit der Tätigkeit verbundenen Aufwand angemessen abdecken. Daß die hier angesetzten Gebühren den vom Zahnarzt betriebenen Aufwand nicht rechtfertigen, ist nicht ersichtlich. Vielmehr hat der Patient mit anwaltlichen Schreiben selbst vorgetragen, daß der Aufwand der stattgefundenen zahnärztlichen Behandlung mit durchschnittlichen zahnärztlichen Eingriffen nicht vergleichbar sei. Unter diesen Umständen kann aber – wie vom Amtsgericht ausgeführt – die Vereinbarung des 5,9-fachen bzw. 7,0-fachen Satzes nicht als gegen die guten Sitten verstoßend – mithin gegen das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkender verstoßend – im Sinne des § 138 (1) BGB angesehen werden.

Schließlich kann dem Zahnarzt auch nicht entgegengehalten werden, er habe nicht sämtliche Positionen seiner Abrechnung bezüglich des in Ansatz gebrachten Steigerungssatzes ausdrücklich begründet. Aus gebührenrechtlicher Sicht bedarf es nach allgemeiner und mittlerweile gefestigter Auffassung in Literatur und Rechtsprechung keiner besonderen Begründung für das Überschreiten des Mittelwertes des Gebührenrahmens, wenn eine Vergütungsvereinbarung vorliegt. Die Begründung ergibt sich vielmehr aus der getroffenen Individualvereinbarung selbst als Ausfluß der verfassungsrechtlich garantierten Vertragsfreiheit.

AG München
Az 112 C 28/201/88
Urteil vom 21.09.1988

Die GOÄ (alt) enthält keine Vorschrift, nach der unmittelbar auch für Honorarvereinbarungen (abweichende Vereinbarungen) im Sinne von § 12 GOÄ (alt) bestimmte Begründungserfordernisse erfüllt sein müssen.

AG Oldenburg
Az 28 C 259/90 XIII
Urteil vom 05.07.1990

Eine Vergütungsvereinbarung (abweichende Vereinbarung) ist stets dann zulässig, wenn bei dieser Gebührenvereinbarung die verordnungsrechtlich vorgeschriebenen Formalien gemäß § 2 (2) eingehalten werden.

AG Düsseldorf
Az 40 C 1155/90
Urteil vom 29.10.1990

Eine Verblendkrone kann nicht nach § 2 (3) berechnet werden, da sie Bestandteil des Gebührenverzeichnisses (221 und 501) ist.

AG Münsingen
Az 2 C 91/91
Urteil vom 13.06.1991

Für die Individualisierung von Konfektionszähnen kann nur ein Honorar berechnet werden, wenn dies auf Verlangen des Patienten erfolgt und vor Beginn der Behandlung eine Honorarvereinbarung nach § 2 (3) getroffen wird, da dies Maßnahmen sind, die über eine zahnmedizinisch notwendige Versorgung hinausgehen.

AG Düsseldorf
Az 36 C 6892/91
Urteil vom 17.09.1991

Das beklagte Versicherungsunternehmen weigerte sich, eine "überhöhte" Liquidation ergänzend zu erstatten, da „die standardmäßig seitens dieses Zahnarztes veranlaßten Honorarvereinbarungen in ihrer Eigenschaft als Allgemeine Geschäftsbedingungen unangemessen und einseitig seien. Keinesfalls zu rechtfertigen seien diese Vereinbarungen mit der Begründung einer bloß angestrebten weit überdurchschnittlichen Qualität.“

Das Gericht sieht diese Honorarvereinbarungen als zulässig an, da die Erstattungskonsequenzen vom Patienten gegengezeichnet wurden. "Die Gebührenordnung beläßt im § 2 ausdrücklichen Raum für nahezu volle Vertragsfreiheit."

Ist Langsamkeit nicht von vornherein ein Qualifikationsmerkmal, so kann sich daraus doch ergeben, daß gerade dieser Zahnarzt nur mit einem besonders hohen Honorar aus seiner Praxis Erlöse erzielen kann.

AG Düsseldorf
Az 54 C 8910/92
Urteil vom 09.10.1992

Versicherungsbedingungen, die Erstattungsfähigkeit im Rahmen der gültigen Gebührenordnung vorsehen, schließen Erstattungen auf Honorarvereinbarungen, die den Erfordernissen des § 2 entsprechen, nicht aus.

Ein vom Patienten akzeptierter Honorarvorschlag, den der Behandler seinem Patienten nach dessen eingehender Untersuchung und Aufstellung eines Behandlungsplanes für einzelne Gebührennummern unterbreitet, ist eine auf den Einzelfall abgestimmte Honorarregelung, die als Individualvereinbarung anzusehen ist, wobei es nicht schadet, daß hinsichtlich der Rahmenformulierung ein einheitlicher Vordruck verwendet wird.

Die prozentuale tarifgemäße Erstattung der privaten Versicherung richtet sich mangels anderslautender eindeutiger Zuordnung in den Versicherungsbedingungen nach der maßgeblichen Einordnung in der Gebührenordnung für Zahnärzte.

AG Düsseldorf
Az 21 C 287/93
Urteil vom 27.08.1993

Das Gericht ist der Auffassung, daß die getroffene Honorarabsprache ("Die Höhe der Vergütung weicht von der Verordnung, §§ 5 und 6, um das Zweieinhalbfache des Gebührensatzes nach oben ab.") eine wirksam ausgehandelte Individualvereinbarung darstellt. Diese unterliegt nicht der Inhaltskontrolle nach dem AGB-Gesetz. Die gegenteilige Auffassung der Patientin überspannt die Anforderungen an das Zustandekommen einer wirksamen Individualvereinbarung. Diese Auffassung trifft zudem nicht die Lebenswirklichkeit derartiger Vorgänge und wird der Situation der Vertragsparteien bei der Begründung eines Behandlungsvertrages nicht hinreichend gerecht.

Entscheidend für die vorliegende Annahme eines "Aushandelns" der Honorarvereinbarung ist, daß der Patientin im Rahmen einer Erörterung Inhalt und Bedeutung der Vereinbarung hinreichend nahegebracht wurden und sie aufgrund dieser Informationserteilung in die Lage versetzt wurde, deren Tragweite zu erkennen und für sich zu entscheiden, ob sie diesen Inhalt zum Gegenstand des Behandlungsvertrages und der Abrechnung machen wollte.

AG Düsseldorf
Az 23 C 2034/94
Urteil vom 18.05.1994

Eine Gebührenvereinbarung nach § 2 (1), die nicht vom Zahnarzt persönlich, sondern statt dessen in seinem Auftrag von einer Praxismitarbeiterin "i.A." unterschrieben worden ist, entspricht nicht den Vorschriften der Gebührenordnung. Die Regelungen des § 126 BGB greifen im vorliegenden Fall nicht, da die Gebührenordnung ausdrücklich vorschreibt, daß der behandelnde Zahnarzt Aussteller der Urkunde zu sein hat.

AG Nürnberg
11 C 8516/93
Urteil vom 22.12.1994

Eine private Krankenversicherung ist nicht berechtigt, ihre Erstattungsverpflichtung auf den Höchstsatz der Gebührenordnung zu beschränken, wenn der streitgegenständliche Versicherungstarif keine Beschränkungen auf einen bestimmten Gebührensatz bzw. auf den Gebührenrahmen des § 5 (2) enthält und wenn nicht durch entsprechende Vertragsbedingungen Gebührenvereinbarungen dem Grunde und der Höhe nach von der Erstattungspflicht ausgenommen sind.

Auch ist es für die Erstattungsfähigkeit der Kosten, die aus einer Honorarvereinbarung resultieren, nicht erforderlich, daß die private Krankenversicherung ihr Einverständnis zu der Gebührenvereinbarung erklärt hat.

AG Hannover
Az 559 C 8514/93
Urteil vom 17.02.1995
(Urteil zur GOÄ (alt))

Die im streitigen Fall getroffene Honorarvereinbarung in Höhe des fünffachen Steigerungssatzes wurde vom Gericht für unwirksam erklärt.

”Bei den Honorarvereinbarungen handelt es sich um Allgemeine Geschäftsbedingungen im Sinne des § 1 (1) Satz 1 AGB-Gesetz. Es handelt sich um Vordrucke, die der beklagte Arzt unstreitig in einer Vielzahl von Fällen verwendet. Unerheblich ist auch, daß der Steigerungssatz handschriftlich eingetragen ist (§ 1 (1) Satz 2 AGB-Gesetz).

Der Arzt hat nicht hinreichend konkret dargelegt, daß die Honorarvereinbarung oder auch nur der handschriftlich eingefügte Steigerungssatz mit der klagenden Patientin im einzelnen ausgehandelt worden ist (§ 1 (2) AGB-Gesetz). Wenn der Arzt der Patientin die bestehenden Risiken und Schwierigkeiten der Operation eingehend erklärt und sie darauf hingewiesen hat, daß er diese Operation nicht zum 3,5-fachen Gebührensatz des § 5 durchführen könne und die Vereinbarung des fünffachen Gebührensatzes vorgeschlagen hat, hat er diese Vertragsbedingung der Patientin gestellt und sie nicht mit ihr ausgehandelt. Ein Aushandeln setzt voraus, daß der Verwender den gesetzefremden Kerngehalt seiner Allgemeinen Geschäftsbedingungen inhaltlich ernsthaft zur Disposition stellt und dem anderen Teil Gestaltungsfreiheit zur Wahrung eigener Interessen einräumt. Der Kunde muß die reale Möglichkeit erhalten, den Inhalt der Vertragsbedingungen zu beeinflussen. Dies war nach der eigenen Darstellung des Arztes bei dem Aufklärungsgespräch mit der Patientin nicht der Fall. Die Patientin konnte nur die Vereinbarung des fünffachen Steigerungsfaktors akzeptieren oder auf die Operation verzichten.

Die Honorarvereinbarung benachteiligte die Klägerin entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen, weil sie mit dem Leitbild der Gebührenordnung für Ärzte nicht vereinbar ist (§ 9 (2) Satz 1 AGB-Gesetz). Die Vereinbarung des gleichen Steigerungssatzes für durchschnittliche Leistungen sowie für besonders schwierige oder für besonders zeitaufwendige Leistungen widerspricht tragenden Grundgedanken der Gebührenordnung für Ärzte. Außerdem weicht die Überschreitung des in § 5 (1) Satz 1 GOÄ (alt) festgelegten Gebührenrahmens in einer den Patienten unangemessen benachteiligten Weise von der Absicht des Ordnungsgebers ab, eine angemessene und leistungsgerechte aber auch ausreichende Vergütung der Ärzte sicherzustellen.

AG Frankfurt
Az 32 C 533/95-48
Urteil vom 16.06.1995

Eine Honorarvereinbarung, die erst nach Beginn der Behandlung getroffen wird, erfüllt nicht die Voraussetzungen, die in § 2 (2) gefordert werden. Regelungen über die Vergütung haben vor Abschluß des Behandlungsvertrages zu erfolgen.

Vereinbarungen, die nach oder während der Erbringung einer ärztlichen Leistung abgeschlossen werden, sind wegen Verstoßes gegen die Formvorschriften nach § 125 BGB unwirksam.

AG Mülheim
Az 19 C 175/94
Urteil vom 14.07.1995
(Teilurteil)

Der Fall: In einem ausführlichen Beratungsgespräch wurden zwischen Zahnarzt und Patient mit begleitender Besprechung des Behandlungsplanes zwei Kostenabschnitte mit dem vorhersehbaren Kostenvolumen inclusive der zu erwartenden Laborkosten erläutert. Während der laufenden Behandlungszeit einigten sich dann Zahnarzt und Patient jedoch dahin, daß statt der in der ursprünglichen Vergütungsvereinbarung festgelegten Sätze abweichende, geringere Steigerungssätze abgerechnet werden sollen, die jedoch teilweise weiterhin über dem 3,5-fachen Steigerungssatz lagen.

Das Gericht: Aus alledem ergibt sich, daß die Honorarvereinbarung individuell in mehreren Gesprächen über einen längeren Zeitraum getroffen worden ist. Dem Patienten wurde also nicht nur Gestaltungsfreiheit zur Wahrung eigener Interessen eingeräumt, sondern auch die reale Möglichkeit, die inhaltliche Ausgestaltung der Vertragsbedingungen beeinflussen zu können, der Patient hat dies auch getan. Somit handelt es sich bei der geschlossenen und Streitgegenständlichen Honorarvereinbarung um eine Individualvereinbarung, bei der das AGBG, insbesondere § 9, nicht einschlägig ist, weshalb der Zahnarzt Anspruch auf Zahlung des noch strittigen Resthonorars aus der Honorarvereinbarung hat.

AG Düsseldorf
Az 54 C 8912/92
Urteil vom 05.12.1995

Die private Krankenversicherung ist nicht berechtigt, ihre Erstattungsverpflichtung auf den Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte zu beschränken. Denn der zwischen den Parteien vereinbarte Zahnkostentarif enthält keinerlei Beschränkungen auf einen bestimmten Steigerungssatz bzw. auf den Gebührenrahmen des § 5 (2). Dies ergibt sich aus dem eindeutigen Wortlaut des zitierten Zahnkostentarifs und folgt ferner aus dem Umstand, daß eine erstattungsfähige Höchstgrenze auch nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung normiert ist.

Auch ist es für die Erstattungsfähigkeit der Kosten, die aus einer Honorarvereinbarung resultieren, nicht erforderlich, daß die private Krankenversicherung ihr Einverständnis zu der Gebührenvereinbarung erteilt hat. Denn eine solche Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist weder in den Versicherungsbedingungen der Versicherung vereinbart, noch ergibt sie sich aus der Gebührenordnung.

Die zwischen dem Patienten und dem behandelnden Arzt getroffenen Honorarvereinbarungen entsprechen den Anforderungen des § 2 und sind als individuell vereinbarte Gebührensätze wirksam. Dem steht nicht entgegen, daß der behandelnde Arzt bei der Abfassung der zugrunde liegenden Honorarvereinbarungen einen Vordruck benutzt hat, in welchem handschriftlich die jeweiligen Steigerungssätze eingetragen worden sind. Entscheidend ist vielmehr, ob die jeweilige Vergütungshöhe zwischen dem Patienten und dem behandelnden Arzt individuell ausgehandelt worden ist. Von einer solchen Sachlage ist vorliegend auszugehen. Denn der Patient hat im einzelnen vorgebracht, daß den Honorarvereinbarungen jeweils eingehende Untersuchungen seitens des behandelnden Arztes vorausgegangen sind und daß nach diesen Untersuchungen der behandelnde Arzt ihn über Art und Umfang der geplanten Behandlung informiert und über den dadurch entstehenden Kostenaufwand aufgeklärt habe. Der behandelnde Arzt hätte ihm dann jeweils einen entsprechenden Honorarvorschlag für die einzelnen Behandlungen gemacht und ihm anschließend eine schriftliche Kostenvorhersage zugesandt. Jeweils am nächsten Behandlungstag sei dann die Kostenvorhersage noch einmal durchgesprochen und anschließend die Honorarvereinbarung unterzeichnet worden.

Diese Vorgehensweise, die der Patient durch Vorlage der jeweiligen Kostenvorhersage belegt hat und welche auch von der privaten Krankenversicherung nicht substantiiert bestritten worden ist, wird vom Gericht als hinreichend angesehen, um das Vorliegen einer individuell ausgehandelten Honorarvereinbarung zu bejahen.

Zur Wirksamkeit der Honorarvereinbarung bedurfte es keiner besonderen Begründung der jeweiligen Gebühreneinzelsätze. Die Begründung ergibt sich vielmehr aus der getroffenen Individualvereinbarung selbst, als Ausfluß der verfassungsrechtlich garantierten Vertragsfreiheit. Eine entgegenstehende Vereinbarung ist zwischen den Parteien im zugrunde liegenden Versicherungsvertrag nicht normiert.

Schließlich steht der Forderung des Patienten an seine private Krankenversicherung auch nicht die Regelung des § 5 (2) AVB entgegen, wonach der Versicherer seine Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen kann, wenn eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß übersteigt. Für das Vorliegen eines solchen Sachverhaltes ist nämlich die insoweit darlegungs- und beweispflichtige private Krankenversicherung bereits darlegungsfähig geblieben. Die bloße Behauptung, daß die beim Patienten durchgeführte Behandlung durch jeden niedergelassenen Zahnarzt hätte durchgeführt werden können, reicht insoweit nicht aus. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil der Patient unwidersprochen vorgebracht hat, daß der behandelnde Arzt eine reine Privatpraxis betreibt, in welcher er nur ein relativ geringes Patientenaufkommen zuläßt, mit dem Ziel, die jeweiligen Patienten jeweils intensiv und zeitaufwendig zu behandeln. Eine solche Behandlung wird trotz der damit verbundenen höheren Kosten als medizinisch notwendig angesehen, weil sie in der Regel qualitativ überdurchschnittlich ist und dies dem Behandlungsergebnis zugute kommt.

AG Düsseldorf
Az 49 C 333/96
Urteil vom 05.06.1996

Eine Vergütungsvereinbarung nach § 2 (1) und (2) ist dann keine Allgemeine Geschäftsbedingung sondern eine rechtsgültige Individualvereinbarung, wenn trotz eines vorhandenen Rahmentextes

- nicht nur Namen und Datum ausgefüllt werden,

- die einzelnen durchzuführenden Maßnahmen nach den entsprechenden Gebührennummern handschriftlich erfaßt werden und
- bezogen auf den Schwierigkeitsgrad der Behandlung bei dem Patienten die Multiplikatoren festgelegt werden.

Eine solche, an der individuellen Behandlung des Patienten orientierte Vereinbarung stellt eine Individualvereinbarung dar, da sie nur auf einen Fall, die Behandlung des betreffenden Patienten, anwendbar ist.

AG Düsseldorf
Az 47 C 598/96
Urteil vom 20.05.1997

Die streitige Honorarvereinbarung wurde vom Gericht als wirksam erachtet, da sowohl unter Berücksichtigung des schwierigen und komplexen Krankheitsbildes als auch unter Zugrundelegung der Qualität und Sorgfalt der Behandlung das Honorar angemessen ist. Der Zahnarzt hat zudem bewiesen, daß der Patient nicht eine formularmäßige Vereinbarung unterzeichnet hat. Er ist vielmehr vor Unterzeichnung der Honorarvereinbarung nicht nur über das schwierige Krankheitsbild aufgeklärt worden ist sondern auch über die erhöhten Gebühren wegen überdurchschnittlicher Präzision und überdurchschnittlichen Aufwandes und hat ferner den Hinweis erhalten, daß die kostenerstattenden Stellen nicht sämtliche Kosten erstatten werden.

AG Düsseldorf
Az 47 C 601/96
Urteil vom 20.05.1997

Die streitige Vergütungsvereinbarung wurde vom Gericht als korrekt angesehen, da der Zahnarzt beweisen konnte, daß er mit dem Patienten persönlich die Honorarvereinbarung geschlossen hat. Zunächst ist dem Patienten ein Merkblatt ausgehändigt worden und dessen Inhalt und Rechtsfolgen sind vom Zahnarzt erklärt worden. Danach ist die Unterschrift auf der Honorarvereinbarung im Beisein einer Zeugin durch den Patienten erfolgt. Der Zahnarzt hat im gerichtlichen Verfahren zudem bewiesen, daß die geforderte Vergütung im Verhältnis zu der überdurchschnittlichen Qualität und Präzision seiner zahnärztlichen Leistung angemessen ist.

AG Düsseldorf
Az 232 C 8195/97
Urteil vom 03.09.1997

Die Streitgegenständliche Honorarabsprache ist eine wirksam ausgehandelte Individualvereinbarung, so daß sie nicht der Inhaltskontrolle nach dem AGB-Gesetz unterliegt.

Kerninhalt einer zahnärztlichen Behandlung ist nicht das Aushandeln des Honorars, sondern die zahnärztliche einwandfreie Behandlung. Nach der Lebenswirklichkeit derartiger Vorgänge würde es die Anforderungen an das Zustandekommen einer wirksamen Individualvereinbarung überspannen, wenn es die Haupttätigkeit des Zahnarztes wäre, vor (!) Behandlungsbeginn jegliche Eventualitäten der notwendigen Behandlung ausführlich mit dem Patienten zu erörtern.

AG Düsseldorf
Az 55 C 16779/96
Urteil vom 03.11.1997

Eine Honorarvereinbarung nach § 2 ist nicht per se als Allgemeine Geschäftsbedingung zu qualifizieren, sondern stellt lediglich eine Fixierung von Rahmenformulierungen dar.

Diese enthalten unausgefüllt keinerlei Vereinbarungen sondern nur Hinweise. Der vereinbarte Inhalt wird ausnahmslos erst durch Ausfüllen und Unterschreiben gewonnen. Dabei kann es nicht darauf ankommen, ob der Patient vor der Unterschrift untersucht wurde oder nicht. Denn ausweislich der Vorschrift des § 2 muß die Honorarvereinbarung vor Beginn der Behandlung abgeschlossen werden.

AG Friedberg
Az 2 C 2169/98-21
Urteil vom 12.05.1999

Der Wirksamkeit der Honorarvereinbarung steht der Vortrag der Patientin, als älterer Mensch sei ihr die Bedeutung ihrer Unterschrift unter der Honorarvereinbarung nicht bewußt gewesen, nicht entgegen. Es ist grundsätzlich davon auszugehen, daß derjenige, der einen Vertrag unterzeichnet, sich dessen Inhalt und dessen Konsequenzen bewußt ist. Dies gilt in gleicher Weise für Personen hohen Alters.

AG Düsseldorf
Az 34 C 19963/98
Urteil vom 30.11.2000

Die zwischen den Parteien vereinbarten Bedingungen sehen keine Beschränkung des Gebührenrahmen nach § 5 vor, so daß bei den einzelnen Leistungen auch die Anwendung eines Gebührensatzes von mehr als 3,5 der Erstattungsfähigkeit nicht entgegensteht. Die zwischen dem Kläger und dem Zahnarzt getroffene Honorarvereinbarung entspricht den Anforderungen des § 2 und ist als individuell vereinbarter Gebührensatz wirksam.

Nach Durchführung der Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Gerichtes fest, daß die Steigerungssätze der streitgegenständlichen Gebührennummern soweit diese den 3,5-fachen Satz überschreiten, bis auf die Gebührennummer 802, angemessen sind. Der Sachverständige hat insoweit überzeugend ausgeführt, daß die Spanne zwischen der einfachen Wiederherstellung der Zahnfunktion und der Wiederherstellung der Zahnfunktion einschließlich der Wiederherstellung der natürlichen Zahnästhetik zumeist verbunden ist mit einer weit überdurchschnittlichen Qualität und hohen Praxisaufwand aufgrund der Präzision der zahnärztlichen Leistung. Um eine solche anspruchsvolle und qualitativ hochwertige Behandlung handelt es sich im vorliegenden Fall. Entgegen der Ansicht der Beklagten ist sie zur Erstattung einer solchen Leistung verpflichtet. Denn als medizinisch notwendig im Sinne von § 1 (2) Satz 1 gelten nicht nur Standardbehandlungen sondern auch aufwendige und anspruchsvolle Maßnahmen, wenn sie eine wirksame und dauerhafte Versorgung gewährleisten. Die von dem Sachverständigen bescheinigte überdurchschnittliche Qualität und Präzision der Leistungen des behandelnden Zahnarztes gewährleistet jedoch gerade eine solche dauerhafte Versorgung.

AG Hamburg
Az 23A C 466/01
Urteil vom 02.03.2004

Das Gericht hält es insoweit nicht für erforderlich, daß der Bereich zwischen dem 2,3- und dem 3,5-fachen Satz begründet wird, wenn ohnehin zwischen den Vertragsparteien eine – generell nicht zu begründende – Honorarvereinbarung getroffen wurde, die festlegt, daß bezüglich dieser Leistungen ein 5- oder 6-facher Satz berechnet werden kann. Im Übrigen hat der Patient im Rahmen des Prozesses gegen das Krankenversicherungsunternehmen dargelegt, wie der Zahnarzt die Überschreitung des Mittelsatzes von 2,3 begründet hat. Da die Krankenversicherung in ihren Tarifbedingungen und den sonstigen Allgemeinen Geschäftsbedingungen auch keine Regelung getroffen hatte, daß sich die Erstattung auf die nach der GOZ bzw. der GOÄ vorgesehenen Höchstsätze beschränkt, ist es verpflichtet, auch die wirksam vereinbarten darüber hinausgehenden Honorare in Höhe des vertraglich vereinbarten Prozentsatzes zu erstatten.

AG Wuppertal
Az 35 C 577/04
Urteil vom 24.02.2005

Der Patient schuldet dem Zahnarzt die ausgeurteilte Summe aufgrund des zwischen den Parteien zustande gekommenen zahnärztlichen Behandlungsvertrages. Dem Patienten war spätestens seit dem Erhalt eines Kostenplans klar, daß er eine Implantatversorgung privat würde bezahlen müssen. In dieser Aufstellung sind auch bereits die streitgegenständlichen Leistungen, sowie anfallende Material- und Laborkosten aufgeführt. Diese Leistungen nahm der Patient in Anspruch. Auch ohne gesonderte schriftliche Vereinbarung schuldet er dementsprechend die Gebühren nach der GOZ; der konkludente Vertragsabschluß durch den Besuch in der Praxis und das Durchführenlassen der Maßnahmen reicht insoweit aus.

Die Leistungen sind auch nicht lediglich solche zur Vorbereitung des Vertrages oder zur Vertragsanbahnung. Der Patient hatte keinerlei Grund für die Annahme, der Zahnarzt führe in einer Reihe von Terminen umfangreiche Maßnahmen lediglich im Rahmen einer kostenlosen Akquise durch. Seine Begründung, schließlich habe erst ermittelt werden müssen, ob die Implantatlösung überhaupt durchgeführt werden konnte, führt zu keinem anderen Ergebnis. Insoweit gehören bei einer solchen Behandlung Diagnose und Durchführung der Maßnahme einheitlich zur zahnärztlichen Behandlung und lösen selbstverständlich Gebührenansprüche aus. Der Patient wird etwa auch von seinem Hausarzt nicht erwarten, daß dieser nur solche Untersuchungen in Rechnung stellt, bei denen er letztlich auf einen therapiebedürftigen Befund stößt und dementsprechend Therapiemaßnahmen ergreift. Er wird auch von seinem Anwalt nicht erwarten, daß dessen Erstberatung kostenlos ist, nur weil dieser vielleicht davon abrät, den Gegner zu verklagen. Sofern der Patient anführt, die Erstellung eines Kostenvoranschlags sei regelmäßig kostenlos, trifft dies nicht den Kern der Sache. Es handelt sich nicht um Kosten zur Erstellung des Kostenplanes; ein solcher existierte ja bereits. Es handelt sich vielmehr um Kosten für die Ausführung von Leistungen gemäß diesem Kostenplan.

§ 3 - Auslagenersatz

BUNDESGERICHTSHOF
Az III ZR 264/03
Urteil vom 27.05.2004

aufhebendes Revisionsurteil zum

LG München II
Urteil vom 29.07.2003

abänderndes Revisionsurteil zum

AG Starnberg
Urteil vom 22.01.2003

Leitsätze:

I.

Auslagenersatz nach § 10 GOÄ kann der Zahnarzt nur für solche Materialien verlangen, die im Zusammenhang mit einer nach § 6 (1) GOZ eröffneten Leistung verwendet worden sind. Außerhalb des durch § 6 (1) GOZ eröffneten Bereichs kommt eine entsprechende (analoge) Anwendung des § 10 GOÄ für den Auslagenersatz im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen nicht in Betracht.

II.

Sind Materialien nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht berechnungsfähig, sind die Kosten hierfür, soweit nicht § 9 GOZ eingreift, nach § 4 (3) GOZ mit den Gebühren abgegolten.

III.

Kosten, die dem Zahnarzt durch eine Bevorratung von Implantaten entstehen, sind als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten.

Urteil: Wird für die Implantation von Knochen eine Leistung nach den Gebührennummern der GOÄ - im streitigen Fall die Gebührennummer 2254 - berechnet, bei der es sich um eine gemäß § 6 (1) GOZ auch für Zahnärzte eröffnete ärztliche Leistung aus dem Abschnitt L (Chirurgie, Orthopädie) Unterabschnitt V (Knochenchirurgie) der GOÄ handelt, so sind insoweit die Kosten für die hierfür mit einer einmaligen Anwendung verbrauchten Knochenkernbohrer auch nach § 10 (1) Nr. 1 GOÄ berechenbar.

Soweit dem Zahnarzt also die Gebührenordnung für Ärzte eröffnet ist, kann er auch nach § 10 (1) Nr. 1 GOÄ die Kosten eines mit einer einmaligen Anwendung verbrauchten Artikels dann berechnen, wenn er nicht zu den in § 10 (2) GOÄ aufgeführten Kleinartikeln gehört.

Urteil: Da die Kosten für einmalig verwendbare Implantatbohrersätze - im streitigen Fall zum einen 317,79 DM und zum anderen 594,- DM -, die in Verbindung mit den Gebührennummern 900 bis 903 verwendet werden, im

Rahmen der 2,3-fachen Gebührensätze ohne Berücksichtigung der allgemeinen Praxiskosten und des üblichen Sprechstundenbedarfs bereits zu 75 und mehr Prozent die eigentliche Gebühr aufzehren, begegnet nach Auffassung des Senats die Gestaltung von Gebühren insbesondere dann verfassungsrechtlichen Bedenken, wenn - wie hier - ein Zahnarzt betroffen ist, dessen Tätigkeitsschwerpunkt auf dem Gebiet der Implantologie liegt. Eine solche Gebührengestaltung entfernt sich soweit von einer sachgerechten Regelung, daß es nicht erforderlich erscheint, die Gebührenkalkulation in bezug auf Praxiskosten und Sprechstundenbedarf weiter aufzuklären und zu der positiven Feststellung zu gelangen, der Zahnarzt müsse bei Tätigkeiten der angesprochenen Art zulegen. Vielmehr ist das objektiv festzustellende Regelungsdefizit dahin zu schließen, daß so ins Gewicht fallende Kosten von Einmalwerkzeugen in erweiternder Auslegung der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 2 des Abschnitts K gesondert berechnet werden dürfen.

Urteil: Soweit es um die Berechenbarkeit der OP-Kleidung und des OP-Sets geht, stehen die verwendeten Materialien in einem Zusammenhang mit der Implantation von Knochen nach der Gebührennummer 2254 GOÄ, die zu den auch dem Zahnarzt nach § 6 (1) GOZ eröffneten ärztlichen Leistungen gehört. Insoweit kann der Auslagenersatz für die mit der einmaligen Anwendung verbrauchte Materialien auf § 10 (1) Nr. 1 GOÄ gestützt werden.

Urteil: Die Materialkosten für die Anfertigung von Fotos und die Kosten entsprechenden Materials (im Zusammenhang mit der Gebührennummer 600) sind gemäß § 4 (3) GOZ mit den Gebühren abgegolten.

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 25.92

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg

Az 4 S 1082/91

Urteil vom 21.05.1992

aufhebendes Berufungsurteil zum

VG Karlsruhe

Az 8 K 1188/90

Urteil vom 09.11.1990

- Anästhetika und
- Kunststoffe für provisorische Kronen

fallen nicht unter die Regelungen des § 4 (3) und (4), sind daher berechenbar und als beihilfefähig zu erstatten, da sie dem Grunde nach notwendig sind. Kosten für das Mittel einer intraoralen Infiltrationsanästhesie und für den Kunststoff einer provisorischen Krone sind allein aus Gründen der Behandlung veranlaßt und sind nicht dem Sprechstundenbedarf und den (sonstigen) Praxiskosten zu subsumieren.

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumin-

dest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfefpflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Nach § 5 (1) Satz 2 BhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Damit setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat.

Unklarheiten der Gebührenordnung dürfen nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposition zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen.

Der Dienstherr hat in Fällen von zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnung oder bei bestimmten häufiger wiederkehrenden Problemen den von ihm als überhöht angesehenen Gebührenforderungen entgegenzutreten. Hierzu steht dem Dienstherrn insbesondere die Möglichkeit offen, den Verordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken. Die Kosten für die in Rechnung gestellten Anästhetika und für den Kunststoff für die provisorischen Kronen sind daher beihilfefähig.

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 26.92

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof

Az 3 B 91.2350

Urteil vom 05.10.1992

Berufungsurteil zum

VG München

Az 5 K 91.239

Urteil vom 11.06.1991

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfefpflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Nach § 5 (1) Satz 2 BhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Damit setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat.

Unklarheiten der Gebührenordnung dürfen nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposi-

tion zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen.

Der Dienstherr hat in Fällen von zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnung oder bei bestimmten häufiger wiederkehrenden Problemen den von ihm als überhöht angesehenen Gebührenforderungen entgegenzutreten. Hierzu steht dem Dienstherrn insbesondere die Möglichkeit offen, den Ordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken. Die Kosten für die in Rechnung gestellten

- Anästhetika

sind daher beihilfefähig.

----- pro -----

OLG Karlsruhe
Az 10 U 232/00
Urteil vom 08.02.2002

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Baden-Baden
Az 2 O 294/96
Urteil vom 30.08.2000

Die Kosten für das

- Reaset-Material (= Repositionsmaterial zur Abdrucknahme) sind berechenbar da es sich hierbei um verschiedene Einmal-Präzisions-Hilfsteile handelt, die in der Phase der Vorbereitung eines endgültigen Implantats erforderlich sind, um die intraorale Implantatposition auf ein Labormodell zu übertragen. Derartige Materialien zählen also nicht zu den allgemeinen Praxiskosten nach § 4 (3), die bereits mit den Gebühren abgegolten sind und gem. § 4 (4) nicht gesondert berechnet werden dürfen.

Die Erstattungsfähigkeit von Sachkosten hängt nicht davon ab, ob der Zahnarzt den ihm nach § 5 (2) vorgesehene Gebührenrahmen ausschöpft oder nicht. Denn der Gebührensatz bemißt sich gem. § 5 (2) allein nach der Schwierigkeit und dem Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie nach den Umständen bei der Ausführung, nicht aber danach, ob und in welchem Umfang für die ärztliche Leistung Material benötigt wird.

OLG Hamburg
Az 1 U 139/02
Az 1 U 94/03
Urteil vom 20.02.2004

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Hamburg
Az 319 O 169/01
Versäumnisurteil vom 22.11.2001
Teilurteil vom 02.10.2002
Schlußurteil vom 27.06.2003

- Medizinische Spülungen im Zusammenhang mit der Gebührennummer 407

- Anästhetika
- Material zur Anfertigung von Provisorien und
- Einwegbohrer

sind dem Praxisbedarf zuzurechnen und nicht gesondert berechenbar, dies gilt deshalb, da die sinnentsprechende Heranziehung des § 10 (2) Nr. 5 GOÄ für die zahnärztliche Abrechnung dem Zahnarzt einen Anspruch auf Ersatz dieser Kosten verwehrt.

Daher ist eine sinnentsprechende Heranziehung des § 10 (2) Nr. 5 GOÄ für die zahnärztliche Abrechnung gesondert berechenbarer Auslagen zulässig.

LG Berlin

Az 6 O 461/90

Urteil vom 02.03.1992

Berichtigungsbeschluß vom 24.03.1992

Die Berechnung der Materialkosten für

- Abformmaterial und für
- provisorische Kronen/Inlays

ist gemäß § 3 und § 4 (3) in Verbindung mit § 10 (6) GOZ [*Anmerkung:* Gemeint ist wohl GOÄ.] ebenso gerechtfertigt wie der Ansatz von

- Anästhesiemitteln und
- Wurzelkanalstiften.

LG Duisburg

Az 4 S 468/92

Urteil vom 09.06.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Duisburg

Az 49 C 350/91

Urteil vom 11.11.1992

- Anästhetika und
- Blutgerinnungsmittel

zählen nicht zu den nach § 4 (3) mit den Gebühren abgegoltenen Praxiskosten und zum Sprechstundenbedarf. Gemäß § 6 (1) GOZ ist auch §10 (1) GOÄ (alt) anwendbar. Danach können solche Präparate (Anästhetika und Blutgerinnungsmittel) getrennt abgerechnet werden.

LG Hamburg

Az 302 S 47/95

Urteil vom 18.08.1995

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Hamburg

Az 12 C 1281/94

Urteil vom 18.01.1995

Die Berechnung der Kosten für

- "Bohrersatz" im Zusammenhang mit implantologischen Leistungen
- ist gemäß § 3 GOZ i.V.m. § 10 GOÄ (alt) zutreffend. Es handelt sich hierbei nicht um bereits nach § 4 (3) mit den übrigen Gebühren abgegoltene Kosten.

Bei den entsprechenden Bohrersätzen handelt es sich um sterile Einmalimplantatbohrer, die nur einmalig zu der bei dem Patienten vorgenommenen Implantation verwendet werden. Sie sind somit nicht wiederverwendbar, und sie werden im Rahmen des allgemeinen Sprechstundenbedarfes auch nicht ständig benötigt.

LG Dresden
Az 11-O-7277/97
Urteil vom 06.05.1999

Die Kosten für

- einen Bohrersatz,
- einen Spiralbohrer,
- einen Versenker und
- ein Abdeckset

sind berechenbar, da sie nicht zu den Praxiskosten rechnen.

LG Düsseldorf
Az 3 O 434/99
Urteil vom 20.04.2000

[Anmerkung: Obwohl dieses Urteil durch das Berufungsurteil des OLG Düsseldorf vom 28.06.2001, Az 8 U 138/00, teilweise abgeändert wurde, ist die nachfolgende Urteilspassage unverändert geblieben.]

Kosten für

- Kühlkompressen und
- atraumatisches Nahtmaterial

sind berechenbar. Dies ergibt sich aus der von der Bundeszahnärztekammer herausgegebenen Materialliste.

LG Memmingen
Az 3 O 1179/99
Urteil vom 16.08.2001

Die Kosten für

- Anästhetika,
- Aufbaumaterialien etc.

gehören nicht zu den allgemeinen Praxiskosten, die gemäß § 4 (3) mit den zahnärztlichen Gebühren abgegolten wären. Es handelt sich vorliegend nicht um Kosten, die in der Praxis regelmäßig beim Betrieb und zur Aufrechterhaltung der Praxis anfallen, wie z. B. Mietkosten, Personalkosten, Bürobedarf, Fachliteratur, Mobiliar, Instrumente, Apparaturen, Versicherungskosten etc. aber auch nicht um Kosten für den Sprechstundenbedarf oder Füllungsmaterial, sondern um Kosten, die im Einzelfall aus der Behandlung des Patienten entstanden sind.

So wurden diese Materialien vom Zahnarzt verwendet, um dem Patienten das Abholen dieser Materialien in der Apotheke nach Rezepterstellung zu ersparen. Vom Zahnarzt durften diese Kosten gesondert berechnet werden – weil nicht gemäß § 4 (3) abgegolten – und sie sind von der Krankenversicherung auch zu erstatten.

LG Heidelberg
Az 4 S 6/02
Urteil vom 06.08.2002

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Heidelberg
Az 27 C 188/01
Urteil vom 15.03.2002

Hinsichtlich der vom Zahnarzt geltend gemachten Materialkosten geht das Gericht davon aus, daß es sich hierbei nicht mehr um den allgemeinen Praxisbedarf handelt. Dieser ist insbesondere in der Anmietung der Räume, in der zur Verfügungsstellung der Grundgeräte, den Personalkosten, dem Strom und ähnlichem zu sehen, auch die üblichen Verbrauchsmaterialien wie beispielsweise die normalen Bohrer, Instrumente etc. fallen hierunter.

Die vom Zahnarzt abgerechneten Materialien übersteigen diesen Praxisbedarf jedoch bei weitem. Die einzelnen Positionen der Materialabrechnung sind im Verhältnis zu den damit im Zusammenhang stehenden Gebührensätzen für die zahnärztliche Tätigkeit teilweise auch so hoch, daß ein wirtschaftliches Arbeiten einer Praxis ohne zusätzliche Berechnung nicht mehr erwartet werden kann.

LG Frankfurt
Az 2/23 O 299/01
Urteil vom 22.07.2004

Die Krankenversicherung hat die Kosten im eingeklagten Umfang zu ersetzen. Es kann dahinstehen, ob der behandelnde Zahnarzt seinerseits diese Kosten berechnen durfte oder ob dem § 4 (3) entgegenstand. Beide Parteien verweisen auf eine Reihe unterschiedlicher Gerichtsentscheidungen, die sich mit der Auslegung des § 4 (3) befassen. Danach ist die Berechnung von Verbrauchsmaterialien jedenfalls nicht schlechthin unvertretbar. Daher ist es dem Patienten auch nicht zumutbar, sich wegen dieses geringfügigen Betrags auf eine Auseinandersetzung mit seinem behandelnden Zahnarzt verweisen zu lassen. Die Krankenversicherung hat infolgedessen diese Kosten aus dem Treueverhältnis aufgrund Versicherungsvertrags für diese Kosten aufzukommen.

VG Stuttgart
Az 15 K 580/92
Urteil vom 06.11.1992

Kosten für

- ein Infiltrationsanästhetikum und
 - für Kunststoffe zur Erstellung eines Provisoriums
- sind berechenbar.

VG Mainz
Az 7 K 2556/92
Urteil vom 22.09.1993

Es gilt bei den Sachaufwendungen des Zahnarztes vornehmlich zwischen den Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf, die

grundsätzlich mit den Gebühren abgegolten sind, und den Auslagen, die vom Zahnarzt gesondert in Rechnung gestellt werden können, zu unterscheiden.

- Anästhesiemittel

sind als angefallene Sachkosten im Wege des Auslagensatzes gemäß § 3 als beihilfefähig anzuerkennen. Da die Gebührenordnung mit Ausnahme der für zahntechnische Leistungen in § 9 getroffenen Sonderregelung keine eigene Bestimmung darüber enthält, für welche Sachaufwendungen der Zahnarzt Auslagen verlangen darf, und welche Materialien als Praxiskosten für den Sprechstundenbedarf bereits mit den Gebühren abgegolten sind, hält es die Kammer für sachgerecht, zur näheren Begriffsbestimmung auf die Vorschrift des § 10 GOÄ (alt) zurückzugreifen.

VG Stuttgart
Az 15 K 1245/94
Urteil vom 05.05.1994

Kosten, die allein aus Anlaß der Behandlung entstehen, fallen nicht unter den Begriff der Sprechstundenkosten. Die Kosten für ein

- Narkosemittel

sind allein aus Anlaß der Behandlung veranlaßt. Für diese Kosten ist auch im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt. Der Patient hat daher einen Anspruch auf Erstattungsleistung für die in der Rechnung geltend gemachten Aufwendungen für Anästhesiemittel.

VG Düsseldorf
Az 10 K 1335/92
Urteil vom 29.06.1994

Die Kosten für

- Anästhetika

sind berechenbar. Aus diesem Grunde ist bei der Berechnung der vom Beihilfeberechtigten beantragten Beihilfe auch der in der Rechnung des Zahnarztes ausgewiesene Betrag für Anästhetika zu berücksichtigen.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage hinsichtlich der Beihilfefähigkeit: "Zwar hat die Kammer bisher in ständiger Rechtsprechung die Auffassung vertreten, daß derartige Kosten mit der für die eigentliche Anästhesieleistung erhobenen Gebühr abgegolten seien bzw. unter den Begriff des einem Patienten nicht gesondert in Rechnung zu stellenden Sprechstundenbedarfs fielen. Als neben dieser Auffassung ebenfalls vertretbar hat das Bundesverwaltungsgericht in einem Urteil allerdings - ohne seinerseits abschließend Stellung zu beziehen - auch die gegenteilige Auffassung bezeichnet."]

VG Düsseldorf
Az 10 K 7124/93
Urteil vom 19.10.1994

- Anästhesiemittel (Narkosemittel)

sind als Auslagen gesondert berechenbar. Derartige Kosten sind mit der für die eigentliche Anästhesieleistung erhobenen Gebühr nicht abgegolten und fallen nicht unter den Sprechstundenbedarf.

[Anmerkung: Das VG Düsseldorf ändert mit diesem Urteil ausdrücklich seine bisherige gegenteilige Auffassung unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 (Az 2 C 25.92). Zitat: "... da Auf-

wendungen für zahnärztliche Leistungen immer dann angemessen sind, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über seine Auslegung gesorgt hat."]

VG Düsseldorf
Az 10 K 9290/93
Urteil vom 24.01.1996

Die Kosten für das nicht wiederverwendete Kleinmaterial für

- die Munddusche (2,-- DM),
- das Injektionsmittel und
- das Blutgerinnungsmittel (4,-- DM)

sind berechenbar und beihilfefähig.

SG Kiel
Az S 8a Ka 30/89
Urteil vom 28.06.1989

Es ist keine Grundlage ersichtlich, warum der Zahnarzt keinen Anspruch auf die im Einzelfall angefallenen Praxismaterialkosten gegenüber dem Patienten haben soll.

AG Remscheid
Az 8 C 355/90
Urteil vom 11.09.1990

Die Erstattung der Unkosten für die

- provisorischen Kronen (auch Materialkosten)

ist nach § 9 gegeben. Die Materialkosten sind auch berechnungsfähig, wenn sie in praxiseigenem Betrieb angefallen sind.

AG Speyer
Az 2 C 964/90
Urteil vom 17.10.1990

- Anästhetika
- für Leistungen nach den Gebührennummern 009 und 010 sind berechenbar.

AG Backnang
Az 5 C 774/90
Urteil vom 06.02.1991

- Lokalanästhesiemittel und
 - Kunststoffe für Provisorien
- sind berechenbar.

AG Saarbrücken
Az 42 C 1118/90
Urteil vom 10.04.1991

- Infiltrationsanästhetika sind berechenbar.

AG Tecklenburg
Az 11 C 126/90
Urteil vom 14.04.1991

- Anästhetika und
 - Nahtmaterial
- sind gesondert berechenbar. Bei den in § 4 (3) genannten Praxiskosten ist eine Unterscheidung zwischen "allgemeinen" und "besonderen" Praxiskosten vorzunehmen, dies mit der Folge, daß die besonderen Praxiskosten gesondert berechnet werden dürfen. Zu den allgemeinen Praxiskosten gehören die laufenden Kosten, die zum Betrieb einer Praxis aufgewendet werden müssen, wie Personalkosten, Miete usw. Es sollen damit die Kosten, die regelmäßig im Zahnarztbetrieb vorkommen und damit für die Behandlung aller Patienten vorgegeben sind, nicht extra berechnet werden. Dagegen sind den besonderen Praxiskosten, welche gesondert berechnet werden dürfen, Aufwendungen für solche Materialien zuzurechnen, die für die spezielle Behandlung eines bestimmten Patienten anfallen und zum Beispiel bei diesem verbleiben.

AG München
Az 1154 C 8591/91
Urteil vom 02.05.1991

§ 4 (3) ist eine eng auszulegende Ausnahmenvorschrift. ... Erstattungsfähigkeit ist sogar schon immer dann gegeben, wenn die fraglichen Auslagen, wie hier, weder unter die allgemeinen Praxiskosten noch unter die Füllungsmaterialien oder den Sprechstundenbedarf zu subsumieren sind.

AG Geldern
Az 3 C 124/90
Urteil vom 18.10.1991

Auslagen (Anästhetika) sind nicht nach der Gebührenordnung abzurechnen. Jedoch ist insoweit auf § 10 Nr. 1 GOÄ (alt) zurückzugreifen. Danach können als Auslagen Materialien berechnet werden, die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, was bei

- Anästhetika
- der Fall ist. Den Weg zu dieser Vorschrift eröffnet § 6 (1), da Anästhesieleistungen in der Anlage zur GOÄ (alt) in dem Abschnitt D aufgeführt sind.

AG Solingen
Az 10 C 114/92
Urteil vom 10.07.1992

Die Kosten für Anästhetika sind berechtigterweise berechenbar.

AG Erkelenz
Az 6 C 497/91
Urteil vom 29.07.1992

Gemäß § 3 stehen dem Zahnarzt als Vergütungen neben den Gebühren auch Auslagen zu. Was unter Auslagen zu verstehen ist, ist in der Verordnung nicht definiert, insoweit ist aber bei der Auslegung der nach Erlass der Gebührenordnung geänderte § 10 GOÄ (alt) heranzuziehen, der die neben den Kosten für den Sprechstundenbedarf berechnungsfähigen Auslagen näher erläutert. Danach sind die Kosten für Arzneimittel zu vergüten, also sind

- Infiltrationsanästhetika

zu vergüten. Es sind keine Gesichtspunkte erkennbar, daß dies im Rahmen der zahnärztlichen Gebührenordnung anders beurteilt werden sollte als im Rahmen der privatärztlichen Gebührenordnung.

AG Solingen
Az 12 C 52/92
Urteil vom 16.09.1992

Zusätzliche Laborkosten [*Anmerkung:* Gemeint sind neben Fremd- und Eigenlaborkosten auch

- Abdruckmaterialien,
- Hülsen, etc.]

sind nur dann berechenbar, wenn diese belegt und ihr Entstehen unter Beweis gestellt werden.

AG Duisburg
Az 49 C 336/91
Urteil vom 11.11.1992

Die Kosten für

- Anästhetika

sind berechenbar, da sie nicht dem in § 4 geregelten Sprechstundenbedarf zu subsumieren sind. Der behandelnde Zahnarzt muß je nach Patient verschiedene Anästhetika vorrätig haben, um möglichst allen Indikationen gerecht zu werden. Sie sind somit Medikamente, die je nach Patient verschieden angewendet werden. Sie können weder unter Praxiskosten noch unter Sprechstundenbedarf definiert werden. Sie entsprechen der Bestimmung des § 10 (1) GOÄ (alt), die gemäß § 6 (1) auch für die zahnärztliche Behandlung gültig ist. Es handelt sich bei dem für die Anästhesie verwendeten Medikament um ein Mittel, das der Patient zur weiteren Anwendung behält oder das mit einer einmaligen Anwendung verbraucht wird. Somit sind diese Kosten auch getrennt abrechenbar.

AG Krefeld
Az 7 C 449/92
Urteil vom 30.11.1992

Nach § 3 hat der Zahnarzt grundsätzlich Anspruch auf Ersatz seiner Auslagen. Daß es sich bei den Materialkosten des

- Infiltrationsanästhetikums

um tatsächlich entstandene Kosten, also Auslagen, handelt, kann nicht bezweifelt werden. Allerdings sind nach § 4 Praxiskosten und Kosten für Sprechstundenbedarf grundsätzlich mit den Gebühren abgegolten. Anders als

die Mittel für eine Oberflächenanästhesie gehören die Mittel für die Infiltrationsanästhesie aber nicht zum Sprechstundenbedarf. Dies ergibt sich auch aus der in § 10 GOÄ (alt) erkennbar gewordenen Auffassung des Verordnungsgebers.

AG Hannover
Az 535 C 6994/92
Urteil vom 12.01.1993

Die Kosten des injizierten

- Anästhetikums

sind berechenbar.

AG Köln
Az 124 C 436/92
Urteil vom 06.04.1993

Die Kosten des injizierten

- Anästhetikums

sind berechenbar.

AG Geldern
Az 17 C 109/93
Urteil vom 14.07.1993

- Anästhetika

können gesondert abgerechnet werden.

AG Frankfurt
Az 32 C 1971/93 - 48
Urteil vom 30.07.1993

- Anästhetika

können berechnet werden, da es sich bei deren Kosten nicht um allgemeine Praxiskosten handelt, denn die Kosten sind im Rahmen der speziellen Behandlung entstanden.

AG Düsseldorf
Az 20 C 6491/93
Urteil vom 20.08.1993

Patientenbezogene Aufwendungen, die der Patient zur weiteren Anwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, sind gemäß § 10 (1) GOÄ (alt) ersatzfähig. Es muß jedoch detailliert dargelegt werden, welche nachweisbaren patientenbezogenen Aufwendungen in Anspruch genommen worden sind.

AG München
Az 222 C 9397/93
Urteil vom 30.12.1993

- Anästhesiemittel und
 - Endodontie-Instrumente
- sind berechnungsfähig, da sie allein aus Gründen der individuellen Behandlung veranlaßt sind, sie fallen somit nicht unter die in § 4 (3) Satz 1 und (4) Satz 1 genannten mit den Gebühren abgegoltenen Kosten.

AG Duisburg-Hamborn
Az 6 C 269/93
Urteil vom 31.05.1994

- Kosten für
- Anästhesiemittel
- sind erstattungsfähig, sie fallen nicht unter die allgemeinen Praxiskosten im Sinne von § 4 (3).

AG Braunschweig
Az 1205-O-118 C 702/93 (3)
Urteil vom 10.06.1994

Der Zahnarzt hat Anspruch auf Zahlung von

- Mundschutz,
- Anästhetikum,
- Caries-Detector,
- Ätzel,
- Bonding und
- Einmalpinseln.

AG Nürnberg
11 C 8516/93
Urteil vom 22.12.1994

- Anästhetika
- sind berechenbar, da § 4 (3) sie nicht erfaßt.

AG Mülheim
Az 19 C 182/93
Urteil vom 06.01.1995

Bei

- Kronenaufbauern
- handelt es sich nicht um ein Material, das unter die Praxiskosten nach § 4 fällt. Die Kosten sind daher gemäß § 6 (1) in Verbindung mit § 10 (1) berechenbar.

AG Hamburg
Az 13b C 45/95
Urteil vom 22.09.1995

Streitgegenstand zwischen Zahnarzt und Patient war die Berechenbarkeit von Anästhetika. Hierzu erkannte das Gericht:

Die Klage ist gemäß §§ 611,612 BGB aufgrund des zwischen den Parteien geschlossenen Dienstvertrages begründet. Die Auslagen für

- Anästhetika

sind gemäß §§ 3, 6 in Verbindung mit § 10 GOÄ (alt) zu Recht in Rechnung gestellt worden. Für das Rechtsverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient ist es unerheblich, daß die Versicherung/Beihilfestelle des Patienten sich zum Ersatz dieser Kosten nicht bereitfindet. Der Zahnarzt ist ausschließlich an die für ihn maßgebliche Gebührenordnung gebunden und insbesondere nicht gehalten, auf eine berechnete Forderung zu verzichten, weil die Versicherung/Beihilfestelle des Patienten die entsprechende Zahlung verweigert.

Schwierigkeiten bei der Auslegung von Richtlinien der Beihilfestelle zwischen ihr und dem Patienten gehen nicht zu Lasten des behandelnden Arztes. Die Richtlinien sind auch nicht Bestandteil des zwischen Patient und Zahnarzt geltenden Dienstvertrages geworden.

AG Aachen
Az 8 C 271/94
Urteil vom 27.12.1996

- Anästhetika,
- Nahtmaterial und
- Goretex-Material

sind Auslagen im Sinne des § 3 und somit gesondert berechenbar.

AG Kiel
Az 118 C 197/95
Urteil vom 05.06.1997

Die dem Zahnarzt entstandenen Auslagen für

- Implantatbohrer

können in Rechnung gestellt werden.

AG Fürth
Az 330 C 473/98
Urteil vom 17.02.1999

- Fluoridlack,
- Zahnseide,
- Minipoints,
- Interdentalkeile sowie
- Matrizenband

stellen ersatzfähige Auslagenpositionen dar.

AG Jever
Az 5 C 347/98
Urteil vom 15.04.1999

Die nachfolgenden Materialkosten sind auch im Rahmen des Versicherungsvertrages von der Krankenversicherung zu ersetzen. Der Zahnarzt durfte diese Gebührennummer gesondert berechnen. Es handelt sich hierbei insbesondere nicht um Sprechstundenbedarf im Sinne von § 4 (3). Die Krankenversicherung hat dem Patienten die Kosten für

- Spanngummi,
- Bluemax-Einmal-Vacität-Infusor,
- Caries-Detector,
- Kronentrenner (Spezialtrepanierer),
- Abformmaterial und
- Blutgerinnungsmittel
- Natrium-/Calciumbifluorid

aufgrund des Versicherungsbetrages zu ersetzen. Es handelt sich hierbei um berechnungsfähige Auslagen, wie sich auch aus dem Sachverständigengutachten ergibt.

AG Leverkusen
Az 23 C 323/98
Urteil vom 09.11.1999

- Anästhesiemittel und
- Cofferdamgummi

sind berechnungsfähig. Es handelt sich dabei nicht um allgemeine Praxiskosten, da es sich nicht um Aufwendungen handelt, die ohne die Möglichkeit der Zuordnung zu einzelnen Patienten allgemein durch die Einrichtung und den Betrieb der Praxis entstehen, sondern vielmehr um Arzneimittel, die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind. Sie fallen daher nicht unter § 4 (3).

AG Düsseldorf
Az 24 C 17380/99
Urteil vom 21.02.2001

- Anästhesiemittel,
- endodontische Instrumente und
- atraumatisches Nahtmaterial

sind nach § 3 berechenbar.

AG Burgwedel
Az 73 C 17/01 (II)
Urteil vom 21.02.2002

Es sind alle Kosten, die einzelfallbezogen konkret einem bestimmten Patienten zugeordnet werden können und nur aufgrund der bei ihm erforderlichen Behandlung entstehen, als berechnungsfähige Auslagen im Sinne von § 3 GOZ zu werten. Das gilt auch für die in der Rechnung des Zahnarztes aufgeführten

- Einmalmatrizen,

die nur für die Behandlung des Beklagten notwendig waren.

AG Kerpen
Az 20 C 392/01
Urteil vom 18.12.2002

Unter Bezugnahme auf den von der Bundeszahnärztekammer herausgegebenen „Materialkatalog“ bestätigt das Gericht, daß

- Anästhetika,
- Fluorprotector,
- Airflow- Pulver und
- Fotomaterial

gesondert abrechenbar sind.

----- contra -----

OLG Karlsruhe
Az 12 U 36/98
Urteil vom 15.10.1998

aufhebendes Berufungsurteil zum

LG Mannheim
Az 2 O 258/95
Urteil vom 25.11.1997

Dem Zahnarzt stehen für die Anwendung von verschiedenen Instrumenten und Behandlungsgeräten keine weiteren Gebühren zu, da diese bereits mit den Gebühren für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen in der Regel abgegolten sind. Der Einwand des Zahnarztes, ein

- Bohrersatz

sei beispielsweise nach Schaffung von drei Kavitäten abgenutzt, die Kosten für solche Bohrer seien aber so hoch, daß er wirtschaftlich keine Implantation vornehmen könne, greift nicht durch. Der Gesetzgeber hat durch die Gebührenordnung ein hochdifferenziertes Abrechnungssystem geschaffen, das dem Zahnarzt und Kieferchirurgen eine angemessene Entlohnung seiner Tätigkeit verschaffen soll. Dabei kann ein einzelner Gebührensatz (hier 903) nicht allein deshalb unter Abweichung von der gesetzlichen Konzeption gleichsam vom Gericht berichtigt werden, weil sich gerade bei diesem Gebührentatbestand gezeigt hat, daß er nicht alle Kosten deckt. Der Senat ist auf die Anwendung geltenden Rechts, das einen solchen Anspruch nicht kennt, beschränkt. Deshalb kommt es nicht darauf an, ob eine Erstattungsregelung sinnvoll oder wirtschaftlich geboten erscheinen mag.

OLG Karlsruhe
Az 17 U 176/98
Urteil vom 11.01.2000

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Mannheim
Az 5 O 154/96
Urteil vom 29.07.1998

Die Materialkosten bezüglich der im Rahmen der Implantatbehandlung eingesetzten

- Bohrer (einschließlich Bohreraufsatz) und

- Fräsen
- sind nicht gesondert erstattungsfähig, da nach der abschließenden Regelung des § 4 (3) Satz 1 die Kosten für die Anwendung solcher „Instrumente“ zugleich mit den Gebühren für die im Gebührenverzeichnis genannten zahnärztlichen Leistungen abgegolten sind.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 32/01
Urteil vom 13.05.2002

[Anmerkung: Die Beschwerde des beklagten Patienten gegen die Nichtzulassung der Revision gegen dieses OLG-Urteil wird vom BGH (Az III ZR 219/02 am 27.02.2003) zurückgewiesen.]

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 126/00
Urteil vom 21.12.2000

Ein Anspruch des Zahnarztes auf Vergütung von

- Nahtmaterial,
- Verbrauchsmaterial und
- Kronentrenner

besteht nicht. Der § 3 sieht zwar einen Auslagenersatz des Zahnarztes vor. Darunter fallen nicht die vom Zahnarzt geltend gemachten Materialaufwendungen. Nach § 4 sind mit den Gebühren nämlich die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Naht- und Verbrauchsmaterial, das üblicherweise aus den Vorräten des Praxisbedarfs entnommen wird, entspricht der beispielhaften Darstellung des Verordnungsgebers, der erkennbar das im Rahmen einer bestimmten Behandlung benötigte Kleinmaterial nicht einer gesonderten Vergütung zuführen wollte.

OLG Düsseldorf
Az I-8 U 33/04
Urteil vom 14.04.2005

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 535/03
Urteil vom 08.01.2004

Ein Ersatz der Kosten für

- Kronentrenner
- ist im Gebührenverzeichnis nicht vorgesehen.

OVG Nordrhein-Westfalen

Az 6 A 4594/94

Urteil vom 02.02.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Düsseldorf

Az 10 K 8032/93

Urteil vom 15.08.1994

Kosten für

- Guttaperchaspitzen,
- Papierspitzen und
- Wurzelkanal-Aufbereitungshilfen

sind nicht nach der Gebührenordnung abrechenbar und damit nicht beihilfefähig, da sie zum Sprechstundenbedarf zählen.

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof

Az 3 B 94.1505

Urteil vom 29.03.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG München

Az M 12 K 90.4614

Urteil vom 22.10.1991

Die pauschalen Kosten in Höhe von DM 14,50 für

- "Material für EKR-Bohrer"

sind Praxiskosten im Sinne des § 4 (3) Satz 1, weil der streitige Bohrer der "Anwendung von Instrumenten und Apparaten" zuzurechnen ist. Dies schließt den Verlust von zu Bruch gegangenen Teilen grundsätzlich ein. Daran ändert sich auch nichts, wenn der Bohrer von Anfang an nur zum "Einmal-Gebrauch" vorgesehen war.

OVG Nordrhein-Westfalen

Az 12 A 4527/97

Urteil vom 15.04.1999

Berufungsurteil zum

VG Gelsenkirchen

Az 3 K 3491/95

Datum unbekannt

Der Senat vertritt die Auffassung, daß Kosten für

- Nahtmaterial und
- Anästhetika

von der Beihilfestelle nicht erstattet werden müssen.

[Anmerkung: Gleichzeitig wies das Gericht aber auch auf folgendes hin: Wenn der Patient von dem behandelnden Zahnarzt für die Kosten für Nahtmaterial und Anästhetika in Anspruch genommen wird, ohne daß ihm hierfür Beihilfe gewährt wird, so ist das die Folge der unterschiedlichen Rechtsauffassungen der Zahnärzte einerseits und des Dienstherren andererseits sowie der unterschiedlichen Rechtsprechung verschiedener Zivilgerichte und Ver-

waltungsgerichte zu § 4 (3) Satz 1. Das ist für den Patienten angesichts des in Rede stehenden Beihilfebetrages von weniger als DM 10,- auch dann hinnehmbar, wenn er letztlich diesen Betrag selbst tragen muß.]

LG Stuttgart
Az 13 S 58/91
Urteil vom 29.05.1991

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Stuttgart
Az 13 C 7821/90
Urteil vom 24.01.1991

- Injektionsmaterial fällt unter den Sprechstundenbedarf, der gemäß § 4 (3) nicht gesondert berechnet werden darf.

LG Köln
Az 25 O 353/91
Urteil vom 22.09.1992

Kosten für

- Anästhetika sind Praxiskosten, die nicht gesondert in Rechnung gestellt werden dürfen.

LG Köln
Az 25 S 5/92
Urteil vom 20.07.1994

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Wipperfürth
Az 9 C 119/91
Urteil vom 27.11.1991

- Anästhetika und
- Wurzelkanalinstrumente sind nicht berechenbar.

LG Mannheim
Az 9 O 257/93
Urteil vom 14.02.1995

Der Zahnarzt hat keinen Anspruch auf Erstattung der in Rechnung gestellten Materialien wie

- Bohrersatz,
- Meßsonde und
- Verbandhalter.

LG Bonn
Az 9 O 200/94
Urteil vom 10.04.1995

- Anästhetika
sind nicht gesondert abrechenbar, da die Gebührenordnung vom Prinzip der Vollständigkeit des Gebührenverzeichnisses beherrscht wird und eine Abrechnung nicht vorgesehen ist. § 10 GOÄ ist nicht anwendbar, da die Gebührenordnung insoweit eine abschließende Regelung darstellt.
- Materialkosten für
- Provisorien
können nicht gesondert in Rechnung gestellt werden, da diese von § 4 (2) erfaßt sind.
 - Nahtmaterial
kann nicht gesondert berechnet werden.

LG Köln
Az 23 S 100/94
Urteil vom 07.06.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Köln
Az 115 C 426/94
Urteil vom 03.11.1994

- Kosten für
- Bohrer und andere
 - Hilfsmittel für das Einsetzen der Implantate
- sind nicht in der Gebührenordnung erwähnt und sind daher auch nicht zu erstatten.
- Lagerhaltungskosten
- gehören ebenso wie
- Betäubungsmittel
- zu den Praxiskosten, die nach § 4 (3) mit den Gebühren abgegolten sind.

LG Hamburg
Az 302 S 47/95
Urteil vom 18.08.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Hamburg
Az 12 C 1281/94
Urteil vom 18.01.1995

- Einmal-Infusionsbesteck
gehört zum Sprechstundenbedarf und ist mit den Gebühren abgegolten. Eine Bezahlung steht dem Zahnarzt daher nicht zu.

LG Itzehoe
Az 4 S 168/94
Urteil vom 11.01.1996

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Itzehoe
Az unbekannt
Urteil vom 07.10.1994

- Anästhetika
und sonstige Kleinmaterialien sind nicht berechenbar, da diese nicht gesondert im Gebührenverzeichnis aufgeführt sind.

LG Augsburg
Az 6 O 3174/93
Urteil vom 27.03.1996

Dem Zahnarzt steht unter keinen rechtlichen Gesichtspunkten ein Anspruch auf Erstattung der von ihm geltend gemachten Kosten für die verwendeten (und verbrauchten)

- Implantatbohrer
zu, da es sich hierbei um nicht gesondert berechnungsfähige Praxiskosten im Sinne des § 4 (3) handelt. Auch der Umstand, daß die hier angesetzten Fräsen nach den Vorgaben des Herstellers nur einmal verwendet werden sollen, ließ dem Gericht keine andere Beurteilung zu. Die Frage, ob diese Instrumente nach einmaliger oder mehrmaliger Anwendung verbraucht sind, spiele nach der Gebührenordnung keine Rolle mehr. Es mache für die Abrechnungsfähigkeit von Materialien keinen Unterschied, ob ein Bohrer bereits beim ersten Gebrauch zu Bruch ginge oder von vornherein dazu bestimmt sei, nur einmal eingesetzt zu werden. Der Zahnarzt könne auch nicht mit dem Argument gehört werden, schon die Höhe der anfallenden Kosten für die Spezialbohrer zeige, daß diese vom System der Gebührenordnung nicht mit den Gebühren abgegolten sein könnten. Es liege in der Natur der freiberuflichen Tätigkeit, daß das Praxiskostenrisiko in der Hand des Zahnarztes liege.

LG Düsseldorf
Az 23 S 522/94
Urteil vom 28.05.1997

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 42 C 6112/93
Urteil vom 25.08.1994

- Anästhetika
sind mit den Gebühren nach § 4 (3) abgegolten und zählen zum Sprechstundenbedarf.

LG Dresden
Az 11-O-7277/97
Urteil vom 06.05.1999

Kosten für

- sterile Op-Handschuhe und
 - chirurgisches Abdeckset
- sind nach § 4 (3) nicht abrechnungsfähig.

LG München II
Az 5 O 2789/97
Urteil vom 27.11.2000

Die Kosten für

- Anästheticum,
- Kunststoff für Provisorien,
- Dentinbonding sowie
- Kronenauftrenner

können dem Patienten nicht gesondert in Rechnung gestellt werden, da diese gemäß § 4 (3) bereits mit der Gebühr abgegolten sind.

VG München
Az M 5 K 89.292
Urteil vom 23.05.1989

- Injektionsmittel (Anästhetika)
- für Leistungen nach den Gebührennummern 009 und 010,
- Kunststoffe für Provisorien und
 - Dontisolon bei Mundbehandlungen
- sind nicht berechenbar.

VG Würzburg
Az W1K 89.956 715.11
Urteil vom 12.04.1990

- Kunststoffe für Provisorien
- sind nicht berechenbar.

VG Würzburg
Az W 1 K 89.76 735.11
Urteil vom 06.07.1990

berichtigendes Urteil zum

VG Würzburg
Az W 1 K 89.76 735.11
Urteil vom 12.04.1990

- Anästhetica
- sind nicht berechenbar.

VG Düsseldorf
Az 10 K 573/91
Urteil vom 22.07.1991

- Anästhetika

sind nicht berechenbar.

[Anmerkung: Das VG Düsseldorf ändert mit seinem Urteil vom 19.10.1994 (Az 10 K 7124/93) ausdrücklich seine bisherige gegenteilige Auffassung unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 (Az 2 C 25.92). Zitat: "... da Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen immer dann angemessen sind, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über seine Auslegung gesorgt hat."]

VG Gelsenkirchen
Az 3 K 3420/91
Urteil vom 11.10.1991

- Anästhetika

sind nicht berechenbar.

VG Arnsberg
Az 2 K 2190/90
Urteil vom 23.10.1991

- Anästhetika

sind nicht berechenbar.

VG Münster
Az 4 K 1292/90
Urteil vom 11.02.1992

- Anästhetika

sind nicht berechenbar.

VG Düsseldorf
Az 10 K 1508/91
Urteil vom 27.04.1992

- Kunststoffe für Provisorien

sind nicht berechenbar.

[Anmerkung: Das VG Düsseldorf ändert mit seinem Urteil vom 19.10.1994 (Az 10 K 7124/93) ausdrücklich seine bisherige gegenteilige Auffassung unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 (Az 2 C 25.92). Zitat: "... da Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen immer dann angemessen sind, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über seine Auslegung gesorgt hat."]

VG Düsseldorf
Az 2 K 852/90
Urteil vom 19.01.1993

- Anästhetika

sind nicht berechenbar.

[Anmerkung: Das VG Düsseldorf ändert mit seinem Urteil vom 19.10.1994 (Az 10 K 7124/93) ausdrücklich seine bisherige gegenteilige Auffassung unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 (Az 2 C 25.92). Zitat: "... da Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen immer dann angemessen sind, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über seine Auslegung gesorgt hat."]

VG Düsseldorf
Az 2 K 1960/90
Urteil vom 12.02.1993

- Praxismaterial und
- Medikamente

sind nicht berechenbar.

[Anmerkung: Das VG Düsseldorf ändert mit seinem Urteil vom 19.10.1994 (Az 10 K 7124/93) ausdrücklich seine bisherige gegenteilige Auffassung unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 (Az 2 C 25.92). Zitat: "... da Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen immer dann angemessen sind, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über seine Auslegung gesorgt hat."]

VG Köln
Az 3 K 5189/91
Urteil vom 16.06.1993

- Versandkosten
- und Kosten für
- Injektionen

sind nicht gesondert abrechnungsfähige Praxiskosten.

VG Köln
Az 3 K 2234/91
Urteil vom 11.08.1993

- Anästhetika

sind nicht berechenbar.

VG Köln
Az 15 K 4693/91
Urteil vom 07.10.1993

- Anästhetika

sind nicht berechenbar.

VG Frankfurt
Az IX/2 E 520/92
Urteil vom 20.12.1993

- Anästhetika
sind nicht berechenbar.

VG Düsseldorf
Az 10 K 1335/92
Urteil vom 29.06.1994

Kosten für

- Einmalbecher,
- Einmalumhang (Papier),
- Papierspitzen und
- Guttaperchaspitzen

sind nicht nach der Gebührenordnung abrechenbar.

[Anmerkung: Das VG Düsseldorf ändert mit seinem Urteil vom 19.10.1994 (Az 10 K 7124/93) ausdrücklich seine bisherige gegenteilige Auffassung unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 (Az 2 C 25.92). Zitat: "... da Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen immer dann angemessen sind, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über seine Auslegung gesorgt hat."]

VG Düsseldorf
Az 10 K 115/94
Urteil vom 06.12.1995

Kosten für

- „Kofferdamplatte und Napkin“

sind von der Beihilfefähigkeit ausgenommen, da diese nach Anwendung desinfiziert und wiederverwendet werden können.

- Silikon für Löffelindividualisierung,
- Hart- und Superhartgips,
- Registrierpaste,
- SAM-Montageplatten,
- Einmalteile für Magnetsockel und
- Phosphacap

sind mit den Gebühren für die Leistungen, mit denen sie in Zusammenhang stehen, abgegolten, da sie unter die Regelung des § 4 (3) fallen.

VG Düsseldorf
Az 26 K 1761/97
Urteil vom 21.08.1998

Aufwendungen für die Materialkosten einer

- konfektionierten provisorischen Krone
sind nicht berechnungsfähig.

AG Neuss
Az 36 C 6/90
Urteil vom 30.03.1990

- Injektionsmaterial (Anästhetika)
sind nicht berechenbar.

AG Remscheid
Az 8 C 355/90
Urteil vom 11.09.1990

- Anästhetika
sind nicht berechenbar.

AG Speyer
Az 2 C 964/90
Urteil vom 17.10.1990

- Kunststoffe für Provisorien
sind nicht berechenbar.

AG Kempen
Az 11 C 38/91
Urteil vom 04.04.1991

- Auslagenersatz
ist nicht berechenbar.

AG Münsingen
Az 2 C 91/91
Urteil vom 13.06.1991

- Anästhetika,
• Provisorienmaterial und
• Montageplatten
sind nicht berechenbar.

AG Ratingen
Az 10 C 1528/90
Urteil vom 10.09.1991

- Anästhetika und
• Nahtmaterial
sind nicht berechenbar.

AG Rheinbach
Az 3 C 780/91
Urteil vom 16.04.1992

- Anästhetika und
• Nahtmaterial sind nicht berechnungsfähig.

AG Mönchengladbach
Az 29 C 76/92
Urteil vom 29.05.1992

Die Gebührenordnung sieht keine Berechnung der

- Anästhesiemittel
- neben den Gebührennummern 008 - 011 vor.

AG Dülmen
Az 3 C 33/92
Urteil vom 24.06.1992

- Anästhetika,
 - Carpulennadeln und
 - Einmalnadeln
- sind nicht berechenbar.

AG Mülheim
Az 23 C 196/92
Urteil vom 02.07.1992

- Anästhetikum
- ist in der Gebühr für die zahnärztliche Leistung enthalten.

AG Köln
Az 115 C 32/92
Urteil vom 14.07.1992

Eine gesonderte Abrechnung für Verbrauchsmaterial

- Fräsen,
- Feilen,
- Aufbaumaterial etc.

scheitert an § 4 (3).

Derartige Kosten sind mit der Gebühr für zahnärztliche Leistungen abgegolten, können also als Sprechstundenbedarf nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.

AG Erkelenz
Az 6 C 497/91
Urteil vom 29.07.1992

Typischer Sprechstundenbedarf wie

- Einmalhygienebecher,
- Umhänge,
- Pinsel,
- Zahnseide,
- Fluoridierungsmedikamente und
- Blutstillungsmedikamente

sind nicht erstattungsfähig.

AG Dinslaken
Az 9 C 51/92
Urteil vom 21.10.1992

- Anästhetika
sind nicht berechenbar.

AG Schleiden
Az 2 C 288/92
Urteil vom 05.01.1993

- Anästhetika
sind nicht berechenbar.

AG Hannover
Az 535 C 6994/92
Urteil vom 12.01.1993

- Wurzelkanalinstrumente,
• Hülsen und
• Provisorien
sind nicht berechenbar.

AG Wuppertal
Az 33 C 563/92
Urteil vom 09.02.1993

- Injektionskanülen
sind aufgrund der Regelung des §4 (3) nicht berechenbar.

AG Düsseldorf
Az 34 C 97012/90
Urteil vom 18.02.1993

Aus der Gebührenordnung läßt sich unmittelbar ein Anspruch auf den Ersatz der Kosten des eingesetzten

- Anästhetikums
nicht ableiten.

AG Leverkusen
Az 24 C 58/93
Urteil vom 29.04.1993

- Betäubungsmittel,
• Nahtmaterial sowie
• analoge Arznei- und Verbrauchsmittel
können nach § 4 (3) nicht in Rechnung gestellt werden.

AG Essen
Az 9 C 321/92
Urteil vom 29.06.1993

- Anästhetika
- sind nicht gesondert berechenbar. Sie sind als Praxiskosten im Sinne von § 4 (3) anzusehen und daher mit den bereits entstandenen Gebühren abgegolten.

AG Böblingen
Az 1 C 417/93
Urteil vom 16.07.1993

- Kosten für
- Anästhetika und
 - sonstige Materialien
- können nicht in Rechnung gestellt werden.

AG Frankfurt
Az 32 C 1971/93 - 48
Urteil vom 30.07.1993

- Ersatz der Kosten als
- "Verbrauchsmaterial für Wurzelbehandlung"
- kann nicht verlangt werden, da es im vorliegenden Fall an einer hinreichenden Konkretisierung fehlt. Der Arzt hätte dartun müssen, welches die Verbrauchsmaterialien waren, damit überprüfbar wird, ob es sich um ersatzfähige Auslagen gehandelt hat.

AG Neuss
Az 34 C 82/93
Urteil vom 24.09.1993

- Anästhetika
- sind nicht berechenbar.

AG Wesel
Az 5 C 209/92
Urteil vom 04.11.1993

- Materialkosten
- Wurzelkanalstifte,
 - Anästhetika,
 - Lätzchen,
 - Einmaltrinkbecher)
- können gemäß § 4 (3) nicht in Rechnung gestellt werden, da im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist.

AG München
Az 183 C 10265/93
Urteil vom 30.11.1993

- Anästhesiemittel

fallen nach § 4 (3) unter den Sprechstundenbedarf und sind nicht gesondert berechnungsfähig.

AG München
Az 221 C 23908/93
Urteil vom 14.01.1994

Die Kosten für

- Abdruckstifte und
- Registrierhilfen

sind als Material- und Laborkosten bereits von den Gebührennummern 800 ff. des Gebührenverzeichnisses erfaßt. Eine Ausnahme hiervon sieht das Gebührenverzeichnis in Abschnitt A 2. nur für Abformungsmaterial vor.

AG Wuppertal
Az 37 C 573/92
Urteil vom 21.02.1994

Kosten für das

- Anästhetikum und für
- Retraktionsfäden

können nicht berechnet werden, da diese Auslagen zu den Praxiskosten gehören.

AG Düsseldorf
Az 27 C 1894/93
Urteil vom 07.04.1994

Die Kosten für

- Anästhesielösungen,
- Feilen,
- Wurzelfüllpaste und
- Spezialkunststoff

dürfen nach § 4 nicht berechnet werden, weil es sich hierbei um Praxiskosten handelt.

AG Mönchengladbach
Az 33 C 318/93
Urteil vom 13.04.1994

- Anästhetika

sind neben den Gebühren für Anästhesieleistungen nicht gesondert berechnungsfähig.

AG Düsseldorf
Az 25 C 2398/93
Urteil vom 25.05.1994

Kosten für verwendete

- Anästhetika

sind neben den Gebühren für die Anästhesieleistungen nicht gesondert berechnungsfähig.

AG Braunschweig
Az 1205-O-118 C 702/93 (3)
Urteil vom 10.06.1994

Der Zahnarzt hat keinen Anspruch auf Zahlung für

- chirurgische Einmalhandschuhe,
- Matrizen,
- Interdentalkeile,
- Unterfüllungsmaterial,
- Artikulationsfolie und
- Polierstreifen.

AG Grevenbroich
Az 9 C 602/92
Urteil vom 17.06.1994

Eine gesonderte Berechnung ist für

- Anästhetica
- im Gebührenverzeichnis nicht vorgesehen.

AG Düsseldorf
Az 25 C 3219/92
Schlußurteil vom 29.06.1994

Auslagen für Sprechstundenbedarf (

- Anästhetika und
 - Knochenauftrenner) [*Anmerkung*: Gemeint sind wohl Kronenauftrenner.]
- sind nicht berechenbar, da diese Kosten "nach herrschender Meinung von Zahnärzten" nicht in Rechnung gestellt werden können, weil sie nach der Gebührenordnung nicht berechnungsfähig sind, und die Gebührenordnung die vergütungsauslösenden zahnärztlichen Leistungen vollständig beschreibt.

AG Dinslaken
Az 10 C 65/94
Urteil vom 14.07.1994

Kosten für

- Anästhetika
- sind nicht berechenbar.

AG Essen-Borbeck
Az 6 C 886/93
Urteil vom 25.11.1994

Materialkosten für

- Anästhetika
- sind nicht gesondert berechnungsfähig.

AG Düsseldorf
Az 54 C 8981/94
Urteil vom 10.01.1995

- Anästhetika
- sind nicht gesondert berechnungsfähig, da sie zu den Praxiskosten zählen.

AG Düsseldorf
Az 49 C 9765/95
Urteil vom 26.10.1995

Kosten für

- Anästhetika
- sind nicht erstattungsfähig, weil es sich insoweit um Praxiskosten nach § 4 (3) Satz 1 handelt.

AG Brilon
Az 2 C 463/95
Urteil vom 31.01.1996

Die Kosten für

- Implantatbohrersätze und
- Abdeckset

durfte der Zahnarzt nicht in Rechnung stellen, weil diese Kosten mit den Gebühren nach § 4 (3) abgegolten sind. Der Rückgriff auf § 10 der GOÄ ist nicht zulässig. Denn im Gegensatz zur GOÄ ist bei der GOZ jede Gebührenposition auf anfallende Materialkosten überprüft, und es ist gesondert festgestellt worden, welche Kosten abrechenbar sind.

AG Hamburg-Wandsbeck
Az 14b C 665/95
Urteil vom 30.10.1996

Auslagen für

- Airflow (DM 6,- für Pulver) und für
 - Fissurenversiegelung (DM 142,80 für Versiegelungsmaterial)
- sind in der Gebührenordnung nicht als berechnungsfähig aufgeführt und damit in den Gebühren für die Gebührennummer 200 eingeschlossen.

AG Böblingen
Az 3 C 416/96
Urteil vom 08.11.1996

Materialkosten für

- Fluoridierung und
 - plastisches Aufbaumaterial
- hätten nicht berechnet werden dürfen.

AG Köln
Az 133 C 379/96
Urteil vom 22.11.1996

- Ultracain,
 - Verbrauchsmaterial,
 - Interdentalkeile und
 - Guttaperchaspitzen
- sind Sprechstundenbedarf und nicht berechnungsfähig.

AG Altena
Az 5 C 323/96
Urteil vom 06.02.1997

- Anästhetika,
 - Kunststoffe für Provisorien und
 - Abformmaterialien [sic!]
- sind mit den Gebühren für die zahnärztlichen Leistungen abgegolten und nicht als Auslagen gesondert berechenbar.

AG Hannover
Az 534 C 12212/95
Urteil vom 07.10.1997

- Selbst wenn
- Hartmetallfräsen
- wegen Verschleißung nach einmaliger Anwendung nicht mehr weiter verwendet werden können, stellen die Kosten für derartige Materialien gleichwohl Praxiskosten im Sinne des § 4 (3) dar, die mit den Zahnarztgebühren abgegolten sind.

AG Bochum
Az 66 C 449/97
Urteil vom 26.11.1997

- Materialkosten für
- Anästhetika und eine
 - medizinische Einlage
- sind nicht berechenbar.

AG Karlsruhe
Az 10 C 330/98
Urteil vom 18.09.1998

- Bohrhilfen und
 - Implantatfräsen
- sind nicht berechnungsfähig.

AG Aachen
Az 8 C 405/98
Urteil vom 13.11.1998

- Gel zur Fluoridierung,
 - Spanngummi und
 - Anästhetikum
- sind nicht berechenbar.

AG Hamburg
Az 20B C 2091/96
Urteil vom 29.06.2000

- Einmalspritzen und
 - Munddesinfektionsmittel
- gehören nicht zum ansonsten berechenbaren Sprechstundenbedarf, sondern sind gemäß § 4 (3) mit der Gebühr abgegolten.

AG Mannheim
Az 17 C 471/00
Urteil vom 26.09.2001

- Kofferdamm und
 - Kronenentferner
- sind nicht erstattungsfähig.

AG Weinheim
Az 4 C 243/01
Urteil vom 03.12.2001

Zu Recht wurden die Materialkosten für

- Vorbohrer,
- Kugelfräse und
- vier Stufenfräsen

gekürzt. Nach § 4 (3) Satz 1 sind mit den Gebühren für die im Gebührenverzeichnis genannten zahnärztlichen Leistungen die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten. Anderes muß im Gebührenverzeichnis bestimmt sein. Damit normiert die Gebührenordnung den Grundsatz der Kostenabgeltung mit den Gebühren. Zu den abgegoltenen Kosten zählt insbesondere auch die Benutzung von Instrumenten und Apparaten, wie

- Bohrer,
- Fräser,
- Feilen,
- Politur-,
- Schneide- und Wurzelbehandlungsinstrumenten.

Die in Rechnung gestellten Bohrer und Fräsen sind Instrumente, mit deren Hilfe derjenige Raum in den Knochen gefräst wird, der anschließend das Implantat aufnehmen soll. Da diese Instrumente nicht im Knochen verbleiben, sind sie auch keine gesondert erstattungsfähigen Implantatteile. Auf die Frage, ob die Instrumente nach einmaliger oder mehrmaliger Anwendung verbraucht sind spielt nach der Gebührenordnung keine Rolle.

AG Köln
Az 143 C 489/02
Urteil vom 13.11.2003

Nachfolgende Auslagen

- Foto
- Anästheticum
- Medikament
- Hartmetalltrenner
- Duraphat

sind nicht zu erstatten, da es sich dabei nicht um Materialkosten handelt, deren Erhebung im Gebührenverzeichnis ausdrücklich erlaubt ist.

AG Hamburg
Az 23A C 466/01
Urteil vom 02.03.2004

Nicht erstatten muß das Versicherungsunternehmen die in Rechnung gestellten Praxiskosten wie

- Nahtmaterial,
- Injektionsmaterial,
- OP-Kleidung.

Zwar mögen diese Materialien notwendig gewesen sein, um die streitgegenständliche Behandlung durchzuführen. Sie sind jedoch nach Ansicht des Gerichtes nicht gesondert berechenbar. Im Hinblick auf die Regelungen in der GOZ vermag das Gericht eine unterschiedliche Behandlung von allgemeinen gegenüber besonderen Praxiskosten – wie sie von einigen Gerichten vorgenommen wird – mit der Folge unterschiedlicher Berechenbarkeit nicht zu erkennen.

Zwar wird in § 3 GOZ geregelt, daß dem Zahnarzt als Vergütung auch der Ersatz von Auslagen zusteht. Diese Regelung wird dann jedoch in einer lex specialis, nämlich in § 4 (3) GOZ, dahingehend konkretisiert bzw. eingeschränkt, daß mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten sind, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Eine Unterscheidung zwischen den einzelnen Praxiskosten findet nicht statt; auch der „Sprechstundenbedarf“ wird nicht definiert. Eine Regelung, wie sie für die Ärzte in § 10 GOÄ geschaffen wurde, fehlt in der GOZ. Für eine „Übertragung“ dieser Regelung auf die GOZ, eine analoge Anwendung oder als Grundlage für eine Auslegung des § 4 (3) GOZ bestehen keine zwingenden Gründe.

Wäre eine unterschiedliche Behandlung der Praxiskosten bzw. des verschiedenen Sprechstundenbedarfs gewollt gewesen, hätte auch in der GOZ eine entsprechende Regelung verankert werden können bzw. hätte der Gesetzgeber im Gebührenverzeichnis die Berechnungsfähigkeit konkreter über die bereits im einzelnen geregelten Positionen festschreiben können. Dies ist nicht geschehen. Die vorgenannten in Rechnung gestellten Praxiskosten (Nahtmaterial, OP-Kleidung, usw.) sind in der GOZ nicht als gesondert berechnungsfähig aufgeführt, können somit auch nicht berechnet werden, sondern sind mit den Gebühren für die einzelnen Leistungen abgegolten.

§ 4 (2) - "Zielleistung"

LG Landau
Az 1 S 156/90
Urteil vom 22.01.1991

Berufungsurteil zum

AG Germersheim
Az 2 C 252/89
Urteilsdatum unbekannt

Das Urteil enthält im wesentlichen nur grundsätzliche Ausführungen zu einer äußerst stringenten Auslegung des "Zielleistungsprinzips" anlässlich eines Falles aus dem ärztlichen Gebührenrecht.

AG Sinsheim
Az 1 C 657/88
Urteil vom 19.09.1990

Das Urteil enthält im wesentlichen nur grundsätzliche Ausführungen zu einer äußerst stringenten Auslegung des "Zielleistungsprinzips" anlässlich eines Falles aus dem ärztlichen Gebührenrecht.

AG Krefeld
Az 7 C 449/92
Urteil vom 30.11.1992

§ 4 (2) spricht nicht vom "Ziel" einer Behandlung, sondern vom Bestandteil der Behandlung. Daß das "Zielleistungsprinzip" keine tragfähige Begründung ist, ergibt sich einleuchtend aus folgender Überlegung: Je weiter und höher das Ziel der Behandlung festgesetzt würde, desto weniger Gebührentatbestände wären selbständig abrechenbar. Abrechenbar wäre dann nur der letzte Behandlungsschritt. Dies kann aber nicht richtig sein.

AG Iserlohn
Az 40 C 758/92
Urteil vom 01.03.1993

Enthält das Gebührenverzeichnis keine ausdrückliche Regelung, ist regelmäßig davon auszugehen, daß jede im Gebührenverzeichnis enthaltene Gebühr neben jeder anderen berechnungsfähig ist.

AG Hamburg
Az 23A C 466/01
Urteil vom 02.03.2004

Der Zahnarzt kann nach Ansicht des Gerichtes die Gebührennummern 412 der GOZ bzw. 1467, 2381, 2382, 2442, 2675 und 2697 der GOÄ auch gesondert neben den für die beiden Sinusbodenelevationen in Rechnung gestellten Komplex-Gebührenpositionen 413, 2730, 2255 und 2386 in Rechnung stellen, da er hiermit nicht gegen das sogenannte Zielleistungsprinzip gemäß § 4 (2) Satz 2 GOZ verstoßen hat.

Nach diesem Prinzip kann eine Leistung als unselbstständig dann nicht gesondert berechnet werden, wenn sie notwendiger- oder typischerweise nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer umfassenderen Leistungsposition erbracht wird. Entscheidend ist dabei der technische und zeitliche Zusammenhang. Fehlt eines der beiden Kriterien, so bleibt die Leistung selbstständig abrechenbar und wird nicht unselbstständige Beistandsleistung einer umfassenden Zielleistung. Das heißt, daß die Selbstständigkeit einer Leistung und ihre eigenständige Abrechenbarkeit von der Zielrichtung (Finalität) dieser Leistung abhängt. Auch vorbereitende Verrichtungen können in der sie gegebenenfalls umfassenden Hauptleistung berechnungsfähig sein. Selbstständig berechnungsfähig wird eine solche vorbereitende Verrichtung dann, wenn wegen des fehlenden technischen und zeitlichen Zusammenhangs die Zielgerichtetheit als Bestandteil der Hauptleistung verloren geht.

Unter Zugrundelegung des Gutachtens des Sachverständigen ist das Gericht der Auffassung, daß die von dem Versicherungsunternehmen beanstandeten Positionen keine unselbstständigen Leistungen im Sinne der vorstehenden Ausführungen waren, sondern daß sie notwendige eigenständige Verrichtungen im Rahmen der Sinuslift-Operationen waren, sie also Maßnahmen betrafen, die nicht in den „Komplex-Positionen“ enthalten waren, sondern als zusätzlich erbracht werden mußten, um die spezielle Operation zu ermöglichen. Dies hat der Sachverständige klar zum Ausdruck gebracht und durch die konkrete vergleichende Beschreibung einer durchgeführten Maßnahme belegt. Daß er seine Auffassung zusätzlich auf die offenbar veröffentlichte Meinung des Bundesverbandes der niedergelassenen implantologisch tätigen Zahnärzte stützt, läßt sie nicht weniger überzeugend erscheinen. Zwar mag der Verband auch die Interessen der entsprechenden Zahnärzte vertreten, aber er dürfte aufgrund des Fachwissen seiner Mitglieder vielleicht am ehesten beurteilen können, welche einzelnen Maßnahmen zielgerichtet auf eine Sinuslift-Operation erfolgen und welche im einzelnen zusätzlich und in selbstständiger Weise notwendig sind und dementsprechend nicht durch die Komplex-Positionen abgedeckt sind. Das Gericht ist jedenfalls aufgrund des Gutachtens ausreichend davon überzeugt, daß die in diesem Zusammenhang von dem Versicherungsunternehmen beanstandeten Gebührennummern selbstständige Leistungen beinhalten, die abrechenbar sind.

§ 5 - Gebührenbemessung

ERGÄNZENDE URTEILE ZU BEGRÜNDUNGEN BEI DER
BEMESSUNG DER GEBÜHRENHÖHE SIEHE AUCH UNTER §10.

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 10.92

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

OVG Berlin

Az 4 B 50.91

Urteil vom 17.12.1991

Berufungsurteil zum

VG Berlin

Az 5 A 178.88

Urteil vom 30.04.1991

(Urteil zur GOÄ (alt))

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für ärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Arzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Der bloße, undifferenzierte Hinweis auf

- "ambulante Ausführung einer Operation"

rechtfertigt gebührenrechtlich nicht das Überschreiten des Schwellenwertes, da hiermit noch keine leistungsbezogenen Aussagen über Schwierigkeit, Zeitaufwand oder besondere Umstände bei Ausführung getroffen werden.

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 1.93

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg

Az 4 S 758/92

Urteil vom 09.09.1992

Berufungsurteil zum

VG Stuttgart

Az 15 K 1990/91

Urteil vom 06.02.1992

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht, und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Nach § 5 (1) Satz 2 BhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Damit setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat.

Unklarheiten der Gebührenordnung dürfen nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposition zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen.

Der Dienstherr hat in Fällen von zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnung oder bei bestimmten häufiger wiederkehrenden Problemen den von ihm als überhöht angesehenen Gebührenforderungen entgegenzutreten. Hierzu steht dem Dienstherrn insbesondere die Möglichkeit offen, den Verordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken.

Dem Beihilfeberechtigten steht ein Anspruch auf Beihilfe auch zu dem streitigen, von ihm aufgewandten zahnärztlichen Rechnungsteilbetrag, der auf dem Ansatz des 2,8-fachen Gebührensatzes für die Verwendung von

- Verblendkronen

beruht, zu.

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 12.93

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg

Az 4 S 2084/91

Urteil vom 17.09.1992

Berufungsurteil zum

VG Stuttgart

Az 15 K 720/90

Urteil vom 05.07.1991

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfeflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Nach § 5 (1) Satz 2 BhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Damit setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat.

Unklarheiten der Gebührenordnung dürfen nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposition zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen.

Der Dienstherr hat in Fällen von zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnung oder bei bestimmten häufiger wiederkehrenden Problemen den von ihm als überhöht angesehenen Gebührenforderungen entgegenzutreten. Hierzu steht dem Dienstherrn insbesondere die Möglichkeit offen, den Verordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken.

Dem Beihilfeberechtigten steht ein Anspruch auf Beihilfe auch zu dem streitigen, von ihm aufgewandten zahnärztlichen Rechnungsteilbetrag, der auf dem Ansatz eines über dem 2,3-fachen liegenden Gebührensatzes für die Verwendung von

- Verblendkronen

beruht, zu.

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 10.95

Urteil vom 30.05.1996

bestätigendes Revisionsurteil zum

OVG Nordrhein-Westfalen

Az 12 A 841/92

Urteil vom 18.01.1995

teilweise aufhebendes Berufungsurteil zum

VG Köln

Az 3 K 923/90

Urteil vom 04.12.1991

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen ist hinsichtlich ihrer Angemessenheit grundsätzlich sowohl von der Beihilfestelle als auch durch die Verwaltungsgerichte voll überprüfbar. Nur wenn ausnahmsweise bei objektiver Betrachtung ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen, ist dieser beihilferechtlich als angemessen anzusehen, soweit der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Die Annahme von Besonderheiten, die das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen können, ist gerichtlich voll nachprüfbar und setzt voraus, daß die Besonderheiten gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle aufgetreten sind.

Dem Ausnahmecharakter des Überschreitens des Schwellenwertes widerspräche es nicht, wenn schon eine vom Arzt allgemein oder häufig, jedenfalls nicht nur bei einzelnen Patienten wegen in ihrer Person liegender Schwierigkeiten angewandte Behandlung als eine das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigende Besonderheit angesehen würde.

Im streitgegenständlichen Fall wurden vom Gericht die Begründungen

- motorische Unruhe,
- große Angst,
- stark zerstörter Zahn,
- Wurzelkaries und
- Erschwerung durch Vorpräparation

als zu allgemein angesehen, weil sie zudem nicht mit der Person des Patienten begründet wurden.

[Anmerkung: Nicht revidiert wurde vom BVerwG die vom OVG bereits anerkannte Begründung: "Entfernung der Krone schwierig wegen besonders harter Metallegierung".]

OLG Koblenz

Az 6 U 286/87

Urteil vom 19.05.1988

Nach den Bemessungskriterien ist ein Fall von mittlerer Schwierigkeit, durchschnittlichem Zeitaufwand und normalen Umständen der Ausführung in der Mitte des Gebührenrahmens mit dem sogenannten Mittelwert (dem 2,3-fachen Multiplikator) anzusetzen.

OLG Düsseldorf
Az 4 U 43/95
Urteil vom 07.05.1996

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 11 O 535/91
Urteil vom 01.12.1994

In seinem Urteil hat das OLG u. a. ausgeführt, daß die Angemessenheit von Gebühren nur dann festgestellt werden könne, wenn das Honorar entsprechend den in § 5 (2) niedergelegten Kriterien begründet werde, denn die Gebührenordnung biete zur Überprüfung der Angemessenheit einen zuverlässigen Anhalt.

Soweit der Versicherungsnehmer die Erstattung von über die Regelgebühr hinausgehenden Gebühren geltend mache, hätte dies besonders gerechtfertigt werden müssen, und zwar von dem die Leistungshöhe bestimmenden, behandelnden Zahnarzt. Die Kostenstruktur der zahnärztlichen Praxis ist hierbei für die Gebührenfestsetzung unerheblich; es ist allein auf die einzelnen zahnärztlichen Leistungen abzustellen.

OLG Köln
Az 5 U 196/95
Urteil vom 21.08.1996

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 358/94
Urteil vom 12.07.1995

Ergebnis: Eine den 2,3-fachen Steigerungssatz übersteigende Gebühr darf bei Arbeiten nach Kostenvoranschlag nur dann verlangt werden, wenn diese entweder auch im Kostenvoranschlag mitgeteilt wird oder unvorhersehbare Schwierigkeiten bei der Behandlung aufgetreten sind.

Die Begründung im einzelnen: Eine weitere Voraussetzung für die Erhebung einer über der Regelspanne liegenden Gebühr besteht bei der Privatliquidation ferner darin, daß der Zahnarzt den Patienten vor der Kosten verursachenden Behandlung darauf hinweist, es sei mit einer außergewöhnlichen Besonderheit zu rechnen, die eine höhere Gebühr erfordere, es sei denn, daß dies nicht vorhersehbar ist und sich erst während der Behandlung, gleichsam intraoperativ, ergibt. Eine solche vorherige Hinweispflicht folgt zwar nicht aus den Bestimmungen der Gebührenordnung; nach Ansicht des Gerichts ergibt sich das aber als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag. Für den Patienten stellt sich eine Zahnbehandlung wegen der nicht selten beträchtlichen Kosten und des Umstandes, daß er häufig einen erheblichen Teil davon nicht auf einen Versicherer abwälzen kann, zunehmend als ein Faktor dar, den er bei seiner privaten Lebensführung einzukalkulieren hat. Er muß deshalb wissen, welche Kosten warum voraussichtlich entstehen werden. Da die Kosten wesentlich auch davon beeinflußt werden, welchen Multiplikator der Behandler jeweils voraussichtlich im Sinne von § 5 (1) für angemessen hält, hat der Patient Anspruch darauf, auch darüber vorab unterrichtet zu werden, schon um ihm Gelegenheit zu lassen, sich in anderweitige kostengünstigere Behandlung zu begeben. Ob im Einzelfall eine außergewöhnliche Besonderheit im Sinne

von § 5 (2) Satz 5 vorliegt, unterliegt einer wertenden Betrachtung und hängt in der Praxis nicht selten auch vom fachlichen Können und der Geschicklichkeit des Behandlers ab. Es entspricht der Erfahrung, daß verschiedene Zahnärzte für gleiche Leistungen in bezug auf die Gebührenhöhe durchaus unterschiedliche Vergütungen beanspruchen. Das Gericht vermag nicht zu erkennen, warum es dem Zahnarzt gestattet sein soll, den Patienten erst nach Abschluß der Behandlung mit besonders hohen, nämlich sogar über dem Regelhöchstsatz liegenden Gebühren "zu überraschen".

OLG Köln
Az 5 U 52/96
Urteil vom 23.10.1996

Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 73/93
Urteil vom 24.01.1996

Aus § 5 (2) Satz 4 folgt, daß eine Gebühr in der Regel nur zwischen dem 1-fachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden darf. Die Bemessung nach dem Regelhöchstsatz setzt bereits einen über dem Durchschnitt liegenden Schwierigkeitsgrad der Behandlung oder einen über dem Durchschnitt liegenden Zeitaufwand voraus.

Als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag ergibt sich – auch wenn dies nicht aus den Bestimmungen der Gebührenordnung folgt – für den Zahnarzt eine Hinweispflicht vor der kostenverursachenden Behandlung, daß eine Gebühr über der Regelspanne anfällt, weil mit einer außergewöhnlichen Besonderheit zu rechnen ist. Eine Ausnahme ist nur dann gegeben, wenn dies schlechthin nicht voraussehbar ist und sich erst während der Behandlung, gleichsam intraoperativ, ergibt.

Die Rechtsfolge der Verletzung der Hinweispflicht bestehen darin, daß der Zahnarzt in der abschließenden Liquidation den Regelhöchstsatz nicht überschreiten darf, weil dies stillschweigend als ausgeschlossen gilt.

OLG Köln
Az 5 U 35/97
Urteil vom 16.06.1997

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Aachen
Az 1 O 144/93
Urteil vom 07.11.1996

Das Gericht vertritt den gefestigten Standpunkt, daß der Honorar-Regelsatz von 2,3 gemäß Gebührenordnung bereits einem erhöhten Schwierigkeitsgrad Rechnung trägt und der Patient normalerweise, wenn er in dem Heil- und Kostenplan nicht konkret auf zu erwartende höhere Sätze hingewiesen wird, davon ausgehen kann und wird, daß der Zahnarzt mit dem im Heil- und Kostenplan angegebenen Gebührensatz von 2,3 angesichts eines durchschnittlich erhöhten Schwierigkeitsgrades auskommen wird.

Im vorliegenden Fall hatte der Zahnarzt bei allen Gebührennummern des Heil- und Kostenplanes ausschließlich den oberen Regelsatz von 2,3 angegeben. Ergänzend war vermerkt, daß bei Leistungen, die den 2,3-fachen Steige-

rungssatz überschreiten werden, entsprechende medizinische Begründungen in der Liquidation ausgewiesen werden. Das Gericht sieht dies jedoch als eine aussagelose Leerfloskel an, der insbesondere der Patient nicht entnehmen kann, auf welche Steigerungssätze er sich gegebenenfalls einrichten muß. Für ihn ist - so das Gericht - nämlich nach dem vorgenannten Hinweis in keiner Weise ersichtlich, daß und in welchem Umfang und aufgrund welcher Erschwernisumstände ein höherer Steigerungssatz anfallen kann bzw. anfallen wird.

Sind dem Zahnarzt aus der Vorbehandlung schon die konkreten Umstände bekannt, die einen höheren als den 2,3-fachen Steigerungssatz bei der Bemessung bewirken können, so ist er gehalten, dies bereits im Heil- und Kostenplan zu berücksichtigen.

OVG Bremen
Az OVG 2 BA 40/85, 7/86
Urteil vom 18.02.1986

Eine Überprüfung der Angemessenheit eines ärztlichen Gebührenanspruches nach den Kriterien des § 3 (1) BVO ist unzulässig.

Ist der Arzt nach Maßgabe der Vorschriften der Gebührenordnung (§§ 5, 12 (2) GOÄ (alt)) berechtigt, den 3,5-fachen Steigerungssatz zu berechnen, so wird dieses Honorar in diesem Umfang zu den notwendigen und angemessenen Aufwendungen im Sinne des § 3 (1) BVO.

Hessischer Verwaltungsgerichtshof
Az 1 UE 1647/87
Urteil vom 26.09.1990

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Gießen
Az V/V E 782/86
Urteil vom 03.06.1987
(Urteil zur GOÄ (alt))

Das Urteil befaßt sich mit der Bemessung der Gebührenhöhe im Zusammenhang mit einer computergesteuerten Tomographie in einem Beihilfefall. Vereinfacht dargestellt ergibt sich aus dem Urteilstenor: Für den einfachen Zeitaufwand kann der 1-fache Gebührensatz berechnet werden, bei 150 Prozent Zeitaufwand ist der 2,3-fache Gebührensatz berechtigt, und für den doppelten Zeitaufwand ist der 3,5-fache Gebührensatz ansetzbar. Analog gilt dies für technische Leistungen (1-fach- 1,8-fach- 2,5-fach)

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg

Az 4 S 962/91

Urteil vom 20.07.1992

aufhebendes Berufungsurteil zum

VG Freiburg

Az 1 K 762/90

Urteil vom 23.01.1991

(Urteil zur GOÄ (alt))

Die Begründung des Arztes für die Überschreitung des für die ärztlichen Gebühren vorgesehenen Schwellenwertes (§ 12 (3) Satz 1 GOÄ 1988) kann in einer stichwortartigen Kurzbegründung bestehen. Die Anforderungen dürfen hierbei nicht überspannt werden. Notwendig, aber auch ausreichend ist, daß der Arzt die nach § 5 (2) Satz 4 GOÄ (alt) erforderlichen Besonderheiten der Bemessungskriterien im Einzelfall so darlegt, daß sie dem Patienten - gegebenenfalls nach Erläuterung medizinischer Fachbegriffe auf Verlangen - nachvollziehbar sind.

Der in § 5 (2) Satz 2 GOÄ (alt) für bestimmte ärztliche Leistungen vorgesehene Ausschluß, die Schwierigkeit der Leistung mit der Schwierigkeit des Krankheitsfalles zu begründen, hindert nicht, die Schwierigkeit der Leistung mit der Schwere der Erkrankung zu begründen. Schwierigkeit des Krankheitsfalles und Schwere der Erkrankung sind nicht bedeutungsgleich. Eine schwere Erkrankung kann - z.B. durch die Eindeutigkeit ihrer Ursache - einen nicht schwierigen Krankheitsfall darstellen; umgekehrt kann eine leichte Erkrankung - etwa durch Zweifelhaftigkeit ihrer Ursache - einen für den Arzt schwierigen Krankheitsfall ergeben. § 5 (2) Satz 2 GOÄ (alt) hat nach seinem eindeutigen Wortlaut die Schwierigkeit des Krankheitsfalles im Blick, nicht die Schwere der Erkrankung.

OVG Nordrhein-Westfalen

Az 6 A 511/92

Urteil vom 09.11.1993

(Urteil zur GOÄ (alt))

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Gelsenkirchen

Az 3 K 1993/91

Urteil vom 11.10.1991

Auszugehen ist davon, daß der Ordnungsgeber mit den Gebührentatbeständen Fälle erfaßt hat, die "unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung" (vgl. § 5 (2) Satz 1 GOÄ (alt)) angemessen mit dem 1-fachen Gebührensatz entgolten sind. Der 3,5-fache Gebührensatz gilt damit Fällen, die in der ärztlichen Praxis außergewöhnliche Anforderungen stellen.

LG Wuppertal
Az 5 O 2/89
Urteil vom 02.10.1990

Bei der Erstellung der ersten Behandlungs- und Kostenpläne handelt es sich stets um Kostenvoranschläge, die der betreffende Arzt, was den Umfang der Behandlung und die Kosten anbetrifft, zwar grundsätzlich seiner endgültigen Liquidation zugrunde legen muß, von denen bei ausreichender Begründung eine Abweichung jedoch zulässig ist, denn für den behandelnden Arzt ist Umfang und Schwierigkeit der durchzuführenden zahnärztlichen Leistung nicht ohne weiteres vorhersehbar.

LG Düsseldorf
Az 20 S 179/90
Urteil vom 22.03.1991

Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 30 C 3257/90
Urteil vom 10.08.1990

Eine Begründung braucht normalerweise nur stichwortartig zu erfolgen, der Zahnarzt muß aber in der Lage sein, eine ausführliche Begründung abzugeben, welche konkreten Schwierigkeiten oder ähnliches vorhanden waren.

LG Düsseldorf
Az 23 S 522/94
Urteil vom 28.05.1997

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 42 C 6112/93
Urteil vom 25.08.1994

Ein Fall von mittlerer Schwierigkeit, durchschnittlichem Zeitaufwand, normalen Umständen der Ausführung und üblichen örtlichen [sic!] Verhältnissen ist nach den Bemessungskriterien in der Mitte des Gebührenrahmens mit dem sogenannten Regelwert (1,8 bzw. 2,3) anzusetzen (Vergleiche OLG Koblenz in NJW 1988 2309).

VG Gelsenkirchen
Az 3 K 3736/84
Urteil vom 07.02.1986
(Urteil zur GOÄ (alt))

Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsbildes begründet sein; dies gilt jedoch gerade nicht für die in § 5 (3) GOÄ (alt) genannten [medizinisch technischen] Leistungen, denn die hier zu erbringenden Leistungen sind - zumindest im Regelfall - nicht bereits deshalb schwieriger oder zeitaufwendiger, weil das zugrundeliegende Krankheitsbild überdurchschnittlich ist.

VG Arnsberg
Az 2 K 2438/86
Urteil vom 30.09.1987

Behandlungsbesonderheiten im Sinne der einschlägigen Vorschriften liegen vor, wenn die Leistungserbringung unter Berücksichtigung der in den Bemessungskriterien eingeschlossenen Merkmale vom Typischen und Durchschnittlichen in erkennbarer Weise abweichen. Dabei muß es sich um ein durchschnittliches "Mehr" beispielsweise an Schwierigkeit oder Zeitaufwand handeln.

VG Gelsenkirchen
Az 3 K 1621/88
Urteil vom 23.06.1989
(Urteil zur GOÄ (alt))

Die Gebührenbemessung ist nur innerhalb der von § 5 eröffneten Regelspanne zulässig, wobei bei technischen Leistungen ein Mittelwert bei 1,4 und bei ärztlichen Leistungen ein Mittelwert von 1,65 anzusetzen sind. Es ist den Ärzten verwehrt, für die ärztlichen Verrichtungen unabhängig vom Einzelfall schematisch den höchsten Steigerungssatz der Regelspanne (1,8 bei technischen und 2,3 bei ärztlichen Leistungen) anzusetzen. Diese allgemein übliche, allerdings auch unbestritten rechtswidrige Praxis der Ärzteschaft verbietet sich, da der Arzt bei der Festsetzung der Gebühr einer Ermessensbetätigung entsprechend §§ 315 ff. BGB unterliegt und zumindest die schematische Festlegung auf den Höchstsatz der Regelspanne sich daher verbietet.

Nach Auffassung des Gerichts darf in der Regel die Gebühr nur zwischen den Grenzwerten (1,0 - 1,8 bei technischen und 1,0 - 2,3 bei ärztlichen Leistungen) festgesetzt werden.

Eine Überschreitung des 1,8-fachen bei technischen und des 2,3-fachen bei ärztlichen Leistungen ist nur möglich, wenn solche Besonderheiten vorliegen, bei denen das konkrete ärztliche Tun durch die Beschreibung der Gebührenposition nicht mehr erfaßt wird. Dies bedeutet, daß eine auch schwierige und zeitaufwendige ärztliche Verrichtung nur innerhalb der Regelspanne abgerechnet werden darf, solange im Einzelfall diese Tätigkeit von den Leistungen des Gebührenverzeichnisses umfassend umschrieben wird. Eine in diesem Sinne schwierige Leistung darf höchstens mit dem obersten Wert der Regelspanne (1,8 bzw. 2,3) berechnet werden.

VG Düsseldorf
Az 2 K 3251/87
Urteil vom 24.04.1990
(Urteil zur GOÄ (alt))

Eine Überschreitung des Schwellenwertes kann nicht durch die von einem Arzt allgemein angewandte Art der Diagnostik und insbesondere nicht durch die damit verbundene zeitliche Mehrbeanspruchung begründet werden, diese Umstände sind der Sphäre des Arztes zuzuordnen. Eine umfangreiche Diagnostik kommt allen seinen Patienten zugute und ist von daher kein individuelles Bemessungskriterium, sondern kennzeichnet lediglich die besondere Behandlungsmethode des Arztes.

VG Freiburg
Az 1 K 1659/90
Urteil vom 19.06.1991
(Urteil zur GOÄ (alt))

Eine Begründung liegt nicht schon dann vor, wenn der jeweiligen Leistungsbeschreibung, wie sie im Gebührenverzeichnis enthalten ist, formelhafte oder nichtssagende Erläuterungen beigefügt werden. Vielmehr muß die Begründung inhaltlich so substantiiert sein, daß die Gründe, die ausnahmsweise ein Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen, erkennbar werden, und der Gedanke für den Patienten nachvollziehbar ist.

VG Neustadt a. d. Weinstraße
Az 6 K 1420/89.NW
Urteil vom 19.11.1991
(Urteil zur GOÄ (alt))

Nicht ausschließlich ein besonderer Zeitaufwand oder eine besondere Schwierigkeit bei der Ausführung sind Voraussetzung für die Erhöhung des Gebührensatzes, sondern es genügen schon besondere Umstände als solche bei der Ausführung. Dies ergibt sich aus § 5 (2) Satz 4 in Verbindung mit Satz 1 der Gebührenordnung. Solche besonderen Umstände der Leistungserbringung können dann vorliegen, wenn sich als Folge des Einsatzes eines neueren Gerätes die Durchführung der Leistung selbst erheblich von der bisherigen, in der Gebührenordnung bewerteten Leistung unterscheidet.

VG Frankfurt
Az IX/1 E 300/92
Urteil vom 07.07.1993

Bei der Frage, was eine Besonderheit des Behandlungsfalles im Sinne des § 5 (2) Satz 4 darstellt, ist von der Überlegung auszugehen, daß die Gebührenordnung zunächst einen Gebührenrahmen vorsieht, innerhalb dessen der Zahnarzt die Gebühr nach Ermessen bestimmen kann. Dieser Rahmen umfaßt das 1-fache bis 2,3-fache des Gebührensatzes. Die gebotene Ermessensbestimmung impliziert, daß der Zahnarzt nicht generell den 2,3-fachen Gebührensatz geltend machen kann, so daß jede über dem Durchschnitt liegende Schwierigkeit bereits eine Überschreitung rechtfertigen könnte. Vielmehr sind auch schwierige und zeitaufwendige Behandlungen innerhalb der Regelspanne abzudecken. Man wird also davon auszugehen haben, daß ein durchschnittlicher Behandlungsfall eine Mittelgebühr in Höhe des 1,6- bis 1,8-fachen des Gebührensatzes rechtfertigt, während ein über dem Durchschnitt liegender Schwierigkeitsgrad der Behandlung oder ein über dem Durchschnitt liegender Zeitaufwand je nach dem Maß der Abweichung eine Gebühr bis zur Ausschöpfung des Mittelwertes rechtfertigen kann, während in unter dem Durchschnitt liegenden besonders einfachen Fällen auch nur die einfache Gebühr berechnet werden soll. Für eine Überschreitung des Schwellenwertes muß dagegen eine außergewöhnliche Besonderheit geltend gemacht werden. Liegt die außergewöhnliche Besonderheit in der Schwierigkeit der Leistung, so müssen Komplikationen vorgelegen haben. Mußte der Arzt einen außergewöhnlichen hohen Zeitaufwand erbringen, wäre darzutun, wie hoch dieser konkret war und wie hoch der durchschnittliche zeitliche Behandlungsaufwand einzuschätzen ist.

Eine Begründung für die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes muß inhaltlich so substantiiert sein, daß die Besonderheiten des Behandlungs-

fallendes und ihr Verhältnis zum Maß der Überschreitung des Schwellenwertes erkennbar und für den Patienten nachvollziehbar werden.

VG Braunschweig
Az 7 A 7054/96
Urteil vom 19.03.1997

Eine Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn hinsichtlich der Schwierigkeit, des Zeitaufwandes oder der Umstände bei der Ausführung Besonderheiten vorliegen. Zu diesen besonderen Umständen gehört jedoch nicht schon der mit der einzelnen Leistung generell verbundene zeitliche und finanzielle Aufwand oder die stets anhaftenden Schwierigkeiten.

VG Düsseldorf
Az 26 K 1761/97
Urteil vom 21.08.1998

Der 2,3-fache Gebührensatz kann nur überschritten werden, wenn der behandelnde Zahnarzt darlegen kann, welchen zeitlichen Rahmen (von einfachen bis hin zu den schwierigsten Fällen) der vorgenommene Eingriff in der ärztlichen Praxis in Anspruch genommen hat und inwieweit sich der Fall des konkreten Patienten unter Berücksichtigung der Schwierigkeit sowie der Umstände bei der Ausführung von einem normalen Fall unterscheidet. Ferner müsse dargestellt werden, wie sich der konkrete Fall im Vergleich mit anderen Fällen verhalte und wieso er sich deutlich vom Durchschnitt unterscheidet und abhebe.

VG Düsseldorf
Az 26 K 6247/00
Urteil vom 27.03.2001

Zu der unter Ärzten weithin verbreiteten und durch einschlägige Kommentierungen und Mitteilungen der jeweiligen Zahnärzter- und Ärztekammern gestützten Auffassung, für durchschnittlich normale Leistungen gelte bereits der 2,3-fache Gebührensatz, so daß bereits jede als überdurchschnittlich zu bewertende Tätigkeit den Ansatz eines höheren Steigerungsfaktors rechtfertigen kann, hat das Bundesverwaltungsgericht [vgl. Urteil vom 17. Februar 1994 – 2 C 10.92 – in: BVerwG 95, 117 ff.], dessen ergangene Ausführungen zur GOÄ gleichermaßen für die insoweit sachgleichen Regelungen in der GOZ gelten] unter anderem ausgeführt, daß eine Überschreitung des Schwellenwertes (2,3-facher Gebührensatz) voraussetzt, daß Besonderheiten gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten und abweichend von der großen Mehrzahl der Behandlungsfälle aufgetreten seien.

Das Überschreiten des Schwellenwertes stelle einen Ausnahmecharakter dar. Dem widerspräche es, wenn schon eine vom Zahnarzt allgemein oder häufig angewandte Verfahrensweise bei der Ausführung einer zahnärztlichen Leistung als eine das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigende Besonderheit angesehen würde. Die in der Regel einzuhaltende Spanne zwischen dem einfachen und dem 2,3-fachen Gebührensatz gelte nicht nur für einfache oder durchschnittlich schwierige und aufwendige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Fälle. Sie decke in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab.

[Anmerkung: Das vorstehende Urteil enthält zum Thema „Beihilfe“ folgende bemerkenswerte Passage: „Da Zweck der Beihilfegewährung lediglich ist, einen zusätzlichen Bedarf abzudecken, der mit den Dienstbezügen eines Beamten nicht mehr bestritten werden kann und daher unter dem Gesichtspunkt einer angemessenen Fürsorge einer Beihilfe bedarf, ist gegen derartige Regelungen jedenfalls dann nichts einzuwenden, wenn die Beschränkungen oder Ausschlüsse der Beihilfefähigkeit bestimmter Leistungen die dem Dienstherrn obliegende Fürsorgepflicht nicht in ihrem Wesenskern verletzen“.]

AG Essen
Az 20 C 5/87
Urteil vom 19.11.1987
(Urteil zur GOÄ (alt))

Für eine Leistung mittlerer Schwierigkeit und durchschnittlicher Zeitdauer ist in der Regel von einem Steigerungssatz von 1,65 auszugehen.

AG Duisburg
Az 49 C 336/91
Urteil vom 11.11.1992

Der 2,3-fache Steigerungssatz bezeichnet eine Leistung von durchschnittlicher Schwierigkeit und durchschnittlichem Zeitaufwand. Der Zahnarzt kann sich bei Überschreitung dieses Steigerungssatzes auf die Nennung von bestimmten Kriterien beschränken (z.B. erhöhter Zeitaufwand), muß allerdings diese entsprechenden Kriterien bei den entsprechenden Gebührennummern eintragen.

AG Krefeld
Az 7 C 449/92
Urteil vom 30.11.1992

Der Zahnarzt ist trotz § 5 (2) immer verpflichtet, die im Einzelfall individuell angemessene Gebühr festzusetzen. Auch die Nennung eines Regelwertes kann hier keine Schematisierung bewirken. Insgesamt ist für den nach allen Bemessungskriterien einfachst gelagerten Fall der Einfachsatz zu bemessen; für den nach allen Bemessungskriterien schwierigsten Fall der höchste Steigerungssatz einzusetzen. Demnach muß neben dem berechneten Steigerungssatz auch der Grund für die Steigerung angegeben werden.

Danach reicht es nicht aus, lediglich die in § 5 (2) genannten Bemessungskriterien in der Rechnung zu nennen. Vielmehr muß auf den Einzelfall bezogen begründet werden, welche Besonderheiten zu der berechneten Steigerung geführt haben. Die Angaben "erhöhter Zeitaufwand durch erschwerende Umstände der Ausführung" und "erhöhter Zeitaufwand wegen der Schwierigkeit des Falles" genügen den Anforderungen schon deshalb nicht, weil sie nicht näher substantiiert sind und keine nachprüfbaren Einzeltatsachen angeben.

AG Bonn
Az 12 C 662/92
Urteil vom 29.04.1993

Ein Zahnarzt ist grundsätzlich nicht verpflichtet, bei einem Privatpatienten lediglich zu dem Steigerungssatz abzurechnen, hinsichtlich dessen die Versi-

cherung des Patienten eintritt. Auch ein Hinweis auf die Inrechnungstellung eines höheren Steigerungssatzes ist gegenüber dem Patienten nicht erforderlich, solange der Zahnarzt den für ihn nach der Gebührenordnung frei ausschöpfbaren, bis zu einem Steigerungssatz von 2,3 reichenden Abrechnungsrahmen nicht überschreitet.

Dieses Urteil erging in einem Streitfall zwischen Zahnarzt und Patient, dem das Versicherungsunternehmen nur den 1,5-fachen Steigerungssatz (PSKV-Tarif) erstattet hatte.

AG Düsseldorf

Az 25 C 3219/92

II. Teilurteil vom 03.11.1993

Die Ansicht der kostenerstattenden Stelle, bei den Gebühren für Kronen, Brücken und Prothesen könne der mit der Schwierigkeit der Präparation begründete erhöhte Gebührensatz nur von der Hälfte der Gebühr berechnet werden, ist nach Auffassung des Gerichts unzutreffend.

Die Gebührennummern für Teilleistungen (223 und 505) besagen nur, daß die Hälfte der jeweiligen Gebühr lediglich dann zu berechnen ist, wenn die Leistungen mit der Präparation enden, also nicht vollständig erbracht werden. Dies führt aber nicht dazu, daß die Leistungen, wenn sie voll erbracht werden, in zwei Teile zerlegt werden können, von denen nur der eine schwieriger und der andere weniger schwierig ist. Vielmehr handelt es sich um eine komplexe Leistung mit einer einheitlichen Gebühr. War die Präparation, wie im vorliegenden Fall, besonders schwierig, so ist die gesamte Leistung als besonders schwierig zu bewerten, und der einheitliche Gebührensatz entsprechend zu erhöhen.

AG Düsseldorf

Az 39 C 3693/94

Urteil vom 30.08.1994

Als Bemessungskriterien sieht § 5 (2) ausdrücklich und abschließend die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie die Umstände bei der Ausführung vor, es sind dagegen keine Beschränkungen auf patientenbezogene Umstände enthalten.

[Anmerkung: Nota bene "methodenspezifische Begründung"]

AG Düsseldorf

Az 54 C 8981/94

Urteil vom 10.01.1995

Die in der Regel einzuhaltende Spanne zwischen dem 1-fachen und dem 2,3-fachen Gebührensatz wurde vom Ordnungsgeber nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwendige Behandlungsfälle sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt, und in diesem Rahmen wird auch die Mehrzahl der schwierigen und aufwendigen Behandlungsfälle abgedeckt. Es müssen im Einzelfall Umstände hinzutreten, welche die Verrichtung der von der jeweiligen Gebührennummer umschriebenen Tätigkeit besonders prägen, so daß allein aus der dort gegebenen Umschreibung das konkrete ärztliche Tun nicht mehr erfaßt wird. An die sich aus § 10 (3) ergebende Begründungspflicht könne andererseits keine zu hohen Anforderungen gestellt werden.

AG Altena
Az 5 C 323/96
Urteil vom 06.02.1997

Der Regelsatz beläuft sich nicht auf den 1-fachen bis 3,5-fachen Gebührensatz, sondern lediglich auf den 1-fachen bis 2,3-fachen Gebührensatz. Dies bedeutet, daß der Steigerungssatz von 2,3 bereits den Höchstsatz innerhalb der gesamten Regelfälle darstellt. Das Gericht kürzte daher alle in Rechnung gestellten Gebührenansätze auf den 1,65-fachen Steigerungssatz („Mittelgebührensatz“), weil im streitigen Fall ein Indiz dafür vorliegt, daß der Zahnarzt seine Leistungen schematisiert in Ansatz gebracht habe und überhaupt keine Ermessensausübung vorgenommen hat (von 23 Leistungen wurden 19 zum „Schwellensatz“ von 2,3 berechnet). An dieser Wertung ändert sich nach Auffassung des Gerichts auch nichts, obwohl zweimal der 2,0-fache und zweimal der 3,5-fache Steigerungssatz zusätzlich berechnet wurden. Dies ist nach Auffassung des Gerichts nur deshalb erfolgt, um eine Ermessensausübung zu suggerieren.

AG Bochum
Az 39 C 216/97
Urteil vom 27.01.1998

Eine Voraussetzung für eine Überschreitung des Schwellenwertes gemäß § 5 (2) besteht darin, daß der Zahnarzt vor der kostenverursachenden Behandlung den Patienten darauf hinweist, daß mit einer außergewöhnlichen Besonderheit zu rechnen ist, die eine höhere Gebühr erfordert und rechtfertigt. Dem Zahnarzt obliegt hier die Darlegungs- und Beweislast dafür, daß die einen höheren Gebührensatz rechtfertigenden Besonderheiten für ihn vor den ärztlichen Maßnahmen, für die er den erhöhten Steigerungssatz beansprucht, im einzelnen nicht vorhersehbar waren und aus welchen tatsächlichen Gründen sie nicht vorhersehbar waren.

AG Langenfeld
Az 23 C 315/98
Urteil vom 17.12.1998

Soweit der Streit im wesentlichen um die Frage der Angemessenheit von gewissen Positionen der Rechnung geht, hält das Gericht die vom Zahnarzt zwecks Rechtfertigung des höheren Gebührensatzes (3,5-fach) vorgenommene Begründung für ausreichend. Mehr als dasjenige, was der Zahnarzt zum Zwecke der Erläuterung vorprozessual bereits getan hat, würde das Maß alles Zumutbaren sprengen und kann von ihm nach Treu und Glauben (§ 242 BGB) schlechterdings nicht verlangt werden, wobei diesseits hinreichend bekannt ist, daß die für die Bewilligung von Beihilfen zuständigen Behörden (wohl aufgrund der langjährigen Haushaltsmisere von Bund und Ländern) in zunehmenden Maße eine ausgesprochen restriktive Haltung einnehmen, wodurch Rechtsstreitigkeiten wie diese geradezu provoziert werden. Diese Handhabung kann aber nicht Beurteilungsgrundlage für den allein maßgeblichen zivilrechtlichen Maßstab der Angemessenheit der Vergütung sein. Bei anderweitiger Betrachtungsweise würde dann nämlich kaum noch ein Arzt seine Hauptaufgabe, d. h. die Behandlung von Kranken, erfüllen können, weil er nahezu pausenlos mit der Erläuterung seiner Rechnungen beschäftigt wäre.

AG Köln
Az 126 C 194/98
Urteil vom 10.04.2001

Es ist nicht ausreichend, lediglich die in § 5 (2) genannten Bemessungskriterien zu nennen, wie z. B. hoher Zeitaufwand oder erhöhte Schwierigkeit, vielmehr muß eine Steigerung des Hebesatzes über das 2,3-fache des Gebührensatzes am Einzelfall konkret erläutert werden.

AG Nürnberg
Az 21 C 3607/00
Urteil vom 25.07.2000

Der erhöhte Aufwand an Zeit und Kosten sowie die Schwierigkeit der Dentin-Adhäsiv-Technik wie sie vor allem in den von Beklagtenseite zitierten Urteilen als Argument herangezogen wurden, können nach der Begründung des Regierungsentwurfs zu § 4 (2) nicht maßgeblich sein.

Besonderheiten bei der Ausführung zahnärztlicher Leistungen, wie sie auch bei Füllungen durch die Anwendung der Dentin-Adhäsiv-Technik vorkommen, wird durch § 5 (2) hinreichend Rechnung getragen. Die Arbeitsschritte, die bei der Dentin-Adhäsiv-Technik erforderlich werden (insbesondere die Konditionierung der Dentinoberfläche, das Auftragen des Dentin-Adhäsivs, sowie der sukzessive Aufbau des Zahnes in einzelnen gesondert gehärteten Schichten) können durch die Ausschöpfung des Gebührenrahmens nach § 5 (2) berücksichtigt werden.

AG Krefeld
Az 82 C 301/02
Urteil vom 20.01.2003
(Urteil zur GOÄ)

Der Fall: Der Patient ging davon aus, daß er unabhängig von den Bemessungskriterien des § 5 (2) nur zum einfachen Gebührensatz behandelt werde, da er bei seiner Anmeldung mitgeteilt hat, es bestehe für ihn zur Zeit keine Krankenversicherung, er sei auf der Suche nach einer neuen und müsse daher die Kosten persönlich tragen.

Das Gericht: Im übrigen geht auch die in der Rechtsprechung in Einzelfällen angenommene wirtschaftliche Beratungspflicht des Arztes nicht dahin, den Patienten auf die übliche Vergütung und deren Höhe hinzuweisen. Dies gilt erst recht dann, wenn die finanziellen Folgen für den Patienten, wie hier, nicht sehr schwerwiegend sind und auch nicht aus dem Rahmen fallen.

Ferner ist die Höhe der Rechnungen nicht zu beanstanden, insbesondere nicht, daß die Ärztin ganz überwiegend den 2,3-fachen Gebührensatz abgerechnet hat. Nach § 5 (2) Satz 4 darf in der Regel eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden. Letzteres ist die Mitte des Rahmens, der in § 5 (1) gesteckt ist. Nach § 5 (2) Satz 4 ist es dem Arzt zwar verwehrt, schematisch den Mittelwert von 2,3 anzusetzen, jedoch ist der genannte Mittelwert eine Beweislastgrenze. Danach hat der Arzt Gründe für eine etwaige Überschreitung des Mittelsatzes darzulegen und zu beweisen, der Patient dagegen, daß nach billigem Ermessen eine Gebühr unterhalb des Mittelwertes anzusetzen ist.

AG Köln
Az 143 C 489/02
Urteil vom 13.11.2003

Im Rahmen billigen Ermessens hat der Zahnarzt einen Spielraum. Unter Berücksichtigung der dargelegten Bedingungen erscheint ein Steigerungssatz von 2,3 als noch nicht ermessensfehlerhaft.

§ 6 - GOÄ und Analogien

BUNDESGERICHTSHOF
Az III ZR 389/02
Urteil vom 18.09.2003

Bei der PET-Untersuchung (Positronen-Emissions-Tomographie) mehrerer Körperregionen darf die Gebührennummer 5489 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ auch dann nur einmal in Rechnung gestellt werden, wenn aufgrund der Beschaffenheit des verwendeten PET-Scanners für die Untersuchung jeder Region eine eigene Aufnahme erstellt werden muß.

BUNDESGERICHTSHOF
Az III ZR 264/03
Urteil vom 27.05.2004

aufhebendes Revisionsurteil zum

LG München II
Urteil vom 29.07.2003

abänderndes Revisionsurteil zum

AG Starnberg
Urteil vom 22.01.2003

Eine analoge Abrechenbarkeit einer Laserbehandlung scheitert daran, daß es sich hierbei im Zusammenhang mit Nachbehandlungen nach operativem Eingriffen nicht um eine Leistung im Sinn des § 6 (2) GOZ handelt. Die bloße Anwendung eines Lasergerätes rechtfertigt noch keine Analogberechnung.

OLG Karlsruhe
Az 17 U 176/98
Urteil vom 11.01.2000

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Mannheim
Az 5 O 154/96
Urteil vom 29.07.1998

Die Gebührennummer 2284 GOÄ kann für den betroffenen Zahnbereich 22/23 nur einmal in Rechnung gestellt werden, da es sich um ein und denselben Quadranten und somit um (nur) ein Operationsgebiet handelt, wobei eine das Weichgewebe stabilisierende operative Maßnahme nicht getrennt durchführbar ist.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 4/99
Urteil vom 21.12.2000

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 266/98
Urteil vom 19.11.1998

Die gemeinsame Berechnung der Gebührennummern 001 und Ä3 ist nicht zu beanstanden. Der Senat ist davon überzeugt, daß sich die in der ergänzenden Leistungslegende zu Gebührennummer Ä3 enthaltene Einschränkung nur auf die Untersuchungsleistungen der Gebührenordnung für Ärzte erstreckt und sich nicht mit Leistungen befaßt, die auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 181/00
Urteil vom 27.09.2001
(Urteil zur GOÄ)

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 351/98
Urteil vom 28.09.00

Der Fall: Ein Chirurg, der bei einem Patienten eine Lebertransplantation durchgeführt hatte, rechnete seine Therapie nicht unter der in der GOÄ vorhandenen Gebührennummer 3184 ab, sondern berechnete seine Behandlung entsprechend der Empfehlung der Bundesärztekammer auf der Grundlage von § 6 (2) der GOÄ. Die private Krankenversicherung des Patienten erstattete jedoch nur gemäß der in der GOÄ verankerten Gebührennummer. Hiergegen klagte der Chirurg.

Das Gericht: Da das in der Gebührennummer 3184 GOÄ festgelegte Honorar nicht - mehr - sachgerecht ist, die „Taxe“ im Sinne des § 612 BGB also nicht mehr die angemessene Vergütung - auf die der Arzt Anspruch hat - darstellt, muß diese Lücke mit Hilfe einer Anwendung des § 6 (2) GOÄ dadurch ausgefüllt werden, daß das angemessene Honorar durch eine analoge Berechnung anhand gleichwertiger Leistungen bestimmt wird.

[1. Anmerkung:

Von entscheidender Bedeutung für die Bewertung dieses Urteils ist, daß der Inhalt des § 6 (2) GOÄ:

„Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.“

sich vom Regelungsinhalt des § 6 (2) GOZ unterscheidet, wonach gilt: „Selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden.“

2. *Anmerkung:* Die Bundeszahnärztekammer kommentiert dieses Urteil u.a. wie folgt: „Das vorgenannte Urteil wird vereinzelt dahin ausgelegt, daß die Analogie stets herangezogen werden könne, wenn das sich aus der Gebührenordnung ergebende Honorar nur irgendwie nicht angemessen ist. Das ist indes weder nach dem Wortlaut des Urteils der Fall, noch nach der Gesetzessystematik zulässig.“]

OLG Düsseldorf

Az 8 U 32/01

Urteil vom 13.05.2002

[Anmerkung: Die Beschwerde des beklagten Patienten gegen die Nichtzulassung der Revision gegen dieses OLG-Urteil wird vom BGH (Az III ZR 219/02 am 27.02.2003) zurückgewiesen.]

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum
LG Düsseldorf
Az 3 O 126/00
Urteil vom 21.12.2000

Die mehrfache Berechnung der Gebührennummer 3 GOÄ (am 24.04.1998 und zweimal am 24.02.1999) ist nur im Falle einer besonderen Begründung zulässig.

OLG Hamm

Az 20 U 56/03

Urteil vom 07.11.2003

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Essen

Az 6 O 662/00

Urteil vom 13.01.2003

Analogie/Emdogain

Das Aufbringen von Emdogain ist nach der Gebührennummer 411 GOZ abzurechnen, nicht hingegen nach 2442 GOÄ. Die Behandlung mit Emdogain entspricht unstreitig einer neueren Entwicklung in der Parodontaltherapie, die bei der Fassung der GOZ im Jahr 1988 noch nicht bekannt war, so daß sie auch nicht in einer einschlägigen Gebührennummer berücksichtigt werden konnte. Für zahnärztliche Leistungen, die erst nach dem Inkrafttreten der GOZ entwickelt wurden oder werden, ist § 6 (2) GOZ einschlägig. Die Abrechnung hat danach in analoger Anwendung einer anderen, nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses der GOZ zu erfolgen.

Entgegen der vom Zahnarzt vertretenen Auffassung ist die Leistung „Aufbringen von Emdogain“ nicht unter § 6 (1) GOZ in Verbindung mit der Gebührennummer 2442 GOÄ zu subsumieren. Die Gebührennummer Nr. 2442 GOÄ ist einschlägig bei einer Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung. Nun ist zwar Emdogain ein alloplastisches Material; es wird jedoch nicht zur Weichteilunterfütterung implantiert. Vielmehr wird Emdogain auf die gereinigte und mit Säure vorbehandelte Wurzeloberfläche in Gelform aufgetragen, fällt dort aus und haftet dort an. Über die Ansiedlung von zementbildenden Zellen sollen sich sodann über Wochen gewebliche

Strukturen des Zahnhalteapparats ausbilden. Die Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 2442 GOÄ erfaßt mithin nicht die Leistung „Aufbringen von Emdogain“, sondern eine Abrechnung nach 2442 GOÄ wäre nur im Wege einer Analogie denkbar. Eine analoge Anwendung von Gebührennummern der in § 6 (1) GOZ näher beschriebenen Abschnitte der GOÄ auf zahnärztliche Leistungen ist jedoch in § 6 (1) GOZ nicht vorgesehen. Die Auflistung in § 6 (1) GOZ ist abschließend; eine Ausweitung der dem Zahnarzt nach § 6 (1) GOZ geöffneten Bereiche der GOÄ im Wege der Analogie ist nach der Systematik der GOZ nicht vorgesehen.

Es fehlt – jedenfalls für bei Abfassung der GOZ 1988 unbekannte Therapien – bereits an einer Regelungslücke als der unabdingbaren Voraussetzung für eine zulässige Analogie. Eine Verordnungslücke ist schon deswegen nicht auszumachen, weil § 6 (2) GOZ einschlägig ist und auf die analoge Anwendung gleichwertiger Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOZ, nicht jedoch der GOÄ verweist. Dem Wortlaut des § 6 (2) GOZ nach ist eine Heranziehung der GOÄ im Wege der Analogie unzulässig. Soweit die Kommentierung gleichwohl entgegen dem Wortlaut der Verordnung eine Analogie zu Gebührennummern auch der GOÄ für möglich hält und dem Zahnarzt gar ein Wahlrecht einräumt, wird dies auf der Grundlage der – nach Auffassung des Senats unzutreffenden – These gefolgert, daß die GOZ nicht alle berechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen enthalte. Diese These widerspricht dem ausdrücklich erklärten Gestaltungswillen des Verordnungsgebers.

In der Begründung des Regierungsentwurfs zu § 6 (2) GOZ heißt es: Die im Gebührenverzeichnis enthaltenen und die nach § 6 (1) für abrechnungsfähig erklärten Leistungen decken das Spektrum der wissenschaftlich allgemein anerkannten zahnärztlichen Leistungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt ab. Leistungen, die der Verordnungsgeber in Kenntnis der bisher gebräuchlichen Analogie-Listen nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen hat, können nach Erlass der neuen GOZ nicht mehr in Rechnung gestellt werden. Demnach wurden ausdrücklich und bewußt bekannte und nach früheren Analogie-Listen abgerechnete Leistungen nicht in das Leistungsverzeichnis aufgenommen, so daß von einer planwidrigen Unvollständigkeit gerade nicht auszugehen ist. Auf der Grundlage des eindeutigen Verordnungswortlauts wird daher auch vertreten, daß die Gebührennummern der GOZ, ergänzt um solche aus der GOÄ gemäß § 6 (1) GOZ, vollständig und abschließend sind und Analogien über den Anwendungsbereich des § 6 (2) GOZ hinaus nicht zulassen. Dieser Meinung schließt sich der Senat an.

Als Abrechnungsziffer, die bei Aufbringen von Emdogain analog herangezogen werden kann, bietet sich die Gebührennummer 411 GOZ an. Die Analogie wird sowohl vom Infozentrum der Zahnmedizin im Internet als auch von der Zahnärztekammer Berlin und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie empfohlen. Zwar sind diese Empfehlungen nicht verbindlich, und der Zahnarzt hat die Analogiebewertung seiner Leistung eigenverantwortlich auszuwählen und zu begründen. Da jedoch der Zahnarzt eine andere Gebührennummer aus der GOZ nicht aufgezeigt hat, legt der Senat die allgemein empfohlene Gebührennummer 411 GOZ seiner Entscheidung zu Grunde. Die Ausführungen des Sachverständigen in seinem in erster Instanz eingeholten Gutachten rechtfertigen nicht die Abrechnung nach der Gebührennummer 2442 GOÄ.

Wie bereits ausgeführt, sieht der Senat aus Rechtsgründen eine Analogie zu der Gebührennummer 2442 GOÄ als unzulässig an. Auf die Kriterien des Aufwandes und der Komplexität der Behandlungsmaßnahme, die für den Sachverständigen ausschlaggebend waren, kommt es für die Frage, ob eine Analogie zulässig ist, nicht an. Der Aufwand und die Komplexität der Behandlung können mit der Wahl des Steigerungssatzes angemessen berücksichtigt werden; die Krankenversicherung hat mit der Abrechnung der Gebühren-

nummer 411 GOZ mit dem 3,5-fachen Steigerungssatz der gegenüber einer normalen Auffüllung von Knochendefekten höheren Komplexität der Emdogain-Behandlung Rechnung getragen.

OLG Hamm
Az 20 U 56/03
Urteil vom 07.11.2003

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Essen
Az 6 O 662/00
Urteil vom 13.01.2003

Analogie/Vestibulumplastik

Der Senat teilt die Ansicht des Landgerichts, daß die Vestibulumplastik nach der Gebührennummer 324 GOZ und nicht nach 2675 GOÄ abzurechnen ist. Lokal begrenzte Mundvorhof- bzw. Mundbodenplastiken werden bei kleinerem Operationsumfang nach der 324 GOZ und lediglich bei größerem Operationsumfang nach 2675 GOÄ berechnet. Das ergibt sich aus der Leistungslegende zu 324 GOZ. Der behandelnde Zahnarzt hat bestätigt, daß er jeweils nur im Bereich eines einzelnen Zahnes kleine Areale des Schleimhautgewebes durchtrennt und sodann durch eine kleine Naht stabilisiert hat. Ein größerer Operationsumfang, der eine Abrechnung nach 2675 GOÄ rechtfertigen würde, ist danach auszuschließen. Entsprechend hat auch der Sachverständige den Operationsaufwand eingeschätzt.

Die Leistungslegende zu 324 GOZ beschreibt eine „Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs“, wie sie nach der Bekundung des Zahnarztes von diesem ausgeführt worden ist. Hingegen beschreibt die Legende zu 2675 GOÄ eine „Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik...“, wobei der Begriff „partiell“ der Unterscheidung zu der in 2676 GOÄ beschriebenen „Totalen Mundboden- oder Vestibulumplastik“ dient, bei welcher der gesamte Kiefer behandelt wird. Daß ein kleiner Eingriff im Bereich eines einzelnen Zahnes bezogen auf den gesamten Kiefer immer auch ein „partieller“ Eingriff ist, rechtfertigt nicht die Anwendung der Gebührennummer 2675 GOÄ auch auf kleine Eingriffe. Es erschließt sich dem Senat nicht, welche „nicht partielle“ kleine Maßnahme nach den Vorstellungen der Berufungsbegründung der Gebührennummer 324 GOZ unterfallen sollte. Da mithin die Eingriffe jeweils nach 324 GOZ abzurechnen waren, entfällt der Ansatz der Gebührennummer 444 GOÄ, denn die GOZ sieht einen ambulanten OP-Zuschlag nicht vor.

OLG Düsseldorf
Az I-8 U 33/04
Urteil vom 14.04.2005

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 535/03
Urteil vom 08.01.2004

Im streitigen Fall wurde jeweils nach den erfolgten Implantationen das weitere Vorgehen und die Wundversorgung zwischen den beiden Partnern der Gemeinschaftspraxis besprochen.

Der Kommentar zur GOZ von Liebold/Raff/Wissing führt als Beispiel für ein Konsilium ausdrücklich die Beratung zwischen einem Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen und einem Zahnarzt auf. Es kann dahin stehen, ob der Zahnarzt und sein Partner eine Gemeinschaftspraxis betreiben oder einer Praxisgemeinschaft angehören, denn ausgeschlossen ist der Ansatz der GOÄ-Gebührennummer 60 nur zwischen Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtungen, was hier nicht zutrifft.

OLG Düsseldorf
Az I-8 U 33/04
Urteil vom 14.04.2005

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 535/03
Urteil vom 08.01.2004

Zutreffend ist, daß eine mehr als einmalige Berechnung der GOÄ-Gebührennummer 3 im Behandlungsfall einer besonderen Begründung bedarf. Dabei gilt als Behandlungsfall für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.

Der Ansatz der Beratungsgebühr nach der GOÄ-Gebührennummer 3 am betreffenden Tag ist aber auch deshalb nicht gerechtfertigt, weil nach der Darstellung des Zahnarztes an diesem Tag vornehmlich Probleme mit der Krankenversicherung des Patienten erörtert wurden, wobei im Wesentlichen der Patient das Wort geführt hat. Unter einer eingehenden Beratung ist demgegenüber eine Beratung des Patienten durch seinen Zahnarzt zu verstehen werden, bei welcher der Zahnarzt überdurchschnittlich eingeht auf die individuelle Situation und Problemlage des Patienten und seiner Erkrankung; Letzteres trifft hier eindeutig nicht zu.

OVG Nordrhein-Westfalen
Az 12 A 5022/97
Urteil vom 10.02.1999

abänderndes Berufungsurteil zum

VG Köln
Az 3 K 9675/96

Die Gebührennummer 3 GOÄ ist nur berechnungsfähig, wenn sie als einzige Leistung erbracht worden ist. Darüber hinaus wird eine Berechnung neben den Untersuchungsleistungen nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 und 801 GOÄ ermöglicht, soweit nicht zugleich weitere (Sonder-)Leistungen in Ansatz gebracht werden.

LG Wuppertal
Az 16 S 251/99
Urteil vom 15.02.2000

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Wuppertal
Az 37 C 1/99
Urteil vom 13.09.1999

Gebührennummer 34 GOÄ ist bei der Neuerstellung einer Prothese nicht berechenbar.

LG Offenburg
AZ 1 S 48/00
Urteil vom 09.10.2001

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Offenburg
AZ 2 C 63/99
Urteil vom 13.01.2000

Die Gebührennummern 2697, 2698 und 2702 der Gebührenordnung für Ärzte sind im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung nicht abrechenbar.

Die Gebührennummer Ä3 ist nicht abrechenbar, wenn die Mindestdauer der Beratung auf der Rechnung nicht angegeben wird. Die Gebührennummer Ä3 kann nur in Ansatz gebracht werden, wenn sie als einzige Leistung erfolgt, es sei denn sie erfolgt in Kombination mit einer Untersuchung nach den Gebührennummern 001, 800 bzw. Ä5 oder Ä6.

LG Frankfurt
Az 2/23 O 299/01
Urteil vom 22.07.2004

Die Krankenversicherung hat die Kosten für die Anwendung des Karies-Detektor im eingeklagten Umfang zu ersetzen. Der Sachverständige hat festgestellt, daß es sich vorliegend um eine medizinisch notwendige Maßnahme handelte und diese analog gemäß § 6 (2) abgerechnet werden konnte.

VG Mainz
Az 7 K 2556/92
Urteil vom 22.09.1993

Nach § 6 (1) GOZ solle den Zahnärzten bezüglich des ihnen zustehenden Aufwendungsersatzes keine Beschränkung auferlegt werden. Vielmehr ist mit dieser Vorschrift dem Zahnarzt in Fällen, in denen er bestimmte in der Gebührenordnung nicht enthaltene Leistungen erbringt, die zusätzliche Möglichkeit eröffnet, diese Leistungen zumindest nach den Vorschriften der GOÄ (alt) zu berechnen. Demzufolge kann die neben der eingehenden Untersuchung durchgeführte Beratung, die im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung selbst nicht als eigenständige Leistung beschrieben ist, jedenfalls auf der Grundlage der Gebührennummer 1b GOÄ (alt) in Ansatz gebracht wer-

den. Dieser Rückgriff auf 1b GOÄ (alt) bedeutet dabei im Ergebnis nicht, daß diese Leistung nur als einzige Leistung berechnungsfähig ist. Denn in der Gebührennummer 1b GOÄ (alt) ist ausdrücklich bestimmt, daß diese Leistung auch im Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung berechnet werden kann.

Zwar kann der Zahnarzt diese Untersuchung selbst nicht nach der insofern erwähnten Gebührennummer 65 der GOÄ (alt) abrechnen, weil diese dort unter dem Abschnitt B III eingegliedert ist und nach der eindeutigen Regelung des § 6 (1) GOZ dem Zahnarzt die Möglichkeit einer Leistungsabrechnung nach diesem Abschnitt der GOÄ (alt) nicht eröffnet ist. Indes bleibt zu sehen, daß die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung in der Gebührenordnung unter der Gebührennummer 001 unmittelbar als eigenständige Leistung eingestuft ist und damit im Falle der Leistungsberechnung praktisch an die Stelle der 65 GOÄ (alt) tritt. Insbesondere tritt die Leistung nach Gebührennummer 001 GOZ auch in der Gebührennummer 1b GOÄ (alt) anstelle der 65 GOÄ (alt) und kann deshalb vom Zahnarzt für dieselbe Sitzung, in der sowohl eine eingehende Beratung als auch eine eingehende Untersuchung erfolgt, ohne weiteres neben der Gebührennummer 1b GOÄ (alt) berechnet werden.

VG Aachen
Az 1 K 6741/93
Urteil vom 14.03.1996

Im streitigen Fall ging es um die Frage, ob für die Infiltrationsanästhesien kleiner Bezirke die Gebührennummern 490 und für die Infiltrationsanästhesien großer Bezirke 491 GOÄ (alt) abrechenbar sind, oder ob der Zahnarzt statt dessen verpflichtet gewesen sei, für diese Leistungen vielmehr die entsprechenden Gebührennummern 009 und 010 in Ansatz zu bringen.

Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den (geöffneten) Abschnitten des Gebührenverzeichnisses ärztlicher Leistungen aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen, § 6 (1). Diese spezielle Vorschrift geht derjenigen des § 1 (1) vor, wonach die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte sich nach dieser Verordnung bestimmen, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist. Grundsätzlich ist der Zahnarzt demgemäß berechtigt, bestimmte ärztliche Leistungen, deren Vergütung in der GOÄ geregelt ist, bei der Behandlung seiner Patienten zu erbringen. Insofern fällt es ausschließlich in seinen Verantwortungsbereich, die jeweilige ärztliche Leistung auszuwählen, wobei er sich daran zu orientieren hat, welche Leistung im Einzelfall aus medizinischer Sicht erfolgversprechend und damit notwendig ist. Soweit ihm die Gebührenordnung insoweit ein Wahlrecht zugesteht, darf er dieses ausüben, ohne irgendwelchen Beschränkungen zu unterliegen. Insbesondere muß er nicht die jeweils kostengünstigste Behandlungsmethode auswählen, sondern sich vielmehr an der medizinischen Notwendigkeit im Fall des Patienten orientieren. Hält er danach eine Anästhesie nach den Vorschriften der GOÄ für medizinisch notwendig, so muß er die entsprechende Leistung erbringen, auch wenn in der GOZ eine vergleichbare Leistung aufgeführt sein sollte. Die Auffassung, daß der Zahnarzt in diesem Falle nur in der GOZ aufgeführte Leistungen erbringen darf, steht im Widerspruch zu § 6 (1) GOZ.

Da das Gericht die Zulässigkeit der Berechnung der Gebührennummern 490 und 491 GOÄ (alt) anerkannt hat, erschließt sich nach seiner Auffassung mithin auch die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die verbrauchten Anästhetika.

VG Hannover
Az 13 A 885/99
Urteil vom 25.01.2000

Zum sechsmaligen Ansatz der Gebührennummer 832 GOÄ (Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation) urteilte das Gericht:

§ 6 (1) GOZ eröffnet den Zahnärzten die Möglichkeit, bestimmte Leistungen unter Anwendung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ abzurechnen und verweist dabei abschließend auf folgende Abschnitte: B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Gebührennummern 4113 und 4700, N sowie O.

Die zum 01.01.1996 in Kraft getretene Vierte Verordnung zur Änderung der GOÄ hat die in § 6 (1) erster Halbsatz GOZ aufgezählten Abschnitte in ihren Leistungsinhalten (Zusammensetzung der Leistungen) und der Gebührennummerierung teilweise verändert. Bis zu einer entsprechenden Anpassung der GOZ müssen diese GOÄ-Abschnitte so angewendet werden, daß sie dem Sinn und Zweck des § 6 Abs. 1 GOZ gerecht werden. Maßstab hierfür sind die (für Zahnärzte eröffneten) ärztlichen Leistungen der GOÄ in der bis zum 31.12.1995 geltenden Fassung. Diese Leistungsinhalte sind entsprechend auf die neu gefaßten Abschnitte zu übertragen. Im Ergebnis bedeutet dies, daß der Zahnarzt die nach der GOÄ (alt) definierten Leistungen erbringen und nach dem Gebührensatz der GOÄ (neu) liquidieren darf.

Die GOÄ in der Fassung der 4. Änderungsverordnung ist danach für Zahnärzte mit folgender Maßgabe anwendbar: Abschnitt B I, jedoch ohne Untersuchungsleistungen (die waren dem Abschnitt B III a.F. zugeordnet), Abschnitte B II, IV, V und VI, C, D, E V und VI, J, L. Aus dem Abschnitt M die Gebührennummern 3511, 4504, 4530, 4538 und 4715, Abschnitte N sowie O, jedoch ohne Magnetfeldresonanztomographie (die dem Abschnitt Q a.F. zugeordnet war). Danach ist die Gebührennummer 832 GOÄ für Zahnärzte nach wie vor nicht abrechenbar, da sie in den Abschnitt G der GOÄ fällt.

AG München
Az 221 C 23908/93
Urteil vom 14.01.1994

Das FGP-Verfahren eröffnet keine Berechnungsmöglichkeit außerhalb der Gebührenordnung. Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses umfaßt die Gebührennummern für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen. Darüber hinausgehende gebührenrechtliche Erwägungen in diesem Bereich hat der Ordnungsgeber nicht eröffnet. Das FGP-Verfahren findet bereits seit längerer Zeit Anwendung und war dem Ordnungsgeber bei Erlass der Gebührenordnung bekannt. In § 6 (2) ist bestimmt, daß ein Zahnarzt alle selbständigen Leistungen, die erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, in Anlehnung an das Gebührenverzeichnis berechnen kann.

Dies trifft für das FGP-Verfahren nicht zu, da dieses Verfahren bei Erlass der Verordnung bereits angewendet wurde und der Ordnungsgeber insoweit keine Sonderregelung zur Berechnung der darauf basierenden zahnärztlichen Leistungen getroffen hat. Daher sind auch diese Leistungen nach Abschnitt J abgegolten.

Nach der Gebührennummer 227 sind Kosten für die Eingliederung einer provisorischen Krone gesondert berechnungsfähig. Nach dem FGP-Verfahren sei es erforderlich, mehrfach Zahnabdrücke zu nehmen, inwiefern es damit auch erforderlich sein soll, mehrfach verschiedene provisorische Kronen einzusetzen, ergibt sich daraus nicht. Das Wiedereingliedern derselben provisorischen

Kronen ist dagegen mit dem einfachen Steigerungssatz der Gebührennummer 227 abgegolten. Eine Berechnung analog § 6 (2) scheidet aus, da außerhalb des in § 6 (2) selbst geregelten Falles keine analoge Gebührenberechnung stattfinden soll. Damit kann die Gebührennummer 227 nicht mehrfach pro Zahn in Ansatz gebracht werden.

AG Dortmund
Az 118 C 9798/98
Urteil vom 26.01.1999

Der Patient kann von seiner Versicherung keinen Ersatz der ihm für die Sterilisation der Parodontaltaschen entstandenen Kosten beanspruchen. Eine analoge Anwendung nach § 6 (2) ist ausgeschlossen, da die Möglichkeit einer Laserbehandlung, wie sie beim Patienten vorgenommen wurde, bereits bei Erlass der Gebührenordnung bestand.

AG Mannheim
Az 17 C 471/00
Urteil vom 26.09.2001

Der Wortlaut des § 6 (1) enthält insoweit keine Einschränkung, aus dem sich zwingend ergibt, daß der Zahnarzt statt der Gebührennummer 009 nicht die Gebührennummer 490 GOÄ berechnen kann.

AG Düsseldorf
AZ 20 C 3454/00
Urteil vom 24.01.2003

Die abgerechneten Gebührennummern Ä1 sind vom Patienten zu bezahlen. Es handelt sich bei diesen Beratungen um jeweils „neue Behandlungsfälle“ im Sinne der Gebührennummer Ä1. Denn als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes. Dies sieht die Gebührennummer Ä1 der am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Allgemeinen Bestimmungen zur GOÄ so vor. Die Vorschrift löst die bisherige Regelung ab, nach welcher der Behandlungsfall erst mit der Beendigung aller diagnostischen, therapeutischen und begleitenden Maßnahmen abgeschlossen war. Der Krankheitsfall im Sinne der GOÄ wird nunmehr in mehrere, zeitlich an jeweils einen Behandlungsmonat gebundene Behandlungsfälle untergliedert. Der Behandlungsfall zählt immer ab dem 1. Tag der Inanspruchnahme des Arztes und endet einen Monat später. Der nächste Behandlungsfall beginnt ab dem ersten Tag der Inanspruchnahme des Arztes nach Ablauf des vorhergehenden Behandlungsfalles.

AG Hamburg
Az 23A C 466/01
Urteil vom 02.03.2004

Der Zahnarzt kann nach Ansicht des Gerichtes die Gebührennummern 412 der GOZ bzw. 1467, 2381, 2382, 2442, 2675 und 2697 der GOÄ auch gesondert neben den für die beiden Sinusbodenelevationen in Rechnung gestellten Komplex-Gebührenpositionen 413, 2730, 2255 und 2386 in Rechnung

stellen, da er hiermit nicht gegen das sogenannte Zielleistungsprinzip gemäß § 4 (2) Satz 2 GOZ verstoßen hat.

Nach diesem Prinzip kann eine Leistung als unselbstständig dann nicht gesondert berechnet werden, wenn sie notwendiger- oder typischerweise nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer umfassenderen Leistungsposition erbracht wird. Entscheidend ist dabei der technische und zeitliche Zusammenhang. Fehlt eines der beiden Kriterien, so bleibt die Leistung selbstständig abrechenbar und wird nicht unselbstständige Beistandsleistung einer umfassenden Zielleistung. Das heißt, daß die Selbstständigkeit einer Leistung und ihre eigenständige Abrechenbarkeit von der Zielrichtung (Finalität) dieser Leistung abhängt. Auch vorbereitende Verrichtungen können in der sie gegebenenfalls umfassenden Hauptleistung berechnungsfähig sein. Selbstständig berechnungsfähig wird eine solche vorbereitende Verrichtung dann, wenn wegen des fehlenden technischen und zeitlichen Zusammenhangs die Zielgerichtetheit als Bestandteil der Hauptleistung verloren geht.

Unter Zugrundelegung des Gutachtens des Sachverständigen ist das Gericht der Auffassung, daß die von dem Versicherungsunternehmen beanstandeten Positionen keine unselbstständigen Leistungen im Sinne der vorstehenden Ausführungen waren, sondern daß sie notwendige eigenständige Verrichtungen im Rahmen der Sinuslift-Operationen waren, sie also Maßnahmen betrafen, die nicht in den „Komplex-Positionen“ enthalten waren, sondern als zusätzlich erbracht werden mußten, um die spezielle Operation zu ermöglichen. Dies hat der Sachverständige klar zum Ausdruck gebracht und durch die konkrete vergleichende Beschreibung einer durchgeführten Maßnahme belegt. Daß er seine Auffassung zusätzlich auf die offenbar veröffentlichte Meinung des Bundesverbandes der niedergelassenen implantologisch tätigen Zahnärzte stützt, läßt sie nicht weniger überzeugend erscheinen. Zwar mag der Verband auch die Interessen der entsprechenden Zahnärzte vertreten, aber er dürfte aufgrund des Fachwissen seiner Mitglieder vielleicht am ehesten beurteilen können, welche einzelnen Maßnahmen zielgerichtet auf eine Sinuslift-Operation erfolgen und welche im einzelnen zusätzlich und in selbstständiger Weise notwendig sind und dementsprechend nicht durch die Komplex-Positionen abgedeckt sind. Das Gericht ist jedenfalls aufgrund des Gutachtens ausreichend davon überzeugt, daß die in diesem Zusammenhang von dem Versicherungsunternehmen beanstandeten Gebührennummern selbstständige Leistungen beinhalten, die abrechenbar sind.

§ 9 - Zahntechnische Leistungen

----- pro -----

OLG Düsseldorf
Az 4 U 43/95
Urteil vom 07.05.1996

teilweise abänderndes Urteil gegen

LG Düsseldorf
Az 11 O 535/91
Urteil vom 01.12.1994

Der Auffassung der privaten Krankenversicherung, daß auch im Rahmen einer privat Zahnärztlichen Leistung ausschließlich die BEL-Liste maßgeblich sei, kann nicht gefolgt werden, denn privatärztliche Leistungen und kassenzahnärztliche Leistungen können nicht ohne weiteres gleichgestellt werden. Letztere sollen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, und sie sollen eine an den jeweiligen Erkenntnissen der Zahnheilkunde orientierte Mindestversorgung garantieren. Bei der Beurteilung der vom Privatpatienten an den Zahnarzt zu zahlenden angemessenen Vergütungen kommt es deshalb auf die konkreten Arbeiten an. Insoweit ist unstreitig, daß der den klagenden Patienten behandelnde Zahnarzt auf perfekte Leistungen Wert legt, indem er nicht nur für sich einen erhöhten Zeitaufwand beansprucht, sondern auch auf perfekten Zahntechnikerleistungen besteht.

OLG Stuttgart
Az 7 U 40/95
Urteil vom 13.05.1996

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Stuttgart
Az 18 O 483/94
Urteil vom 25.01.1995

Die private Krankenversicherung hat nach den vereinbarten Tarifbedingungen die dem Zahnarzt nach § 9 tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen nur im Rahmen des Üblichen zu erstatten. Zwar hat der Ordnungsgeber in der amtlichen Begründung zur Gebührenordnung die in der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labors und Praxislabors unterschiedlich vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen, damit im Ergebnis die BEL-Liste, für angemessen erklärt, dieser Wille des Ordnungsgebers hat jedoch in § 9 keinen Niederschlag gefunden, weshalb eine verbindliche Vorgabe der BEL-Liste nicht besteht. Danach ist die vom Zahnarzt an den Patienten und von diesem an seine private Krankenversicherung weiterzureichende Vergütung für die vom Zahnarzt

abgerufene zahntechnische Leistung grundsätzlich gemäß § 632 (2) BGB zu bestimmen, denn die zahntechnische Leistung folgt den Regeln des Werkvertrages. Deren Höhe bemißt sich mithin nach der Üblichkeit, welche auf die Verkehrsgeltung in den beteiligten Kreisen bzw. auf die für vergleichbare Leistungen am gleichen Ort bezahlte durchschnittliche Vergütung abstellt.

OLG Celle
Az 1 U 100/98
Urteil vom 10.01.2000

Berufungsurteil zum

LG Stade
Az 5 O 324/96
Urteil vom 11.11.1998

Eine über das Maß der für die gesetzlich Krankenversicherten entwickelten BEL-Liste hinausgehende zahntechnische Leistung, kann durch die in der BEL-Liste genannten Höchstpreise abrechnungsgemäß nicht begrenzt sein.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 118/01
Urteil vom 21.03.2002

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 238/97
Urteil vom 26.04.2001

Die beklagte Patientin ist nicht berechtigt, Abzüge bezüglich der in Rechnung gestellten Laborkosten zu machen. Diese sind als angemessen im Sinne von § 9 und damit als insgesamt berechnungsfähig anzusehen. Dem steht nicht entgegen, daß die in Rechnung gestellten Vergütungen der Zahntechnikerleistungen teilweise erheblich über den Sätzen der von dem Sachverständigen zu Vergleichszwecken befragten Labors liegen. Entscheidend ist, daß der Zahnarzt dem Zahntechniker einen von dem Sachverständigen bestätigten besonders hohen Grad an Präzision abverlangte. Die damit an den Zahntechniker gestellten hohen Anforderungen wirken sich naturgemäß auf die Kostenberechnung aus, weshalb die gegenüber anderen Zahntechnikerlabors erhöhten Vergütungen verständlich sind. Hinzu kommt, daß die Höhe der Kosten annähernd genau in dem vor der prothetischen Behandlung ausgehändigten Heil- und Kostenplan genannt war und die Patientin gerade wegen der Kostenhöhe zunächst weitere Erkundigungen einholte. Daher kommt es für die Frage der Angemessenheit der Laborleistungen nicht entscheidend auf die interne Preiskalkulation des Zahntechnikers an, die demnach keiner Klärung bedarf.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 32/01
Urteil vom 13.05.2002

[Anmerkung: Die Beschwerde des beklagten Patienten gegen die Nichtzulassung der Revision gegen dieses OLG-Urteil wird vom BGH (Az III ZR 219/02 am 27.02.2003) zurückgewiesen.]

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 126/00
Urteil vom 21.12.2000

Die hinsichtlich der Zahntechnikerleistungen sowie der Arbeiten des Eigenlabors geltend gemachten Vergütungsansprüche, die der Patient als überhöht ansieht, sind nicht zu beanstanden. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist davon auszugehen, daß diese Honorare als angemessen im Sinne von § 9 und damit als insgesamt berechnungsfähig anzusehen sind. Gemäß § 9 können neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind, was hier nicht der Fall war.

Streitig ist, ob die vom Zahnarzt in Rechnung gestellten Kosten angemessen sind. Was im einzelnen Fall angemessen ist, bestimmt sich außer nach den örtlichen Verhältnissen insbesondere nach dem besonderen Aufwand, den der Zahnarzt im Einzelfall von dem beauftragten Zahntechniker verlangt. Dabei ist darauf abzustellen, welcher Preis nach der Schwierigkeit, dem Zeitaufwand und den an den Zahntechniker gestellten Anforderungen angemessen ist. Im vorliegenden Fall hat der Sachverständige überzeugend deutlich gemacht, daß der Zahnarzt an die zahntechnischen Leistungen besonders hohe Anforderungen gestellt hat, die sich zwangsläufig auf die Kostenberechnung auswirken und im Einzelfall eine erhöhte Vergütung für Einzelpositionen verständlich machen. Nach der nachvollziehbaren Darstellung des Sachverständigen, der die von dem Kläger berechneten Vergütungen für Zahntechnikerleistungen mit von anderen – ebenfalls auf hohem Niveau arbeitenden – Labors berechneten Honoraren verglichen hat, sind die Forderungen des Klägers in der Gesamtbetrachtung im mittleren Preisgefüge anzusiedeln und angesichts des feststellbar hohen Bearbeitungsaufwandes als durchaus angemessen zu bewerten.

In diesem Zusammenhang kann der Patient nicht mit Erfolg auf die Sätze der zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung für Kassenpatienten geltenden Preisliste Zahnersatz Nordrhein (BEL-Liste) verweisen. Privatärztliche und kassenärztliche Leistungen können nicht ohne weiteres gleichgestellt werden. Bei der Beurteilung der von Privatpatienten zu zahlenden angemessenen Vergütung haben allgemeine wirtschaftliche Erwägungen keinen Platz, es kommt vielmehr auf die konkreten in Auftrag gegebene Arbeiten und die hierfür angemessene Vergütung an.

LG Köln
Az 28 O 115/91
Urteil vom 10.07.1991

Die Darstellung der kostenerstattenden Stellen, Material- und Laborkosten seien gemäß "Amtlicher Begründung" unangemessen, stellt "eine bloße Meinungsäußerung" dar.

LG Dortmund
Az 2 O 188/92
Urteil vom 05.05.1994

Soweit das Versicherungsunternehmen vorbringt, die Entgelte für die labor-technischen Leistungen seien insgesamt nicht angemessen, da sie nach der BEB-Liste und nicht nach der für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden BEL-Liste abgerechnet wurden, hat das Unternehmen den ihm obliegenden Beweis nicht geführt. Zwar geht der Verordnungsgeber davon aus, daß die für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen auch für Privatpatienten als Orientierungsmaßstab dienen können. Auch für Laborleistungen bestimmt sich jedoch die Höhe der notwendigen Aufwendungen nach den Besonderheiten des Einzelfalles. Gemäß § 9 können als Auslagen nämlich die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind. Die Beweislast für die Unangemessenheit der Laborleistung trägt das Versicherungsunternehmen, denn bei der Übermaßregelung des § 5 (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen handelt es sich ihrem Rechtscharakter nach um einen Leistungsausschluß.

LG Köln
Az 23 O 46/95
Urteil vom 03.07.1996

Der Zahnarzt hat nach § 9 Anspruch auf Ersatz der tatsächlich entstandenen, angemessenen Auslagen für zahntechnische Leistungen des Dentallabors. Welche Kosten für die einzelnen Leistungen tatsächlich angemessen sind, kann nicht anhand der BEL-Liste ermittelt werden. Dieses Leistungsverzeichnis wird nach § 88 SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung aufgestellt oder vereinbart. Dabei sind auch Gesichtspunkte des öffentlichen Interesses wie Finanzierungsfähigkeit der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt.

Obwohl in der amtlichen Begründung zu § 9 aufgeführt wurde, daß davon auszugehen sei, daß auch bei Privatpatienten die in der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labors und Praxislabors unterschiedlich vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen nicht überschritten werden dürfen, stellt das Gericht fest, daß diese Vorstellung des Verordnungsgebers im Gesetzestext keinen Niederschlag gefunden hat, sondern nur der kommentierten Ansicht des zuständigen Ministerialbeamten entspricht.

Der vom Zahnarzt beauftragte Zahntechniker hat nach § 632 (2) BGB mangels einer Vergütungsvereinbarung Anspruch auf die übliche Vergütung. Die BEL-Liste kann entgegen anderslautender Aussagen nicht deshalb als die übliche Vergütung angesehen werden, weil 90 Prozent aller zahntechnischen Leistungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und nach diesem Leistungsverzeichnis abgerechnet werden. Die Beiträge und Leistungen werden in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung

nach völlig anderen Gesichtspunkten errechnet und erbracht, weshalb die unterschiedlichen Bereiche nicht miteinander vergleichbar sind.

LG Köln
Az 25 S 14/96
Urteil vom 09.10.1996

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Köln
Az 135 C 575/95
Urteil vom 08.02.1996

LG: Leistungen in Fremdlaborrechnungen - im vorliegenden Fall ein edelmetallgeschütztes Langzeitprovisorium - sind nur nach der BEB-Liste abrechenbar.

AG: Die angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen sind gemäß § 9 bei Privatpatienten die in der BEB-Liste aufgeführten Positionen. Selbst wenn in einem Kostenvoranschlag die Anwendung der BEB-Liste nicht vereinbart worden wäre, kann der Zahnarzt nach Maßgabe der BEB-Liste abrechnen.

LG Stuttgart
Az 6 S 48/98
Urteil vom 19.11.1998

Berufungsurteil zum

AG Stuttgart - Bad Cannstatt
Az 1 C 2822/97
Urteil vom 23.12.1997

Bei der Berechnung der Material- und Laborkosten kann der Umstand, daß 90 % aller Leistungen kassenzahnärztliche Leistungen sind, nicht grundsätzlich dazu führen, daß nur die nach BEL-Liste entstehenden Kosten als angemessen im Sinne des § 9 anzusehen sind. So sind schon die Honoraransprüche des Zahnarztes bei Kassen- und Privatpatienten unterschiedlich.

Auch kann eine vertragliche Vereinbarung zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen etc. und dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker, welche die kassenzahnärztliche Versorgung zum Gegenstand hat und die dem Wirtschaftlichkeitsgebot unter Berücksichtigung der angestrebten Kostendämpfung im Gesundheitswesen folgt, nicht zum Maßstab der Kostenberechnung bei der zahnärztlichen Versorgung von Privatpatienten gemacht werden. Bei der Frage der Angemessenheit der Kosten im Sinne des § 9 hat auch außer Betracht zu bleiben, inwieweit der privatversicherte Patient diese Kosten von seiner Krankenversicherung nach dem zwischen ihnen bestehenden Versicherungsvertrag erstattet erhält, da dies das Verhältnis Patient - Zahnarzt und den zwischen ihnen abgeschlossenen Dienstvertrag grundsätzlich unberührt läßt.

Das Gericht erhebt somit keine Bedenken gegen eine Berechnung der Zahntechnikerleistungen nach der BEB-Liste, dies unter anderem auch deshalb, da die Herstellung von Galvano-Teleskopkronen nach ihrer Funktionsweise ein besonderes Maß an Sorgfalt und Präzision erfordert, weil ihre absolute Paßgenauigkeit gewährleistet sein muß.

LG Stuttgart
Az 6 S 300/98
Urteil vom 23.12.1998

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Stuttgart
Az 14 C 10145/97
Urteil vom 24.06.1998

Bei den Sätzen der BEL-Liste, handelt es sich um die zwischen den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der KZBV vereinbarte Preise, in die sozial- und wirtschaftliche Erwägungen eingeflossen sind. Auch wenn für einen bestimmten Personenkreis ein regulierter Preis gilt, kann dieser nicht ohne weiteres als die übliche Vergütung auch für diejenigen gelten, die einer solchen Regulierung nicht unterliegen.

Im Verhältnis zwischen Patient und Arzt gilt außerhalb der kassenärztlichen Versorgung ohnehin, daß letzterer gem. § 9 Anspruch auf Erstattung der ihm tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen hat, was nicht identisch mit der üblichen Vergütung sein muß. Außerdem können privatärztliche und kassenärztliche Leistungen nicht ohne weiteres gleichgestellt werden.

LG Düsseldorf
Az 22 S 272/97
Urteil vom 13.08.1999

Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 49 C 18915/97
Urteil vom 17.04.1997

Eine individuelle Preisliste ist zulässig, wenn bestimmte Parameter eingehalten werden.

Die Angemessenheit der Laborkosten richtet sich in ersten Linie nach der Schwierigkeit der labortechnischen Leistungen im Einzelfall, dem Zeitaufwand des Labors sowie den Anforderungen an den Zahntechniker. Der Begriff der Angemessenheit kann deshalb nicht dazu führen, daß pauschal der Höchstsatz der kassenärztlichen Vergütungstabelle oder ein sonstiger Mindest- oder Höchstsatz zu berücksichtigen ist. Es ist vielmehr auf die kalkulatorischen Ansätze des Einzellabors unter Berücksichtigung der an das Labor gestellten Fertigungskriterien abzustellen.

LG Bielefeld
Az 21 S 64/99
Urteil vom 29.09.1999

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Bielefeld
Az 41 C 426/98
Urteil vom 27.01.1999

Bei der Frage der Angemessenheit der Laborkosten im Sinne des § 9 kann der Hinweis, daß nur das bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis (BEL-Liste) als

angemessene Grundlage herangezogen werden kann, da 90 % aller Laborleistungen nach der BEL-Liste berechnet werden, keine Berücksichtigung finden.

Denn wenn 93 % aller Bürger einer gesetzlichen Krankenversicherung angehören und in 90 % aller Fälle die BEL-Liste Berechnungsgrundlage für die Erstattung von Fremdlaborleistungen ist, dann bedeutet dies im Umkehrschluß, daß in den verbleibenden 10 % der Fälle die BEL-Liste als Grundlage für die Ermittlung der Angemessenheit von Fremdlaborkosten keine Anwendung findet. Da dies überwiegend die Fälle sind, in denen eine höhere Abrechnung erfolgt, weil Privatpatienten behandelt werden, kann für diesen Personenkreis zur Überprüfung nicht die BEL-Liste als übliche Abrechnungsgrundlage herangezogen werden.

LG Hamburg
Az 302 S 69/99
Urteil vom 10.08.2000

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Hamburg
Az 9 C 663/98
Urteil vom 18.05.1999

Die BEL-Liste ist unstreitig keine Verordnung im Sinne einer allgemeingültigen bindenden Höchstpreis- und Höchstleistungsrichtlinie, weil insoweit die BEL-Liste nur für gesetzliche Krankenkassen und nicht für § 9 oder § 632 BGB relevant ist.

Die Angemessenheit der zahntechnischen Leistungen richtet sich nach der üblichen Vergütung im Sinne der §§ 612, 632 BGB. Üblich ist in diesem Sinne allein die im konkreten Fall angemessene Vergütung, wobei wegen der vertragstypologischen Einordnung des Verhältnisses der Patientin zu ihrem behandelnden Arzt als Dienstvertrag die Umstände des Einzelfalles allein maßgeblich für die Angemessenheit sind. Maßgeblich im Verhältnis der Patientin zu ihrer Krankenversicherung ist allein, ob die zahnprothetischen Leistungen für die Patientin medizinisch notwendig und ihrem Umfange im konkreten Fall angemessen im Sinne von § 9 und zudem vertretbar oder nicht waren. Der Bereich des Vertretbaren bestimmt sich anhand des konkreten einzelnen Behandlungsfalles auf der Grundlage der Schulmedizin auch und gerade nach den konkreten Heilungschancen.

LG Dresden
Az 15 S 0334/98
Urteil vom 01.12.2000

abänderndes Berufungsurteil

AG Dresden
Az 111 C 7349/97
Urteil vom 20.02.1998

Im Rechtsverhältnis des Patienten zu seinem Zahnarzt ist davon auszugehen, daß der Zahnarzt verpflichtet ist, für zahntechnische Leistungen nur den Betrag aufzuwenden, der nach den gegebenen Verhältnissen üblicherweise aufgewandt werden muß. Hierbei können nicht einfach die für die gesetzliche Krankenversicherung maßgeblichen BEL-Verzeichnisse herangezogen wer-

den, weil es nahe liegt, daß diese Beträge einen Bezug zu den Eigenheiten einer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Die gegenteilige Erstattungspraxis der Versicherer entspricht lediglich dem Bedürfnis nach einer einfachen Handhabung; vorliegend fehlt ihr aber eine ausdrückliche Grundlage im Tarif, der lediglich von üblichen Preisen spricht.

Der weitere Umstand, daß 90 % aller zahntechnischen Leistungen nach BEL abgerechnet werden, hat seinen Grund nicht darin, daß sich die BEL als Richtgröße auch dort durchgesetzt hat, wo sie nicht schon kraft besonderer Vorschrift oder Vereinbarung zu beachten ist. Diese Prozentzahl erklärt sich mit dem Anteil der gesetzlich Versicherten an der Zahl der Versicherten. Die BEL gibt deshalb auch nicht die Üblichkeit einer Vergütung vor. Denn Üblichkeit im Sinne der betreffenden Vorschriften des BGB meint diejenigen Preise, die sich unter Marktverhältnissen herausgebildet haben. Von Marktverhältnissen läßt sich hier nicht reden. Schließlich ist auch nicht etwa zu erkennen, daß die zu erstattenden Beträge unangemessen sind, also außer Verhältnis zu den sonstigen Kosten und dem damit bezweckten Erfolg stehen.

LG Memmingen
Az 3 O 1179/99
Urteil vom 16.08.2001

Die Argumentation der Krankenversicherung, daß die sich aus dem BEL II als üblich sich ergebenden Kosten überstiegen würden, muß schon deswegen scheitern, weil Kosten für keramische Verblendungen von Eckzahnaufbauten und Teilkronen vom BEL II, das die Krankenversicherung auch für Privatpatienten heranziehen will, gar nicht erfaßt werden. Die dann für ihre Leistungskürzung darlegungs- und beweispflichtige Versicherung hat nicht näher dargelegt, warum die Zahntechnikerleistung unüblich, d. h. zu hoch berechnet sein soll. Dagegen steht nach Auffassung des Gerichts, daß die hier in Rede stehenden überdurchschnittlichen Laborleistungen hohe technische Anforderungen auch an den Zahntechniker stellen, für die das BEL II, das lediglich eine dem wissenschaftlichen Stand nach ausreichende und zweckmäßige Versorgung sicherstellen soll, nicht gelten kann.

Der Patient hat zudem für die durchgeführte Behandlung die medizinische Notwendigkeit ausreichend bewiesen. Die Leistungen waren allesamt medizinisch notwendig und kamen nicht aus ästhetischen Gründen zur Anwendung. Die medizinische Notwendigkeit ergibt sich daraus, daß damit vorhandene Funktionsstörungen beseitigt wurden. Da es sich bei den von Abrasionen betroffenen Zähnen des Patienten, um ansonsten gesunde Zähne gehandelt hat, war die vom Zahnarzt gewählte Behandlungsmethode mittels keramischer Aufbauten indiziert. Auch die Keramikteilkronen waren medizinisch indiziert, weil funktionelle und nicht ästhetische Gründe für diese Versorgung sprachen. Denn diese Versorgungsart war zahnschonend und dazu noch von prophylaktischer Wirkung zum Schutz vor zukünftiger Schädigung durch exzentrischen Bruxismus.

LG Frankfurt
Az 2/23 O 299/01
Urteil vom 22.07.2004

Die Krankenversicherung hat die Kosten im eingeklagten Umfang zu ersetzen. Sie vertritt zu Unrecht die Auffassung, bezüglich der Laborkosten bestehe eine Bindung an das BEL, weil dieses die in Deutschland üblichen Preise beinhalte, mithin das nach dem Vertrag Vereinbarte und das nach § 9 Ange-

messene darstelle. Die Krankenversicherung kann sich zum Nachweis üblicher Preise von vorneherein nicht auf das BEL berufen kann. Das BEL ist für Leistungen bei gesetzlich Versicherten erstellt worden, so daß wegen der steuerpolitischen Vorgaben eine echte Vergleichbarkeit im Rahmen einer Privatversicherung nicht besteht. Die Krankenversicherung hat jedoch keine Zahlen vorgetragen, die eine Üblichkeit bestimmter Beträge unter den Privatversicherten belegen könnten. Da es mithin an eine Grundlage für einen Vergleich fehlt, ist das Vorbringen der Krankenversicherung in diesem Punkt unzureichend. Die Kosten können aus demselben Grund auch nicht als Übermaßkosten im Sinne von § 5 II AVB angesehen werden.

VG Düsseldorf
Az 10 K 115/94
Urteil vom 06.12.1995

Die Auffassung, daß das, was als Auslage im Sinne des § 9 (noch) angemessen ist, kann sich nicht nur nach dem bestimmen, was für eine kassenzahnärztliche Versorgung „ausreichend“ ist. Sondern sie bestimmt sich darüber hinaus auch nach dem besonderen Aufwand, den der Zahnarzt zur Erreichung des von einem Privatpatienten geforderten, sich noch im Rahmen des § 3 (1) Nr. 1 BVO haltenden speziellen Behandlungszieles vom Zahntechniker verlangen muß. Letztere Auffassung erscheint jedenfalls nicht unvertretbar.

Da in die BEL-Liste auch für den Bereich der privat Zahnärztlichen Behandlung bedeutungslose Spezifika der gesetzlichen Krankenversicherung - wie etwa Beitragsstabilität und Finanzierungsfähigkeit - eingeflossen sind, könnte vielmehr durchaus einiges dafür sprechen, die BEL-Liste für die Beantwortung der Frage nach der Angemessenheit von nach § 9 zu berechnenden Auslagen als nicht bindend anzusehen. Die BEL-Liste ist als bloßer Anhaltspunkt für die Angemessenheit zahntechnischer Leistungen aufzufassen, was nicht ausschließt, daß auch im BEL-Verzeichnis nicht enthaltene Leistungen bei entsprechender Begründung im einzelnen Behandlungsfall angemessen sein können.

AG Remscheid
Az 8 C 355/90
Urteil vom 11.09.1990

Die Erstattung der Unkosten für die provisorischen Kronen (auch Materialkosten) ist nach § 9 gegeben. Die Materialkosten sind auch berechnungsfähig, wenn sie in praxiseigenem Betrieb angefallen sind.

AG Dortmund
Az 125 C 625/91
Urteil vom 26.06.1991

"Gemäß § 9 ist der Zahnarzt berechtigt, die tatsächlich entstandenen, angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen zu berechnen. Daß die Kosten durch die in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarten Sätze nach oben hin beschränkt wurden, ist der gesetzlichen Regelung deshalb nicht zu entnehmen. ... Für diese Form von zahnärztlichen Leistungen haben die kassenzahnärztlichen Tarife keine Gültigkeit, es bleibt daher als Tarif im Sinne des § 632 BGB lediglich die Bundeseinheitliche Benennungsliste (BEB-Liste) des Zahntechnikerhandwerkes."

AG Hanau
Az 33 C 546/93 - 13
Urteil vom 12.11.1993

Der schriftliche Krankenversicherungsvertrag, der zwischen den Parteien zustande gekommen ist, sieht nicht vor, daß der auf diese Weise auszurechnende Betrag sich auf den Höchstsatz des bundeseinheitlichen Verzeichnisses für zahntechnische Leistungen beschränkt. Wenn die Parteien eine Beschränkung dieser Art auf den Höchstsatz der BEL-Liste gewollt hätten, so hätte es natürlich nahegelegen, in den Krankenversicherungsvertrag die Bestimmung aufzunehmen, daß sich die Erstattungspflicht der Versicherung auf den Höchstsatz der BEL-Liste beschränkt. Dies ist jedoch - was zwischen den Parteien unstrittig ist - nicht geschehen. Von daher bleibt es beim Wortlaut der Erstattungspflicht des Krankenversicherungsvertrages. Dies begründet eine tarifgemäße Zahlungspflicht für die beklagte Versicherung nach den in Rechnung gestellten BEB-Positionen.

AG Mannheim
Az 7 C 1142/94 (40)
Urteil vom 01.06.1994

Soweit vorgebracht wird, daß die BEL-Vergütungssätze für zahntechnische Leistungen Höchstpreise seien, werden zwei wesentliche Punkte übersehen. Es handelt sich um Abrechnungssätze für zahntechnische Leistungen, die im Rahmen einer kassenvertraglich-zahnärztlichen Behandlung erbracht werden. Es sind zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Verrechnungssätze, deren Festlegung auch mit dem Ziel erfolgte, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zu beschränken. Auch wenn der überwiegende Teil der zahntechnischen Leistungen für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen erbracht wird und zu diesen Verrechnungssätzen abgerechnet wird, können sie im Falle der Behandlung von Privatpatienten weder direkt noch indirekt zur Bestimmung der angemessenen Vergütung im Sinne von § 9 herangezogen werden. Das ist einleuchtend, wenn man bedenkt, daß auch jeder Arzt oder Zahnarzt im Falle privatärztlicher Behandlung eines Patienten seine Vergütung nach GOÄ (alt) bzw. GOZ berechnet und im Ergebnis für die gleiche Leistung eine höhere Vergütung erhält als im Falle kassenvertraglicher Behandlung. Insoweit wird weder der Zahnarzt noch der Zahntechniker im Falle der Behandlung von Privatpatienten durch die mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Höchstsätze gebunden, wenngleich die kassenvertraglichen Verrechnungssätze in gewissem Umfang als Orientierungshilfe herangezogen werden können. Eine Überschreitung der kassenvertraglichen Sätze - wie im vorliegenden Fall - um 20 Prozent kann aber schwerlich als unangemessen angesehen werden.

AG Nürnberg
Az 31 C 3271/94
Urteil vom 14.10.1994

Das private Versicherungsunternehmen ist beweispflichtig dafür, daß die Voraussetzungen einer Leistungskürzung wegen Überschreitens der Angemessenheitsgrenze vorliegen. Wenn das private Versicherungsunternehmen seine Erstattungspflicht von vornherein auf die Sätze der GKV (BEL-Liste) beschränken wollte, dann hätte eine derartige Leistungsbeschränkung auch Inhalt des vertraglich vereinbarten Leistungstarifs sein müssen.

Der nachträglich im Rahmen einer Deckungszusage erfolgte Hinweis an den Versicherungsnehmer/Patienten, wonach Grundlage für die Abrechnung zahntechnischer Leistungen ausschließlich die BEL-Liste sei, hat als einseitiger Versuch der nachträglichen, vom Vertragswortlaut nicht gedeckten Beschränkung der Leistungspflicht keine Auswirkung auf den Umfang des Zahlungsanspruches.

Fazit: Weist ein Versicherungsunternehmen nach Kenntnisnahme eines Heil- und Kostenplanes den Patienten darauf hin, daß die Leistungspflicht auf das BEL-Verzeichnis beschränkt sei, ist dies nach Auffassung des erkennenden Gerichts nicht zulässig, da eine solche Beschränkung in der Erstattung bereits vorher tariflich im Versicherungsvertrag hätte vereinbart sein müssen.

AG Essen
Az 20 C 18/94
Urteil vom 09.12.1994

Die Rechnung des Zahnarztes ist hinsichtlich der vom Patienten gerügten Abrechnung nach den Preisen der BEB-Liste (Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen) nicht zu beanstanden. Nach Auffassung des Gerichts (und unter Bezugnahme auf das Sachverständigengutachten) ist zwar im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung das Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL-Liste) maßgeblich, mit dem privat krankenversicherten Patienten ist es aber üblich, nach Maßgabe der BEB-Liste abzurechnen.

AG Eschweiler
Az 18 C 561/93
Urteil vom 24.02.1995

Wenn die Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen der privaten Krankenversicherung ausdrücklich nicht etwas anderes vorsehen, dann ist die Abrechnung von Laborleistungen auf der Basis der frei kalkulierten BEB-Liste vorzunehmen. Diese ist dann als ortsübliche Vergütung im Sinne von § 632 (2) BGB anzusehen. Auf die Erstattung einer derartigen Vergütung hat der Patient als Versicherter dann auch einen Anspruch.

AG Frankfurt
Az 31 C 1221/93 - 10
Urteil vom 27.10.1995

Die Werte des kassenzahnärztlichen Tarifs (BEL-Liste) können nicht als angemessenes und übliches Entgelt im Sinne des § 632 BGB in Verbindung mit § 9 herangezogen werden.

Bei Privatpatienten ergibt sich die Leistungsbeschreibung aus der BEB-Liste und nicht aus der allein für die gesetzliche Krankenkasse geltenden BEL-Liste. Dabei sieht die BEB-Liste gegenüber der BEL-Liste höherwertige Leistungen vor. Der Privatpatient erwartet eine qualitativ wertvollere Arbeit, die naturgemäß mit höheren Kosten verbunden ist. Selbst wenn 90 Prozent der Patienten nach BEL-Liste abgerechnet werden, weil dieser Anteil gesetzlich versichert ist oder der Patient ausdrücklich die Abrechnung nach BEL-Liste wünscht, besteht keine rechtliche Verpflichtung, die BEL-Liste als Maßstab für die Berechnung bei Privatpatienten zu nehmen.

Eine grundsätzliche Aufklärungspflicht des Arztes darüber, daß die Kosten bei Privatpatienten höher sind als bei der Abrechnung mit einer gesetzlichen

Krankenkasse, besteht nicht. Dies ist jedem Privatpatienten bekannt. Die Preise nach der BEB-Liste entsprechen nur ungefähr denen nach der BEL-Liste mit 20-prozentigem Aufschlag. Es geht daher nicht an, jeweils die BEL-Listenpreise zu nehmen und einen 20-prozentigen Aufschlag zu errechnen.

AG Gladbeck
Az 11 C 298/95
Urteil vom 06.02.1996

Der Zahnarzt ist berechtigt, gegenüber dem Patienten die erbrachten zahnärztlichen Leistungen auf der Grundlage der Berechnung der zahntechnischen Leistungen bei der zahnärztlichen Versorgung privat versicherter Patienten laut Liquidation nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB-Liste) vorzunehmen. Maßgeblich ist, daß der Beklagte als Privatpatient/Selbstzahler behandelt wurde und nicht als Kassenpatient. Nur in diesem Fall wäre der Zahnarzt verpflichtet gewesen, eine Berechnung nach der BEL-Liste (Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis) auf der Grundlage des SGB V 4. Teil § 88 vorzunehmen. Unstreitig ist jedoch der Patient als Privatpatient behandelt worden. Sowohl in zahntechnischer als auch in zahnärztlicher Hinsicht sind dem Patienten über das normale Maß hinausgehende Leistungen nach seinem Wunsch zugeflossen. Unstreitig sind dem Patienten Leistungen zu Teil geworden, auf die ein Kassenpatient keinen Anspruch besitzt.

AG Kiel
Az 118 C 197/95
Urteil vom 05.06.1997

Das Gericht hält die Abrechnung der Laborkosten auf der Basis der BEB-Liste für angemessen im Sinne von § 9. Nach dieser Vorschrift können neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind. Was im Einzelfall angemessen ist, bestimmt sich nach den örtlichen Verhältnissen, aber auch nach dem besonderen Aufwand, den der Zahnarzt im Einzelfall vom Zahntechniker verlangt. Dabei ist darauf abzustellen, welcher Preis nach der Schwierigkeit, dem Zeitaufwand und den besonderen Umständen der Anforderungen an den Zahntechniker angemessen ist. Zu Unrecht verweist das Versicherungsunternehmen generell auf die – niedrigeren – Ansätze der BEL-Liste, die im Rahmen der kassen- und vertragszahnärztlichen Versorgung gilt. In dieser Liste sind viele labortechnische Leistungen gar nicht enthalten, so daß die Anwendung dieses kassenärztlichen Verzeichnisses im privaten Bereich schon aus praktischen Gründen oft nicht möglich ist.

Die Abrechnungsbeträge nach der BEL-Liste sind von derart vielen systembedingten Faktoren beeinflußt, daß sie keinen geeigneten Maßstab zur aktuellen Bewertung einer handwerklichen Leistung im zahntechnischen Bereich darstellen. Die kassenzahnärztliche Leistung soll ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie soll eine an den jeweiligen Erkenntnissen der Zahnheilkunde orientierte Mindestversorgung im Sinne einer Grundversorgung garantieren. Diesen gesetzgeberischen Zielvorgaben entsprechend werden auch die einzelnen Tarifpositionen auf diese Mindestversorgung hin kalkuliert und festgelegt, wobei auch der Tatsache Rechnung getragen wird, daß insgesamt nur ein beschränktes Beitragsaufkommen vorhanden ist, das für die Bezahlung dieser Versorgung zur Verfügung steht.

Wollte die private Krankenversicherung ihre Erstattungspflicht von vornherein auf die Sätze der gesetzlichen Krankenversicherung nach der BEL-Liste beschränken, müßte eine derartige Leistungsbeschränkung Inhalt des vertraglich vereinbarten Leistungstarifes sein.

Eine solche Leistungsbeschränkung ist zwischen den Parteien aber nicht vereinbart. Zwar heißt es in den AVB der Versicherung, Aufwendungen für zahntechnische Laborleistungen und Materialien seien erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet seien. Jedoch geht der Hinweis der Versicherung, daß in etwa 90 % aller Fälle zahntechnische Leistungen gegenüber Versicherten erbracht würden, die in der gesetzlichen Versicherung versichert seien, und daher die in der gesetzlichen Versorgung vereinbarte Höchstpreise nach BEL-Liste die üblichen Preise im Sinne von § 632 (2) BGB seien, insoweit fehl, als hier nicht entscheidend ist, wie gegenüber der Mehrheit der Patienten, die gesetzlich versichert sein mag, abgerechnet wird, sondern maßgeblich ist, daß der Versicherte als Privatpatient behandelt werden soll. Selbst wenn gegenüber 90 % der Patienten nach der BEL-Liste abgerechnet wird, weil dieser Anteil gesetzlich versichert ist, besteht keine rechtliche Verpflichtung, die BEL-Liste als Maßstab für die Berechnung bei Privatpatienten zu nehmen.

Der zwischen den Parteien bestehende Krankenversicherungsvertrag ist rein privatrechtlicher Natur und richtet sich deshalb nicht nach den Vorschriften des öffentlichen Rechts. Im Rahmen der privatrechtlichen Krankenversicherung richten sich die „üblichen Preise“ daher nach der BEB-Liste, nicht nach der BEL-Liste.

AG Dortmund
Az 112 C 6548/97
Urteil vom 03.09.1997

Die Angemessenheit der Berechnungsweise nach BEB wird nicht durch die BEL-Höchstsätze berührt. Die BEL gründet auf einer Vereinbarung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Zahntechnikerinnungen. Sie betrifft mithin das Verhältnis zwischen gesetzlich Krankenversicherten und dem Zahntechnikerhandwerk. Unterschiedliche Berechnungssätze im Gesundheitswesen sind üblich und beruhen auf einer grundverschiedenen Tarif- und Leistungsstruktur in der privaten und in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wegen der wirtschaftlichen Macht und dem gesetzlichen Auftrag der Krankenkassen, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung der Mitglieder zu sichern, haben die Sätze des BEL keinerlei Aussagekraft für die Frage der Angemessenheit der Vergütung im Verhältnis Privatpatient – Arzt.

Da die Berechnung auf der Grundlage der BEB im privatrechtlichen Vertragsverhältnis üblich ist, vermag sich der Versicherer nicht darauf zu berufen, daß die Kosten nicht angemessen seien. Das Versicherungsverhältnis wird in einem besonderen Maße von Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte beherrscht. Die Weigerung des Versicherers, nicht auf der Grundlage der BEB zu erstatten, birgt für den Versicherungsnehmer die Gefahr, daß ein Teil des vom Zahnarzt verlangten Honorars nicht von der Versicherung erstattet wird und er somit gezwungen ist, entweder aus eigenen Mitteln den Differenzbetrag zu zahlen oder sich in einen Rechtsstreit gegen den Zahnarzt einzulassen. Daß letzteres sich nicht förderlich auf das in besonderem Maße gebotene Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient auswirkt, liegt auf der Hand. Dabei ist zu beachten, daß der Privatpatient nicht zuletzt im Hinblick auf die Werbung der Privatversicherungen, wonach diese deutlich bessere Leistungen als die gesetzliche Krankenversicherung bieten, in

besonderem Maße darauf vertraut, daß der Versicherer im Bereich der Privatversicherten weit verbreitete Abrechnungssätze, die sich von denen der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich unterscheiden, auch akzeptieren werde.

AG Ottweiler
Az 16 C 198/96
Urteil vom 30.01.1998

Privatzahnärztliche und kassenzahnärztliche Leistungen können nicht ohne weiteres gleichgestellt werden, da letztere ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein sollen, d.h. eine an den jeweiligen Erkenntnissen der Zahnheilkunde orientierte „Mindestversorgung“ garantieren sollen. Außerdem spricht gegen eine grundsätzliche Anknüpfung an die Sätze der BEL-Liste, daß es bei Erlass der Gebührenordnung dem Verordnungsgeber freigestanden hätte, die zahntechnischen Leistungen bei privat Zahnärztlicher Behandlung an die BEL-Liste anzubinden, was aber nicht geschehen ist. Bei Privatpatienten ergibt sich die Leistungsbeschreibung demzufolge aus der BEB-Liste und nicht aus dem allein für die gesetzliche Krankenversicherung geschaffenen bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis. Es besteht keine rechtliche Verpflichtung, die BEL-Liste als Maßstab für die Berechnung bei Privatpatienten zu nehmen.

AG Jever
Az 5 C 347/98
Urteil vom 15.04.1999

Dem Patienten steht des weiteren ein Erstattungsanspruch gegen die Krankenversicherung zu. Nach deren Allgemeinen Versicherungsbedingungen ersetzt diese im Rahmen der Krankheitskostenversicherung Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlungen mit 100 % des Rechnungsbetrages. Gemäß § 9 kann der Zahnarzt Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen verlangen. Dies gilt sowohl für Fremd- als auch für Eigenlaborkosten. Eine Kürzung der Kosten auf die BEL-Tarife war nicht berechtigt. In den Versicherungsbedingungen war nicht vereinbart, daß zahntechnische Leistungen nach kassenzahnärztlichen Tarifen abgerechnet werden sollen. Zwischen dem Zahnarzt und dem Labor war die Abrechnung nach der BEB-Liste vereinbart. Es sind also von der Beklagten die tatsächlichen entstandenen Kosten zu erstatten.

AG Düsseldorf
Az 48 C 13977/99
Urteil vom 25.01.2000

Die Tatsache, daß die private Krankenversicherung der Erstattung der Material- und Laborkosten eine Sachkostenliste zugrundegelegt hat, rechtfertigen die Patientin jedoch nicht, dem Zahnarzt den in Rechnung gestellten Betrag nicht zu gewähren. Der Sachkostenliste ist lediglich zu entnehmen, welche zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen die Patientin von ihrer Krankenversicherung ersetzt verlangen kann. Dies berührt nicht das Rechtsverhältnis der Patientin zu ihrem Zahnarzt.

Für die Frage nach der Angemessenheit der zahntechnischen Leistungen im Sinne des § 9 hat die Sachkostenliste indes keine Bedeutung. Bei der Sachkostenliste handelt es sich um Festpreise, die sich an dem Bundeseinheitlichen

Leistungsverzeichnis (BEL-Liste) orientieren. Es ist der Rechtsprechung und Literatur weitgehend bekannt, daß die BEL-Liste nicht als Maßstab für die Angemessenheit der zahnärztlichen Vergütung im Bereich der Privatliquidation heranzuziehen ist. In § 9 wird ausschließlich auf die Angemessenheit und gerade nicht – wie bei der dienst- und werkvertraglichen Regelung des § 612 (2) BGB und des § 632 BGB – auf die Üblichkeit abgestellt. Auf die Üblichkeit abstellen hieße, privatärztliche und kassenärztliche Leistungen gleichzustellen. Dieser Ansatz wird jedoch den privatversicherten Patienten nicht gerecht, da diesen durchaus ermöglicht werden muß, höchste Ansprüche an die zahnprothetische Versorgung zu stellen, die mit einem höheren Arbeitsaufwand und der Verwendung hochwertigerer Materialien verbunden ist, als dies bei einer kassenärztlichen Versorgung der Fall ist.

AG Hamburg
Az 20B C 2091/96
Urteil vom 29.06.2000

Der Zahnarzt kann grundsätzlich seinem Privatpatienten gemäß § 9 für Material- und Laborkosten als Auslagen die ihm „tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten“ berechnen. Die Abrechnung nach der BEL-Liste widerspricht diesem Grundsatz. Denn eine Abrechnung nach Listenpreisen ist gerade keine Inrechnungstellung des tatsächlichen Kostenaufwandes im konkreten Fall. Was angemessen ist, bestimmt sich nach dem Einzelfall, wobei insbesondere das Verhältnis der Kosten zur Qualität der handwerklichen Leistungen, zu dem besonderen Aufwand, den der Zahnarzt im Einzelfall vom Zahntechniker verlangt, und zu der Bedeutung für den Patienten zu berücksichtigen ist. Der Auffassung, daß unabhängig vom Einzelfall auch im Rahmen einer privat Zahnärztlichen Leistung ausschließlich die für die gesetzliche Krankenversicherung geltende BEL-Preisliste maßgeblich sei, kann nicht gefolgt werden. Denn privat Zahnärztliche und kassen Zahnärztliche Leistungen können nicht ohne weiteres gleichgestellt werden. Die BEL-Liste orientiert sich an dem in den §§ 12 und 70 SGB festgelegten Gebot einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung von Kassenpatienten. Es geht hier um eine garantierte Mindestversorgung. Im Gegensatz dazu ist es Privatpatienten möglich, durch Einsatz von höherwertigen Materialien und zeitaufwendigem Arbeitseinsatz höhere Ansprüche an die Versorgung zu stellen. Bei der Beurteilung der vom Privatpatienten an den Zahnarzt zu zahlenden angemessenen Vergütung kommt es deshalb auf die Qualität der konkreten Arbeiten an. Liegen die zahntechnischen Leistungen über dem Kassenstandard, bestimmt sich die angemessene Vergütung nicht nach der BEL-Liste. Die Angemessenheit der Vergütung ist hier folglich nach den tatsächlichen Gegebenheiten des vorliegenden Einzelfalles zu klären.

AG Bad Neuenahr-Ahrweiler
Az 3 C 2/97
Urteil vom 02.08.2000

Bei der Behandlung von Privatpatienten kann die BEL-Liste weder direkt noch indirekt zur Bestimmung der angemessenen Vergütung im Sinne von § 9 herangezogen werden. Auch bei der Bestimmung der üblichen Vergütung nach § 632 BGB ist nicht auf die überwiegende Zahl der bei den gesetzlichen Krankenkassen Versicherten sondern auf die Vergütung für Laborleistungen abzustellen, die im Normalfall gegenüber Privatpatienten berechnet wird. Bei der BEB-Liste kommt es nicht darauf an, daß sie in erster Linie eine betriebswirtschaftliche Berechnung der Kosten solcher Leistungen darstellt,

denn maßgeblich ist allein, daß sie überwiegend bei der Abrechnung gegenüber Privatpatienten angewandt wird.

AG Westerbürg
Az 23 C 1605/99
Urteil vom 27.09.2001

Als übliche Vergütung gilt die für die gleiche oder ähnliche Dienstleistungen an dem betreffenden Ort mit Rücksicht auf die persönlichen Verhältnisse gewährte Vergütung. Es ist auf die Umstände des Einzelfalles abzustellen. Danach können die in dem BEL enthaltenen Preise nicht als übliche Vergütung zahntechnischer Leistungen im Rahmen eines privaten Krankenversicherungsvertrages angesehen werden (vgl.

- Landgericht Hamburg, Urteil vom 10.08.2000, Az 302 S 69/99;
- OLG Düsseldorf, Urteil vom 07.05.1996, Az 4 U 43/95).

Das BEL ist Abrechnungsgrundlage im gesetzlichen Krankenversicherungsverhältnis. Für den Bereich der privaten Krankenversicherung kommt ihm keine Bindungswirkung zu. Der Begriff der in Deutschland üblichen Vergütung, wie ihn die private Krankenversicherung verwendet, kann daher nur dahingehend verstanden werden, daß die Erstattung zahntechnischer Leistungen im Rahmen der in Deutschland für private Krankenversicherungsverhältnisse üblichen Preise erfolgt. Diese werden nach der BEB bestimmt, wobei diese keine Erstattungsbeträge ausweist, sondern Leistungsbeschreibungen enthält, für die dann das zahntechnische Labor nach Aufwand eine angemessene Vergütung berechnet.

Der Sachverständige hatte ausgeführt, daß die im streitigen Fall in Rechnung gestellten Labor- und Materialkosten den in Deutschland üblichen Preisen entsprechen. Der Sachverständige hat dazu die Abrechnung der Laborkosten auf ihre Schlüssigkeit geprüft und ausgeführt, daß sie dem gut dokumentierten erhöhten Aufwand und der extremen Präzision, mit der die zahnärztliche Behandlung durchgeführt wurde, und dem durch die Behandlung letztlich erreichten Behandlungserfolg entspricht und daher angemessen ist.

AG Düsseldorf
Az 41 C 19640/02
Urteil vom 09.07.2004

Die BEL-Liste als Höchstpreisliste ist im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt worden und kann für eine privat Zahnärztliche Versorgung nicht herangezogen werden [Siehe Urteil OLG Celle – 1 U 100/98 – Urteil vom 10.01.2000].

----- contra -----

OLG Köln
Az 5 U 168/96
Urteil vom 30.09.1998

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 23 O 46/95
Urteil vom 03.07.1996

Bei der Feststellung, ob die Laborleistungen angemessen sind, ist innerhalb einer üblichen Spanne vom Mittelwert auszugehen, wobei besondere Umstände des Einzelfalles nach unten oder oben zu berücksichtigen sind. Üblichkeit bedeutet dabei Verkehrsgeltung bei den beteiligten Kreisen. Deshalb wird man als üblich häufig die Abrechnung nach der BEL-Liste zugrunde legen können, da 90 % aller zahntechnischen Leistungen danach abgerechnet werden. Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß das danach zu entrichtende Entgelt nicht ausreichend wäre. Auch wird der Qualitätsstandard - schon aus haftungstechnischen Gründen - regelmäßig auch bei einer Abrechnung nach BEL-Sätzen gewährleistet sein. Letztlich kommt es aber immer auf den konkreten Einzelfall an, dessen Besonderheiten jeweils berücksichtigt werden müssen.

Bei einem Eigenlabor reicht es nicht aus, sich auf die BEB-Liste zu beziehen, da diese keine Preisliste ist. Der Zahnarzt kann eine eigene betriebswirtschaftliche Kalkulation vorlegen oder sich an die Sätze der BEL-Liste anlehnen und notwendige Zusatzleistungen bzw. Abweichungen darlegen. Es ist nicht einzusehen, warum bei gleicher Laborleistung unterschiedliche Preise für Kassen- und Privatpatienten gerechtfertigt sein sollten.

LG Ravensburg
Az 3 S 300/90
Urteil vom 20.06.1991

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Ravensburg
Az 4 C 532/90
Urteil vom 27.07.1990

Nach § 5 (1) und (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MBKK 1976) darf das Versicherungsunternehmen die zur Erstattung vorgelegten Behandlungskosten auf das angemessene Maß herabsetzen.

Angemessen ist nach § 632 BGB eine übliche Vergütung, und eine solche stellt die BEL-Liste dar, die stets dann zugrunde zu legen ist, wenn zwischen Zahnarzt und Zahntechniker keine Vergütungsvereinbarung getroffen worden ist.

LG Mannheim
Az 1 S 300/92
Urteil vom 28.05.1993

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Mannheim
Az 9 C 535/91
Urteil vom 22.10.1992

Sofern ein Anspruch eines Zahnarztes überhaupt auf eine der Laborlisten (BEL oder BEB) gestützt werden könnte, bedürfte es einer individuellen Vereinbarung. Sie würde aber jeweils nur die entsprechenden Vertragspartner binden, nicht jedoch Dritte. Zu letzteren gehören im Verhältnis Zahnarzt zu Patient die privaten Krankenversicherungen. Grundsätzlich kann ein Zahnarzt einem Privatpatienten gemäß § 9 für Material- und Laborkosten als Auslagen die ihm "tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten" berechnen. Die Abgrenzung nach der BEB-Liste widerspricht diesem Grundsatz. Denn eine Abrechnung nach Listenpreisen ist gerade keine Inrechnungstellung des tatsächlichen Kostenaufwands im konkreten Fall.

Nicht hinreichend dargelegt ist, daß es sich bei den Sätzen der BEB-Liste um eine Kostenberechnung handelt, die dem tatsächlich entstandenen Aufwand entspricht. Denn es ist nicht im einzelnen auf konkrete Weise erläutert, worin z.B. die Berechtigung der unterschiedlichen Preisgestaltung zwischen den Sätzen nach der BEB-Liste und nach der BEL-Liste liegt. Letztlich handelt es sich um vereinbarte Sätze, an die nur die Beteiligten gebunden sind. Die private Krankenversicherung ist aber an keiner der beiden Vereinbarungen beteiligt.

LG Dresden
Az 11-O-7277/97
Urteil vom 06.05.1999

Die Kosten, die das zahntechnische Labor für zwei Schraubenzieher berechnet hat, sind nicht berechenbar. Denn hier handelt es sich offensichtlich um die Ausstattung des Labors. Es mag sein, daß es ansonsten nicht mit Implantatsystemen arbeitet. Das bedeutet zum einen aber nicht, daß das beauftragte Labor nicht mit solchen Implantatsystemen befaßt wäre; denkbar ist durchaus, daß das Labor auch für andere Zahnärzte tätig wird.

Zum anderen ist es auch ansonsten nicht Sache des Patienten bzw. seiner Versicherung, eine Aufbesserung der unzureichenden Ausstattung des Labors zu finanzieren.

LG Berlin
Az 7 S 64/01
Urteil vom 04.06.2002

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Tempelhof-Kreuzberg
Az 6 C 319/01
Urteil vom 25.10.2001

Nach dem vereinbarten Tarif der Krankenversicherung sind Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien erstattungsfähig, soweit sie

im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Unter dem Gesichtspunkt der nicht notwendigen Kosten steht der Versicherung ein vertragliches Kürzungsrecht zu. Denn die vom Patienten geltend gemachten Erstattungsbeträge übersteigen die maßgeblichen „in Deutschland üblichen Preise“. Die Kammer hält weiter an der Auffassung fest, wonach es zur Ermittlung der üblichen Vergütung auf den Kreis aller Versicherten (inklusive der gesetzlich Krankenversicherten) ankommt.

Im Rahmen des § 612 (2) BGB, der im Verhältnis des versicherten Patienten zum Behandler hinsichtlich der Bestimmung der Vergütung Anwendung findet - sofern keine individuelle Vereinbarung erfolgt - sind die vom Patienten geltend gemachten Kosten nicht in der geforderten Höhe erstattungsfähig. Auch im Hinblick darauf, daß es maßgeblich auf das Verständnis eines durchschnittlichen, verständigen Versicherungsnehmers ankommt, ergibt sich nichts anderes.

Die Abrechnungen der Laborleistungen erfolgen entweder nach der sogenannten BEB-Liste oder nach der sogenannten BEL II-Liste. Die übliche Vergütung für die in Rede stehenden Behandlungsmaßnahmen bemißt sich nicht nach dem Entgelt, das üblicherweise den privat versicherten Patienten berechnet wird, sondern als Grundlage der Ermittlung der Üblichkeit ist auf den Kreis aller Versicherten, also auch der gesetzlich Versicherten, abzustellen. Denn unter einer üblichen Vergütung im Sinn dieser Vorschrift ist die gewöhnlich gewährte Vergütung, die für gleiche oder ähnliche Dienstleistungen am betreffenden Ort geleistet wird, zu verstehen, und es ist kein sachlicher Grund für eine Differenzierung des Entgelts nach dem Versichertenstatus ersichtlich. Ein solcher läge dann vor, wenn die Behandlung dieses Versichertenkreises „weit umfangreicher ausfällt“, also kein identischer Leistungsumfang bei privat und gesetzlich Versicherten vorläge. Als „umfangreichere“ Behandlung käme eine aufwendigere Behandlungsmaßnahme hinsichtlich der angewandten Mittel oder in zeitlicher Hinsicht in Betracht.

Bei den streitbefangenen Behandlungen handelt es sich – mangels gegenteiligem Vortrag muß dies unterstellt werden – um allgemein übliche und standardisierte Behandlungsmaßnahmen, deren Art nicht von solchen abweicht, denen auch gesetzlich versicherte Personen unterzogen werden.

Was die unterschiedliche Tarifstruktur im privaten Krankenversicherungssektor anbetrifft, so wird bei der Bildung der Tarife, im Gegensatz zum Vorgehen der gesetzlichen Krankenkassen, u. a. das Alter, das Geschlecht, der Gesundheitszustand im Eintrittszeitpunkt und der gewünschte Leistungsumfang berücksichtigt. Hieraus ergibt sich nichts für die Höhe der Gegenleistung im Verhältnis des Versicherten zum Behandler. Gleiches gilt für die unterschiedliche Leistungsstruktur, die ihren Ausdruck in einem erweiterten Versicherungsschutz, je nach konkreter Ausgestaltung des Versicherungsvertrages, findet. So können z. B. auch alternative Therapieformen, aufwendigerer Zahnersatz, Chefarztbehandlung usw. dem Versicherungsschutz unterfallen, d. h., es erfolgt eine Erweiterung bzw. Ergänzung des Leistungskatalogs im Verhältnis von Versicherungsnehmer und Versicherungsgesellschaft, nicht aber eine Erhöhung der Gegenleistung im Verhältnis Versicherter/Behandler, ohne daß dieser eine entsprechende Leistungserweiterung im gleichen Verhältnis entspricht.

Aus der Sicht eines durchschnittlichen Versicherungsnehmers, der die Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufmerksam liest und verständlich – unter Abwägung der Interessen der beteiligten Kreise und unter Berücksichtigung des Sinnzusammenhangs – würdigt, ist die klare Bestimmung der Tarife auch im vorstehenden Sinn zu verstehen. Denn mit dieser Bestimmung wird ausdrücklich die Leistungspflicht der Versicherung auf die üblichen Preise in Deutschland allgemein beschränkt, nicht auf die üblicherweise privat Krankenversicherten in Rechnung gestellten Entgelte. Auch allein aus dem Umstand, daß eine private Krankenversicherung abgeschlossen wird, läßt sich

nicht schließen, daß für identische Leistungen ein Erstattungsanspruch gegen den Versicherer auch für überhöhte Abrechnungen für Heilmaßnahmen bestehen soll.

Gerade für private Versicherungsunternehmen besteht ein vitales wirtschaftliches Interesse daran, für von Versicherten in Anspruch genommene Leistungen nur mit Erstattungsansprüchen in angemessener Höhe in Anspruch genommen zu werden. Die Erstattung überhöhter, durch nichts gerechtfertigter Entgelte führte dazu, daß die Versicherungsbeiträge entsprechend anzupassen wären, was letztlich die Versicherungsnehmer selbst benachteiligen würde. Einem verständigen Versicherungsnehmer sind diese Zusammenhänge, zumindest bei gehöriger Überlegung, erkennbar. Zudem erfolgt der Abschluß privater Krankenversicherungen, von Kostengesichtspunkten abgesehen, vor allem im Hinblick auf das gegenüber gesetzlichen Krankenkassen erweiterte Leistungsspektrum, nicht aber im Hinblick auf überhöhte Abrechnungen für Standardleistungen. Für eine anderweitige Interessenlage eines verständigen, wirtschaftlich denkenden Versicherungsnehmer ist nichts ersichtlich.

Unter Zugrundelegung dessen steht dem Patienten ein weiter gehender Kostenerstattungsanspruch gegen die Versicherung nicht zu. Denn sie hat zugesagt, das zu leisten, was sie nach dem Versicherungsvertrag schuldet.

Für 90 % der Versicherten besteht ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz, d. h. für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien erfolgt eine Abrechnung aufgrund der sog. BEL II-Liste. Als übliche Vergütung ist demnach das für die gesetzlich Krankenversicherten berechnete Entgelt anzusehen.

Soweit in der Literatur die Ermittelbarkeit eines üblichen Entgelts aufgrund der teils erheblichen Preisunterschiede auch nach den mit den gesetzlichen Krankenversicherungen geschlossenen Vereinbarungen verneint wird, erscheint dies fraglich. Denn auch hier können Durchschnittssätze bzw. Bandbreiten, gegebenenfalls unter Berücksichtigung regionaler Differenzierungen, ermittelt und zur Grundlage einer Bestimmung der üblichen Preise in Deutschland herangezogen werden.

Einer weiter gehenden Erörterung bedarf es aber nicht, da es letztlich nicht darauf ankommt, denn selbst wenn man dieser Ansicht folgte, änderte sich nichts am Ergebnis. Denn dann gälte, daß im Zweifel die Bestimmung der Leistung durch den zur Gegenleistung Verpflichteten nach billigem Ermessen zu erfolgen hat. Auch danach wäre ein Anspruch des Patienten auf Erstattung der bisher nicht ersetzten Teilrechnungsbeträge nicht gegeben. Denn es kann nicht der Billigkeit entsprechen, für identische Leistungen in Abhängigkeit vom Versichertenstatus unterschiedliche Vergütungssätze in Rechnung zu stellen. Die vorstehend angestellten Überlegungen zur Üblichkeit gelten hier entsprechend.

AG Köln
Az 115 C 32/92
Urteil vom 14.07.1992

Als objektivierbarer Maßstab lassen sich für die Angemessenheit von Honorarforderungen gegenüber dem Privatpatienten sowohl der amtliche Gebührenrahmen als auch die im Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis (BEL-Liste) aufgeführten Preise für die Abrechnung zahntechnischer Leistungen zur Orientierung heranziehen. Im übrigen ist nicht ausreichend substantiiert vom Kläger dargelegt worden, daß und weshalb diese übliche Vergütung nicht die angemessene Vergütung ist.

AG München
Az 183 C 10265/93
Urteil vom 30.11.1993

Nach § 632 (2) BGB können nur die ortsüblichen Gebühren für Laborleistungen verlangt werden, eine Abrechnung nach über der BEL-Liste liegenden Sätzen hätte ausdrücklich mit dem Patienten vereinbart werden müssen. Wegen der weit überwiegenden Anwendung der im Verhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen geltenden üblichen Vergütungssätze (BEL-Liste) gelten diese auch für privat versicherte Personen.

AG München
Az 221 C 23908/93
Urteil vom 14.01.1994

Die im Sinne des § 9 angemessene Vergütung bestimmt sich nach den Kostensätzen, die bei der Mehrheit der Patienten für vergleichbare Leistungen in Ansatz gebracht werden, daher ist nach der BEL-Liste abzurechnen. Dabei spielt es keine Rolle, ob im Verhältnis Zahnarzt/Patient auf § 9 oder auf § 632 (2) BGB abgestellt wird, da gleiche Erwägungen auch für die Üblichkeit der Vergütung gelten müssen, wenn - wie hier - eine konkrete Gebührenvereinbarung hinsichtlich der Material- und Laborkosten nicht getroffen wurde. Die Angemessenheit bzw. die Üblichkeit einer Vergütung ist nicht getrennt nach gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu betrachten, sondern kann nur einheitlich beurteilt werden.

AG Dortmund
Az 117 C 4004/93
Urteil vom 09.03.1994

Streitgegenständlich zwischen Patient und privater Krankenversicherung waren Laborleistungen hinsichtlich einer höheren Erstattung, obwohl das Versicherungsunternehmen bereits vorgerichtlich die erforderlichen zahnärztlichen Leistungen zuzüglich Material- und Laborkosten gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gezahlt hatte.

Das Setzen von Dowel-Pins ist nach Auffassung des Gerichts in der Position BEL 43 und 44 enthalten und nicht zusätzlich berechenbar. Die individuelle Charakterisierung ist im Seitenzahnggebiet, also nicht in dem sichtbaren Teil des Gebisses, erfolgt und mithin nicht erstattungsfähig, weil nicht erforderlich.

AG München
Az 182 C 26513/94
Urteil vom 18.01.1995

Festsätze für die abgerechneten Leistungen wurden zwischen den Parteien nicht vereinbart. Die Höhe der Vergütung richtet sich somit nach § 632 (2) BGB, soweit es sich - wie hier auf jeden Fall überwiegend - um Werkleistungen handelt, bzw. sie richtet nach § 612 (2) BGB, soweit dienstvertragliche Leistungen abgerechnet wurden.

Übliche Vergütung für die hier abgerechneten Leistungen, bei denen es sich eben überwiegend um Werkleistungen handelt, ist die in der BEL-Liste festgesetzte Vergütungshöhe. Die Vergütung für diese Werkleistungen wird in allen Fällen der gesetzlich versicherten Patienten bezahlt. Es wurden seitens

des seine private Krankenversicherung verklagenden Patienten keine Umstände und Argumente vorgetragen, die für den Fall der Abrechnung solcher Werkleistungen andere Vergütungen als üblich begründen könnten.

AG München
Az 261 C 30974/94
Urteil vom 29.05.1995

Der Vergütungsanspruch des Zahntechnikers, den die Zahnärztin des klagenden Patienten beauftragt hat, richtet sich nach § 632 BGB. Er kann mangels einer behördlich festgesetzten Gebührentaxe in erster Linie die vereinbarte Vergütung verlangen. Bei Abschluß der Vereinbarung sind die Parteien frei und nicht an die Sätze gebunden, die für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen zwischen diesen und den Vertretern der Zahntechnikerinnungen ausgehandelt wurden. Eine Vergütungsvereinbarung wurde zwischen der Zahnärztin des klagenden Patienten und dem Zahntechniker jedoch nicht getroffen. Mangels einer solchen Vereinbarung steht daher dem Zahntechniker gemäß § 632 (2) BGB nur die übliche Vergütung zu. Daher ist nach der BEL-Liste abzurechnen, da die gesetzlichen Krankenversicherer, bei denen 90 Prozent der Bevölkerung krankenversichert sind, diese Liste ihrer Abrechnung zugrunde legen.

AG München
Az 183 C 3068/95
Urteil vom 13.07.1995

Sofern, wie hier, keine Vereinbarung zwischen dem behandelnden Zahnarzt und der Patientin bezüglich der Vergütung der zahnärztlichen Leistungen getroffen wurde, so gilt nach § 632 BGB die übliche Vergütung als vereinbart. Dieser Rechtsgedanke spiegelt sich auch in § 9 wieder, wonach der Zahnarzt nur die tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnen darf. Die beklagte private Krankenversicherung hat bei der Überprüfung des Heil- und Kostenplanes den Patienten auch ausdrücklich darauf hingewiesen, daß Material- und Laborkosten schließlich nach der BEL erstattet werden.

[Anmerkung: Zu dem obigen Urteil erging vom LG München, Az 31 S 15649/95, Urteil vom 17.04.1996, ein Protokoll, im dem folgender rechtswirksamer Vergleich verankert wird: Die beklagte private Krankenversicherung zahlt an den Patienten zur Abgeltung der streitgegenständlichen Ansprüche DM 500,-.]

AG Dortmund
Az 117 C 9012/95
Urteil vom 17.09.1995

Das private Krankenversicherungsunternehmen schuldet dem Patienten/Versicherungsnehmer nur die medizinisch notwendigen Kosten der Versorgung nach Maßgabe der BEL-Liste und maximal in Höhe eines Mehraufwandes von 20 Prozent gegenüber gesetzlich versicherten Patienten.

AG Hamburg-Altona
Az 319b C 422/95
Urteil vom 15.11.1995

Die klagende Patientin hatte mit ihrer privaten Krankenversicherung für zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen einen Tarif vereinbart, in dem bezüglich der Erstattung von Laborkosten ausdrücklich die Formulierung "üblicher Preis" verwandt wurde.

Nach Auffassung des Gerichts sind die von den Zahnlaboren abgerechneten Leistungen und deren Vergütungssätze (BEL-Liste) für gesetzlich Krankenversicherte als übliche Sätze anzusehen und daher auch nur diese zu erstatten. Es kommt hinsichtlich der Erstattungspflicht der privaten Krankenversicherung nicht auf die in § 9 befindliche Formulierung an sondern allein auf das Verhältnis zwischen Versicherer und Versichertem.

Darüber hinaus erscheint es fraglich, inwieweit der behandelnde Zahnarzt der Patientin überhaupt verpflichtet war, die Laborkosten vollen Umfangs zu begleichen, da dem Labor gegenüber dem Zahnarzt ebenfalls nur die übliche Vergütung im Sinne des § 632 BGB zusteht, sofern keine andere, hier nicht vorgetragene Vereinbarung getroffen wurde.

AG München
Az 273 C 8547/95
Urteil vom 23.11.1995

Der Vergütungsanspruch des Zahntechnikers, den die Zahnärztin beauftragt hat, richtet sich nach § 632 BGB. Er kann mangels einer behördlich festgesetzten Gebührentaxe in erster Linie die vereinbarte Vergütung verlangen. Bei Abschluß der Vereinbarung sind die Parteien frei und nicht an die Sätze gebunden, die für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen zwischen diesen und den Vertretern der Zahntechnikerinnung ausgehandelt wurden. Eine Vergütungsvereinbarung wurde zwischen der Zahnärztin und dem Zahntechniker jedoch nicht getroffen. Mangels einer solchen Vereinbarung steht daher dem Zahntechniker gemäß § 632 BGB nur die übliche Vergütung zu. Daher ist nach der BEL-Liste abzurechnen, da die gesetzlichen Krankenversicherer, bei denen 90 % der Bevölkerung krankenversichert sind, diese Liste ihrer Abrechnung zugrunde legen. Die Patientin hat somit keinen Anspruch auf eine höhere Kostenerstattung.

AG Hannover
Az 519 C 19096/95
Urteil vom 15.02.1996

Angemessen für die tarifliche Erstattung von Laborkosten durch private Krankenversicherungen sind in Anwendung der Grundsätze, die zu § 632 BGB aufgestellt worden sind, diejenigen Vergütungssätze, die überwiegend zugrunde gelegt werden. Diese richten sich nach dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis (BEL-Liste).

AG München
Az 163 C 9034/97
Urteil vom 25.09.1997

Da keine Vereinbarungen zwischen dem Patienten(!) und dem Labor stattgefunden haben, sind nur die angemessenen Vergütungen angefallen und damit

auch ersatzfähig. Gerichtsbekannt sind 90 % aller Patienten gesetzlich krankenversichert. Daher ist die BEL-Liste maßgeblich und es kann nicht eine extra BEB-Liste für die privat Versicherten Anwendung finden, denn ein Differenzierungskriterium zwischen gesetzlich und privat Krankenversicherten ist nicht erkennbar (!). Die Angemessenheit bestimmt sich also nach den ortsüblichen Verhältnissen, die durch die Mehrzahl der gesetzlich Krankenversicherten bestimmt wird. Jeder Patient hat unabhängig von seinem Status Anspruch auf Versorgung nach den allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst und nach dem aktuellen Stand der zahntechnischen Wissenschaft und Technik.

AG Dortmund
Az 113 C 10950/97
Urteil vom 17.12.1997

Die Tatsache, daß die zwingende Anwendung der BEL-Liste bei 90 % aller zahnprothetischen Leistungen, nämlich derjenigen für die gesetzlich Versicherten, erfolgt, führt auch dazu, daß im Verhältnis des Privatpatienten zu seiner Krankenversicherung allein die Sätze der BEL-Liste maßgeblich sind.

AG Dortmund
Az 120 C 15331/97
Urteil vom 09.01.1998

Gemäß § 9 können die angemessenen tatsächlichen Laborkosten in Rechnung gestellt werden. Die Gebührenordnung gibt keine Anhaltspunkte dazu, was angemessen bedeutet. Bei der Frage der Angemessenheit ist darauf abzustellen, welche Vergütung am gleichen Ort und in dem gleichen Beruf für entsprechende Arbeiten unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Dienstleistenden bezahlt werden.

Die BEL-Liste findet zwingend Anwendung bei der Abrechnung von Laborkosten für alle gesetzlich versicherten Patienten. Diese Patientengruppe macht bei weitem den Hauptanteil der Gesamtzahl der Patienten aus. Hieraus ergibt sich zwangsläufig, daß diese BEL-Liste Richtschnur für die angemessene Vergütung ist.

AG Düsseldorf
Az 232 C 1120/98
Urteil vom 19.08.1998

Aufwendungen für Material- und Laborkosten, die das Maß der in dem Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis bestimmten Preise überschreiten, können nicht geltend gemacht werden.

Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß die für einen Privatpatienten erbrachte Leistung insofern qualitativ höher zu bewerten sei als die für einen Kassenpatienten erbrachte, zumal das Zahnarztlabor häufig gar nicht weiß, für wen es arbeitet. Wenn der Zahnarzt im Einzelfall höherartige Leistungen durch das zahntechnische Labor erbringen lassen wollte, hätte er eine entsprechende höhere Vergütung vorab mit dem Patienten vereinbaren müssen.

AG München
Az.: 271 C 2835/02
Urteil vom 12.07.2002-11-14

Ein Anspruch auf Erstattung der gesamten Material- und Laborkosten konnte dem Zahnarzt nur aus § 9 zustehen. Dies würde voraussetzen, daß die vom Dentallabor in Rechnung gestellten Kosten angemessen sind. Der Patient hat substantiiert dargelegt, daß er die in der gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Höchstpreise für zahntechnische Leistungen zuzüglich 15 Prozent erstattet hat. Er hat weiter substantiiert dargelegt, daß sich für die Leistungen des Dentallabors bei Zugrundelegung der erfolgten Zahlung ein Stundensatz für die zahntechnischen Arbeiten von durchschnittlich DM 132,-- ergibt. Der Zahnarzt ist diesen Berechnung nicht substantiiert entgegengetreten.

Bei der Beurteilung der Angemessenheit der für zahntechnische Leistungen von Privatpatienten in Rechnung gestellten Beträge sind die in der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labore und Praxislabore vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen von erheblicher Bedeutung. Dies ergibt sich zum einen aus der amtlichen Begründung der Gebührenordnung für Zahnärzte zu § 9, in der es heißt, daß davon auszugehen ist, daß auch für Privatpatienten die in der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labore und Praxislabore vereinbarten Höchstsätze für zahntechnische Leistungen nicht überschritten werden dürfen, da dies nicht angemessen wäre. Weiter ergibt sich dies daraus, daß ca. 90 Prozent aller zahntechnischen Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, so daß die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlten Preise auch gleichzeitig die für zahntechnische Leistungen üblichen Preise darstellen. Bei der Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung ist weiter der sich ergebende Stundensatz für die zahntechnischen Arbeiten von Bedeutung. Auch insoweit schließt sich das Gericht der Auffassung des Patienten an, daß ein Stundensatz von DM 132,-- ausreichend ist. Nach Auffassung des Gerichts übersteigt die hier geltend gemachte Restforderung somit die angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen, so daß die Klage abzuweisen war.

§ 10 - Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung - Rechnung

OLG Köln
Az 27 U 61/91
Urteil vom 30.10.1991
(Urteil zur Bugo 65)

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 89/89
Urteil vom 20.11.1990

Der Ansatz des 6-fachen Gebührensatzes ist grundsätzlich gerechtfertigt, da der Patient unter einem die Behandlung

- erschwerenden starken Würgereiz

litt. Das Gericht hatte jedoch durchgreifende Bedenken gegenüber dem Ansatz des 6-fachen Gebührensatzes für sämtliche Leistungen.

- Weder der Umfang der Gebißsanierung,
- noch der Zeitaufwand und
- der Würgereiz

rechtfertigen den durchgängigen Ansatz der Höchstgebühr. So läßt sich der Höchstsatz für die Anästhesie, die Injektion und die Beratung mit den vorgenannten Kriterien nicht rechtfertigen.

OLG Köln
Az 5 U 99/94
Urteil vom 30.06.1994

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 237/92
Urteil vom 08.12.1993

Eine zahnärztliche Liquidation muß in den einzelnen Gebührennummern und insbesondere auch zu den Steigerungssätzen individuell nachvollziehbar und begründet sein. Ein der Liquidation beigefügtes Begründungsschreiben, das als Formschreiben zu interpretieren ist und nur Besonderheiten der Praxis des Zahnarztes und dessen Vorzüge enthält, genügt diesen Anforderungen nicht. Pauschale Ausführungen zu den

- besonderen Schwierigkeiten des Krankheitsfalles,

die praktisch für alle Fälle gelten, sind ebenfalls ohne Relevanz. Des weiteren reicht auch die Vorlage eines allgemeinen Preisauszuges aus einem Katalog nicht als Belegvorlage aus. Es müssen konkrete Belege zu den einzelnen Fremdkosten vorgelegt werden. Soweit nur Sammelbelege vorhanden sind,

müßte hieraus der auf den einzelnen Patienten entfallende Bruchteil berechnet und belegt werden.

OLG Köln
Az 5 U 131/94
Urteil vom 01.12.1994

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 146/92
Urteil vom 19.01.1994

Das Gericht erkannte die Begründung

- Besondere Schwierigkeit der Ausführung von operativen Eingriffen in anatomischer Nähe zur Kieferhöhle für den 3,5-fachen Steigerungssatz bei endodontisch-chirurgischen Maßnahmen regio 13 an, da es einsichtig ist, daß der Zahnarzt hier eine ganz besondere Sorgfalt und Genauigkeit bei der Arbeit hat beachten müssen. Dadurch ist auch ein erhöhter Zeitaufwand glaubhaft gemacht.

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg
Az 4 S 1666/91
Urteil vom 07.06.1994

abänderndes Berufungsurteil zum

VG Freiburg
Az 1 K 1617/90
Urteil vom 24.04.1991

Die Angemessenheit ärztlicher Aufwendungen beurteilt sich bei zweifelhafter Honorarforderung nicht strikt nach deren Rechtmäßigkeit. Eine rechtlich vertretbare Auslegung der Gebührenordnung muß der Dienstherr gegen sich gelten lassen, wenn er auf seinen gegenteiligen Rechtsstandpunkt nicht vor Inanspruchnahme der Behandlung allgemein oder im Einzelfall hingewiesen hat. Für die nach § 10 bei Überschreitung des Schwellenwertes geforderte schriftliche Begründung genügen in der Regel Stichworte. Rechtliche Schlüssigkeit wird nicht verlangt.

Durch besondere patientenbezogene Umstände bedingte Besonderheiten des ärztlichen Verfahrens können eine Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen.

OVG Nordrhein-Westfalen
Az 6 A 130/94
Urteil vom 29.06.1995

abänderndes Berufungsurteil zum

VG Düsseldorf
Az 10 K 2889/91
Urteil vom 24.11.1993

Das Gericht sah für eine Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes [*Anmerkung*: Es wurde der 3,5-fache Steigerungssatz berechnet.] die nachfol-

genden Begründungen nicht als ausreichend an, da sie eine Plausibilität vermissen lassen und zu pauschal gehalten sind.

- wiederholte Stillung einer Papillenblutung (203)
- Mehrschicht-Fülltechnik zur Farbanpassung und Ätztechnik (207 und 209)
- Erschwerung durch vorhandene Restauration (218)
- schwierige Separation (233)

Für die Leistungen nach Gebührennummer 215 - 217, 221 und 222 wurde ebenfalls der 3,5-fache Steigerungssatz berechnet, dies mit der Begründung:

- weit überdurchschnittliche Präzision

Danach erfolgte zu diesen Leistungen eine ergänzende Begründung:

- sehr schwierige Herstellung eines funktionellen Zahnersatzes infolge Erkrankung der Gelenke mit Knacken, Kreuzbiß ohne Front- und Eckzahnführung

Dies sah das Gericht für die Berechnung des 3,5-fachen Steigerungssatzes dann als noch nachvollziehbare Begründung an.

[Anmerkung: Gegen die Nichtzulassung der Revision in dem Urteil des OVG Nordrhein-Westfalen wurde Beschwerde eingelegt. Das Bundesverwaltungsgericht erklärte am 06.12.1995 (Az 2 B 116.95) die Beschwerde als nicht zulässig.]

OVG Nordrhein-Westfalen
Az 6 A 1743/95
Urteil vom 11.01.1996

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Minden
Az 4 K 3576/93
Urteil vom 25.01.1995

Die für die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes angegebene Begründungen

- besondere Schwierigkeit/Zeitaufwand aufgrund extremer sensorischer Hypermobilität mit Hypersalivation und Blutungsneigung bei extrem insuffizienter Vorrestauration mit exzessiver Sekundärkaries sowie parodontitis marginalis profunda und funktio. komp. Myoarthropathie
- Präparation z.T. bis in das Wurzeldentin bei Sekundärversorgung UK mit Neujustierung des stomatognathen Systems. Besonders hohe angestrebte Präzision des Behandlungsergebnisses
- besondere Schwierigkeit/Zeitaufwand aufgrund starker Salivation mit Blutungsneigung bei extrem insuffizienter Vorrestauration mit Sekundärkaries sowie schwerer parodontitis marginalis profunda Präparation z.T. bis in das Wurzeldentin mit erschwerter Retentionsgewinnung bei Zugangsproblemen im distalen Bereich bei geringer vertikaler Distanz und stark ausgeprägten ramus mandibularis. Besonders hoch angestrebte Präzision des Behandlungsergebnisses

sprechen nach Auffassung des Gerichts für eine Fehleinschätzung des § 5 (2) Satz 1 durch den Zahnarzt.

Die gegebenen Begründungen machen es nicht nachvollziehbar, daß Besonderheiten vorlagen, die eine Überschreitung des Schwellenwertes und insbesondere den Ansatz des Höchstwertes rechtfertigen können. Die Begründungen lassen keinen Bezug auf die einzelne Leistung erkennen, sondern stellen eine allgemein gehaltene Vorbemerkung und gruppenspezifische Einzelbegründung dar, die mit Blick auf die einzelne Leistung nicht nachvollziehbar

machen, welche Faktoren bei der Behandlung des jeweiligen Zahnes erheblich geworden sind.

OVG Nordrhein-Westfalen
Az 12 A 2889/99
Urteil vom 03.12.1999

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Düsseldorf
Az 26 K 499/98
Urteil vom 11.05.1999

Der für die Überschreitung des Schwellenwertes erforderliche Ausnahmeharakter setzt nach ständiger Rechtsprechung voraus, daß die Besonderheiten gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle, aufgetreten sind. Vom Arzt allgemein oder häufig, jedenfalls nicht nur bei einzelnen Patienten wegen in ihrer Person liegenden Schwierigkeiten angewandte Behandlungen stellen keine derartige Behandlung dar.

Aus den Begründungen

- erhöhter Zeitaufwand wegen spezieller Präparation für Keramikkrone/Teilkronen
- verlängerte Einsetzzeit, da Säure-Ätztechnik und Sealer nötig
- erhöhter Zeitaufwand wegen differenzierter Farbnahmen nötig
- erhöhter Zeitaufwand wegen starkem Speichelfluß und spezieller Trockenlegung

gingen für das Gericht nicht nachvollziehbar hervor, daß aufgrund patientenbezogener Umstände atypische und erheblich überdurchschnittliche Leistungen erbracht worden seien.

OVG für das Land Nordrhein-Westfalen
Az 6 A 2017/99
Urteil vom 07.12.2001

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Gelsenkirchen
Az 3 K 6682/96
Urteil vom 19.02.1999

Das OVG bestätigte die nachfolgende Entscheidung des Vorgerichtes wonach die Begründungen

- Kariesexcavation durch zusätzliche Anwendung eines Farbindikators
- Verbesserung der Präparation durch Nachschneiden der Kavitätswände mit Schmelzmeißeln

wurden vom Gericht mit dem Argument nicht anerkannt, daß der Zahnarzt zweifelsfrei dem Patienten eine ordnungsgemäße Leistung schulde. Wie er den von ihm geschuldeten Erfolg herbeiführe und absichere, bliebe ihm nach Maßgabe der fachwissenschaftlichen Erkenntnis letztlich überlassen. Es gebe keinerlei Anhaltspunkte, daß es sich hier um Tätigkeiten handele, die über den vom Ordnungsgeber vorgesehenen Tätigkeitsbereich hinausgingen.

Allerdings wurde die Begründung

- außergewöhnliche Schwierigkeit wegen eines als krankhaft zu bezeichnenden Würgereizes

anerkannt. Das Gericht vertrat hier die Ansicht, daß die Schwierigkeiten bei der Behandlung nicht mehr mit der motorischen Unruhe eines Durchschnittspatienten bei Zahnarztbehandlung erklärt werden könne und der Zahnarzt insofern zu Recht bei der betroffenen Gebührennummer die Arbeit nicht mehr im Rahmen des Schwellenwertes erbringen mußte.

Das OVG ergänzte zudem sein Urteil durch nachfolgende Passage: „Hieraus wird deutlich, daß der krankhafte Würgereiz des Klägers eindeutig im Vordergrund aller Komplikationen steht. Demzufolge ist in diesem Einzelfall die Schlußfolgerung gerechtfertigt, daß trotz des (teilweisen) Wegfalls von Gründen die Schwellenwertüberschreitung gleichwohl zulässig bleibt. Zur Vermeidung von Mißverständnissen sei darauf hingewiesen, daß es für den Regelfall bei der bereits zitierten Rechtsprechung des erkennenden Gerichts verbleibt, wonach bei Wegfall eines oder mehrerer Gründe für die Schwellenwertüberschreitung die Festsetzung beim 2,3-fachen Satz verbleibt, und nur in besonders gelagerten und begründeten Einzelfällen ausnahmsweise eine andere Betrachtung möglich ist.“

LG Koblenz
Az 3 S 18/89
Urteil vom 27.07.1989

aufhebendes Berufungsurteil zum

AG Betzdorf
Az 3 C 974/88
Urteil vom 04.11.1988

Eine Liquidation wird fällig, wenn sie den Voraussetzungen des § 10 entspricht, sie muß nicht unterschrieben werden.
Die Bezeichnung der Zähne nach dem FDI-System wird im Sinne "einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes" anerkannt.

LG Essen
Az 1 S 753/90
Urteil vom 17.06.1991

aufhebendes Berufungsurteil zum

AG Bottrop
11 C 664/89
Urteil vom 25.10.1990

Die Berechnung des 3,5-fachen Steigerungssatzes für verblendete Kronen mit der Begründung, die Anfertigung einer Verblendkrone erfordere im Regelfall einen höheren Zeitaufwand als die Erstellung einer Vollkrone ist unzulässig, da die Bemessung der Gebühr hierbei nicht den Vorgaben des Verordnungsgebers entspricht. Der Verblendkrone ist keine eigene Gebührennummer zugedacht worden und von daher ist der Verblendkrone eine Bedeutung als Unterfall der Gebührennummern 221 und 501 zugeordnet.

LG Berlin
Az 6. O. 461/90
Urteil vom 02.03.1992
Berichtigungsbeschluß vom 24.03.1992

Nachfolgende Begründungen wurden - auch wenn sie vom Gericht als "zwar sehr kurz" qualifiziert worden sind - wegen des erhöhten Schwierigkeitsgrades als gerechtfertigt angesehen:

- Neudefinition und Festlegung der Stützparameter Occlusion und Artikulation bei gleichzeitiger Präparation von Seitenzähnen im rechten und linken Ober- und Unterkiefer mit Ausarbeitung präziser Artikulations- und Occlusionsmuster

LG Duisburg
Az 4 S 473/92
Urteil vom 24.06.1994

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Wesel
Az 4 C 287/92
Urteil vom 24.11.1992

Die Regelspanne darf nur dann überschritten werden, wenn die erbrachte Leistung unter Berücksichtigung von Patienten- und leistungsbezogenen Kriterien vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. Inhalte, die regelmäßig mit einer Leistung verbunden oder deren integrale Bestandteile sind, kommen als Kriterien für eine Überschreitung nicht in Betracht. Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben vertritt nach Anhörung des Sachverständigen das Gericht die Auffassung, mit den nachfolgenden Begründungen seien die Regelspannen zu Recht überschritten worden:

- erhöhter Schwierigkeitsgrad aufgrund von erschwertem Zugang durch erhöhten Muskeltonus der Wangenmuskulatur
- Ätz- und Pinseltechnik
- umfangreiche Rekonstruktion der Zahnmorphologie
- erschwerte Retentionsgewinnung aufgrund von umfangreicher Destruktion der klinischen Krone

LG Köln
Az 25 S 5/92
Urteil vom 20.07.1994

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Wipperfürth
Az 9 C 119/91
Urteil vom 27.11.1991

Stichwortartige, die tatsächlichen Umstände beschreibenden Begründungen wie

- extrem starker Speichelfluß und stark anhaltende Blutungen mit wiederholten Flüssigkeitsabsaugungen,
 - extrem starke Muskelanspannung der Wangen mit notwendigem Einsatz einer zweiten Assistentzhelferin
- rechtfertigen zahnmedizinisch die Regelsatzüberschreitung.

LG Berlin
Az 6.0.311/94
Teil- und Teilgrundurteil vom 18.08.1994
Schlußurteil vom 01.12.1994

Für das

- aktive Zementieren bei Einlagefüllungen

ist - unter Angabe einer zusätzlichen Begründung - der Ansatz des 2,8-fachen Gebührensatzes angemessen.

Für keramische Inlayrestaurationen sind die zusätzlichen zahnärztlichen Maßnahmen für das

- Anätzen,
- das Silanisieren,
- das Bondern [*Anmerkung*: Gemeint ist wohl Bonding.] und für das
- Zementieren mit Dualzement

mit dem Ansatz des 3,5-fachen Gebührensatzes vereinbar.

LG Bonn
Az 9 O 200/94
Urteil vom 10.04.1995

Die Berechnungen der nachfolgenden Steigerungssätze mit den entsprechend angegebenen Begründungen werden vom Gericht anerkannt:

- 3,5-facher Steigerungssatz bei der Gebührennummer 217 mit langsamem Arbeiten aus Vorsichtsgründen aufgrund tiefer Kavität
- 3,0-facher Steigerungssatz bei den Gebührennummern 218 und 222 mit besonderer Erschwernisse wegen der geringer werdenden Mundöffnung (Zahn 18)
- 3,0-facher respektive 3,5-facher Steigerungssatz bei der Gebührennummer 215 respektive bei der Gebührennummer 216 mit höherem Zeitaufwand wegen angewandter Säure-Ätz-Technik
- 3,5-facher Steigerungssatz bei der Gebührennummer 304 (Zahn 38) mit besonderer Erschwernisse wegen einer möglichen Gefährdung von anatomischen Nachbarstrukturen

LG Köln
Az 23 O 131/03
Urteil vom 16.06.2004

Die Behandlungskosten sind auch insoweit von der Krankenversicherung zu erstatten, als der 2,8-fache Gebührensatz berechnet wurde. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist dieser Ansatz berechtigt, da eine

- vorliegende Verspannung im Bereich der Kaumuskulatur zu einem erhöhten Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad bei der Implantatversorgung geführt habe. Es sei erforderlich gewesen, die muskulären Verspannungen aufzulösen und den Unterkiefer dennoch in der Zentrik zu registrieren.

LG Düsseldorf
Az 20 S 281/02
Urteil vom 14.11.2003

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 28 C 3012/00
Urteil vom 13.11.2002

Haben die Parteien eine wirksame Honorarvereinbarung getroffen, so bedarf es entgegen § 10 (3) einer Begründung des Steigerungsfaktors nicht mehr. Dies ergibt sich gerade aus der Honorarvereinbarung in Verbindung mit § 2. Die fehlende Erläuterung des Multiplikators vermag vor diesem Hintergrund die Fälligkeit des in Rechnung gestellten Betrages nicht zu berühren.

VG Gelsenkirchen
Az 3 K 1621/88
Urteil vom 23.06.1989
(Urteil zur GOÄ (alt))

Die Fälligkeit eines geltend gemachten Gebührenanspruches wird nicht aufgehoben, wenn in der erstellten Rechnung der angewendete Bemessungsfaktor nicht hinreichend begründet und die Begründung auch bisher noch nicht den Vorschriften der Gebührenordnung entsprechend nachgeholt worden ist. Auch wenn man zugunsten des Arztes davon ausgeht, daß die Begründung eines den Schwellenwert überschreitenden Bemessungsfaktors in Stichworten vorgenommen werden kann, müssen sich die Besonderheiten im Sinne des § 5 hieraus zumindest entnehmen lassen. Die Angabe "sehr schwierige Differentialdiagnose" läßt gerade die auf den Gebührentatbestand bezogenen Besonderheiten nicht erkennen und hat für sich allein keinen Aussagewert bezüglich der geltend gemachten Besonderheiten der ärztlichen Tätigkeit. Die Wörter "sehr schwierig" sind vielmehr eine weit verbreitete, unabhängig davon aber nichtssagende Leerformel. Auch bei der Aussage "weit über das normale Maß hinausgehend" wird in keiner Weise erkennbar, welcher ärztliche Aufwand noch als "normal" anzusehen ist und worauf die Abweichung von dieser Normalität beruhen soll. Die ohne weitere konkrete Substantiierung vorgetragene Behauptungen eines erhöhten zeitlichen und technischen Aufwands genügen allein den Begründungsanfordernissen nicht, weil ohne Angabe näherer Einzelheiten nicht ersichtlich ist, womit die Tätigkeit des Arztes über das hinausgegangen ist, was bereits von den Bemessungskriterien der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer umfaßt ist.

Bei medizinisch-technischen Leistungen darf die Schwierigkeit des Krankheitsfalles als ein die Überschreitung des Schwellenwertes begründendes Element nicht berücksichtigt werden.

VG Düsseldorf
Az 2 K 96/88
Urteil vom 21.08.1990

Die Begründungen für den 3,5-fachen Gebührenfaktor der Gebührennummer 2667 GOÄ (alt)

- tief im Kiefer liegender Wurzelrest, besonders schwierige und zeitaufwendige Präparation des Operationsfeldes wegen unmittelbarer Nachbarschaft zum nervus alveolaris inferior

genügen nicht. Die Begründungen lassen nicht erkennen, daß tatsächlich ein solcher Ausnahmefall gegeben war. Die Wurzelentfernung konnte nach den amtszahnärztlichen Begutachtungen im Rahmen der Regelspanne der GOÄ (alt) angemessen abgegolten werden. Dies trifft schon deshalb zu, weil für den Eingriff nach der Leistungsbeschreibung die weniger aufwendige Gebührennummer 2666 GOÄ (alt) richtiger gewesen wäre. Wenn dennoch die Gebührennummer 2667 berechnet wurde, dann kommt keinesfalls auch noch der Höchstsatz 3,5 in Betracht. Das trifft schon deshalb zu, weil der besondere Schwierigkeitsgrad bereits in dieser Gebühr ausdrücklich berücksichtigt ist.

VG Düsseldorf
Az 10 K 721/89
Urteil vom 19.09.1990

Die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes wird anerkannt, da die formalen Voraussetzungen einschließlich der näheren Erläuterungen gemäß § 10 (3) erfüllt sind. Die Begründungen lauteten:

- starke Papillenblutung
- besondere Schwierigkeit bei der Erbringung der Gebührennummer 219 wegen der Notwendigkeit und Verwendung eines Spezialkunststoffes

[Anmerkung: Nota bene "methodenspezifische Begründung"]

VG Stuttgart
Az 15 K 580/92
Urteil vom 06.11.1992

Die Anwendung der

- Säure-Ätz-Technik

bei einer Mehrschicht-Kunststofffüllung rechtfertigt die Überschreitung des Schwellenwertes.

[Anmerkung: Nota bene "methodenspezifische Begründung"]

VG Düsseldorf
Az 2 K 852/90
Urteil vom 19.01.1993

Das Gericht erklärte die Kürzung der Beihilfestelle auf den 2,3-fachen Steigerungssatz für nicht rechtmäßig, da die Begründung für den Ansatz des 3,0-fachen Steigerungssatzes bei der Gebührennummer 407

- erhöhter Zeitaufwand durch schwer stillbare Sulcusblutung

hinreichend klarstellt, daß aufgrund der erschwerten Stillbarkeit der Blutung für die nach der Gebührennummer 407 berechenbare Leistung deutlich mehr Zeit benötigte als in vergleichbaren Fällen.

Die Kürzung der Beihilfestelle auf den 2,3-fachen Steigerungssatz für die Gebührennummern 407, 408 und 409 wird vom Gericht anerkannt, da die Begründung in diesen Fällen

- erhöhter Zeitaufwand durch starke Blutung

nicht ausreiche. Zitat aus dem Urteil: "Durch alle drei Gebührennummern sind Leistungen am bzw. unterhalb des Zahnfleisches berechnungsfähig, bei denen selbstverständlich Blutungen auftreten. Blutungen sind damit bereits bei der Festsetzung der Gebühr berücksichtigt worden, so daß der bloße Hinweis auf Blutungen einen erhöhten Zeitaufwand nicht zu begründen vermag."

Die Begründung

- erhöhte Schwierigkeit und erhöhter Zeitaufwand durch parodontal erkrankte Zähne

im Zusammenhang mit der Gebührennummer 229 wird vom Gericht nicht anerkannt, da "auch an parodontal erkrankten Zähnen die Entfernung einer Einlagefüllung nicht automatisch schwierig ist."

Die Begründung

- Zeit/enger Wurzelkanal und
- Schwierigkeit durch obliterierten Kanaleingang

für die Gebührennummer 241 wird vom Gericht nicht anerkannt, da "aus dem Wort Aufbereitung in der Leistungsbeschreibung bereits ergibt, daß ein gewisser Zeitaufwand und bestimmte Schwierigkeiten bei der Leistung bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt wurden."

Die Begründungen

- erschwerte Präparation bei ungewöhnlich ungünstigem Verlauf der Präparationsgrenze und
- erhöhte Schwierigkeit durch Pfeilerdivergenz

für die Gebührennummern 221, 501, 507, 508 und 521 werden vom Gericht nicht anerkannt, da "nicht deutlich wird, wieso diese Schwierigkeit in der Person des Patienten begründet sein soll, da eine Pfeilerdivergenz nicht automatisch zu einer erhöhten Schwierigkeit beim Einsetzen einer Prothese oder Brücke führt."

VG Düsseldorf
Az 2 K 1960/90
Urteil vom 12.02.1993

Die Begründungen

- schwierige marginale Situation mit erhöhter Blutungsneigung
- Schwierigkeit durch Hypersalivation (für die Gebührennummern 504 und 221)
- Schwierigkeit durch individuelle anatomische Situation, Exostose im Unterkiefer rechts" (für die Gebührennummer 521)

bedürfen nach Auffassung des Gerichts einer näheren Erläuterung und sagen nichts dazu aus, warum die Versorgung schwierig gewesen sein soll.

Da der Zahnarzt solche Besonderheiten nicht dargelegt hat, stand ihm insoweit ein Honoraranspruch über den 2,3-fachen Steigerungssatz hinausgehend nicht zu.

VG Frankfurt
Az IX/1 E 300/92
Urteil vom 07.07.1993

Die Begründung

- Bestehende Lutschgewohnheit, Extraktionsfall, erschwerte Einstellung der Mittellinie

für den 3,5-fachen Steigerungssatz wurde vom Gericht abgelehnt, da eine Extraktionsbehandlung keineswegs etwas Ungewöhnliches sei, eine Lutschunart und eine Mittenabweichung keine besondere Schwierigkeit begründen.

VG Köln
Az 3 K 2234/91
Urteil vom 11.08.1993

Die Begründung

- Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad erheblich über dem Durchschnitt wegen extrem stark gekrümmtem Wurzelkanal

für den Ansatz des 3,5-fachen Steigerungssatzes wurde vom Gericht anerkannt. Die Stellungnahme des vertrauenszahnärztlichen Dienstes, nach dem Röntgenbefund sei dieser Umstand nicht nachvollziehbar, enthält keine substantiierten Ausführungen darüber, ob eine derartige starke Krümmung nach den Röntgenbildern ausgeschlossen ist oder ob dies lediglich nicht erkennbar ist.

VG Gelsenkirchen
Az 3 K 6859/93
Urteil vom 18.02.1994

Die Begründung

- erhöhter Zeitaufwand und erschwerte Umstände, da individuelle Farbgebung

für den 3,0-fachen Steigerungsfaktor der Gebührennummer 221 wurde nicht anerkannt, da diese vorgelegte Begründung für eine Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes keine tragfähigen Gesichtspunkte für eine Überschreitung dieses Wertes erkennen lasse.

VG Düsseldorf
Az 10 K 4151/93
Urteil vom 09.03.1994

Zu den in der strittigen Liquidation angegebenen Begründungen für die Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes ergingen vom Gericht die nachfolgenden Entscheidungen:

Die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes mit der Begründung

- gekrümmte Wurzelkanäle

ist nicht zu rechtfertigen. Wurzelkanäle sind nach Auffassung des Gerichts so gut wie nie gerade gewachsen. Eine Krümmung, die nicht außergewöhnlich stark oder besonders ungünstig gelegen ist, ist daher mit dem Gebührenmittelwert abgegolten.

Eine Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes mit der Begründung

- weit überdurchschnittliche Qualität und Präzision der zahnärztlichen Leistung und eines darauf abgestellten Praxisaufwandes

ist in der Gebührenordnung nicht vorgesehen. Es dürfte auch schwer fallen, für etwas derartiges nachprüfbar und objektive Kriterien zu entwickeln. Die Selbsteinschätzung des Zahnarztes reicht insoweit jedenfalls nicht aus.

Eine Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes bei einer Vollkrone mit der Begründung

- subgingivale Präparation

ist nicht zu rechtfertigen. Eine solche Vorgehensweise bewirkt keine nennenswerte Erhöhung des Schwierigkeitsgrades. Wenn ausnahmsweise bei einer Teilkrone unterhalb des Zahnfleisches gearbeitet werden muß, bedeutet dies jedoch eine untypische Schwierigkeit, die durch eine Überschreitung des Schwellenwertes Rechnung getragen werden muß. Die Begründung selbst braucht dabei nicht ins einzelne substantiiert zu werden, insbesondere nicht im Zeitvergleich zu einer Teilkrone ohne diese Schwierigkeit. Ein plausibler,

glaubhafter, stichwortartiger Hinweis genügt. Der Grad der Schwierigkeitsüberschreitung ist nicht zuletzt der Einschätzung des Arztes überlassen und kann nur bei handgreiflichen Fehleinschätzungen gerichtlich korrigiert werden.

VG Düsseldorf
Az 10 K 1335/92
Urteil vom 29.06.1994

Die Tatsache einer

- vermehrten Speichelsekretion

mag wegen des Erfordernisses unbedingter Trockenheit und Antiseptik bei der Füllung eines Wurzelkanals die Ausführung der Leistung erschweren, für die Inanspruchnahme des Gebührenhöchstsatzes hätte es jedoch einer eingehenderen Begründung bedurft.

Nicht ausreichend ist auch die Begründung

- Schiefstellung

für den nach der Gebührennummer 221 in Anspruch genommenen Gebührenhöchstsatz für jeden der betroffenen Zähne. Eine völlige Parallelität der Pfeilerzähne dürfte allgemein selten sein, so daß auch ein Ausgleich von Divergenzen bei der Beschleifung der Stümpfe im Regelfall mit dem Schwellenwert abgegolten ist.

Die Begründungen

- tiefe bzw. extrem weit ausgebreitete Karies mit ungünstiger Lage der Kavität
 - wenig Substanz für die Verankerung einer neuen Füllung
- können nicht als ausreichend angesehen werden.

VG Düsseldorf
Az 10 K 10860/93
Urteil vom 20.07.1994

Die Erläuterungen zu den bereits abgegebenen Begründungen für den Ansatz des 3,5-fachen Steigerungssatzes bei den Gebührennummern 221 und 501 lauteten im streitigen Verfahren:

- Aufgrund der stark zerstörten Zahnhartsubstanz mußten die Präparationsgrenzen weit in den subgingivalen Bereich verlegt werden, um annähernd parallele Zahnwände zu schaffen. Hieraus resultiert zum einen ein erhöhter Zeitaufwand und zum anderen waren die oralen Zahnflächen aufgrund der eingeschränkten Mundöffnung nur schwer zu erreichen ("besondere Schwierigkeit").

Nach Auffassung des Gerichts rechtfertigen diese Erläuterungen nicht das Überschreiten des Schwellenwertes (2,3-fach), da eine subgingivale Präparationsgrenze keine nennenswerte Erhöhung des Schwierigkeitsgrades bedeutet, völlige Parallelität sehr selten sein dürfte und die weiteren Ausführungen nichtssagend sind.

VG Düsseldorf
Az 10 K 1377/94
Urteil vom 12.04.1995

Die nachfolgenden Begründungen:

- Erschwernis durch erhöhte Materialstärke (2,9-fach für die Gebührennummer 229)

- Aufwendige mehrlagige Aufbaufüllung zwecks Minimierung thermischer und toxischer Irritation (2,9-fach für die Gebührennummer 218)
 - Erschwerte occlusale Rekonstruktion durch Aufbau geringer Balancekontakte zwecks Entlastung des nicht arbeitenden Kiefergelenkes (3,0-fach für die Gebührennummer 221 bei Abrechnung begleitender funktionsanalytischer Maßnahmen)
- wurden vom Gericht als nicht ausreichend für die Überschreitung des Schwellenwertes angesehen.

VG Düsseldorf
Az 10 K 10952/94
Urteil vom 16.08.1995

Die für den 3,5-fachen Steigerungssatz der Gebührennummer 501 gegebene Begründung

- Erschwerte Präparation und Abdrucknahme durch Knochendefektbildung nach Verlust der Zähne 42 und 43 bei rezidivierenden Ostitiden
- wurde vom Gericht als nachvollziehbar anerkannt, da diese Sachlage dokumentiert, daß es sich insoweit um einen außergewöhnlichen Fall handelt, der außerhalb der Mehrzahl schwieriger Behandlungen lag.

Die für den 3,5-fachen Steigerungssatz der Gebührennummer 221 gegebenen Begründungen

- Erschwerte Mundöffnung; schwierige Farbgestaltung durch vorhandene Kronen und Brücken; Blutungsneigung
- wurde vom Gericht als nicht ausreichend angesehen. Es sind keine konkreten Tatsachen zu entnehmen, die belegen, inwiefern gegenüber dem Normalfall oder der Mehrzahl der schwierigen Fälle ein deutlich abweichender Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand oder außergewöhnliche Umstände bei der Ausführung vorgelegen haben.

VG Gelsenkirchen
Az 3 K 5925/94
Urteil vom 22.09.1995

Die Begründungen für die Überschreitungen des 2,3-fachen Steigerungssatzes im Falle der Gebührennummer 400 (3-fach) respektive der Gebührennummern 407 und 408 (3,5-fach) lauteten im streitigen Verfahren

- Erhöhter Zeitaufwand und erhebliche Schwierigkeiten aufgrund starker Verschachtelung, ZE, tiefe Taschen, sehr festsetzende Konkremente

Das Gericht lehnte eine höhere Erstattung als die des 2,3-fachen Steigerungssatzes ab: „Die Gründe ergeben sich schon daraus, daß die nicht einmal als stichwortartig zu kennzeichnende Erläuterung der angewandten Steigerungssätze generell auf alle behandelten Zähne abstellt, obwohl schon nach der Lebenserfahrung eine identische außergewöhnliche Schwierigkeit bei der Behandlung aller genannten Zähne praktisch ausgeschlossen ist. Es ist aber im übrigen festzustellen, daß den Unterlagen weder hinsichtlich der Erstellung des Parodontalstatus (Gebührennummer 400) Hinweise auf intensive, konkret bezogene und außergewöhnliche Untersuchungsmaßnahmen zu entnehmen sind, noch lassen die Angabe zu den Gebührennummern 407 und 408 erkennen, daß hier über die von den genannten Tatbeständen umfaßten ärztlichen Verrichtungen hinaus Besonderheiten vorgelegen haben, die individuell eine Überschreitung des Regelwertes rechtfertigen. Die Angaben sind vielmehr derart allgemein und hinsichtlich konkreter Hinweise auf die einzelnen betroffenen Zähne so ungenau gehalten, daß sich schon die Frage stellt, ob ernsthaft eine Begründung im Sinne des § 10 (3) Satz 1 vorliegt. Selbst wenn man dies

aber hier unterstellt, ergeben sich die einzelnen Elemente dieser Angaben nicht nachvollziehbar, warum etwa mit dem Hinweis, "sehr feststehende Konkremente" die - wenn auch möglicherweise schwierige - Regeltätigkeit nach der Gebührennummer 407 ... nicht ausreichen soll, diesem Umstand abzuhelfen. Gleiches gilt hinsichtlich des Hinweises "tiefe Taschen" und dem von der Gebührennummer 408 umfaßten Tätigkeitsbereich. Die Hinweise "starke Verschachtelung" und "ZE" sind ohne Bezugnahme auf konkrete Zähne ohnehin aussagemäßig.

VG Düsseldorf
Az 10 K 115/94
Urteil vom 06.12.1995

Die nachfolgenden Begründungen wurden im Streitgegenständlichen Fall für die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes bei den Gebührennummern 501 und 507 vom Gericht bei vierzehn Zähnen als nicht ausreichend erachtet und damit für eine „Schwellenwertüberschreitung“ als nicht gerechtfertigt angesehen, da diese Begründungen für jeden der siebzehn behandelten Zähne gleichermaßen angegeben wurden.

- deutlich erhöhte Schwierigkeit und Zeitbedarf wegen subgingivaler Karies- /Defektentfernung
- umfangreiche Gingivektomien erforderlich
- diverse Nachinjektionen wegen reduzierter Schmerzschwelle erforderlich
- Pausen, da Behandlung für den Patienten sehr anstrengend
- diverse zusätzliche Voll- und Teilabformungen erforderlich wegen multipler Sickerblutungen
- erhöhte Schwierigkeit der Bogen-, Längen- und Formgestaltung nach vollständiger Aufhebung der horizontalen und vertikalen Kieferrelation
- Gesamtrestauration in retraler Scharnierachsenrelation bei Kiefergelenknacken rechts und insuffizienter Kieferrelation der alten Brücken-/Kronenversorgung
- schwierige Präparation
- erhöhter Zeitbedarf für okklusale Feinjustierung

VG Düsseldorf
Az 10 K 9290/93
Urteil vom 24.01.1996

Vom Gericht wurden die nachfolgenden Begründungen

- erhöhter Schwierigkeitsgrad wegen Präparation und Einpassung unter Lupenkontrolle zur Optimierung der Randspaltqualität,
 - erhöhter Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand, da keramisches In- /Onlay mit sehr hohem Aufwand durch Säure-Ätz-Technik,
 - besondere Umstände wegen schwieriger Retention bei Teilkrone,
 - erhöhter Behandlungsaufwand durch besonders starke Zerstörung der Zahnschmelze,
 - besondere Umstände wegen metallkeramischer Krone mit Stufenkeramik in Verbindung mit mehreren Anproben,
 - erhöhter Zeitaufwand wegen zahnschmelzeschonender Präparation,
 - erhöhter Behandlungsaufwand, da hochgradiger Zahnstand [Anmerkung: Gemeint ist wohl Zahnengstand.] und
 - erhöhter Schwierigkeitsgrad wegen angestrebter hoher Präzision und Qualität des Behandlungsergebnisses für lange Lebensdauer
- als nicht ausreichend für die Beihilfefähigkeit angesehen da diese Kriterien durch den Gebührenrahmen vom 1-fachen bis 2,3-fachen Steigerungssatz

nach Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 - Aktenzeichen 2 C 12.93 - mit abgegolten sind und keine Kriterien erkennbar sind, die Ausnahmetatbestände gegenüber dem Großteil aller Behandlungsfälle unter speziellem Bezug auf die konkreten Besonderheiten des Einzelfalls belegen. Den vom Zahnarzt gegebenen Begründungen kann deshalb keine eine Schwellenwertüberschreitung rechtfertigende Bedeutung zukommen, weil der Zahnarzt eine unzutreffende Bezugsgröße (nämlich bei mittlerem Schwierigkeitsgrad, durchschnittlichem Zeitaufwand und normalen Umständen der Ausführung = Ansatz der 2,3-fachen Gebühr) zugrunde gelegt hat.

VG Düsseldorf
Az 10 K 10046/94
Urteil vom 26.02.1996

Vom Gericht wurden die Begründungen

- schwierig und zeitaufwendig wegen subgingival reichender Präparationsgrenze durch starke Zahnzerstörung (221),
- hoher Zeitaufwand, da Brücke zur Wurzelbehandlung mehrfach abgenommen und wieder befestigt wurde (708),
- hoher Zeitaufwand, da Schiene an veränderte Kronen angepaßt wurde (705),
- erhöhter Schwierigkeitsgrad infolge notwendiger Auswertung spezifischer Parameter bei ausgeprägter Gebißfehlentwicklung (004)

unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 – 2 C 10.92 – nicht anerkannt, da die in der Regel einzuhaltende Spanne zwischen dem 1-fachen und 2,3-fachen Gebührensatz vom Verordnungsgeber nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige oder aufwendige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt ist und in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle abdeckt. Die Annahme von Besonderheiten der Bemessungskriterien im Sinne von § 5 (2) Satz 4 ist rechtlich voll nachprüfbar und setzt voraus, daß Besonderheiten gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der großen Mehrzahl der Behandlungsfälle, aufgetreten sind. Diese Anforderungen gelten nicht nur für die stichwortartige Kurzbegründungen sondern auch für die nach § 10 (3) Satz 2 auf Verlangen zu gebenden Erläuterungen.

VG Düsseldorf
Az 10 K 5688/94
Urteil vom 01.04.1996

Der Schwellenwert stellt - wie sich für seine Überschreitung aus der Begründungspflicht des Arztes ergibt - eine Beweislastgrenze dar. Gründe für den Ansatz einer das 2,3-fache überschreitenden Gebühr hat im Rechtsstreit der Arzt bzw. im Verhältnis zur Beihilfestelle der Patient darzulegen. Geschieht dies nicht in plausibler Form, kann eine beihilferechtliche Berücksichtigung der insoweit geltend gemachten Aufwendungen nicht erfolgen.

- Die nachfolgenden Begründungen wurden daher nicht anerkannt und lediglich der 2,3-fache Steigerungssatz erstattet.
- erhöhter Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad bei der Präparation durch sehr tiefe distale Stufe
- erschwerte Darstellbarkeit durch erhöhte Blutungsneigung
- erhöhter Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad bei der Präparation im hinteren Drittel der Mundhöhle
- geringe Restzahnschubstanz

- kurze klinische Krone
- erhöhter Zeitaufwand bei der Präparation unterhalb des Stiftaufbaues zur Erreichung einer gesicherten Retention
- schlechte Sichtverhältnisse
- Präparationsgrenze lingual weit unter Gingiva
- erschwerte Darstellung der Präparationsgrenze, starke Blutung im Sulkus
- Mesialkipfung
- Distalkipfung
- erhöhter Zeitaufwand bei der Präparation in unmittelbarer Pulpennähe zur Erreichung einer parallelen Einschubrichtung
- erschwerte Retentionsgewinnung

VG Düsseldorf
Az 10 K 15186/94
Urteil vom 10.06.1996

Die Begründungen

- überdurchschnittlich schwierige Separation
- deutlich erschwelter Mundzugang
- wesentlich erhöhter Zeitaufwand

wurden vom Gericht nicht anerkannt, da sie lediglich die in den §§ 5 (2), 10 (3) genannten allgemeinen Tatbestandsmerkmale wiederholen und ansonsten als nichtssagend angesehen werden. Hingegen anerkannt wurde die Begründung

- weit unter der Zahnfleischgrenze liegende Präparationsgrenze.

VG Hannover
Az 13 A 993/96
Urteil vom 30.08.1996

Die vom Zahnarzt abgegebene Begründung, daß eine Versorgung mit IPS-Empress Keramik im Vergleich zu einer Versorgung aus Edelmetall wesentlich höhere Anforderungen an die zahnärztliche Behandlung stelle, genügt nicht den Anforderungen an eine nach § 5 (2) geregelte ausnahmsweise Überschreitung des Schwellenwertes, da die Begründung hier nicht auf die Besonderheiten gerade bei der Behandlung dieses Patienten abgestellt worden ist, sondern pauschal eine bestimmte Versorgungsform betrifft.

Letztlich muß der Begründung des Zahnarztes entnommen werden, daß die erbrachte Leistung in der Gebührenordnung zu niedrig bewertet sei. Dies vermag jedoch ein Überschreiten des Schwellenwertes nicht zu rechtfertigen.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage: „Wenn der Zahnarzt meint, die Gebühr sei angesichts der zu erbringenden Leistung zu gering bemessen, so muß er sich an den Gebührenordnungsgeber wenden, um eine Änderung zu erreichen.“]

VG Göttingen
Az 3 A 3072/97
Urteil vom 28.10.1998

Der Begründung für die Überschreitung des Schwellenwertes, daß die angewandte Dentin-Schmelz-Ätz-Technik einen weit über dem Durchschnitt liegenden Aufwand erfordere, der vom Ordnungsgeber bei der Fassung der Gebührennummern 216 und 217 nicht bekannt gewesen sei, kann nicht gefolgt werden.

Eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens überschreitet, kann nur dann als angemessen angesehen werden, wenn dafür besondere begründete Umstände vorliegen. Die Anwendung einer bestimmten Technik mag für sich gesehen die Überschreitung des Schwellenwertes jedoch nicht zu rechtfertigen.

AG Braunschweig
Az 119 C 2119/84
Urteil vom 01.10.1984
(Urteil zur GOÄ (alt))

Mit der Berechnung eines 2,3-fachen Steigerungssatzes für die Beratung nach Gebührennummer 1 der GOÄ (alt) hat sich der Arzt schon am oberen Gebührenrahmen gehalten. Angesichts der Tatsache, daß es sich nur um eine kurze routinemäßige Untersuchung handelte, erscheint dies nicht gerechtfertigt. Besondere diagnostische Schwierigkeiten bestanden nicht. Ein längeres Beratungsgespräch hat nicht stattgefunden und war auch nicht notwendig. Die Leistungen des Arztes können allenfalls nach dem unteren Gebührenrahmen berechnet werden. Das Gericht ist der Ansicht, daß allenfalls ein 1,5-facher Betrag gerechtfertigt ist.

AG Mannheim
Az 2 C 293/89
Urteil vom 13.03.1990

Die Begründung zu der Gebührennummer 407

- erschwerte Zugänglichkeit und besondere anatomische Form der Parodontien
- wurde als nicht genügend bezeichnet.

AG Geldern
Az 14 C 641/89
Urteil vom 03.04.1990

Bei den Gebührennummern 209 und 211 wurde der 3-fache Steigerungssatz mit der Begründung

- erschwerte Retentionsgewinnung durch hohen Zerstörungsgrad
- abgerechnet. Nach Ansicht des Gerichts entspricht diese Begründung nicht den Anforderungen des § 10 (3).

AG Neustadt
Az 1 C 185/90
Urteil vom 05.07.1990

Der Ansatz des 2,7-fachen Steigerungssatzes bei einem Versicherten der Postbeamtenkrankenkasse für die Gebührennummer 605 ist berechtigt und die Rechnung fällig. Die Erläuterung lautete

- Distalbiß 1 PB, strukturell tiefer Bis mit Verstärkungstendenz, starke transversale Enge der Kiefer bei starkem frontalen Engstand besonders OK, Stützzonenenge allseits, Mesialstand OK links, Enge asymmetrisch OK rechtsbetont"

AG Düsseldorf
Az 30 C 8193/90
Urteil vom 17.08.1990

- Schwierige Gestaltung der okklusalen Morphologie als Begründung ist eine "vage, teils wertende Angabe ohne besondere Mitteilung von nachprüfbaren Daten." Kürzung auf den 2,3-fachen Steigerungssatz durch das Gericht.

AG Ludwigshafen
Az 2e C 104/90
Urteil vom 25.09.1990

- Eingeschränkte Mundöffnung und erhöhter Zungendruck wurde nicht als Begründung anerkannt. Das Gericht bemerkte hierzu: "Wenn die Beklagte möglicherweise den Mund nicht weit genug geöffnet hat, hätte der Kläger sie hierzu veranlassen müssen."

AG Adelsheim
Az C 132/89
Urteil vom 28.11.1990

Die Begründung

- vorliegende Divergenz von 4 Brückenpfeilern, erheblich höherer Zeitaufwand beim Beschleifen, erhöhtes Behandlungsrisiko für den 3,0-fachen Steigerungssatz bei den Gebührennummern 501 und 507 ist aus Sicht des Gerichts nicht zu beanstanden, weil durch die vorgegebene Sachlage auch noch die Bißregistrierung wesentlich erschwert wird, was laut Gutachten schon alleine den Gebührensatz von 3,0 rechtfertigen kann. Die Begründung ist zudem nach Auffassung des Gerichts eine konkrete und für einen mit zahnmedizinischen Grundlagen Vertrauten nachvollziehbar. Der Zweck des § 10 (3) ist es nicht, eine bis in jede Einzelheit gehende Begründung mitzuliefern. Dafür spricht vor allem die Regelung, daß die Begründung erst auf Verlangen zu erläutern ist.

AG Backnang
Az 5 C 774/90
Urteil vom 06.02.1991

Die Begründungen

- Schmelzätztechnik und
 - Verblendkrone
- wurden vom Gericht für die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes nicht beanstandet. [*Anmerkung*: Nota bene "methodenspezifische Begründung"]

AG München
Az 1124 C 36191/90
Urteil vom 26.02.1991

Die in der Rechnung des Zahnarztes angegebene Begründung

- schwierige Bißverhältnisse

wurde vom Gericht nicht anerkannt. Laut Gericht wurde der Gesamtrechnungsbetrag erst mit der Erteilung der näheren Begründung gemäß § 10 (3) Satz 2 fällig.

AG Kempen
Az 11 C 38/91
Urteil vom 04.04.1991

Die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes mit der Begründung

- erhöhte Blutungsneigung, Hypersensibilität des Pulpenkavums, unter die Gingiva reichende Karies

wird nicht anerkannt.

AG Oberhausen
Az 34 C 27/91
Urteil vom 11.04.1991

Die für die Berechnung des 3,0-fachen Steigerungssatzes bei den Gebührennummern 221 und 501 angegebene Begründung

- Divergenz der Pfeilerzähne

genügt dem Begründungserfordernis des § 5 (2) nicht. Zwar reicht insoweit eine stichwortartige Kurzbegründung aus, dabei müssen aber die Besonderheiten der einzelnen Leistungen substantiiert angesprochen werden. Allein der unstrittige Tatbestand der anatomischen Achsendifferenz läßt keinen Rückschluß auf dadurch bedingte, das normale Maß des präparatorischen Aufwandes übersteigende Arbeiten zu.

AG Aachen
Az 7 C 582/90
Urteil vom 16.04.1991

Die Begründungen

- erschwerter Mundzugang
- tief unter Gingivalsaum reichende Kavität

reichen für die Überschreitung des "Schwellenwertes" nicht aus. Auch schwierige und zeitaufwendige Leistungen können innerhalb der Regelspanne mit deren oberem Wert (2,3-fach) abgegolten werden.

AG Dortmund
Az 136 C 2158/91
Urteil vom 24.04.1991

Für die Begründung der Fälligkeit einer zahnärztlichen Liquidation ist es nach Lage der Dinge unschädlich, wenn in der Rechnung lediglich pauschale Begründungen angegeben werden. Dem Patienten bleibt danach immer noch die Möglichkeit, vom behandelnden Zahnarzt nähere Auskünfte zu verlangen.

Die Berechnung des 3-fachen bzw. 3,2-fachen Steigerungssatzes für die Gebührennummer 215 bis 217 mit der Begründung

- erheblicher Zeitaufwand für die Erstellung von provisorischen Einlagefüllungen

wird vom Gericht als ein Behandlungsaufwand angesehen, der es rechtfertigt, den Gebührenerhöhungssatz angemessen zu erhöhen, da der Zeitaufwand

den bei sogenannten thermoplastischen Provisorien erforderlichen überschreitet.

AG Solingen
Az 11 C 346/91
Urteil vom 17.02.1992

Die Begründung

- Einlagefüllung, mehr als zweiflächig, außergewöhnlich hoher zeitlicher und instrumenteller Aufwand zur Ausarbeitung retentiver Anteile bei überdurchschnittlichem Substanzverlust der klinischen Krone wurde vom Gericht nicht anerkannt.

AG Mettmann
Az 21 C 240/91
Urteil vom 25.02.1992

Das Gericht verwarf die Liquidationsforderung des klagenden Zahnarztes, da dieser "nicht angegeben hat, daß gewisse Gebührennummern für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich waren." Das Urteil setzt sich fort: "Desgleichen hat er (der Zahnarzt) nicht ausgeführt, ob ein entsprechendes Verlangen des Beklagten vorgelegen hat."

AG Kempten
Az 31 C 1723/91
Urteil vom 30.04.1992

Behandlungsmaßnahmen, die (methodisch) besondere Schwierigkeiten aufweisen

- besondere Präparationsform
- erhöhter Platzbedarf für die Verblendung
- besondere Gestaltung der Präparationsgrenze bei galvanokeramischen Inlays, Teil- und Vollkronen

berechtigen zu einem höheren als dem 2,3-fachen Steigerungssatz.

[Anmerkung: Nota bene "methodenspezifische Begründung"]

AG Dülmen
Az 3 C 33/92
Urteil vom 24.06.1992

Die Begründungen

- sehr aufwendige Restauration oder
- stark erhöhter Zeitaufwand

werden für die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes nicht anerkannt. War die Zeitdauer besonders hoch, muß diese auch genau genannt werden.

AG Dinslaken
Az 9 C 51/92
Urteil vom 21.10.1992

Erläuterungen, ohne daß es zur Begründung eines Rückgriffes auf § 10 (3) bedarf, können keinesfalls als zusätzliche, da nicht vereinbarte, und damit als gesondert zu vergütende Leistung behandelt werden. Mag dies in Einzelfällen, in denen es um Art und Umfang der Erklärungspflicht geht, in Ansehung der Umstände des Einzelfalls nur bedingt gelten, ist es als allgemeiner Grundsatz nicht von der Hand zu weisen, dessen Voraussetzungen insbesondere angesichts der - wenn auch notwendigen, so doch aber den Laien verwirrenden - Vielzahl medizinischer Fachbegriffe hier zwingend zu berücksichtigen ist.

AG Krefeld
Az 7 C 449/92
Urteil vom 30.11.1992

Begründungen wie

- erhöhter Zeitaufwand wegen eingeschränkter Mundöffnung
- erhöhte Schwierigkeit durch tief unter den Gingivalrand gehende Kavität reichen nicht aus. Es ist darauf zu verweisen, daß der Präparationsaufwand bei dem zur Aufnahme einer Krone vorgesehenen Zahn bereits durch den Ansatz der Gebührennummer 501 mit abgegolten ist. Ferner sind die besonderen Erschwernisse beim Präparieren durch den Ansatz der Gebühren 203 und 218 berechnet worden. Unter diesen Umständen ist die angeführte Begründung zu pauschal, weil nicht zu erkennen ist, daß gerade im Einzelfall ganz besondere Schwierigkeiten der präparatorischen Leistung vorgelegen haben sollen. Auch die Begründung "eingeschränkte Mundöffnung" besagt in der angegebenen pauschalen Weise nichts.

AG Hannover
Az 535 C 6994/92
Urteil vom 12.01.1993

Zu den in der strittigen Liquidation angegebenen Begründungen für die Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes ergingen vom Gericht die nachfolgenden Entscheidungen:

Der

- Zeitaufwand von 30 Minuten

ist als besonders im Sinne des § 5 (2) Satz 1 anzusehen, denn die gewöhnliche Länge wird in der Gebührenordnung für Ärzte, die hinsichtlich der Beratung anzuwenden ist, mit 15 Minuten auf die Hälfte festgelegt.

Die Wurzelfüllung eines Kanals mit

- lateraler Kondensation

nimmt einen erhöhten Zeitaufwand gemäß § 5 (2) Satz 1 in Anspruch. Die Gebräuchlichkeit der Methode verhindert nicht, daß der Zahnarzt eine erhöhte Gebühr abrechnen kann. Wenn die Methode nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführt ist, muß ein erhöhter Zeitaufwand berechnet werden können.

Die Erhöhung des Gebührensatzes, die auf den

- erschwerten Zugang zu den Zähnen

gegründet wird, ist nicht gerechtfertigt, da das Gebiet im hinteren Zahnbe- reich bei jedem Menschen anatomisch schwer zugänglich ist und daher keine Besonderheit darstellt.

Ebenso wenig begründen

- "schmal-untersetzter Mensch, bei dem aufgrund dieser anatomisch-physiologischen Merkmale Fett- und Bindegewebe fehlen"
- keinen von der Regel abweichenden Normalfall.
Die Unüblichkeit, einen Weisheitszahn als Brückenpfeiler zu benutzen, begründet noch keine schwierigere oder zeitaufwendigere Behandlung.
Mit der Angabe
- "aufwendige Differentialdiagnose"
- ist nur das Bemessungskriterium des erhöhten Zeitaufwandes wiederholt. Das widerspricht der Begründungspflicht, die es dem Patienten ermöglichen soll, die Rechnung nachvollziehen zu können.
Zur Begründung darf ein Zahnarzt nicht auf ein Kriterium zurückgreifen, dem schon in der Leistungsbeschreibung Rechnung getragen wurde.

AG Düsseldorf
Az 20 C 6491/93
Urteil vom 20.08.1993

- Den 2,6-fachen Steigerungssatz für eine
- schwierige Präparation bei unstrittig eingeschränkter Mundöffnung erachtet das Gericht als angemessen.

AG Wesel
Az 27 C 270/93
Urteil vom 27.09.1993

- Die Begründung
- schwer zugänglicher Bereich
- für den 3,5-fachen Steigerungssatz bei der Behandlung des Zahnes 38 genügt den Anforderungen an den Begründungszwang aus der Gebührenordnung nicht. [*Anmerkung:* Derselbe Zahn wurde 3 Wochen zuvor behandelt und hierbei kam nur der 2,3-fache Steigerungssatz in Anwendung. Dies war für das Gericht nicht nachvollziehbar.]

AG Wuppertal
Az 37 C 573/92
Urteil vom 21.02.1994

- Zu den in der strittigen Liquidation angegebenen Begründungen für die Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes ergingen vom Gericht die nachfolgenden Entscheidungen:
- Die Begründung "besonderer Zeitaufwand, besondere Schwierigkeit, gesunder Zahnfleischstatus" für die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes bei den Gebührennummern 501, 203 und 227 wurde vom Gericht nicht anerkannt, da er nicht hinreichend konkret ist.
 - Der Umstand, daß ein Zahn im vorderen Schneidezahnbereich behandelt worden ist, kann allenfalls den 2,3-fachen Gebührensatz rechtfertigen.
 - Die Begründung "über lange Zeit unversorgter Stumpf" für die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes bei den Gebührennummern 408 und 501 wird vom Gericht anerkannt.
 - Die Begründung "erhöhter Zeitaufwand bzw. erschwerte Abdrucknahme, atypischer OK-Bogen" für die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes bei der Gebührennummer 517 ist nicht hinreichend konkret.

AG Düsseldorf
Az 27 C 1894/93
Urteil vom 07.04.1994

Auch stichwortartige, kurze Begründungen reichen aus, sofern sie nur substantiiert sind.

AG Duisburg-Hamborn
Az 6 C 269/93
Urteil vom 31.05.1994

Aufgrund der vom behandelnden Zahnarzt nach billigem Ermessen aufgeführten Begründungen

- erschwerter interdentaler Zugang (Zahnengstand)
- zu entfernendes Entzündungsgewebe

ergibt sich nachvollziehbar, daß die Behandlung Besonderheiten im Rahmen der Bemessungskriterien aufwies, die sich von den üblicherweise vorliegenden Umständen deutlich unterscheiden. Anforderungen an eine Begründung dürfen nicht überspannt werden. Die angegebenen Begründungen bezeichnen ausreichend die erschwerenden Kriterien, die nicht bereits in der Leistungsbeschreibung der einzelnen Gebührennummern der Gebührenordnung vorhanden sind.

AG Grevenbroich
Az 9 C 602/92
Urteil vom 17.06.1994

Die Begründung

- erhöhter Zeitaufwand bei Isolation und Trockenlegung
- dokumentiert keine ärztliche Leistung, die vom Umfang her Ausnahmecharakter hat. Es mangelt insoweit jedenfalls an der Konkretisierung der Behandlungszeit.

AG Brühl
Az 29 C 6/94
Urteil vom 28.06.1994

Der Zahnarzt ist im vorliegenden Fall berechtigt, bezüglich der Gebührennummer GOÄ (alt) 1b den 3,3-fachen Steigerungssatz in Rechnung zu stellen. Die entsprechende Gebührennummer setzt zwar ohnehin eine Beratung voraus, die das gewöhnliche Maß übersteigt. Insoweit ist eine Mindestdauer des Beratungsgesprächs von über 15 Minuten vorgesehen. Hier haben die Beratungen nach den Zeitangaben in der Rechnung 32 bzw. 40 Minuten gedauert. Diese erhebliche Dauer rechtfertigt den Mittelsatz des 2,3-fachen zu überschreiten.

Die Begründung

- anatomische Gegebenheiten - schwierige Zugänglichkeit

wird im Zusammenhang mit der Gebührennummer 227 bei den Zähnen 16 und 17 für einen über den 2,3-fachen Steigerungssatz hinausgehenden Steigerungssatz als zu pauschal und nicht substantiiert dargelegt angesehen, da diese beiden Zähne aufgrund ihrer Lage (unstreitig) ohnehin schwer zugänglich sind.

Die Begründung

- mehrflächiger Aufbau

für den 3,5-fachen Steigerungssatz in Verbindung mit der Gebührennummer 218 reicht nicht aus, um annehmen zu können, daß hier der Mittelwert hätte überschritten werden können. Die Mehrflächigkeit an sich, die wohl regelmäßig vorkommen dürfte, rechtfertigt alleine noch keine Überschreitung des Mittelwertes.

AG Düsseldorf
Az 39 C 3693/94
Urteil vom 30.08.1994

Als Bemessungskriterien sieht § 5 (2) ausdrücklich und abschließend die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie die Umstände bei der Ausführung vor, es sind dagegen keine Beschränkungen auf patientenbezogene Umstände enthalten. Im vorliegenden Fall wurde die Begründung für den 2,8-fachen Steigerungssatz bei der Gebührennummer 205 vom Gericht für ausreichend und damit anerkenntbar erachtet:

- außergewöhnlich hoher zeitlicher und instrumenteller Aufwand bei der schichtweisen Polymerisation von Kunststoffüllungen im Seitenzahnbereich unter Verwendung von Spezialkunststoffen [Anmerkung: Nota bene "methodenspezifische Begründung"]

AG Düsseldorf
Az 41 C 9362/93
Urteil vom 14.10.1994

Das Gericht hält die stereotype Wiederholung der Begründung für den 3,5-fachen Hebesatz bei sechs verschiedenen Behandlungen nicht für eine ausreichende Begründung der den Höchstsatz rechtfertigenden Behandlungsmaßnahmen. Die betreffende Rechnung ist nicht ordnungsgemäß und daher nicht fällig

AG Essen-Borbeck
Az 6 C 886/93
Urteil vom 25.11.1994

Es entspricht billigem Ermessen, im Sinne des § 5 (2) für die Leistungen nach den Gebührennummern 501 und 507 den 3,2-fachen Steigerungssatz in Rechnung zu stellen. Die Begründungen lauteten:

- erschwerte Isolation und Trockenlegung (für 501)
- erschwerter Mundzugang durch kleine Mundöffnung, fehlende Nasenatmung, dadurch erhöhter Zeitaufwand (für 507)

AG Köln
Az 114 C 482/94
Urteil vom 02.12.1994

Bei der Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes reicht es nicht aus, lediglich die in § 5 (2) genannten Bemessungskriterien zu nennen. Es muß vielmehr auf den Einzelfall bezogen begründet werden, welche Besonderheiten zu der berechneten Steigerung geführt haben. Im streitigen Fall wurden vom Gericht die nachträglich gegebenen Begründungen für den 3,5-fachen Steigerungssatz

- tief liegender Präparationsgrenzenverlauf

- schwierige Gewinnung der Retentionsgrenze
- Verblendkrone, erhöhter Platzbedarf für Verblendmaterial besonders im vestibulären Bereich
- relativ enge Mundöffnung

als zu abstrakt gewertet. Die für die Berechnung zugrunde zu legenden konkreten Bemessungskriterien sind nach Auffassung des Gerichtes nicht nachvollziehbar angegeben worden.

Die gemäß § 10 (3) dem Patienten nachträglich gegebene schriftliche Begründung ist nicht gebührenpflichtig, denn sie ist eine notwendige Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Rechnungserstellung und weist keinen gesonderten Gebührentatbestand aus.

AG Düsseldorf
Az 31 C 15284/94
Urteil vom 09.12.1994

Die Begründung

- erschwerte Präparation durch Pfeilerdivergenz
- ist für die Berechnung des 3,5-fachen bzw. 3-fachen Steigerungssatzes bei den Leistungen nach 501 und 507 nach Auffassung des Gerichts ausreichend. Durch die spätere Erläuterung sind im vorliegenden Fall zudem im einzelnen die Schwierigkeiten so anschaulich dargestellt, daß sie auch ein Laie verstehen kann.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage: "Ob die Beihilfestelle des Patienten diese Begründung anerkennt oder nicht, ist für die Honorarklage des Zahnarztes gegen den Patienten nicht erheblich."]

AG Mülheim
Az 19 C 182/93
Urteil vom 06.01.1995

Die Begründung

- besonders starker Zerstörungsgrad der Zahnkronen
- für einen Hebesatz von 3,4 ist vom Gericht als ausreichend im Hinblick auf die in § 5 (2) aufgelisteten Begründungskriterien angesehen worden.

AG Düsseldorf
Az 49 C 9765/95
Urteil vom 26.10.1995

Der 3,5-fache Steigerungssatz für die Verblendung einer Vollkrone ist dann berechenbar, wenn hinzugetretene besondere Umstände dargelegt werden, die eine aufwendigere Behandlung erforderlich machten. Zu berücksichtigen ist hierbei zudem, daß im Einzelfall vom Zahnarzt das Abrechnen mit dem 3,5-fachen Steigerungssatz die Ausnahme bildet und so den Grundüberlegungen der Gebührenordnung Rechnung getragen ist.

AG Bergisch Gladbach
Az 61 C 611/95
Urteil vom 13.01.1996

Die Begründung

- Galvanokrone mit Keramikverblendung medizinisch indiziert wegen hochgradiger Allergiebereitschaft
- und der Hinweis, daß diese Technik im Vergleich zu anderen Überkronungen fachlich schwieriger und zeitlich aufwendiger ist, wurden vom Gericht für die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes nicht anerkannt. Da der Verordnungsgeber bei der Neufassung der Gebührenordnung bewußt auf die frühere Unterscheidung zwischen den einzelnen Kronenarten verzichtet hat, kann der Zahnarzt daher den unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden bei der Verwendung unterschiedlicher Kronen nur innerhalb des vorgegebenen Gebührenrahmens vom 1-fachen bis zum 2,3-fachen Steigerungssatz Rechnung tragen.

AG Düsseldorf
Az 41 C 21418/94
Urteil vom 05.07.1996

Die nachfolgenden Begründungen wurden vom Gericht für die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes als ausreichend anerkannt:

- erhöhter Zeitbedarf bei der Erläuterung der zukünftigen Versorgung mit Kronen (3,5-fach für Gebührennummer Ä1 GOÄ (alt))
- wiederholtes Anfärben mittels Spezialtinktur und Exkavieren des besonders tief infizierten Dentins mit erforderlichem erhöhtem Zeitbedarf (3,5-fach für Gebührennummer 233)
- erhöhter Aufwand und besonderer Zeitbedarf durch mehrfaches Einlegen von Retraktionsfäden vor, während und nach der Präparation (3,5-fach für Gebührennummer 203)
- besonders schwierige Herstellung und erschwerte Halt durch die Präparation für eine Teilkrone (2,9-fach für Gebührennummer 227)
- mehrschichtig polymerisierte, umfangreiche Kunststofffüllung, erschwerte Okklusions- und Approximalraumgestaltung, wenig Platz (3,5-fach für Gebührennummer 209)
- erhöhter Zeitaufwand durch stark erschwerte Retention, ungünstige Füllungslage und erhöhter Materialverbrauch (3,5-fach für Gebührennummer 218)
- Durch die parodontalen Schäden, die teilweise extremen Zerstörung der klinischen Kronen und die großen Defekte waren die Präparation im subgingivalen Bereich besonders schwierig und zeitintensiv. Die Darstellung der Präparationsgrenzen war während der Präparation und der Abdrucknahme überdurchschnittlich schwierig wie auch beim aktiven Zementieren. Außerdem kam im Bereich von 17 und 27 erheblicher Platzmangel als Erschwernis dazu. Mehrere Arbeitsgänge mußten mehrfach wiederholt werden. (3,2-fach für Gebührennummer 222)

AG Aachen
Az 8 C 271/94
Urteil vom 27.12.1996

Bei Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes bedarf es nur einer kurzen Begründung. Daß eine ausführlichere, nicht nur stichwortartige Begründung erforderlich wäre, ist der Vorschrift des § 10 (3) Satz 1 nicht zu entnehmen.

Dem Verordnungstext ist nicht näher zu entnehmen, welche Anforderungen an ein Verlangen des Patienten auf Erläuterung der Begründung zu stellen sind. Das Gericht ist insoweit der Auffassung, daß es dem Patienten zumutbar ist darzulegen, welche Gebührennummern im einzelnen näher erläutert werden sollen und worin im einzelnen seine Unklarheiten bestehen. Für den Zahnarzt ist es ansonsten nicht ersichtlich, wie detailliert seine Erläuterung sein soll, d.h. welche Unklarheit damit beseitigt werden soll.

AG Duisburg
Az 49 C 28/96
Urteil vom 23.07.1997

Die Eingliederung von keramisch verblendeten Kronen stellt gegenüber reinen Metallkronen einen deutlich höheren Aufwand dar, da eine schwierige Präparation, zusätzliche Anproben, Farbauswahl und materialbedingte Risiken zu beachten sind. Die zusätzlichen Besonderheiten des Patienten wie die anatomisch bedingte Enge bei z.B. unzureichender Mundöffnung verbunden mit einer Hyperaktivität und verstärktem Speichelfluß erschwerten die Arbeiten, so daß die gewählten Steigerungsfaktoren durchaus angemessen sind.

AG Neuss
Az 30 C 468/97
Urteil vom 26.11.1997

Es ist nicht gerechtfertigt, bereits eine vom Arzt gewählte Behandlung als die Überschreitung rechtfertigend anzusehen, wenn sie nicht nur bei einzelnen Patienten wegen in deren Person liegender Gründe Besonderheiten aufweist sondern wegen der mit der Behandlung an sich verbundenen Schwierigkeiten. Auch eine methodenspezifische Besonderheit muß letztlich in der Person des Patienten liegen.

Sollte die Erbringung von Keramikinlays einen erhöhten Schwierigkeitsgrad darstellen, so führt dies nicht ohne weiteres zu einer Rechtfertigung der Überschreitung des Schwellenwertes, wenn nicht in der Person des Patienten liegende Gründe die besondere Schwierigkeit bedingen.

Der Bezug auf die „Frakturgefahr“ vermag ebenfalls keinen auf den Einzelfall bezogene Rechtfertigung darstellen, da nicht nachvollziehbar ist, daß – abweichend von der stets gegebenen Gefahr der Fraktur – bei dem Patienten eine gegenüber dem Durchschnitt der Behandlungsfälle erhöhte Gefahr bestanden hat.

Die gemäß § 10 (3) abzugebenden Erläuterungen sind auf das Verständnis eines medizinischen Laien abzustellen, für den sich nachvollziehbar ergeben muß, daß ein gesteigerter Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand oder die Ausführungsumstände von dem Durchschnittsfall abweichen. Es ist aus der gegebenen Begründung aber gerade nicht ersichtlich, ob die beschriebenen Umstände eine gegenüber der Mehrzahl der Behandlungsfälle aufwendigere Behandlung erforderten.

AG Aachen
Az 8 C 405/98
Urteil vom 13.11.1998

In den Begründungen

- aufgetretene Blutung
- anatomische Enge

- erheblich erhöhter Aufwand einer keramischen Füllung
- sehr enger Kanal
- durchgeführte Lateralkondensation

sah das Gericht keine Rechtfertigung für die Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes, da in der Regel einzuhaltende Spannen zwischen dem 1-fachen und dem 2,3-fachen Gebührensatz bereits den Umstand berücksichtigen, daß eine Behandlung sich je nach den Umständen einfacher und schwieriger gestalten kann.

Außerdem vertrat das Gericht die gefestigte Meinung, daß der Zahnarzt eine über der Regelspanne liegende Gebühr grundsätzlich nur dann berechnen darf, wenn er den Patienten vor der Behandlung auf den möglichen Eintritt einer dazu berechtigten Schwierigkeit hingewiesen hat. Es sei denn, daß dies nicht vorhersehbar war, sich gleichsam erst während der Behandlung ergeben hat.

AG Leverkusen
Az 23 C 323/98
Urteil vom 09.11.1999

Die Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes der Gebührennummern 205 bis 211 für das Legen von Kunststoffüllungen ist gerechtfertigt, da diese erheblich zeitaufwendiger sind als Amalgamfüllungen.

Anerkannt wurde von Gericht ebenfalls der 3,5-fache Gebührensatz bei der Gebührennummer 405 für den Einsatz des Clean-Jet-Gerätes.

AG Hamburg
Az 6 C 501/99
Urteil vom 23.02.2000

Der Zahnarzt ist im Rahmen der Privatliquidation nach der Gebührenordnung verpflichtet, sein Ermessen im Hinblick auf den Gebührenrahmen gemäß § 5 persönlich und in jedem Einzelfall auszuüben. Insbesondere dann, wenn die zahnärztliche Honorarforderung an ein Rechenzentrum abgetreten werden, reicht es nicht aus, lediglich die Abrechnungsblätter in den Spalten „Datum, Zahn, Anzahl - GOZ/GOÄ“ auszufüllen. Von einer fälligen Gebührenforderung kann dann nicht ausgegangen werden, wenn das Rechenzentrum überwiegend den 2,3-fachen Steigerungssatz zugrunde legt. Die Ermessensausübung bei der Wahl der Gebührensätze ist eine höchstpersönliche Entscheidung des behandelnden Arztes, der allein über die individuellen Patienten- und Maßnahmenkenntnisse verfügt. Sie ist nicht auf Dritte übertragbar, die nicht dem Personenkreis zugehören, der die Anwendung des eröffnenden § 1 (2) vorzunehmen hat, nämlich der konkret behandelnden Ärzteschaft.

AG Essen
Az 133 C 148/99
Urteil vom 18.03.2000

Bei dem nach billigem Ermessen zu bestimmenden Gebührenrahmen haben Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, außer Betracht zu bleiben. Bei einfachen Leistungen ist der Zahnarzt verpflichtet, lediglich den 1-fachen Gebührensatz in Ansatz zu bringen, bei schwierigeren Maßnahmen kann dieser bis zum 2,3-fachen Gebührensatz erhöht werden.

Nur in besonders gelagerten Ausnahmefällen kann nach dem eindeutigen Wortlaut des Gesetzes eine Überschreitung der Regelspanne vorgenommen werden. Aus der Wertentscheidung des Gesetzes folgt demgemäß, daß an die erforderliche Begründung für die Überschreitung der Regelspanne hohe Anforderungen zu stellen sind, um ein Unterlaufen der gesetzgeberischen Entscheidung zu vermeiden. Die Begründung des Arztes muß eine – auch für einen Laien durchzuführende – Überprüfung der Berechtigung des Ansatzes ermöglichen. Reine Standardbegründungen, welche die im konkreten Einzelfall maßgeblichen Umstände nicht näher verständlich erkennen lassen, genügen den Anforderungen des § 10 (3) nicht.

AG Mönchengladbach
Az 36 C 333/00
Urteil vom 20.10.2000

Gemäß § 5 (2) hat der Zahnarzt seine Leistungen in der Regel zwischen dem 1-fachen und 2,3-fachen des Gebührensatzes nach billigem Ermessen zu bestimmen. Daraus folgt, daß dann, wenn keine Besonderheiten vorliegen, nicht grundsätzlich der 2,3-fache Gebührensatz angewandt werden kann, sondern es ist der Mittelwert der Regelspanne zu nehmen, dies entspricht einem 1,65-fachen Steigerungssatz.

Liegen jedoch Besonderheiten vor und werden diese in der Rechnung entsprechend begründet, kann auch der 2,3-fache Gebührensatz überschritten werden. Bei den Gebührennummern, die über dem 2,3-fach Steigerungssatz liegen, hat der Zahnarzt im streitigen Fall sein Ermessen tatsächlich unter Anwendung der Bemessenskriterien ausgeübt und ist somit zur Berechnung eines höheren als des 2,3-fachen Steigerungssatzes berechtigt. Beispielhaft wird hierfür die Begründung angeführt:

- Starke anatomische Krümmung des Wurzelkanals (Gebührennummer 241)

AG Rheine
Az 3 C 161/00
Urteil vom 28.11.2000

Für die von einem Zahnarzt bei einem GKV-Patienten erbrachte zahnärztliche Leistung, die außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung lag, wurde absprachegemäß eine Liquidation erstellt, die jedoch von der Gebührenordnung abwich. Das Gericht wies die Klage des Zahnarztes auf vollständige Begleichung seiner Liquidation mit nachfolgender Begründung zurück:

„Gemäß § 612 (2) BGB ist, falls die Höhe der Vergütung nicht ausdrücklich zwischen den Parteien vereinbart wird, die taxmäßige Vergütung zu zahlen, sofern eine Taxe besteht. Einen über den nach dieser Taxe zu ermittelnden Betrag für die Vergütung kann der Zahnarzt deshalb nicht geltend machen, als diese Taxe besteht. Selbst wenn die Taxe sich als rechtswidrig erweisen sollte, ist sie doch in der jetzt bestehenden Form dem Rechtsgeschäft, das zwischen den Parteien abgeschlossen worden ist, zugrunde gelegt worden. Der Patient konnte, als er sich bereit erklärte, als Privatpatient behandelt zu werden, darauf vertrauen, daß gegen ihn nur solche Ansprüche entstehen würden, wie sie nach den amtlichen Gebührenordnungen festzusetzen sind.

Selbst wenn also das System der Gebührenordnung für Zahnärzte rechtswidrig, weil möglicherweise verfassungswidrig, sein sollte, besteht unabhängig davon jedenfalls kein Zahlungsanspruch des Zahnarztes gegen den Patienten.“

AG Köln
Az 126 C 194/98
Urteil vom 10.04.2001

Die Begründung

- behinderte Nasenatmung
- ist für die Berechnung des 3,3-fachen Steigerungssatzes der Gebührennummer 504 nicht nachvollziehbar.

Mögliche Gründe für die Berechnung des 3,5-fachen Steigerungssatzes der Gebührennummer 3 GOÄ könnten sein:

- Beratungen zur Nachtzeit oder solche unvorhergesehener Art außerhalb der Sprechstunde

AG Düsseldorf
Az 24 C 17380/99
Urteil vom 21.02.2001

Die für den 3,5-fachen Steigerungssatz der Gebührennummer 405 gegebene Begründung

- extreme Erschwernis aufgrund tiefer Knochentaschen
- geht ins Leere, da die Gebührennummer 405 nur die Entfernung supragingivaler Ablagerungen erfaßt.

AG Burgwedel
Az 73 C 45/01
Urteil vom 21.02.2002

Die Begründung

- Einsatz eines Gerätes mit überdurchschnittlicher Leistungsfähigkeit rechtfertigt nicht das Überschreiten des Schwellenwertes und nicht den höchstmöglichen Gebührenansatz bei der Gebührennummer 5004 GOÄ.

Die Begründung

- Erhöhter Zeitaufwand aufgrund mehrschichtiger Füllung zur optimalen Materialaushärtung
- für den 3,3-fachen Steigerungssatz der Gebührennummer 211 wurde vom Gericht als nicht berechtigt angesehen und auf das 2,3-fache gekürzt, da „die mehrschichtige Füllung (mehrflächig)“ schon in der Leistungsbeschreibung als solcher enthalten ist (sic!).

AG Burgwedel
Az 73 C 17/01 (II)
Urteil vom 21.02.2002

Die Begründung

- Einsatz eines Gerätes mit überdurchschnittlicher Leistungsfähigkeit rechtfertigt nicht das Überschreiten des Schwellenwertes und nicht den höchstmöglichen Gebührenansatz bei der Gebührennummer 5004 GOÄ.

Gebührenverzeichnis
für zahnärztliche Leistungen

001 mit Beratungen/Untersuchungen nach GOÄ

OLG Düsseldorf
Az 8 U 4/99
Urteil vom 21.12.2000

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 266/98
Urteil vom 19.11.1998

Die gemeinsame Berechnung der Gebührennummern 001 GOZ und 3 GOÄ ist nicht zu beanstanden. Der Senat ist davon überzeugt, daß sich die in der ergänzenden Leistungslegende zu Gebührennummer 3 GOÄ enthaltene Einschränkung nur auf die Untersuchungsleistungen der Gebührenordnung für Ärzte erstreckt und sich nicht mit Leistungen befaßt, die auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden.

VG Stuttgart
Az 15 K 573/92
Urteil vom 06.11.1992

Neben der Gebührennummer 001 (Eingehende Untersuchung ...) kann die Gebührennummer 1b GOÄ (alt) berechnet werden. Die 1b GOÄ ist für eine eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung abrechenbar, und zwar als einzige Leistung (Dauer mindestens 15 Minuten), oder im Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung (Gesamtdauer in diesem Fall mindestens 25 Minuten). Das Verwaltungsgericht hat sogar die Berechnung der Gebührennummer 405 für dieselbe Sitzung zugelassen.

Damit könnten nach diesem Urteil auch nicht im Zusammenhang mit der Beratung stehende Leistungen neben den Gebührennummern 1b GOÄ (alt) und 001 GOZ für dieselbe Sitzung berechnet werden. Damit geht das Verwaltungsgericht über die Anwendung der Gebührennummer 1b im ärztlichen Bereich hinaus.

VG Mainz
Az 7 K 2556/92
Urteil vom 22.09.1993

Nach § 6 (1) sollen den Zahnärzten bezüglich des ihnen zustehenden Aufwendersatzes keine Beschränkung auferlegt werden. Vielmehr ist mit dieser Vorschrift dem Zahnarzt in Fällen, in denen er bestimmte in der Gebührenordnung nicht enthaltene Leistungen erbringt, die zusätzliche Mög-

lichkeit eröffnet, diese Leistungen zumindest nach den Vorschriften der GOÄ (alt) zu berechnen. Demzufolge kann die neben der eingehenden Untersuchung durchgeführte Beratung, die im Gebührenverzeichnis der GOZ selbst nicht als eigenständige Leistung beschrieben ist, jedenfalls auf der Grundlage der Gebührennummer 1b GOÄ (alt) in Ansatz gebracht werden. Dieser Rückgriff auf 1b GOÄ (alt) bedeutet dabei im Ergebnis nicht, daß diese Leistung nur als einzige Leistung berechnungsfähig ist. Denn in der Gebührennummer 1b GOÄ (alt) ist ausdrücklich bestimmt, daß diese Leistung auch im Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung berechnet werden kann.

Zwar kann der Zahnarzt diese Untersuchung selbst nicht nach der insofern erwähnten Gebührennummer 65 der GOÄ (alt) abrechnen, weil diese Gebührennummer dort unter dem Abschnitt B III eingegliedert ist und nach der eindeutigen Regelung des § 6 (1) GOZ dem Zahnarzt die Möglichkeit einer Leistungsabrechnung nach diesem Abschnitt der GOÄ (alt) nicht eröffnet ist. Indes bleibt zu sehen, daß die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung in der GOZ unter der Gebührennummer 001 unmittelbar als eigenständige Leistung eingestuft ist und damit im Falle der Leistungsberechnung praktisch an die Stelle der Gebührennummer 65 GOÄ (alt) tritt. Insbesondere tritt die Leistung nach 001 GOZ auch in der 1b GOÄ (alt) anstelle der 65 GOÄ (alt) und kann deshalb vom Zahnarzt für dieselbe Sitzung, in der sowohl eine eingehende Beratung als auch eine eingehende Untersuchung erfolgt, ohne weiteres neben der Gebührennummer 1b GOÄ (alt) berechnet werden.

VG Mainz
Az 7 K 4862/93. Mz
Urteil vom 25.01.1995

Die Abrechenbarkeit der Gebührennummer 1b GOÄ (alt) im zeitlichen Zusammenhang mit Gebührennummer 001 in einer Sitzung ist zwar gegeben, aber andere ärztliche und zahnärztliche Leistungen, gleich welcher Art, können nach dem Wortlaut der Leistungsbeschreibung nicht in derselben Sitzung abgerechnet werden.

Anders ausgedrückt können Leistungen nach 1b GOÄ (alt) nur abgerechnet werden, wenn im Rahmen desselben Arzt-Patienten-Kontaktes mit Ausnahme der Gebührennummern 65, 65a, 800, 801 GOÄ (alt) oder GOZ 001 keine weitere ärztliche Leistung zur Abrechnung kommt.

Im Einzelfall mag dies zu unbefriedigenden Ergebnissen führen. Insoweit kann Abhilfe nur vom Verordnungsgeber geschaffen werden.

AG Jever
Az 5 C 347/98
Urteil vom 15.04.1999

Eine Beratungsgebühr (Gebührennummer 1 GOÄ) darf im Behandlungsfall nur einmal berechnet werden. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes. Wenn andere Erkrankungen offensichtlich nicht vorlagen, kann innerhalb des Zeitraums von einem Monat nur einmal die Beratungsgebühr berechnet werden.

Der Patient hat gegen die Krankenversicherung einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Behandlung nach der Gebührennummer 4 GOÄ aus dem Versicherungsvertrag. Das Sachverständigengutachten hat insoweit ergeben, daß die Abrechnung berechtigt war.

Hinsichtlich der Untersuchung gemäß Gebührennummer 5 GOÄ hat das Sachverständigengutachten zur Überzeugung des Gerichts ergeben, daß es sich hierbei um eine lokal begrenzte Untersuchung handelt. Es war daher in dem fraglichen Zeitraum ein sechsmaliges Abrechnen möglich.

Der Patient hat keinen Anspruch auf Ersatz der Kosten für die Untersuchung nach der Gebührennummer 6 GOÄ. Der Zahnarzt war nicht berechtigt, diese Gebührennummer abzurechnen, so daß sich auch keine Verpflichtung zur Übernahme der Kosten auf Seiten der Krankenversicherung im Rahmen des Versicherungsvertrages ergibt. Das Sachverständigengutachten hat ergeben, daß Zahnärzte insoweit über die Gebührennummer 001 GOZ abrechnen müssen.

Der Patient kann von der Krankenversicherung des weiteren eine Erstattung der Gebührennummer 34 GOÄ beanspruchen. Der Zahnarzt hat der Ehefrau des Klägers kieferorthopädische Therapiemöglichkeiten dargelegt. Er hat daher Anspruch auf eine angemessene Vergütung. Hierzu kann die Gebührennummer GOÄ 34 herangezogen werden.

AG Burgwedel
Az 73 C 45/01
Urteil vom 21.02.2002

Die Leistung der Gebührennummer 619 ist nicht bereits Inhalt der Gebührennummer 100 bzw. 001 und kann von daher gesondert neben diesen abgerechnet werden.

AG Burgwedel
Az 73 C 17/01 (II)
Urteil vom 21.02.2002

Der Ansatz der Gebührennummer 619 setzt keine kieferorthopädische Behandlung voraus. Inhalt ist ein beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen. Neben der Leistung nach 619 ist eine Leistung nach 001 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig. Eine solche Abrechnung hat der Zahnarzt auch nicht vorgenommen. Am betreffenden Behandlungstag ist nur die Gebührennummer 001, nicht jedoch die 619 berechnet worden. Der Zahnarzt war berechtigt, für dieselbe Sitzung die Gebührennummern 100 und 619 in Ansatz zu bringen.

AG Düsseldorf
AZ 20 C 3454/00
Urteil vom 24.01.2003

Die Gebührennummer Ä3 ist neben der Gebührennummer 001 berechnungsfähig. Denn die entsprechenden Leistungen sind inhaltlich nicht deckungsgleich. Die Gebührennummer 001 betrifft eine eingehende Untersuchung und die Gebührennummer Ä3 eine eingehende Beratung. Hinsichtlich der gemeinsamen Berechnungsfähigkeit schießt sich das Gericht der Rechtsprechung des Oberlandesgerichts Düsseldorf (Urteil vom 21. Dezember 2000, Az 8 U 4/99) an.

Ohne Erfolg beruft sich der Patient ferner darauf, daß der für die Gebührennummern Ä 3 und 001 berechnete Gebührensatz von 3,5 unschlüssig sei, da

jeweils ein unterschiedlicher Zeitaufwand zugrunde gelegt worden sei. Entscheidend für die Berechnung des 3,5-fachen Höchstsatzes ist lediglich, daß der Zahnarzt jeweils mehr als 10 Minuten aufgewandt hat.

002

LG Düsseldorf
Az 23 S 522/94
Urteil vom 28.05.1997

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 42 C 6112/93
Urteil vom 25.08.1994

Werden lediglich konservierende Leistungen geplant und durchgeführt, kann lediglich die Gebühr nach Gebührennummer 002 verlangt werden.

VG Mainz
Az 7 K 4862/93. Mz
Urteil vom 25.01.1995

Nach dem Beihilferecht ist für die "Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans auf Anforderung" (Gebührennummer 002) eine objektive medizinische Notwendigkeit, wie sie § 3 (1) BVO fordert, nicht gegeben. Daher können die Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne (u.a.) nach der Gebührennummer 002 nicht als beihilfefähig anerkannt werden.

003

OLG Köln
Az 27 U 115/91
Urteil vom 26.02.1992

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 332/90
Urteil vom 02.07.1991

Der Fall: Die im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Gesamtkosten wurden in der definitiven Liquidation um 50 Prozent überschritten.

Das Gericht: Unrichtige Angaben in einem - wie hier unstreitig - unverbindlichen Heil- und Kostenplan, insbesondere ein Überschreiten des Leistungsrahmens und der Honorarsätze vermögen im Regelfall allenfalls Schadenersatzansprüche wegen positiver Vertragsverletzung auszulösen. Einen Schaden hat der Patient aber nicht dargetan. Er hat für das geforderte Honorar eine adäquate Gegenleistung erhalten, die er auch anderweitig hätte bezahlen müssen. Der Patient behauptet nicht, daß er die Leistung so nicht in Anspruch genommen hätte, wenn er seinerzeit gewußt hätte, daß die Behandlung letztlich insgesamt 50 Prozent mehr kosten würde.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 77/01
Urteil vom 06.12.2001

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 143/98
Urteil vom 08.03.2001

Die Auffassung des klagenden Patienten, dem Zahnarzt stehe wegen einer Überschreitung der im Behandlungsplan geschätzten Kosten lediglich ein Anspruch auf die dort geschätzte Vergütung zuzüglich der Laborkosten zu und für die zusätzlichen Leistungen könne er keine Bezahlung verlangen, geht nach Auffassung des Gerichtes deshalb fehl, weil es sich bei der Schätzung im Behandlungsplan nur um Kosten für prothetische Arbeiten gehandelt habe; Die weiteren Leistungen für die geplanten Zahnbehandlungen waren auf Seite 2 des Behandlungsplanes hiervon ausdrücklich ausgenommen Auch der Vorwurf des Patienten, der Zahnarzt habe es pflichtwidrig versäumt, auf die Überschreitung der vorveranschlagten Kosten aufmerksam zu machen, ist aus gerichtlicher Sicht nicht gerechtfertigt.

Es kann von einem Zahnarzt nicht verlangt werden, seinen Patienten im Laufe des Behandlungsgeschehens bei jeder Maßnahme, die aus medizinischen Gründen zusätzlich zu der reinen Prothetik notwendig wird, darüber zu belehren, daß dafür Kosten entstehen und der ursprünglich geschätzte Kostenum-

fang überschritten wird. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund eines vorherigen schriftlichen Hinweises, daß die diesbezüglichen Kosten nicht in der Schätzung des Behandlungsplanes enthalten sind; in einem solchen Fall kann erwartet werden, daß der Patient den Arzt um entsprechende Information bittet, wenn er dies aus finanziellen Gründen für notwendig erachtet.

LG Wuppertal
Az 5 O 2/89
Urteil vom 02.10.1990

Bei der Erstellung der ersten Behandlungs- und Kostenpläne handelt es sich stets um Kostenvoranschläge, die der betreffende Arzt, was den Umfang der Behandlung und die Kosten anbetrifft, zwar grundsätzlich seiner endgültigen Liquidation zugrunde legen muß, von denen bei ausreichender Begründung eine Abweichung jedoch zulässig ist, denn für den behandelnden Arzt ist Umfang und Schwierigkeit der durchzuführenden zahnärztlichen Leistung nicht ohne weiteres vorhersehbar.

LG Köln
Az 25 O 353/91
Urteil vom 22.09.1992

Ein Heil- und Kostenplan ist nicht verbindlich. Der Einwand, es könnten nur die im Heil- und Kostenplan genannten Kosten verlangt werden, greift nicht. Unrichtige Angaben wie z.B. zu gering ausgewiesene Kosten vermögen im Regelfall allenfalls Schadenersatzansprüche wegen positiver Vertragsverletzung auszulösen.

LG Duisburg
Az 4 S 473/92
Urteil vom 24.06.1994

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Wesel
Az 4 C 287/92
Urteil vom 24.11.1992

Die Gebührennummer 003 kann nicht für Leistungen aus dem Bereich der konservierenden Versorgung des Abschnittes C des Gebührenverzeichnisses abgerechnet werden.

LG Wuppertal
Az 16 S 251/99
Urteil vom 15.02.2000

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Wuppertal
Az 37 C 1/99
Urteil vom 13.09.1999

Werden unterschiedliche Heil- und Kostenpläne erstellt, die nicht denselben Leistungsumfang betreffen, kann die Gebührennummer 003 auch mehrfach

abgerechnet werden. Bei einem Heil- und Kostenplan nach Gebührennummer 003 handelt es sich nicht um eine konkrete Vergütungsvereinbarung im Sinne von § 2 (1), an die der Zahnarzt gebunden wäre. Insbesondere dann nicht, wenn in dieser Schätzung der voraussichtlichen Kosten ausdrücklich darauf hingewiesen wird, daß Laborkosten nur geschätzt werden können und der Umfang notwendiger konservierender und chirurgischer Maßnahmen nicht vorhersehbar sind. Werden außerdem in einem Heil- und Kostenplan bereits erhöhte Steigerungssätze für einzelne Leistungen angesetzt, kann der Patient nicht davon ausgehen, daß der Zahnarzt mit dem durchschnittlich leicht erhöhten Schwierigkeitsgrad grundsätzlich auskommen wird.

AG Düsseldorf
Az 49 C 1632/92
Urteil vom 23.04.1992

Für die Erstellung eines Heil- und Kostenplanes nach § 2 (3) kann die Gebührennummer 003 in Rechnung gestellt werden. Der Vergütungsanspruch ergibt sich aus § 611 in Verbindung mit den Vorschriften der GOÄ (alt).

AG Düsseldorf
Az 54 C 8910/92
Urteil vom 09.10.1992

Werden mehrere Heil- und Kostenpläne erstellt, die Alternativbehandlungen vorsehen, kann auch die Gebührennummer 003 mehrmals berechnet werden.

AG Dinslaken
Az 9 C 51/92
Urteil vom 21.10.1992

Die Gebührennummer 003 ist für die Versorgung mit Einzelkronen nicht berechnungsfähig.

AG Duisburg
Az 49 C 28/96
Urteil vom 23.07.1997

Die Versorgung mit Kronen stellt eine prothetische Maßnahme dar, so daß die Gebührennummer 003 auch hierfür in Ansatz gebracht werden kann. Wird zusätzlich eine Leistung nach der Gebührennummer 517 erbracht, rechtfertigt diese schon alleine die Abrechnung der Gebührennummer 003, da sich Gebührennummer 517 im Gebährenteil F (prothetische Leistungen) befindet.

AG Wuppertal
Az 35 C 577/04
Urteil vom 24.02.2005

Der Patient schuldet dem Zahnarzt die ausgerichtete Summe aufgrund des zwischen den Parteien zustande gekommenen zahnärztlichen Behandlungsvertrages. Dem Patienten war spätestens seit dem Erhalt eines Kostenplans klar, daß er eine Implantatversorgung privat würde bezahlen müssen. In dieser Aufstellung sind auch bereits die streitgegenständlichen Leistungen, sowie

anfallende Material- und Laborkosten aufgeführt. Diese Leistungen nahm der Patient in Anspruch. Auch ohne gesonderte schriftliche Vereinbarung schuldet er dementsprechend die Gebühren nach der GOZ; der konkludente Vertragsabschluß durch den Besuch in der Praxis und das Durchführenlassen der Maßnahmen reicht insoweit aus.

Die Leistungen sind auch nicht lediglich solche zur Vorbereitung des Vertrages oder zur Vertragsanbahnung. Der Patient hatte keinerlei Grund für die Annahme, der Zahnarzt führe in einer Reihe von Terminen umfangreiche Maßnahmen lediglich im Rahmen einer kostenlosen Akquise durch. Seine Begründung, schließlich habe erst ermittelt werden müssen, ob die Implantatlösung überhaupt durchgeführt werden konnte, führt zu keinem anderen Ergebnis. Insoweit gehören bei einer solchen Behandlung Diagnose und Durchführung der Maßnahme einheitlich zur zahnärztlichen Behandlung und lösen selbstverständlich Gebührenansprüche aus. Der Patient wird etwa auch von seinem Hausarzt nicht erwarten, daß dieser nur solche Untersuchungen in Rechnung stellt, bei denen er letztlich auf einen therapiebedürftigen Befund stößt und dementsprechend Therapiemaßnahmen ergreift. Er wird auch von seinem Anwalt nicht erwarten, daß dessen Erstberatung kostenlos ist, nur weil dieser vielleicht davon abrät, den Gegner zu verklagen. Sofern der Patient anführt, die Erstellung eines Kostenvoranschlags sei regelmäßig kostenlos, trifft dies nicht den Kern der Sache. Es handelt sich nicht um Kosten zur Erstellung des Kostenplanes; ein solcher existierte ja bereits. Es handelt sich vielmehr um Kosten für die Ausführung von Leistungen gemäß diesem Kostenplan.

006

LG Krefeld
Az 4 O 11/92
Urteil vom 08.08.1995

Die Gebührennummer 006 des Gebührenverzeichnisses kann in einer Sitzung durchaus mehrfach erforderlich werden. Eine Einschränkung, daß diese nur einmal in einer Sitzung abgerechnet werden kann, ergibt sich aus den einschlägigen Kommentierungen nicht.

007

LG Bonn
Az 9 O 200/94
Urteil vom 10.04.1995

Eine Vitalitätsprüfung ist pro Sitzung nur einmal abrechenbar.

008 vor 009 und 010

----- pro -----

OLG Düsseldorf
Az I-8 U 33/04
Urteil vom 14.04.2005

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 535/03
Urteil vom 08.01.2004

Unzutreffend ist die Auffassung des Patienten, der Zahnarzt dürfe die Leistungen nach der Gebührennummer 008 nicht in Rechnung stellen, weil sie kein eigenes Ziel verfolgten. § 4 (2) Satz 2 bestimmt, daß der Zahnarzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, eine Gebühr nicht berechnen kann, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Eine Leistung ist dann Bestandteil einer (umfassenden) Leistungsposition, wenn sie notwendiger- oder doch typischerweise in unmittelbarem Zusammenhang mit der umfassenderen Leistung erbracht wird. Die Gebührennummer 008 kann auch für das Vorbetäuben der Einstichstelle für Infiltrations- oder Leitungsanästhesien berechnet werden. Die vom Patienten vorgenommene Rechnungskürzung ist danach nicht gerechtfertigt.

OVG Nordrhein-Westfalen
Az 12 A 841/92
Urteil vom 18.01.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Köln
Az 3 K 923/90
Urteil vom 04.12.1991

Die Gebührennummer 009 enthält keinen Hinweis, daß daneben die Gebührennummer 008 nicht berechnungsfähig ist. Auch aus § 4 (2) Satz 2 ergibt sich ein solcher Ausschluß nicht. Der Zahnarzt darf daher die Gebührennummer 008 neben der Gebührennummer 009 in Rechnung stellen.

[Anmerkung: Das Urteil des OVG Nordrhein-Westfalen, Az 12 A 841/92, vom 18.01.1995 wurde durch das Revisionsurteil des Bundesverwaltungsgerichtes, Az 2 C 10.95, vom 30.05.1996 in anderen Zusammenhängen bestätigt.]

LG Berlin
Az 6.0.311/94
Teil- und Teilgrundurteil vom 18.08.1994
Schlußurteil vom 01.12.1994

Die Oberflächenanästhesie nach Gebührennummer 008 darf neben den Leistungen nach der Gebührennummer 009 angesetzt werden. Denn die mit diesen Gebührennummern berechneten Leistungen betreffen unterschiedliche Schmerzausschaltungen.

LG Düsseldorf
Az 23 S 522/94
Urteil vom 28.05.1997

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 42 C 6112/93
Urteil vom 25.08.1994

Die Berechnung der Gebührennummer 008 neben der Gebührennummer 009 ist zulässig.

VG Köln
Az 3 K 1352/91
Urteil vom 04.08.1993

Die intraorale Oberflächenanästhesie ist nicht Bestandteil oder eine besondere Ausführung der Infiltrationsanästhesie bzw. der Leitungsanästhesie nach den Gebührennummern 009 bzw. 010.

VG Stuttgart
Az 15 K 1245/94
Urteil vom 05.05.1994

Die Gebührennummer 008 ist nicht lediglich Bestandteil der mit der Gebührennummer 009 abgegoltenen Leistung und kann daher gesondert berechnet werden.

VG Aachen
Az 1 K 779/93
Urteil vom 19.05.1994

Die Gebührennummer 008 ist neben den Gebührennummern 009 und 010 berechenbar, weil diese zahnärztliche Leistung weder eine besondere Ausführung der nachfolgenden durch Injektionen durchgeführten Anästhesieform darstellt noch als Bestandteil einer dieser Anästhesien anzusehen ist.

AG Neuss
Az 36 C 6/90
Urteil vom 30.03.1990

Die Oberflächenanästhesie ist vor einer Infiltrationsanästhesie auch zum Zwecke der Milderung des Einstichschmerzes berechenbar.

AG Geldern
Az 3 C 124/90
Urteil vom 18.10.1991

Die Gebührennummern 008 und 009 sind neben der Gebührennummer 010 dann selbständig in Ansatz zu bringen, wenn diese Leistungen in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der Leistung nach der Gebührennummer 010 stehen. Wenn die Anästhesien aufeinanderfolgende Vorbereitungsmaßnahmen darstellen, ohne zueinander in kausaler Verbindung zu stehen, können sie als selbständige Zielleistungen qualifiziert und auch abgerechnet werden.

AG Krefeld
Az 7 C 449/92
Urteil vom 30.11.1992

Die Oberflächenanästhesie kann neben den Gebührennummern 009 und 010 dann berechnet werden, wenn die Einstichstelle für die Infiltrationsanästhesie vorbetäubt wird. Die Gebührennummer 008 wäre dann nicht berechtigt, wenn die Oberflächenanästhesie Bestandteil oder eine besondere Ausführung der Infiltrationsanästhesie wäre. Bereits der Umstand, daß eine eigene Gebührennummer ausgewiesen ist, ist ein Anzeichen dafür, daß die Maßnahme als eigenständiger Behandlungsschritt zu werten ist.

AG Iserlohn
Az 40 C 758/92
Urteil vom 01.03.1993

Eine Oberflächenanästhesie ist weder Bestandteil einer Infiltrations- oder Leitungsanästhesie noch ist sie zur Durchführung solcher Anästhesien unumgänglich, so daß sie separat berechnet werden kann.

AG München
Az 183 C 10265/93
Urteil vom 30.11.1993

Die Gebührennummer 008 ist eigenständig berechenbar. Aus dieser Systematik ist sie nicht bereits in den Gebührennummern 009 und 010 mit enthalten.

AG Düsseldorf
Az 25 C 2398/93
Urteil vom 25.05.1994

Die Oberflächenanästhesie nach Gebührennummer 008 ist neben der Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesie berechnungsfähig. Denn es handelt sich um eine selbständige Leistung, die für die anderen Anästhesiearten weder gene-

rell erforderlich ist, noch regelmäßig ausgeführt wird. Ist eine Vorbetäubung der Einstichstelle erforderlich oder wird sie jedenfalls vom Patienten gewünscht, so kann sie gesondert berechnet werden.

AG Dinslaken
Az 10 C 65/94
Urteil vom 14.07.1994

Eine Oberflächenanästhesie ist nicht notwendiger Bestandteil einer Infiltrationsanästhesie. Selbst wenn die Oberflächenanästhesie der Vorbereitung einer Infiltrationsanästhesie dient, kann sie nicht gemäß § 4 (2) als Bestandteil der letzteren angesehen werden.

AG Bonn
Az 12 C 570/92
Urteil vom 07.09.1994

Es ist nach den detaillierten und nachvollziehbaren Feststellungen des Sachverständigengutachtens davon auszugehen, daß die Gebührennummer 008 neben bzw. in Verbindung mit der Leistung nach Gebührennummer 009 abgerechnet werden kann.

AG Burgwedel
Az 73 C 45/01
Urteil vom 21.02.2002

Die Leistung der Gebührennummer 008 ist nicht Inhalt der Gebührennummer 009.

AG Burgwedel
Az 73 C 17/01 (II)
Urteil vom 21.02.2002

Die Leistung der Gebührennummer 008 ist nicht Inhalt der Gebührennummer 009.

----- contra -----

Bayerisches Verwaltungsgericht Würzburg
Az W 1 K 89.76 735.11
Urteil vom 06.07.1990

berichtigendes Urteil zum

Bayerisches Verwaltungsgericht Würzburg
Az W 1 K 89.76 735.11
Urteil vom 12.04.1990

Die Oberflächenanästhesie ist nur als eigenständige Leistung berechnungsfähig. Als vorbereitende Maßnahme zur Vermeidung der Schmerzempfindung

bei anderen Anästhesien kann diese Gebührennummer nicht angesetzt werden.

[*Anmerkung:* Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage: "Bei dieser für die zahnärztliche Liquidation engen Auslegung darf nicht unberücksichtigt bleiben, daß der Normgeber bei Schaffung der Gebührenordnung unter dem Zwang der notwendigen Kostendämpfung im Gesundheitswesen stand."]

LG Bonn
Az 9 O 200/94
Urteil vom 10.04.1995

Folgt auf eine Oberflächenanästhesie eine Infiltrationsanästhesie, so ist die Leistung nach Gebührennummer 008 keine selbständige, sondern hat nur eine vorbereitende Bedeutung und kann folglich nicht berechnet werden.

VG Arnsberg
Az 2 K 2190/90
Urteil vom 23.10.1991

Die Gebührennummer 008 ist nicht vor der Gebührennummer 009 abrechenbar.

VG Düsseldorf
Az 2 K 852/90
Urteil vom 19.01.1993

Oberflächenanästhesien sind als vorbereitende Maßnahme Bestandteil der mit den Gebührennummern 009 und 010 in Ansatz gebrachten Leistungen.

[*Anmerkung:* Das VG Düsseldorf ändert mit seinem Urteil vom 19.10.1994 (Az 10 K 7124/93) ausdrücklich seine bisherige gegenteilige Auffassung unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 (Az 2 C 25.92). Zitat: "... da Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen immer dann angemessen sind, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über seine Auslegung gesorgt hat."]

VG Düsseldorf
Az 2 K 3266/89
Urteil vom 26.01.1993

Die Aufwendung für die Gebührennummer 008 ist neben einer Infiltrationsanästhesie nach der Gebührennummer 009 nicht erstattungsfähig, weil ihr die Regelung des § 4 (2) Satz 2 entgegensteht.

[*Anmerkung:* Das VG Düsseldorf ändert mit seinem Urteil vom 19.10.1994 (Az 10 K 7124/93) ausdrücklich seine bisherige gegenteilige Auffassung unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 (Az 2 C 25.92). Zitat: "... da Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen immer dann angemessen sind, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über seine Auslegung gesorgt hat."]

AG Kempen
Az 11 C 38/91
Urteil vom 04.04.1991

Die Gebührennummer 008 ist nicht vor der Gebührennummer 009 abrechenbar.

AG Solingen
Az 11 C 346/91
Urteil vom 17.02.1992

Die Gebührennummer 008 kann nicht neben der 009 oder 010 geltend gemacht werden.

AG Langenfeld
Az 11 C 377/92
Urteil vom 23.12.1992

Die mit der Gebührennummer 008 abgerechnete Oberflächenanästhesie enthält kein selbständiges Leistungsziel. Sie ist lediglich vorbereitende Maßnahme der wesentlich höher dotierten Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesie und damit in den Gebühren dieser Leistungen enthalten. Eine Oberflächenanästhesie kann nicht gesondert berechnet werden.

AG Düsseldorf
Az 34 C 97012/90
Urteil vom 18.02.1993

Neben der Gebührennummer für die Infiltrationsanästhesie darf eine Gebührennummer für die Oberflächenanästhesie nicht in Ansatz gebracht werden.

009 und 010

----- pro -----

LG Duisburg
Az 4 S 473/92
Urteil vom 24.06.1994

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Wesel
Az 4 C 287/92
Urteil vom 24.11.1992

Der behandelnde Zahnarzt muß je nach den Umständen des Einzelfalles die Indikation für die Anzahl der erforderlichen Injektionen stellen, um für den geplanten Eingriff die erforderliche und ausreichende Anästhesietiefe zu erlangen. Injektionen sind in der erforderlichen Anzahl somit auch für den gleichen Zahn - auch mehrfach - berechenbar.

LG Bonn
Az 9 O 200/94
Urteil vom 10.04.1995

Die Gebührennummer 009 kann je Einstich bzw. Einwirkungsbereich und je Nachspritzen abgerechnet werden und nicht lediglich mit einem höheren Steigerungssatz.

VG Köln
Az 3 K 1352/91
Urteil vom 04.08.1993

Die Gebührennummer 009 ist pro Anästhesie abrechenbar, also bei einem Zahn auch dann zweimal, wenn der Einstich vestibulär und palatinal erfolgt. Diese anästhesierende Maßnahmen bedürfen getrennter Entscheidungen und sind nicht mit dem Fall vergleichbar, daß in einem örtlich abgegrenzten Bereich mehrfach eingestochen wird.

Eine erneute intraorale Infiltrationsanästhesie (zusätzlich) ist abrechenbar, wenn sie nicht mehr im zeitlichen Zusammenhang mit der vorangegangenen Anästhesierung steht - z.B. aufgrund längerer Behandlungsdauer oder zwischenzeitlicher Unterbrechung der Behandlung.

VG Düsseldorf
Az 10 K 4151/93
Urteil vom 09.03.1994

Die zweimalige Berechnung einer Leitungsanästhesie ("wegen Zeit") ist zulässig. Die Gebührennummer 010 enthält weder nach ihrem Wortlaut noch nach ihrem Sinne irgendwelche Beschränkungen. Die Gebührennummer 010 ist abrechenbar, so oft eine Anästhesierung medizinisch indiziert ist.

VG Düsseldorf
Az 10 K 7124/93
Urteil vom 19.10.1994

Die Auslegung, die Gebührennummer 009 sei abrechenbar, so oft eine Anästhesie medizinisch notwendig ist, mithin für jede Einstichstelle, gegebenenfalls bei langdauerndem Eingriff auch mehrfach, ist eine vertretbare Rechtsauffassung, da die Gebührennummer 009 weder dem Wortlaut noch dem Sinn nach irgendwelche Einschränkungen enthält.

[Anmerkung: Das VG Düsseldorf ändert mit seinem Urteil vom 19.10.1994 (Az 10 K 7124/93) ausdrücklich seine bisherige gegenteilige Auffassung unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 (Az 2 C 25.92). Zitat: "... da Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen immer dann angemessen sind, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über seine Auslegung gesorgt hat."]

AG Mannheim
Az 2 C 293/89
Urteil vom 13.03.1990

Die Gebührennummer 009 ist pro Anästhesie abrechenbar, also bei zwei nebeneinander stehenden Zähnen zweimal, bei vestibulärer und oraler Anästhesie auch zweimal, bei langandauerndem Eingriff auch mehrfach.

AG Schleswig
Az 2 C 48/91
Urteil vom 11.06.1991

Anästhesien sind nach der tatsächlichen Durchführung berechenbar, also für 7 Zähne auch siebenmal.

AG Dinslaken
Az 9 C 51/92
Urteil vom 21.10.1992

Die mehrmalige Berechnung der Gebührennummer 009 begegnet keinen Bedenken. Die Anrechnung hat zunächst nach § 1 (2) die Erforderlichkeit der Maßnahme zur Voraussetzung. Auch im Hinblick auf § 4 (2) ist ein selbständiger Leistungsinhalt nicht ausschließlich einer ersten Maßnahme im Sinne der Gebührennummer 009 zuzuerkennen. Denn eine zweite wie auch jede weitere solche Maßnahme kann weder als Teil der ersteren noch als besondere Ausführung der Betäubung im gesamten verstanden werden. Als Bestand-

teil einer "Leistung" Betäubung kann die einzelne Maßnahme ebenso wenig gelten. Betäubung ist insoweit nicht unbedingt als Leistung im Sinne der Gebührenordnung zu verstehen, sondern als Beschreibung eines selbständigen Teils der Behandlung, der wiederum mehrere eigenständige Teile begrifflich umfassen kann. Schließlich ist auch über den Begriff der sogenannten "Zielleistung" die Indizierung einer bestimmten Definition oder der Richtigkeit eines bestimmten Verständnisses des Begriffs Betäubungsmaßnahme nicht zu erreichen. Zu bedenken ist, daß einer jeden Maßnahme nach der Gebührennummer 009 nur eine definitiv begrenzte Wirkung sowohl nach dem zeitlichen Faktor als auch nach dem Grad der Intensität zukommt. Der im Einzelfall erforderliche Umfang der Betäubung des Mundsektors ist zwar ebenfalls begrenzt, er vermag sich einer generalisierten Beschreibung aber zwangsläufig zu entziehen. Ist somit jedoch der Umfang der Betäubung abhängig von den Umständen des Einzelfalls, mitunter auch von unvorhersehbaren Zufällen, wird offensichtlich, daß jeder einzelnen Maßnahme selbständiger Leistungsinhalt unter keinen Umständen abgesprochen werden kann. Die Häufigkeit der Betäubung bemißt sich gerechtfertigt anhand der Anzahl der im Einzelfall von dem behandelnden Zahnarzt für erforderlich erachteten und dementsprechend vorgenommenen Betäubungen.

AG Düsseldorf
Az 27 C 1894/93
Urteil vom 07.04.1994

Die Gebührennummer 009 ist für jeden zur Anästhesie notwendigen Einstich gesondert abrechenbar.

AG Düsseldorf
Az 25 C 2398/93
Urteil vom 25.05.1994

Die Gebührennummern 009 oder 010 können auch als sogenannte nachgebende Anästhesien für jeden Einstich gesondert berechnet werden. Die Leistung eines Zahnarztes ist keine Werkleistung sondern eine Dienstleistung. Er schuldet nicht den Erfolg der Betäubung, sondern kann für jede aus irgendwelchen Gründen erforderliche Nachanästhesie die einschlägigen Gebührennummern erneut berechnen.

AG Düsseldorf
Az 49 C 9765/95
Urteil vom 26.10.1995

Die Gebührennummer 009 ist im Einzelfall, wenn es geboten ist, jeden Zahn einzeln zu betäuben, berechenbar, wenn eine allgemeine Betäubung eines größeren Bereichs für die erforderliche Behandlung nicht ausreicht.

AG Aachen
Az 8 C 271/94
Urteil vom 27.12.1996

Eine medizinisch notwendige, wiederholte Injektion („Nachinjektion wegen nachlassender Adrenalinwirkung und starker Blutung“) kann berechnet werden und ist nicht zu beanstanden.

----- contra -----

LG Düsseldorf
Az 23 S 522/94
Urteil vom 28.05.1997

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 42 C 6112/93
Urteil vom 25.08.1994

Die Mehrfachberechnung der Gebührennummer 009 bedarf einer Begründung. Im streitigen Fall wurde eine Mehrfachberechnung nicht grundsätzlich ausgeschlossen, eine Anerkennung der wiederholten Leistung nach 009 in derselben Sitzung versagte das Gericht der Zahnärztin nur deshalb, weil sie im Verfahren keine Begründung für den wiederholten Ansatz der Gebührennummer gegeben hatte.

VG Düsseldorf
Az 10 K 1335/92
Urteil vom 29.06.1994

Aufgrund der Tatsache, daß die Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 009 keine Differenzierung nach dem jeweils konkreten Umfang der vorgenommenen Anästhesie enthält, spricht vieles dafür, die Infiltrationsanästhesie als typische "Zielleistung", d.h. als eine Maßnahme zu verstehen, die - bezogen auf die gewählte Anästhesiemethode - alles einschließt, was im Regelfall zur erforderlichen Schmerzausschaltung für die Behandlung notwendig aber auch ausreichend ist.

[Anmerkung: Das VG Düsseldorf ändert mit seinem Urteil vom 19.10.1994 (Az 10 K 7124/93) ausdrücklich seine bisherige gegenteilige Auffassung unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 (Az 2 C 25.92). Zitat: "... da Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen immer dann angemessen sind, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über seine Auslegung gesorgt hat."]

AG Dülmen
Az 3 C 33/92
Urteil vom 24.06.1992

Laut Stellungnahme des BMA vom 19.02.1990 wird durch eine Infiltrationsanästhesie eine ausreichende Anästhesietiefe von 2-3 nebeneinander liegenden Zähnen erreicht.

AG Schleiden
Az 2 C 288/92
Urteil vom 05.01.1993

Leistungsziel der Gebührennummern 008 bis 011 ist die ausreichende Anästhesierung des jeweiligen Eingriffsgebietes. Für eine nachgebende Anästhesie

können die genannten Gebührennummern deshalb nicht wiederholt in Ansatz gebracht werden. Der durch die Wiederholung entstehende Mehraufwand kann unter Umständen innerhalb des Gebührenrahmens durch einen höheren Steigerungsfaktor ausgeglichen werden.

100, 101 und 102

AG Düsseldorf
Az 24 C 17380/99
Urteil vom 21.02.2001

Neben der Gebührennummer 101 ist die Gebührennummer 1 GOÄ nicht berechnungsfähig.

AG Burgwedel
Az 73 C 45/01
Urteil vom 21.02.2002

Beratungen nach der Gebührennummer Ä1 sind nur dann neben der Gebührennummer 100 berechnungsfähig, wenn die Beratung aus einem anderen Anlaß erbracht wurde.

AG Burgwedel
Az 73 C 45/01
Urteil vom 21.02.2002

Die Leistung der Gebührennummer 619 ist nicht bereits Inhalt der Gebührennummer 100 bzw. 001 und kann von daher gesondert neben diesen abgerechnet werden.

AG Burgwedel
Az 73 C 17/01 (II)
Urteil vom 21.02.2002

Der Ansatz der Gebührennummer 619 setzt keine kieferorthopädische Behandlung voraus. Inhalt ist ein beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen. Neben der Leistung nach 619 ist eine Leistung nach 001 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig. Eine solche Abrechnung hat der Zahnarzt auch nicht vorgenommen. Am betreffenden Behandlungstag ist nur die Gebührennummer 001, nicht jedoch die 619 berechnet worden. Der Zahnarzt war berechtigt, für dieselbe Sitzung die Gebührennummern 100 und 619 in Ansatz zu bringen.

AG Düsseldorf
Az 50 C 15176/02
Urteil vom 23.12.2003

Soweit der Patient geltend macht, die Gebührennummer 102 sei nicht neben der Gebührennummer 201 abrechenbar, greift sein Vorbringen nicht. Es ist mangels konkretem Vortrag dazu nicht ersichtlich, woher der Patient diese

Kenntnis nehmen will. Dem vom Zahnarzt vorgelegten Auszug aus der GOZ ist zu entnehmen, daß die Gebührennummer 102 keine Einschränkung bei gleichzeitiger Berechnung der Gebührennummer 201 erfährt. Angesichts dessen hätte es konkreter Angaben des Patienten dazu bedurft, weshalb die gleichzeitige Berechnung der beiden Gebührennummern nicht gerechtfertigt sein soll.

201 und 202

----- pro -----

VG Düsseldorf
Az 10 K 9290/93
Urteil vom 24.01.1996

Die Gebührennummer 202 kann für eine provisorische Versorgung einer Kavität entgegen der Auffassung, die im Kommentar Meurer, Gebührenordnung für Zahnärzte - GOZ - 2. Aufl. 1991, S. 154 vertreten wird, auch dann berechnet werden, wenn die endgültige Versorgung des betreffenden Zahnes erst in einer späteren Sitzung erfolgt.

[Anmerkung: Im streitigen Fall betrug das zeitliche Intervall zwischen Präparation der Inlaykavität und der Eingliederung des Inlays ca. 8 Wochen.]

AG Düsseldorf
Az 50 C 15176/02
Urteil vom 23.12.2003

Soweit der Patient geltend macht, die Gebührennummer 102 sei nicht neben der Gebührennummer 201 abrechenbar, greift sein Vorbringen nicht. Es ist mangels konkretem Vortrag dazu nicht ersichtlich, woher der Patient diese Kenntnis nehmen will. Dem vom Zahnarzt vorgelegten Auszug aus der GOZ ist zu entnehmen, daß die Gebührennummer 102 keine Einschränkung bei gleichzeitiger Berechnung der Gebührennummer 201 erfährt. Angesichts dessen hätte es konkreter Angaben des Patienten dazu bedurft, weshalb die gleichzeitige Berechnung der beiden Gebührennummern nicht gerechtfertigt sein soll.

----- contra -----

AG Solingen
Az 11 C 346/91
Urteil vom 17.02.1992

Die Gebührennummer 202 ist gebührenrechtlich mit den Gebühren nach 215 - 217 abgegolten, da es sich um eine vorläufige Maßnahme zur Vorbereitung der Einlagefüllung handelt, die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang vorgenommen wurde.

203

OLG Düsseldorf
Az 8 U 138/00
Urteil vom 28.06.2001

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 434/99
Urteil vom 20.04.2000

Die Gebührennummer 203 ist dann mehrfach berechenbar, wenn es sich nicht um eine einheitliche Leistung, sondern um Einzelmaßnahmen in jeweils unterschiedlichen Behandlungsphasen handelt.

Im konkreten Fall waren dies:

- Anwendung des Medikamentes „Caries-Detector“
- Verwendung eines Dentin-Adhäsivs
- Legen eines Retraktionsfadens

OLG Düsseldorf
Az 8 U 32/01
Urteil vom 13.05.2002

[Anmerkung: Die Beschwerde des beklagten Patienten gegen die Nichtzulassung der Revision gegen dieses OLG-Urteil wird vom BGH (Az III ZR 219/02 am 27.02.2003) zurückgewiesen.]

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 126/00
Urteil vom 21.12.2000

Der Einwand des Patienten, die an drei verschiedenen Behandlungstagen (03.02., 16.10. und 25.11. desselben Jahres) in Rechnung gestellte Gebührennummer 203 könne je Kieferhälfte nicht mehrfach berechnet werden, weil die Gebührennummer ihrer Definition nach bereits mehrere „besondere Maßnahmen ... je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“ erfasse, ist nicht berechtigt. Es ist anerkannt, daß auch eine mehrfache Berechnung je Kieferhälfte in einer Sitzung dann erfolgen kann, wenn es sich insoweit um getrennte selbständige Leistungen handelt (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zur GOZ).

OLG Düsseldorf
Az I-8 U 33/04
Urteil vom 14.04.2005

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 535/03
Urteil vom 08.01.2004

Entgegen der Auffassung des Patienten ist die Berechnung der Gebührennummer 203 in derselben Sitzung nicht nur einmal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich möglich. Im Gegensatz zur BEMA-Nr. 12 beinhaltet die Leistungsbeschreibung der GOZ nicht den Zusatz „je Sitzung“. Die Gebührennummer 203 kann in einer Sitzung und in einer Kieferhälfte oder einem Frontzahnbereich z.B. zweimal berechnet werden, wenn es sich um selbstständige Leistungen handelt, die einmal beim Präparieren einerseits und einmal beim Füllen von Kavitäten andererseits angefallen sind. „Besondere Maßnahmen“ sind alle Maßnahmen, die nicht Leistungsinhalt einer anderen Gebührennummer sind. Leistungsinhalt der Gebührennummer 233 ist aber nur das Exkavieren, d.h. das Entfernen der erkrankten Zahnhartsubstanz, die indirekte Überkappung und gegebenenfalls der temporäre Verschuß; alle darüber hinausgehenden Maßnahmen – wie hier das Anfärben der kariösen Zahnhartsubstanz mit Caries-Detektor – können daneben nach der Gebührennummer 203 berechnungsfähig sein. Gleiches gilt bezüglich der Verwendung eines Dentin-Adhäsivs, da diese Leistung nicht notwendiger- oder typischerweise bei der Vorbereitung des Zahns im Rahmen des Aufbaus nach der Gebührennummer 218 erbracht wird.

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof
Az 3 B 92.2652
Urteil vom 07.10.1993

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG München
Az M 12 K 91.2839
Urteil vom 14.07.1992

Auch mehrere Maßnahmen nach der Gebührennummer 203 je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich dürfen nur mit einer Gebührennummer abgegolten werden.

[*Anmerkung:* Die ursprüngliche verwaltungsgerichtliche Entscheidung galt der nur einmaligen Berechenbarkeit der Gebührennummer 203 im Rahmen einer Behandlungssitzung im Falle des Präparierens. Ergänzend verankerte das Verwaltungsgericht, daß im Rahmen einer Behandlung am selben Tag an einem Zahn auch zweimal die Gebührennummer 203 anfallen können, nämlich dann, wenn sowohl eine besondere Maßnahme beim Präparieren als auch eine solche – zusätzlich – beim Füllen der Kavität vorgenommen wurde. Dieser Auffassung hat der Bayerische Verwaltungsgerichtshof nicht widersprochen.]

OVG Rheinland-Pfalz
Az 2 A 11206/94
Urteil vom 20.01.1995

abänderndes Berufungsurteil zum

VG Mainz
Az 7 K 2527/93
Urteil vom 09.02.1994

Der auf einer zweifelhaften Gebührengrundlage beruhende Behandlungsaufwand, dessen Abrechnung der behandelnde Arzt für vertretbar halten durfte, unterfällt solange dem beihilferechtlichen Begriff der Angemessenheit, als der Dienstherr seinen gebührenrechtlich abweichenden Rechtsstandpunkt nicht vor der Verursachung des Behandlungsaufwandes klargestellt hat.

Die Leistung "Separieren" (Gebührennummer 203) ist gesondert abrechenbar, weil die Separation von Zähnen, je nach der Beschaffenheit des Gebisses, im Zusammenhang mit der Einbringung eines kieferorthopädischen Bandes zwar häufig, aber nicht zwangsläufig anfällt. Die Behandlungsmaßnahme "Separieren" bedingt einen medizinischen Eingriff, der nach Art und Umfang je nach Zahnstatus mehr als nur geringfügig ist, so daß nicht ohne weiteres angenommen werden kann, daß er durch die Gebührennummer 612 gebührenrechtlich konsumiert wird. Für die gebührenrechtliche Eigenständigkeit des Separierens spricht, daß diese kieferorthopädischen Maßnahmen regelmäßig zeitversetzt, in getrennten ärztlichen Behandlungsschritten ausgeführt zu werden pflegen. Einen Grundsatz, nach dem Kieferorthopäden nur die im Abschnitt "G" der Gebührenordnung beschriebenen Leistungen in Rechnung stellen dürfen, gibt es nicht.

LG Bochum
Az 3 O 592/93
Urteil vom 14.08.1997

Die Gebührennummer 203 ist dann auf eine einmalige Berechnung zu reduzieren, wenn nicht hinreichend dargelegt wird, daß es sich bei den Rechnungspositionen um jeweils unterschiedliche, verschiedene Maßnahmen innerhalb der Gebührennummer 203 handelt und nicht um die gleiche besondere Maßnahme handelte, die wiederholt durchgeführt wurde.

LG Dresden
Az 15 S 0334/98
Urteil vom 01.12.2000

abänderndes Berufungsurteil

AG Dresden
Az 111 C 7349/97
Urteil vom 20.02.1998

Die besonderen Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten sind nicht gesondert für den Zahn 36 und den Zahn 38 sondern lediglich einmal pro Sitzung anzusetzen. Schon nach dem Wortlaut der Gebührennummer 203 ist diese Maßnahme nur je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abzurechnen.

VG Koblenz
Az 6 K 3778/90
Urteil vom 30.07.1992

Die Berechenbarkeit der Gebührennummer 203 für das Separieren von Zähnen bei kieferorthopädischen Leistungen nach der Gebührennummer 612 - Eingliederung eines Bandes - und 615 - Eingliederung eines ungeteilten Bogens - , selbst wenn diese kieferorthopädische Maßnahmen auch ein Separieren, ein Beseitigen störenden Zahnfleisches oder eine Stillung einer übermäßigen Papillenblutung erfordern, ist nicht gegeben.

VG Koblenz
Az 6 K 2128/93
Urteil vom 08.09.1994

Unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die Urteile des Bundesverwaltungsgerichts (2 C 10.92 und 2 C 17.92) vom 17.02.1994 vertritt das erkennende Gericht die Auffassung, daß die Beihilfeverordnung auf eine eigenständige Umschreibung des Begriffes der Angemessenheit verzichtet und insoweit lediglich auf die Vorschriften der ärztlichen und zahnärztlichen Gebührenordnung verwiesen werden kann. Daher setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat. Ausgehend von diesen Grundsätzen sind die Aufwendungen für die neben den kieferorthopädischen Leistungen nach der Gebührennummer 612 gesondert in Rechnung gestellten Leistungen nach der Gebührennummer 203 beihilfefähig, da die gesonderte Berechnung einer Separation neben der Eingliederung eines Bandes auf einer jedenfalls nicht unvertretbaren Auslegung der Gebührenordnung beruht.

AG Düsseldorf
Az 29 C 14.922/90
Urteil vom 25.03.1991

Nach dem Leistungsinhalt der Gebührennummer 203 sind besondere Maßnahmen beim Präparieren und Füllen von Kavitäten, auch wenn sie sich auf verschiedene Zähne beziehen, immer nur je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechenbar. Nur wenn besondere Maßnahmen in verschiedenen Kieferhälften durchgeführt werden, sind mehrere dieser Leistungen je Sitzung berechenbar.

Aus der Leistungsbeschreibung kann geschlossen werden, daß mehrere besondere Maßnahmen nach der Gebührennummer 203 nur dann mehrmals pro Sitzung im gleichen Gebiet anfallen können, wenn substantiiert wird, um welche Leistungen es sich handelt. Eine Berechnung ist dann nicht möglich, wenn es sich um eine Therapie handelt, die orts-, maßnahme- und zeitgleich ist.

AG Dinslaken
Az 9 C 51/92
Urteil vom 21.10.1992

Die mehrfache Berechnung der Gebührennummer 203 sieht sich in Ansehung der beispielhaften Aufzählung der "besonderen Maßnahmen" durch den Gebührentatbestand durchgreifenden Bedenken nicht ausgesetzt.

AG Herford
Az 12 C 146/94
Urteil vom 22.09.1994

Das Gericht erklärte die Gebührennummer 203 (hier: "Separieren") neben den Gebührennummern 610 bzw. 612 für abrechenbar und stützte sich dabei auf die einschlägige Abrechnungsliteratur und insbesondere eine Stellungnahme des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden.

Begründung des Gerichts: "Unstreitig ist jedoch offensichtlich, daß im Gebührenverzeichnis der gesetzlichen Krankenkassen der Leistungsinhalt der Gebührennummer 203 (BEMA Ziffer 12) vertragsgemäß in jedem Fall neben der Analogposition zur Gebührennummer 612 (BEMA Ziffer 126) berechnungsfähig ist. Nichts anderes kann deswegen gelten für das Leistungsspektrum des Lohntarifes für den privatärztlichen Bereich."

AG Nürnberg
11 C 8516/93
Urteil vom 22.12.1994

Die Berechnung der Gebührennummer 203 ist grundsätzlich nur einmal je Kieferhälfte und Frontzahnbereich möglich, es sei denn, es handelt sich um getrennte, selbständige Leistungen.

AG Düsseldorf
Az 41 C 21418/94
Urteil vom 05.07.1996

Die Leistung nach Gebührennummer 203 kann in derselben Sitzung und in derselben Region auch mehrfach berechnet werden, also je Kieferhälfte oder je Frontzahnbereich, wenn die Leistung jeweils unabhängig von der anderen erbracht wird.

AG München
Az 163 C 9034/97
Urteil vom 25.09.1997

Die Gebührennummer 203 für die UV-Lichthärtung kann nicht zusätzlich neben der Gebührennummer 207 abgerechnet werden, da nach § 4 (2) besondere Ausführungen der Füllungsleistungen Bestandteil dieser Leistungen sind.

AG Fürth
Az 330 C 473/98
Urteil vom 17.02.1999

Die Gebührennummer 203 ist für jede besondere Maßnahme, die das Präparieren oder Füllen einer Kavität zum Anlaß hat – wobei einer der beiden Anlässe genügt – auch mehrfach berechenbar, d.h. für jeweils funktionell voneinander unterscheidbare, besondere Maßnahmen. Allerdings sind die jeweiligen besonderen Maßnahmen nicht je Kavität abrechenbar, sondern nur je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich.

AG Köln
Az 126 C 194/98
Urteil vom 10.04.2001

Die Gebührennummer 203 ist ohne nähere Begründung, um welche Art „besonderer Maßnahmen“ es sich handelt, nur einmal pro Front- oder Seitenzahngebiet berechenbar.

AG Burgwedel
Az 73 C 17/01 (II)
Urteil vom 21.02.2002

Mit der Gebührennummer 203 sind besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten abrechenbar, und zwar je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich. Das kann zu einer zweimaligen Berechnung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich führen.

AG Düsseldorf
Az.: 230 C 35/02
Beschluß vom 31.03.2003

Der Fall: Zwischen den Parteien entstand Streit darüber, daß der Zahnarzt für die Behandlungstage 16., 18., 22. und 23. August je zweimal die Gebührennummer 203 berechnete.

Das Gericht: Die Rechnung des Zahnarztes ist nicht zu beanstanden, er hat an den vorgenannten Tagen einerseits einen Retraktionsfaden zur Verdrängung störenden Zahnfleisches gelegt und andererseits Zahnbeläge und kariöse Zahnhartsubstanz mit „Caries-Detector“ zur Erkennung von Zahnbelägen und kariöser Zahnhartsubstanz angefärbt. Der Zahnarzt hat zutreffend darauf hingewiesen, daß die vorgenannten selbständigen Leistungen auch jeweils nach der Gebührennummer 203 berechnet werden dürfen. Es handelt sich hierbei nicht um eine einheitliche Leistung, sondern um Einzelmaßnahmen in jeweils unterschiedlichen Behandlungsphasen. Dies ist auch mehrfach obergerichtlich so ausgeurteilt worden.

Die weitere Frage, ob das Anfärben von Zahnbelägen und kariöser Zahnhartsubstanz mit Caries-Detector nach der Gebührennummer 203 neben den Gebührennummern 233 und 405 abgerechnet werden darf, ist zugunsten des Zahnarztes zu bejahen. Die Gebührennummern 233 und 405 umfassen diese Leistung gerade nicht.

AG Düsseldorf
Az 41 C 19640/02
Urteil vom 09.07.2004

Auch die mehrfache Berechnung der Gebührennummer 203 je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich je selbständiger zahnärztlicher Leistung ist berechtigt, wenn die einzelnen Maßnahmen hierbei konkret dargelegt werden.

204

OLG Düsseldorf
Az 8 U 32/01
Urteil vom 13.05.2002

[Anmerkung: Die Beschwerde des beklagten Patienten gegen die Nichtzulassung der Revision gegen dieses OLG-Urteil wird vom BGH (Az III ZR 219/02 am 27.02.2003) zurückgewiesen.]

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 126/00
Urteil vom 21.12.2000

Die zweimalige Berechnung des Anlegens eines Spanngummi in einer Behandlungssitzung ist nicht zu beanstanden, weil diese Leistung letztlich zweimal erfolgte.

AG Fürth
Az 330 C 473/98
Urteil vom 17.02.1999

Die Gebührennummer 204 für das Anbringen von Spanngummi ist bei jeweils gesonderten Maßnahmen auch mehrfach pro Sitzung abrechenbar.

205, 207, 209 und 211

AG Düsseldorf
Az 41 C 19640/02
Urteil vom 09.07.2004

Die Versorgung eines endodontisch behandelten Zahnes wird vor Versorgung mit einem Inlay mit einer absolut dichten Füllung (hier Gebührennummer 207) für medizinisch notwendig erachtet, auch wenn nur in kurzem zeitlichen Abstand die definitive Restauration durchgeführt wird.

206, 208, 210 und 212

Bayerisches Verwaltungsgericht Würzburg

Az W 1 K 89.76 735.11

Urteil vom 06.07.1990

berichtigendes Urteil zum

Bayerisches Verwaltungsgericht Würzburg

Az W 1 K 89.76 735.11

Urteil vom 12.04.1990

Die Politur einer Füllung hat in einem überschaubaren zeitlichen Zusammenhang mit der Füllungsleistung zu erfolgen.

[*Anmerkung:* Aus dem Urteil ergäbe sich somit konsequenterweise folgender Tenor: Die Politur von alieno loco oder vor längerer Zeit selbst applizierten Füllungen kann nicht nach den Gebührennummern 208, 210 und 212 abgerechnet werden.]

213, 218 und 219

----- pro -----

LG Bonn
Az 9 O 200/94
Urteil vom 10.04.1995

Werden Aufbaufüllungen nach Gebührennummer 218 und Leistungen nach den Gebührennummern 215-217 in getrennten Sitzungen erbracht, so ist die Berechnung der Gebührennummer 218 möglich.

AG Essen
Az 24 C 326/93
Urteil vom 07.12.1993

Dem Zahnarzt steht für die von ihm vor der Inlayversorgung erstellten Aufbaufüllungen ein Gebührenanspruch gemäß § 612 (2) BGB in Verbindung mit Gebührennummer 218 analog zu. Die Herstellung einer Aufbaufüllung vor der Eingliederung eines Inlays ist der von der Gebührennummer 218 umschriebenen Applikation einer Aufbaufüllung vor dem Einsetzen einer Krone vergleichbar, weshalb sich auch in beiden Fällen die Aufbaufüllungen als selbständige Leistungen verstehen, die nicht von anderen Gebührennummern abgegolten sind (§ 4 (2) Gebührennummer 222). Hier besteht eine planwidrige Regelungslücke, da der Verordnungsgeber die zahnärztliche Leistung der Aufbaufüllungen zur Vorbereitung von Inlaypräparationen nicht erkannt hat. Der Verordnungsgeber kann die Aufbaufüllung nicht als von der Leistung für die Inlayversorgung nach den Gebührennummern 215 bis 217 mit umfaßt angesehen haben, da der Arbeitsaufwand für eine Aufbaufüllung erheblich höher zu bemessen ist, als derjenige für eine Unterfüllung. Der analogen Anwendung der Gebührennummer 218 steht auch nicht § 6 (2) entgegen.

AG Eschweiler
Az 18 C 561/93
Urteil vom 24.02.1995

Die Gebührennummern 219 und 213 sind als selbständige Leistungen nebeneinander abrechenbar.

----- contra -----

LG Köln
Az 25 S 40/92
Urteil vom 12.05.1993

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Köln
Az 115 C 193/91
Urteil vom 23.04.1992

Leistungen, die sich lediglich als Element oder besondere Ausführung einer im Gebührenverzeichnis enthaltenen integralen Leistung darstellen, sind von einer gesonderten Abrechnung ausgenommen. Dementsprechend sind die Leistungen nach den Gebührennummern 213 und 218 bereits durch die Gebührennummer 219 abgegolten und nicht gesondert berechnungsfähig.

LG Berlin
Az 6.0.311/94
Teil- und Teilgrundurteil vom 18.08.1994
Schlußurteil vom 01.12.1994

Die zahnärztliche Leistung für die Unterfüllung bei der Inlayversorgung ist nicht durch die Gebührennummer 218 (Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaubaumaterial zur Aufnahme einer Krone) gedeckt.

LG Bonn
Az 9 O 200/94
Urteil vom 10.04.1995

Eine Aufbaufüllung kann in derselben Sitzung nicht in Verbindung mit der Gebührennummer 217 berechnet werden, da es sich hierbei lediglich um eine vorbereitende Maßnahme handelt.

VG Düsseldorf
Az 10 K 4151/93
Urteil vom 09.03.1994

Bereits nach dem Wortlaut der Gebührenordnung gilt Gebührennummer 218 für den plastischen Aufbau, 219 für den gegossenen Aufbau eines zerstörten Zahnes. Das Ziel der zahnärztlichen Leistung dagegen stimmt überein. Es besteht in der Vorbereitung des Zahnes für die Aufnahme einer Krone. Nur eine der beiden Methoden kann für ein und denselben Zahn in Frage kommen. Ein und derselbe Zahn kann nicht auf zweifache Weise für eine Krone vorbereitet werden, deshalb können die Gebührennummern 218 und 219 nicht kumulativ für einen Zahn abgerechnet werden.

VG Düsseldorf
Az 10 K 9290/93
Urteil vom 24.01.1996

Die Gebührennummer 218 kann nach dem eindeutigen Wortlaut der Leistungsbeschreibung nicht im Falle des Aufbaues eines Zahnes in Verbindung mit einer Einlagefüllungspräparation berechnet werden. Ob ein analoger Ansatz in Frage kommen kann, wurde vom Gericht nicht geprüft, da nicht analog abgerechnet worden ist.

AG Aachen
Az 7 C 582/90
Urteil vom 16.04.1991

"Für den gleichen Zahn sind die Gebührennummern 218 und 219 nicht berechenbar, da die Gebührennummer 218 bereits in der Gebührennummer 219 zwangsläufig enthalten ist."

AG Celle
Az 15 C 231/91
Urteil vom 22.10.1991

Es ist nicht zulässig, die Zahnvorbereitung mit Füllmaterial (Gebührennummer 218) gesondert neben den Gebührennummern 215 bis 217 in Rechnung zu stellen. Diese Maßnahme (Gebührennummer 218) ist als Nebenleistung nicht gesondert abrechenbar, sondern in den Gebührennummern 215 bis 217 in den Kosten der Einlagefüllung enthalten.

AG Solingen
Az 11 C 346/91
Urteil vom 17.02.1992

Die Gebührennummer 218 ist gebührenrechtlich mit den Gebühren nach 215 - 217 abgegolten, da es sich um eine vorläufige Maßnahme zur Vorbereitung der Einlagefüllung handelt, die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang vorgenommen wurde.

AG Langenfeld
Az 11 C 377/92
Urteil vom 23.12.1992

Die Gebührennummer 218 ist im Zusammenhang mit Einlagefüllungen (nach 215 bis 217) nicht berechenbar. Eine Gebührennummer für eine Aufbaufüllung zur Vorbereitung einer Einlagefüllung ist im Gebührenverzeichnis indessen nicht enthalten.

Somit gilt, daß nach dem Zielleistungsgedanken des § 4 (2) die Aufbaufüllungen bei einer Einlagenversorgung [*Anmerkung*: Gemeint ist wohl Einlageversorgung.] mit dem Ansatz der Gebühren nach 215 - 217 abgegolten sind und nicht selbständig berechnet werden können. Die analoge Anwendung der Gebührennummer 218 auf eine Aufbaufüllung bei anschließender Inlayversorgung scheidet an § 6 (2).

AG München
Az 121 C 21532/92
Urteil vom 30.09.1993

Die plastische Aufbaufüllung nach der Gebührennummer 218 ist nur im Zusammenhang mit einer Krone berechenbar. Obwohl der Gutachter im Zusammenhang mit einer Inlayversorgung eine analoge Anwendung der Gebührennummer 205 empfiehlt, da eine Aufbaufüllung einen deutlichen Mehraufwand darstellt, hält das Gericht eine analoge Anwendung der Gebührennummern 218 oder 205 für unzulässig.

Es liegt keine Regelungslücke vor, sondern das Fehlen der Beschreibung dieser Leistung zeigt, daß hier keine gesonderte Gebühr anfällt. § 6 (2) bezeugt eine absolute Vollständigkeit des Gebührenverzeichnisses, da eine analoge Anwendung der beschriebenen Leistungen nur für neu entwickelte wissenschaftliche Leistungen in Betracht kommt.

AG Düsseldorf
Az 49 C 9765/95
Urteil vom 26.10.1995

Die Gebührennummer 218 ist in Verbindung mit einer späteren Versorgung durch Einlagefüllungen nicht berechenbar, da die Gebührennummer voraussetzt, daß der Zahn mit einer Krone versorgt wird.

AG Böblingen
Az 3 C 416/96
Urteil vom 08.11.1996

Die Gebührennummer 213 ist neben der Gebührennummer 219 nicht gesondert berechnungsfähig, weil sie bereits darin enthalten ist. Dies gilt auch dann, wenn eine zusätzliche parapulpäre Stiftverankerung notwendig ist. Sie ist Teil der Leistung, die nach der Gebührennummer 219 vergütet wird.

AG Hannover
Az 534 C 12212/95
Urteil vom 07.10.1997

Die Gebührennummer 218 ist im Zusammenhang mit Einlagefüllungen nicht berechenbar, da es sich um eine vorläufige Maßnahme zur Vorbereitung der Einlagefüllung handelt, für die in der Gebührenordnung eine gesonderte Gebührennummer nicht enthalten ist.

AG Dortmund
Az 113 C 10950/97
Urteil vom 17.12.1997

Für die Unter- und auch Aufbaufüllung vor der Eingliederung von Inlays sieht die Gebührenordnung keine Gebührennummer vor, die Leistungen sind damit mit den Gebührennummern 215- 217 abgegolten. Die Gebührennummer 218 bezieht sich ausdrücklich auf die Aufnahme einer Krone.

221 - Verblendkrone

----- pro -----

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 12.93

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg

Az 4 S 2084/91

Urteil vom 17.09.1992

Berufungsurteil zum

VG Stuttgart

Az 15 K 720/90

Urteil vom 05.07.1991

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Nach § 5 (1) Satz 2 BhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Damit setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat.

Unklarheiten der Gebührenordnung dürfen nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposition zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen.

Der Dienstherr hat in Fällen von zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnung oder bei bestimmten häufiger wiederkehrenden Problemen den von ihm als überhöht angesehenen Gebührenforderungen entgegenzutreten. Hierzu steht dem Dienstherrn insbesondere die Möglichkeit offen, den Ordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken.

Dem Beihilfeberechtigten steht ein Anspruch auf Beihilfe auch zu dem streitigen, von ihm aufgewandten zahnärztlichen Rechnungsteilbetrag, der auf dem Ansatz eines über dem 2,3-fachen liegenden Gebührensatzes für die Verwendung von Verblendkronen beruht, zu.

[Anmerkung: Der ursprüngliche, nun bundesgerichtlich bestätigte Tenor des Verwaltungsgerichtshofes lautete: Entgegen der Auffassung des Verwaltungsgerichts und des Beklagten (Land Baden-Württemberg) können im Rahmen der Gebührenbemessung nach § 5 (2) nicht nur "patientenbezogene" Umstände Berücksichtigung finden, sondern auch Besonderheiten des angewandten Verfahrens, soweit diese nicht bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind (§ 5 (2) Satz 3).

§ 5 (2) Satz 1 bezieht die Bemessungskriterien der Schwierigkeit, des Zeitaufwandes und der Umstände auf die "einzelne Leistung". Die Gebührenbemessung ist damit leistungsbezogen, nicht personenbezogen. Die Gebührenordnung enthält demnach nach ihrem Wortlaut keinen Anhaltspunkt dafür, daß nur personenbezogene Umstände als Bemessungskriterien in Betracht kommen.

Der Verordnungsgeber ging selbst davon aus, daß die besondere Ausführung einer Leistung, auch eine bestimmte zahnärztliche Technik wie die Schmelzätztechnik, Bemessungskriterium sein kann. Ein Grund, warum das bei der Verblendtechnik anders sein sollte, ist nicht erkennbar.

Die zahnärztliche Ausführung der Kronenversorgung durch Verblendung ist auch nicht bereits in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 501 berücksichtigt worden, so daß sie gemäß § 5 (2) Satz 3 außer Betracht zu bleiben hätte. Bei der Verblend(voll)krone (Kunststoff oder Metallkeramik) handelt es sich um eine besondere Unterart der Vollkrone.

Die Ausführung von Verblendkronen stellt gegenüber den von der Regelspanne bis zum 2,3-fachen Gebührensatz erfaßten Fällen, die auch nicht verblendete Kronen umfassen, im Hinblick auf Schwierigkeit und Zeitaufwand einen besonderen Fall dar, der jedenfalls eine Überschreitung des Schwellenwertes von 2,3 rechtfertigt und im Einzelfall sogar den Höchstsatz von 3,5 rechtfertigen kann.

Entsprechendes gilt für verblendete Brückenspannen, die Verblendung ist in der Leistungsbeschreibung auch insoweit nicht enthalten.]

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 1.93

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg

Az 4 S 758/92

Urteil vom 09.09.1992

Berufungsurteil zum

VG Stuttgart

Az 15 K 1990/91

Urteil vom 06.02.1992

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Nach § 5 (1) Satz 2 BhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistun-

gen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Damit setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat.

Unklarheiten der Gebührenordnung dürfen nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposition zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen.

Der Dienstherr hat in Fällen von zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnung oder bei bestimmten häufiger wiederkehrenden Problemen den von ihm als überhöht angesehenen Gebührenforderungen entgegenzutreten. Hierzu steht dem Dienstherrn insbesondere die Möglichkeit offen, den Ordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken.

Dem Beihilfeberechtigten steht ein Anspruch auf Beihilfe auch zu dem streitigen, von ihm aufgewandten zahnärztlichen Rechnungsteilbetrag, der auf dem Ansatz des 2,8-fachen Gebührensatzes für die Verwendung von Verblendkronen beruht, zu.

----- contra -----

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof

Az 3 B 92.1572

Urteil vom 28.09.1993

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Ansbach

Az 19 K 91.1691

Urteil vom 22.01.1992

Dem Zahnarzt steht für die Versorgung eines Zahnes mit einer Verblendkrone keine das 2,3-fache des Gebührensatzes nach der Gebührennummer 221 übersteigende Gebühr zu. Denn die üblichen und typischen zahnärztlichen Leistungen für die Versorgung mit einer Verblendkrone sind bereits in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 221 berücksichtigt.

LG Essen

Az 1 S 753/90

Urteil vom 17.06.1991

aufhebendes Berufungsurteil zum

AG Bottrop

11 C 664/89

Urteil vom 25.10.1990

Die Berechnung des 3,5-fachen Steigerungssatzes für verblendete Kronen mit der Begründung, die Anfertigung einer Verblendkrone erfordere im Regelfall einen höheren Zeitaufwand als die Erstellung einer Vollkrone ist unzulässig, da die Bemessung der Gebühr hierbei nicht den Vorgaben des Ordnungsgebers entspricht. Der Verblendkrone ist keine eigene Gebührennummer zu-

gedacht worden und von daher ist der Verblendkrone eine Bedeutung als Unterfall der Gebührennummern 221 und 501 zugeordnet.

223 und 224

AG Düsseldorf
Az 29 C 5158/93
Urteil vom 05.07.1993

Sachverhalt: Ein Patient brach eine Versorgung mit Einlagefüllungen nach der Präparation und Abdrucknahme ab. Der Zahnarzt stellte für die bis dahin erbrachten Leistungen 75 Prozent der Gesamthöhe der Gebührennummer 217 in Rechnung und bezog sich dabei auf die Gebührennummer 224.

Das Gericht bestätigte, daß sich die Höhe der Teilvergütung bei Leistungen nach den Gebührennummern 216 und 217 analog 224 richte. Die Voraussetzungen für eine Analogie zu der Gebührennummer 224 sind gegeben, da in der Gebührenordnung nicht geregelt ist, wie die Leistung eines Zahnarztes zu berechnen ist, wenn der Patient von sich aus eine Behandlung nach den Gebührennummern 216 und 217 abbricht.

227

BUNDESGERICHTSHOF

Az IV ZR 213/91

Urteil vom 13.05.1992

bestätigendes Revisionsurteil zum

OLG München

Az 26 U 1637/91

Urteil vom 27.05.1991

aufhebendes Berufungsurteil zum

LG München

Az 31 O 11 363/90

Urteil vom 05.12.1990

Es ist grundsätzlich davon auszugehen, daß das Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung für Zahnärzte die vergütungsauslösenden zahnärztlichen Leistungen vollständig beschreibt.

Die Gebührenordnung gestattet die Berechnung einer Gebühr für das Einfügen einer provisorischen Einlagefüllung nicht.

RECHTSPRECHUNG NACH BGH-URTEIL:

AG Böblingen

Az 1 C 417/93

Urteil vom 16.07.1993

Der Zahnarzt ist berechtigt, seine Liquidation nach dem Hinweis auf das BGH-Urteil (Gebührennummer 227 nicht in Verbindung mit den Gebührennummern 215 bis 217 für provisorische Inlays berechenbar) unter Abänderung des zugrunde gelegten Steigerungsfaktors der Gebührennummer für die Einlagefüllung neu zu erstellen. Ebenso können ursprünglich vergessene Rechnungspositionen hierbei nachträglich geltend gemacht werden. § 316 BGB steht einer solchen Verfahrensweise nicht entgegen.

Es war für den Patienten schon bei der ersten Abrechnung ersichtlich, daß der Zahnarzt für seine Mehraufwendungen erhöhte Gebühren geltend machen wollte. Wenn er hierfür zunächst den rechtlich falschen Weg wählte, war er jedenfalls berechtigt, gemäß § 5 (2) im nachhinein erhöhte Schwierigkeit und Zeitaufwand bei seinem Honorar zu berücksichtigen und einen erhöhten Gebührensatz anzusetzen.

Für die provisorische Versorgung von Inlaykavitäten können nicht die Gebührennummern 205, 207 und 209 separat berechnet werden.

AG München
Az 221 C 23908/93
Urteil vom 14.01.1994

Nach der Gebührennummer 227 sind Kosten für die Eingliederung einer provisorischen Krone gesondert berechnungsfähig. Nach dem FGP-Verfahren sei es erforderlich, mehrfach Zahnabdrücke zu nehmen, inwiefern es damit auch erforderlich sein soll, mehrfach verschiedene provisorische Kronen einzusetzen, ergibt sich daraus nicht. Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Kronen ist dagegen mit der einfachen Gebührennummer 227 abgegolten. Eine Berechnung analog § 6 (2) scheidet aus, da außerhalb des in § 6 (2) selbst geregelten Falles keine analoge Gebührenberechnung stattfinden soll. Damit kann die Gebührennummer 227 nicht mehrfach pro Zahn in Ansatz gebracht werden.

AG Köln
Az 126 C 194/98
Urteil vom 10.04.2001

Eine wiederholte Abrechnung der provisorischen Versorgung nach der Gebührennummer 227 mit dem Vermerk „Unterfütterung und Reparatur“ ist nicht statthaft. Ein evtl. entstehender Mehraufwand ist durch Ansatz im Hebesatz dieser Gebührennummer zu dokumentieren. Gerechtfertigt wäre ein erneuter Ansatz der oben genannten Gebührennummer nur z. B. bei Bruch oder Verlust des Provisoriums gewesen.

229

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 10.95

Urteil vom 30.05.1996

bestätigendes Revisionsurteil zum

OVG Nordrhein-Westfalen

Az 12 A 841/92

Urteil vom 18.01.1995

teilweise aufhebendes Berufungsurteil zum

VG Köln

Az 3 K 923/90

Urteil vom 04.12.11991

Der Leitsatz des BVerwG: Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen ist hinsichtlich ihrer Angemessenheit grundsätzlich sowohl von der Beihilfestelle als auch durch die Verwaltungsgerichte voll überprüfbar.

Nur wenn ausnahmsweise bei objektiver Betrachtung ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen, ist dieser beihilferechtlich als angemessen anzusehen, soweit der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründung im einzelnen:

Der Ansatz der Gebührennummer 229 für die Entfernung eines Langzeitprovisoriums nach der Gebührennummer 708 ist nicht möglich, da die Gebührennummer 710 ausdrücklich bestimmt, daß die Entfernung mit den Gebührennummern 708 bis 710 abgegolten ist.

AG Hannover

Az 534 C 12212/95

Urteil vom 07.10.1997

Auch bei definitiv zementierten provisorischen Kronen kommt trotz des erforderlichen Mehraufwandes eine Abrechnung nach den Gebührennummern 229 und 231 nicht in Betracht.

232 neben 511

AG Mönchengladbach-Rheydt

Az 10 C 581/93

Urteil vom 24.05.1995

Der Zahnarzt ist berechtigt, neben der Gebührennummer 511 auch die Gebührennummer 232 abzurechnen.

233 und 234

OLG Düsseldorf
Az I-8 U 33/04
Urteil vom 14.04.2005

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 535/03
Urteil vom 08.01.2004

Der Einwand des Patienten, die Berechnung der Gebührennummer 233 komme neben 234 nicht in Betracht, greift hinsichtlich der Behandlung nicht durch, da der Zahnarzt insoweit nämlich vorgetragen hat, daß es sich um Maßnahmen an verschiedenen Kavitäten desselben Zahnes handelte, was je für sich die mehrfache Abrechnung der Gebührennummer 233 oder der Gebührennummer 234 ermöglicht.

AG Hannover
Az 534 C 12212/95
Urteil vom 07.10.1997

Es bestehen keine Bedenken, die Gebührennummern 233 und 234 nebeneinander an einem Zahn - für unterschiedliche Kavitäten - in Ansatz zu bringen.

AG Düsseldorf
Az 41 C 19640/02
Urteil vom 09.07.2004

Die Gebührennummer 234 ist an demselben Zahn in mehreren Sitzungen mehr als einmal berechenbar.

236 neben 241

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 17.92

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof

Az 3 B 91.2480

Urteil vom 18.03.1992

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Regensburg

Az RO 1K 90 1511

Urteil vom 24.07.1991

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfeflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Nach § 5 (1) Satz 2 BhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Damit setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat.

Unklarheiten der Gebührenordnung dürfen nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposition zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen.

Der Dienstherr hat in Fällen von zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnung oder bei bestimmten häufiger wiederkehrenden Problemen den von ihm als überhöht angesehenen Gebührenforderungen entgegenzutreten. Hierzu steht dem Dienstherrn insbesondere die Möglichkeit offen, den Ordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken.

Die Aufwendung für die neben der Wurzelbehandlung (Gebührennummer 241) gesondert in Rechnung gestellte Exstirpation der vitalen Pulpa (Gebührennummer 236) ist daher beihilfefähig.

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 26.92

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof

Az 3 B 91.2350

Urteil vom 05.10.1992

Berufungsurteil zum

VG München

Az 5 K 91.239

Urteil vom 11.06.1991

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfeflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Nach § 5 (1) Satz 2 BhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Damit setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat.

Unklarheiten der Gebührenordnung dürfen nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposition zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen.

Der Dienstherr hat in Fällen von zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnung oder bei bestimmten häufiger wiederkehrenden Problemen den von ihm als überhöht angesehenen Gebührenforderungen entgegenzutreten. Hierzu steht dem Dienstherr insbesondere die Möglichkeit offen, den Verordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken.

Die Aufwendung für die neben der Wurzelbehandlung (Gebührennummer 241) gesondert in Rechnung gestellte Exstirpation der vitalen Pulpa (Gebührennummer 236) ist daher beihilfefähig.

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 15.93

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

OVG Rheinland-Pfalz

Az 2 B 11874/92

Urteil vom 16.04.1993

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Ge-

bührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfeflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Nach § 5 (1) Satz 2 BhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Damit setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat.

Unklarheiten der Gebührenordnung dürfen nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposition zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen.

Der Dienstherr hat in Fällen von zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnung oder bei bestimmten häufiger wiederkehrenden Problemen den von ihm als überhöht angesehenen Gebührenforderungen entgegenzutreten. Hierzu steht dem Dienstherrn insbesondere die Möglichkeit offen, den Verordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken.

Die Aufwendung für die neben der Wurzelbehandlung (Gebührennummer 241) gesondert in Rechnung gestellte Exstirpation der vitalen Pulpa (Gebührennummer 236) ist daher beihilfefähig.

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 33.94

Urteil vom 21.09.1995

bestätigendes Revisionsurteil zum

OVG Nordrhein-Westfalen

Az 6 A 2408/91

Urteil vom 24.08.1994

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Düsseldorf

AZ 10 K 854/91

Urteil vom 26.06.1991

Unter ausdrücklicher Betonung, daß es sich bei seiner Entscheidung um eine abschließende Prüfung der gebührenrechtlichen Streitfrage handelt, stellt der Senat fest: Die Gebührennummer 236 ist neben derjenigen nach 241 berechenbar, da die Entfernung der vitalen Pulpa im Sinne des § 4 (2) Satz 2 nicht Bestandteil der Aufbereitung des betreffenden Wurzelkanals ist.

Die Begründung im einzelnen: Bei der rechtlichen Würdigung des Sachverhalts geht das Gericht davon aus, daß eine Leistung nur dann Bestandteil einer (umfassenderen) Leistungsposition sei, wenn sie notwendiger- oder doch typischerweise in unmittelbarem Zusammenhang mit der umfassenderen Leistung erbracht wird. Soweit sich im vorliegenden Fall ein Ausschluß der Gebührenberechnung nach der Gebührennummer 236 nicht aus § 4 (2) Satz 2 ergibt, kann er auch nicht aus Satz 1 dieser Vorschrift hergeleitet werden. Dabei bedarf es keiner Entscheidung, welche Bedeutung dem in diesem Satz enthaltenen Hinweis auf "selbständige zahnärztliche Leistungen" zukommt,

insbesondere im Hinblick auf die sodann folgende Begriffsbestimmung "(eigene Leistung)". Denn jedenfalls ist die Frage, inwieweit die Gebührenberechnung für eine Leistung deshalb entfällt, weil diese als Bestandteil einer anderen Leistung mit der dafür vorgesehenen Gebühr abgegolten ist, abschließend in Satz 2 der Vorschrift geregelt; dieser Satz wäre entbehrlich, wenn der gleiche oder ein darüber hinausgehender Regelungsinhalt bereits aus Satz 1 zu entnehmen wäre.

Aus Wortlaut und Systematik der Verordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses ergibt sich kein Anhalt, ebenso wenig aus der veröffentlichten Begründung des Regierungsentwurfs der Gebührenordnung (BR-Drucksache 276/87), daß die Gebührennummer 236 nur für diejenigen Fälle gedacht gewesen sei, in denen - etwa in Notfällen - die Entfernung der vitalen Pulpa zur Schmerzstillung als alleinige Leistung vorgenommen wird. Insbesondere enthält die Gebührennummer 236 keinen einschränkenden Hinweis, weder einen ausdrücklichen Ausschluß der Berechnung neben der Gebührennummer 241 noch den in manchen anderen Gebührennummern verwendeten, hier in seiner Bedeutung nicht näher zu erörternden besonderen Hinweis "als selbständige Leistung" (vergleiche z.B. die Gebührennummern 305, 307, 310). Hätte der Verordnungsgeber die Berechnungsmöglichkeit nach Gebührennummer 236 in dem eingeschränkten Sinne regeln wollen, so wäre es seine Sache gewesen, dies in der Verordnung erkennbar zum Ausdruck zu bringen.

----- pro -----

**OVG Rheinland-Pfalz
Az 2 A 10708/92 OVG
Urteil vom 15.01.1993**

abänderndes Berufungsurteil zum

VG Koblenz
Az 6 K 2519/90.KO
Urteil vom 26.02.1992

Es ist unstrittig, daß die Exstirpation der Pulpa (und ebenso das Durch- oder Anbohren eines Zahnes) keine regelmäßige, unter allen Umständen erfolgende Vorbereitungsmaßnahme im Rahmen der Leistung "Aufbereitung eines Wurzelkanals" darstellt. Für ein Nebeneinander der Gebührennummern spricht indiziell ferner die Tatsache, daß der Verordnungsgeber die Behandlungsschritte als separate Gebührennummern ausgestaltet hat, obwohl ihm bekannt sein mußte, daß die Wurzelkanalaufbereitung notwendige Folgemaßnahme einer Vitalexstirpation sein kann.

Berücksichtigt man, daß die Gebührenordnung in einer Reihe von Fällen in Ausfüllung von § 4 (2) Satz 2 ausdrückliche Konkurrenzregeln bei einem Nebeneinander verschiedener Gebührennummern enthält, hätte es nahegelegen, eine entsprechende Ausschlußregelung auch bei einer Konstellation der vorliegenden Art vorzusehen, insbesondere wenn die Gebühr - wie hier bei der Gebührennummer 241 - vom Verordnungsgeber im Rahmen der Neufassung der Gebührenordnung um ein Mehrfaches angehoben wurde.

OVG Nordrhein-Westfalen

Az 6 A 4594/94

Urteil vom 02.02.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Düsseldorf

Az 10 K 8032/93

Urteil vom 15.08.1994

Das Aufbohren eines Zahnes (Gebührennummer 239) und die Entfernung der vitalen Pulpa (Gebührennummer 236) sind nicht Bestandteil der Aufbereitung von Wurzelkanälen (Gebührennummer 241) und können auch im zeitlichen Zusammenhang nebeneinander berechnet werden.

VG Augsburg

Az 2 K 91 A222

Urteil vom 08.07.1991

Die Annahme, daß der Ansatz der Gebührennummer 241 die gleichzeitige Berechnung der Gebührennummer 236 ausschließe, entbehrt der rechtlichen Grundlage."

VG Düsseldorf

Az 10 K 1747/91

Urteil vom 22.07.1991

Die Gebührennummer 236 ist neben 241 berechenbar, da sich im Text der Gebührennummer 236 kein Leistungsausschluß findet und bei der Gebührennummer 241 kein Vermerk vorhanden ist, daß die Gebührennummer 236 insoweit mit abgegolten sei.

VG Köln

Az 3 K 528/90

Urteil vom 24.07.1991

Es folgt weder aus der Leistungsbeschreibung der zitierten Gebührennummern noch aus den Bestimmungen des § 4 (2) Satz 2, daß Leistungen generell oder jedenfalls bei zeitlich zusammenhängender Behandlung nicht gesondert in Rechnung gestellt werden dürfen.

Die Exstirpation der Pulpa stellt keine regelmäßige, unter allen Umständen erfolgende Vorbereitungsmaßnahme im Rahmen der Leistung "Aufbereitung des Wurzelkanals" dar.

VG Ansbach

Az AN 19 K 90.01977

Urteil vom 11.12.1991

Aus dem Wortlaut der Gebührennummern 236, 239 und 241 läßt sich nichts dafür entnehmen, daß bei Ansatz der Gebührennummer 241 die Gebührennummern 236 und 239 nicht berechnet werden dürften. Allein die betragsmäßige Anhebung der Aufbereitung eines Wurzelkanals mit Einführung der Gebührenordnung vom 22.10.1987 ist kein zwingender Grund für die Annahme,

daß die Leistung nach den Gebührennummern 236 und 239 durch die Gebührennummer 241 als eine Art von Zielleistung abgegolten sein sollte. Auch aus § 4 (2) folgt nicht, daß die Gebührennummern 236 und 239 in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Gebührennummer 241 nicht berechnet werden dürften.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage hinsichtlich der Aussagen aus dem Bundesministerium: "Entgegen einer teilweise vertretenen Auffassung kommt dem Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung nicht deshalb für die Auslegung der einschlägigen Bestimmungen der Gebührenordnung maßgebende Bedeutung zu, weil das Ministerium etwa zu einer authentischen Interpretation als federführende Stelle im Verfahren zum Erlaß der Verordnung berufen wäre. Der Äußerung des Ministeriums kommt zum einen ohnehin keine ausschlaggebende Bedeutung bei der Auslegung zu (vgl. BVerfGE 69, 128, 153). Zum anderen stünde eine sonst wie geartete Bindung des Gerichts an die Rechtsauffassung des Ministeriums im Widerspruch zu Art. 19 (4) Grundgesetz, der nicht nur den Zugang zu den Gerichten, sondern auch die Effektivität des Rechtsschutzes gewährleistet."]

VG Oldenburg
Az 1 A 26/92.OS /B
Urteil vom 17.06.1992

Nach der Gebührenordnung handelt es sich bei der Exstirpation der vitalen Pulpa und der Aufbereitung eines Wurzelkanals um selbständige Leistungen, die nebeneinander abgerechnet werden können, auch wenn sie in zeitlichem Zusammenhang erbracht werden.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage hinsichtlich der Aussagen aus dem Bundesministerium: "Das Gericht ist bei seiner Entscheidung nicht an die gegenteilige Rechtsauffassung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung gebunden. Das Ministerium ist nämlich nicht zu einer authentischen Interpretation der hier einschlägigen Bestimmungen der Gebührenordnung berufen. Andernfalls würde die im Art. 19 (4) GG verankerte Rechtsschutzgarantie leerlaufen."]

VG Köln
Az 3 K 2234/91
Urteil vom 11.08.1993

Die Gebührennummern 236 und 239 können grundsätzlich neben der Gebührennummer 241 selbständig in Rechnung gestellt werden. Es folgt weder aus der Leistungsbeschreibung der hier in Rede stehenden Gebührennummern noch aus der Bestimmung des § 4 (2) Satz 2, daß Leistungen nach diesen Gebührennummern generell oder jedenfalls bei zeitlich zusammenhängender Behandlung nicht gesondert in Rechnung gestellt werden dürfen.

VG Düsseldorf
Az 10 K 4151/93
Urteil vom 09.03.1994

Die Abrechnung der Gebührennummern 236 und 239 neben der Gebührennummer 241 ist an demselben Behandlungstag zulässig. Die Gebührennummern 236 und 239 können pro Zahn nur einmal berechnet werden, auch dann,

wenn sich die Therapiemaßnahmen über mehrere Behandlungstage erstrecken.

VG Düsseldorf
Az 10 K 1335/92
Urteil vom 29.06.1994

Die gesonderte Abrechenbarkeit der Leistungen nach den Gebührennummern 236 und 239 neben der Leistung nach der Gebührennummer 241 ist zulässig und zwar auch dann, wenn die Leistungen in einem zeitlichen Zusammenhang erbracht worden sind.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage hinsichtlich der Beihilfefähigkeit und des ergangenen Runderlasses des Finanzministeriums: Sind nach alledem die Gebührennummern 236 und 239 zu Recht berechnet worden, so sind sie auch der Beihilfeberechnung zugrunde zu legen, denn daß die Bestimmungen des § 3 (1) BVO nicht durch den Runderlaß des Finanzministers des beklagten Landes vom 4. Januar 1988/4. August 1989 (B 3100-3.1.6.2-IV A4), demzufolge die Gebührennummern 236 und 239 in zeitlichem Zusammenhang mit Gebührennummer 241 nicht berechnungsfähig sind, zu Lasten des Beihilfeberechtigten modifiziert werden kann, dürfte sich von selbst verstehen.]

VG Düsseldorf
Az 10 K 8725/93
Urteil vom 17.08.1994

Die gesonderte Abrechenbarkeit der Leistung nach der Gebührennummer 236 neben der Gebührennummer 241 ist zulässig, und zwar auch dann, wenn beide Leistungen in einem zeitlichen Zusammenhang erbracht worden sind.

AG Ludwigshafen
Az 2e C 411/90
Urteil vom 29.11.1990

Die Gebührennummer 236 ist nicht Bestandteil sondern nur Vorbereitung für die nachfolgende Aufbereitung nach der Gebührennummer 241 und kann daher gesondert berechnet werden.

AG München
Az 1154 C 8591/91
Urteil vom 02.05.1991

Gebührennummer 241 ist die Folgebehandlung u.a. einer Vitalexstirpation und beide Gebührennummern sind nebeneinander berechenbar.

AG Neustadt/Rbge
Az 22 C 1430/91
Urteil vom 11.06.1992

Die Exstirpation der vitalen Pulpa ist nicht zwingend Bestandteil der Wurzelkanalaufbereitung im Sinne des § 4 (2). Der Anspruch auf die Gebühren-

nummer 236 ist nicht durch die ebenfalls abgerechneten Gebühren für die Aufbereitung des Wurzelkanals (Gebührennummer 241) abgegolten.

AG Duisburg
Az 49 C 336/91
Urteil vom 11.11.1992

Die Gebührennummer 236 ist weder Bestandteil noch eine besondere Ausführung der Wurzelkanalaufbereitung. Es handelt sich um zwei völlig selbständige Leistungen, die daher nebeneinander berechenbar sind.

AG Köln
Az 127 C 77/92
Urteil vom 12.11.1992

Eine gesonderte Berechnung der Gebührennummern 236 und 239 neben der Gebührennummer 241 ist zulässig. Das Gebührenverzeichnis beschreibt in einem Katalog zahnärztliche Einzelleistungen. Die Nennung einer eigenen Leistungsnummer spricht dafür, daß der Verordnungsgeber eine Bewertung als eigenständigen Behandlungsschritt gewollt hat. Dies wird auch dadurch bestätigt, daß die Gebührenordnung in einer Reihe von Fällen ausdrücklich Konkurrenzschutzklauseln aufgestellt hat. Dies ist hinsichtlich der Gebührennummern 236, 239 und 241 jedoch unterblieben.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage hinsichtlich der Aussagen aus dem Bundesministerium: "Die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung aus verständlichen Kostendämpfungsüberlegungen gegebene Interpretation kann den vom Verordnungsgeber in der Gebührenordnung zum Ausdruck gebrachten Willen nicht ersetzen."]

AG Hannover
Az 535 C 6994/92
Urteil vom 12.01.1993

Die Entfernung des lebenden Zahnmarks (Pulpa) aus der Zahnmarkhöhle (Exstirpation Gebührennummer 236) ist nicht als "Bestandteil oder besondere Ausführung" der Wurzelkanalaufbereitung (Gebührennummer 241) im Sinne von § 4 (2) Satz 2 anzusehen.

AG Hameln
Az 23 C 20/93
Urteil vom 23.04.1993

Sowohl die Exstirpation der vitalen Pulpa (Gebührennummer 236) als auch die Aufbereitung des Wurzelkanals (Gebührennummer 241) sind nebeneinander in derselben Behandlungssitzung als selbständig erbrachte Leistungen abrechenbar.

AG Frankfurt
Az 32 C 1971/93 - 48
Urteil vom 30.07.1993

Die unter den Gebührennummern 236 und 239 im Gebührenverzeichnis näher umschriebenen Leistungen sind nicht Bestandteil oder eine besondere Ausführung der Leistung nach Gebührennummer 241, da sie nicht notwendigerweise zur Erbringung der Leistung nach Gebührennummer 241 vorzunehmen sind. Die Gebührennummern 236 und 239 können daher zu Recht neben der Gebührennummer 241 in Ansatz gebracht werden.

AG Alzey
Az C 387/93
Urteil vom 06.12.1993

Eine Gebühr nach Gebührennummer 236 kann neben einer Gebühr nach Gebührennummer 241 auch in derselben Sitzung abgerechnet werden.

AG München
Az 222 C 9397/93
Urteil vom 30.12.1993

Die Gebührennummern 236, 239 und 241 sind ohne Einschränkung nebeneinander berechenbar. Diese Therapiemaßnahmen sind aus fachlicher Sicht selbständig und generell unabhängig voneinander durchführbar. Sie können allein wie im Zusammenhang erbracht werden. Die Maßnahmen sind nicht Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis

AG Düsseldorf
Az 27 C 1894/93
Urteil vom 07.04.1994

Die Gebühren nach den Gebührennummern 236 und 239 des Gebührenverzeichnisses sind neben der Gebühr nach Gebührennummer 241 berechenbar. Auf den hier gegebenen zeitlichen Zusammenhang der Leistung nach Gebührennummer 241 kommt es nicht an. Die Leistungen können nämlich auch in verschiedenen Sitzungen erbracht werden.

AG Brühl
Az 29 C 6/94
Urteil vom 28.06.1994

Das Behandlungsziel der Gebührennummer 241 ist ein anderes als das der Gebührennummern 236 und 239. Danach kann nicht davon ausgegangen werden, daß § 4 (2) der Berechnung der Gebührennummern 236 und 239 entgegenstehen würde. Insbesondere ist nicht erkennbar, daß die Gebührennummer 241 stets zwangsläufig die Arbeitsschritte umfassen würde, die der behandelnde Zahnarzt unter Gebührennummer 236 und Gebührennummer 239 angesetzt hat.

AG Bonn
Az 12 C 570/92
Urteil vom 07.09.1994

Es ist nach den detaillierten und nachvollziehbaren Feststellungen des Sachverständigengutachtens davon auszugehen, daß die Gebührennummer 236 neben bzw. in Verbindung mit der Leistung nach Gebührennummer 241 abgerechnet werden kann.

AG Kempen
Az 11 C 165/94
Urteil vom 03.01.1995

Auf die Frage der Beihilfefähigkeit der Gebührennummer 236 des Gebührenverzeichnisses kommt es dann nicht an, wenn der Patient dem zivilrechtlichen Anspruch des Zahnarztes ausgesetzt ist. Das Gericht muß unter voller Bezugnahme auf das Urteil des OVG Rheinland-Pfalz vom 16.4.93 davon ausgehen, daß die erbrachte Leistung nach 236 nicht Bestandteil der Leistung nach Gebührennummer 241 ist und deshalb berechnet werden kann.

AG Eschweiler
Az 18 C 561/93
Urteil vom 24.02.1995

Da die Leistungen nach den Gebührennummern 236 und 241 unabhängig voneinander erbracht werden können, ohne daß sich die eine Leistung unbedingt an die andere anschließen müßte, können sie auch nebeneinander abgerechnet werden. Im übrigen geht die Auffassung der beklagten privaten Krankenversicherung fehl, daß immer dann, wenn eine Leistung Schritt bzw. Vorstufe einer anderen Leistung darstellt, jene nicht berechnet werden könnte.

AG Wiesbaden
Az 99 C 380/95
Urteil vom 14.08.1995

Die Gebührennummer 236 ist neben 241 berechenbar. Dafür, daß die Exstirpation der vitalen Pulpa nicht lediglich unselbständiger Bestandteil, sondern eine selbständige Leistung ist, spricht im übrigen, daß in den Gebührennummern 236 und 241 beide Leistungen gesondert erfaßt. An einer ausdrücklichen Bestimmung, daß eine doppelte Berechnung nicht möglich ist, fehlt es.

----- contra -----

OLG Köln
Az 5 U 131/94
Urteil vom 01.12.1994

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 146/92
Urteil vom 19.01.1994

Der Ansatz der Gebührennummer 239 ist nicht erstattungsfähig, wenn nachfolgend Gebührennummer 241 angesetzt wird. Diese Leistung (Gebührennummer 241) umfaßt als Vorbereitungsmaßnahme auch die in den Gebührennummern 236 bis 239 aufgeführten Einzelschritte, die daneben nicht abrechnungsfähig sind, weil Trepanieren und Entfernen der Pulpa notwendigerweise bei der Aufbereitung eines Wurzelkanals anfallen.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 146/94
Urteil vom 09.11.1995

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 236/92
Urteil vom 13.10.1994

Der Zahnarzt ist nicht berechtigt, die Gebührennummer 236 neben der im zeitlichen Zusammenhang erbrachten Gebührennummer 241 zu berechnen. Nach § 4 (2) Satz 2 kann der Zahnarzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Der Ordnungsgeber, dessen Wille bei der Auslegung von maßgebender Bedeutung ist, vertritt die Ansicht, die Entfernung der Pulpa sei ein bei der Aufbereitung des Wurzelkanals notwendiges Durchgangsstadium. Für die Richtigkeit dieses Standpunktes spricht der Umstand, daß die Gebühr für die Gebührennummer 241 in der GOZ-87 gegenüber der GOZ-65 überproportional erhöht wurde; die wiederholt in Rechnung gestellten Leistungen nach der Gebührennummer 236 sind deshalb bei der Berechnung der Vergütung abzusetzen.

LG Köln
Az 25 S 40/92
Urteil vom 12.05.1993

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Köln
Az 115 C 193/91
Urteil vom 23.04.1992

Die Abrechnung der Gebührennummer 236 neben der Gebührennummer 241 ist in derselben Sitzung nicht zulässig. Das ergibt sich schon daraus, daß die Gebührennummer 236 die Leistung "einschließlich temporärer Verschluß" abgibt, der bei Exstirpation und Aufbereitung in derselben Sitzung nicht erbracht werde.

VG Würzburg
Az W 1 K 89.76 735.11
Urteil vom 06.07.1990

berichtigendes Urteil zum

VG Würzburg
Az W 1 K 89.76 735.11
Urteil vom 12.04.1990

VG München
Az M 5 K 90.3839
Urteil vom 28.05.1991

VG Gelsenkirchen
Az 3 K 211/91
Urteil vom 14.06.1991

VG Gelsenkirchen
Az 3 K 3420/91
Urteil vom 11.10.1991

VG Gelsenkirchen
Az 3 K 1730/90
Urteil vom 17.01.1992

VG Münster
Az 4 K 1292/90
Urteil vom 11.02.1992

VG Frankfurt
Az IX/2 E 520/92
Urteil vom 20.12.1993

AG Neuss
Az 36 C 6/90
Urteil vom 30.03.1990

AG Neuss
Az 30 C 501/90
Urteil vom 30.03.1990

AG Werl
Az 4 C 332/90
Urteil vom 16.08.1990

AG Kempen
Az 11 C 38/91
Urteil vom 04.04.1991

AG Aachen
Az 7 C 582/90
Urteil vom 16.04.1991

AG Münsingen
Az 2 C 91/91
Urteil vom 13.06.1991

AG Dülmen
Az 3 C 33/92
Urteil vom 24.06.1992

AG Mülheim
Az 23 C 196/92
Urteil vom 02.07.1992

AG Neuss
Az 34 C 82/93
Urteil vom 24.09.1993

AG Wesel
Az 5 C 209/92
Urteil vom 04.11.1993

AG Duisburg
Az 3 C 757/93
Urteil vom 18.01.1994

AG Dinslaken
Az 10 C 65/94
Urteil vom 14.07.1994

239 neben 241

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 27.92

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

VG München

Az M 5 K 91.3099

Urteil vom 06.10.1992

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Nach § 5 (1) Satz 2 BhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Damit setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat.

Unklarheiten der Gebührenordnung dürfen nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposition zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen.

Der Dienstherr hat in Fällen von zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnung oder bei bestimmten häufiger wiederkehrenden Problemen den von ihm als überhöht angesehenen Gebührenforderungen entgegenzutreten. Hierzu steht dem Dienstherrn insbesondere die Möglichkeit offen, den Verordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken.

Die Aufwendung für die neben der Wurzelbehandlung (Gebührennummer 241) gesondert in Rechnung gestellte Trepanation (Gebührennummer 239) ist daher beihilfefähig.

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 9.95

Urteil vom 21.09.1995

bestätigendes Revisionsurteil zum

OVG Nordrhein-Westfalen

Az 6 A 1559/94

Urteil vom 02.02.1995

Unter ausdrücklicher Betonung, daß es sich bei seiner Entscheidung um eine abschließende Prüfung der gebührenrechtlichen Streitfrage handelt, stellt der Senat fest: Die Gebührennummer 239 ist neben der Gebührennummer 241 berechenbar, da die Trepanation eines Zahnes im Sinne des § 4 (2) Satz 2 nicht Bestandteil der Aufbereitung des betreffenden Wurzelkanals ist.

Die Begründung im einzelnen: Bei der rechtlichen Würdigung des Sachverhalts geht das Gericht davon aus, daß eine Leistung nur dann Bestandteil einer (umfassenderen) Leistungsposition sei, wenn sie notwendiger- oder doch typischerweise in unmittelbarem Zusammenhang mit der umfassenderen Leistung erbracht wird. Soweit sich im vorliegenden Fall ein Ausschluß der Gebührenberechnung nach Gebührennummer 239 nicht aus § 4 (2) Satz 2 ergibt, kann er auch nicht aus Satz 1 dieser Vorschrift hergeleitet werden. Dabei bedarf es keiner Entscheidung, welche Bedeutung dem in diesem Satz enthaltenen Hinweis auf "selbständige zahnärztliche Leistungen" zukommt, insbesondere im Hinblick auf die sodann folgende Begriffsbestimmung "(eigene Leistung)". Denn jedenfalls ist die Frage, inwieweit die Gebührenberechnung für eine Leistung deshalb entfällt, weil diese als Bestandteil einer anderen Leistung mit der dafür vorgesehenen Gebühr abgegolten ist, abschließend in Satz 2 der Vorschrift geregelt; dieser Satz wäre entbehrlich, wenn der gleiche oder ein darüber hinausgehender Regelungsinhalt bereits aus Satz 1 zu entnehmen wäre.

Aus Wortlaut und Systematik der Verordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses ergibt sich kein Anhalt, ebenso wenig aus der veröffentlichten Begründung des Regierungsentwurfs der Gebührenordnung (BR-Drucksache 276/87), daß die Gebührennummer 239 nur für diejenigen Fälle gedacht gewesen sei, in denen - etwa in Notfällen - die Trepanation zur Schmerzstillung als alleinige Leistung vorgenommen wird. Insbesondere enthält die Gebührennummer 239 keinen einschränkenden Hinweis, weder einen ausdrücklichen Ausschluß der Berechnung neben der Gebührennummer 241 noch den in manchen anderen Gebührennummern verwendeten, hier in seiner Bedeutung nicht näher zu erörternden besonderen Hinweis "als selbständige Leistung" (vergleiche z.B. die Gebührennummern 305, 307, 310). Hätte der Verordnungsgeber die Berechnungsmöglichkeit nach Gebührennummer 239 in dem eingeschränkten Sinne regeln wollen, so wäre es seine Sache gewesen, dies in der Verordnung erkennbar zum Ausdruck zu bringen.

----- pro -----

OVG Nordrhein-Westfalen
Az 6 A 4594/94
Urteil vom 02.02.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Düsseldorf
Az 10 K 8032/93
Urteil vom 15.08.1994

Das Aufbohren eines Zahnes (Gebührennummer 239) und die Entfernung der vitalen Pulpa (Gebührennummer 236) sind nicht Bestandteil der Aufbereitung von Wurzelkanälen (Gebührennummer 241) und können auch im zeitlichen Zusammenhang nebeneinander berechnet werden.

VG Köln
Az 3 K 2234/91
Urteil vom 11.08.1993

Die Gebührennummern 236 und 239 können grundsätzlich neben der Gebührennummer 241 selbständig in Rechnung gestellt werden. Es folgt weder aus der Leistungsbeschreibung der hier in Rede stehenden Gebührennummern noch aus der Bestimmung des § 4 (2) Satz 2, daß Leistungen nach diesen Gebührennummern generell oder jedenfalls bei zeitlich zusammenhängender Behandlung nicht gesondert in Rechnung gestellt werden dürfen.

VG Düsseldorf
Az 10 K 4151/93
Urteil vom 09.03.1994

Die Abrechnung der Gebührennummern 236 und 239 neben der Gebührennummer 241 ist an demselben Behandlungstag zulässig. Die Gebührennummern 236 und 239 können pro Zahn nur einmal berechnet werden, auch dann, wenn sich die Therapiemaßnahmen über mehrere Behandlungstage erstrecken.

VG Düsseldorf
Az 10 K 1335/92
Urteil vom 29.06.1994

Die gesonderte Abrechenbarkeit der Gebührennummern 236 und 239 neben der Gebührennummer 241 ist zulässig, und zwar auch dann, wenn die Leistungen in einem zeitlichen Zusammenhang erbracht worden sind.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage hinsichtlich der Beihilfefähigkeit und des ergangenen Runderlasses des Finanzministeriums: "Sind nach alledem die Gebühren entsprechend den Gebührennummern 236 und 239 zu Recht berechnet worden, so sind sie auch der Beihilfeberechnung zugrunde zu legen, denn daß die Bestimmungen des § 3 (1) BVO nicht durch den Runderlaß des Finanzministers des beklagten Landes

vom 4. Januar 1988/4. August 1989 (B 3100-3.1.6.2-IV A4), demzufolge die Gebührennummern 236 und 239 in zeitlichem Zusammenhang mit Gebührennummer 241 nicht berechnungsfähig sind, zu Lasten des Beihilfeberechtigten modifiziert werden kann, dürfte sich von selbst verstehen."]

VG Düsseldorf
Az 10 K 10952/94
Urteil vom 16.08.1995

Die Gebührennummer 239 ist neben der Gebührennummer 241 abrechenbar, und zwar auch dann, wenn die Leistungen in einem zeitlichen Zusammenhang erbracht worden sind.

AG Spandau
Az 4 C 268/91
Urteil vom 22.07.1991

Die Trepanation eines Zahnes ist nur regelmäßiger Bestandteil der ebenfalls abgerechneten Gebührennummer 241, der jedoch nicht in jedem Falle obligat notwendig ist (bereits eröffnetes Pulpencavum wegen Unfall oder dgl.). Die Trepanation ist daher nach § 4 (2) nicht Bestandteil der Gebührennummer 241

[*Anmerkung:* Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage hinsichtlich der Aussagen aus dem Bundesministerium: "Welche Auslegung der Verordnungsgeber den Abrechnungsregelungen gibt, ist unerheblich."]

AG Köln
Az 127 C 77/92
Urteil vom 12.11.1992

Eine gesonderte Berechnung der Gebührennummern 236 und 239 neben der Gebührennummer 241 ist zulässig. Das Gebührenverzeichnis beschreibt in einem Katalog zahnärztliche Einzelleistungen. Die Nennung einer eigenen Leistungsnummer spricht dafür, daß der Verordnungsgeber eine Bewertung als eigenständigen Behandlungsschritt gewollt hat. Dies wird auch dadurch bestätigt, daß die Gebührenordnung in einer Reihe von Fällen ausdrücklich Konkurrenzschutzklauseln aufgestellt hat. Dies ist hinsichtlich der Gebührennummern 236, 239 und 241 jedoch unterblieben.

[*Anmerkung:* Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage hinsichtlich der Aussagen aus dem Bundesministerium: "Die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung aus verständlichen Kostendämpfungsüberlegungen gegebene Interpretation kann den vom Verordnungsgeber in der Gebührenordnung zum Ausdruck gebrachten Willen nicht ersetzen."]

AG Hannover
Az 535 C 6994/92
Urteil vom 12.01.1993

Die Eröffnung der Zahnmarkhöhle (Trepanation Gebührennummer 239) ist nicht als "Bestandteil oder besondere Ausführung" der Wurzelkanalaufbereitung (Gebührennummer 241) im Sinne von § 4 (2) Satz 2 anzusehen.

AG Frankfurt
Az 32 C 1971/93 - 48
Urteil vom 30.07.1993

Die unter den Gebührennummern 236 und 239 näher umschriebenen Leistungen sind nicht Bestandteil oder eine besondere Ausführung der Leistung nach der Gebührennummer 241, da sie nicht notwendigerweise zur Erbringung der Leistung nach der Gebührennummer 241 vorzunehmen sind. Die Gebührennummern 236 und 239 können daher zu Recht neben der Gebührennummer 241 in Ansatz gebracht werden.

AG München
Az 222 C 9397/93
Urteil vom 30.12.1993

Die Gebührennummern 236, 239 und 241 sind ohne Einschränkung nebeneinander berechenbar. Diese Therapiemaßnahmen sind aus fachlicher Sicht selbständig und generell unabhängig voneinander durchführbar. Sie können allein wie im Zusammenhang erbracht werden. Die Maßnahmen sind nicht Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis

AG Düsseldorf
Az 27 C 1894/93
Urteil vom 07.04.1994

Die Gebühren nach den Gebührennummern 236 und 239 des Gebührenverzeichnisses sind neben der Gebühr nach Gebührennummer 241 berechenbar. Auf den hier gegebenen zeitlichen Zusammenhang der Leistung nach Gebührennummer 241 kommt es nicht an. Die Leistungen können nämlich auch in verschiedenen Sitzungen erbracht werden.

AG Brühl
Az 29 C 6/94
Urteil vom 28.06.1994

Das Behandlungsziel der Gebührennummer 241 ist ein anderes als das der Gebührennummern 236 und 239. Danach kann nicht davon ausgegangen werden, daß § 4 (2) der Berechnung der Gebührennummern 236 und 239 entgegenstehen würde. Insbesondere ist nicht erkennbar, daß die Gebührennummer 241 stets zwangsläufig die Arbeitsschritte umfassen würde, die der behandelnde Zahnarzt unter der Gebührennummer 236 und der Gebührennummer 239 angesetzt hat.

AG Bonn
Az 12 C 570/92
Urteil vom 07.09.1994

Es ist nach den Feststellungen des Sachverständigengutachtens davon auszugehen, daß die Gebührennummer 239 neben bzw. in Verbindung mit der Gebührennummer 241 abgerechnet werden kann.

AG Dortmund
Az 127 C 13172/95
Urteil vom 05.06.1996

Die Gebührennummern 239 und 241 sind selbständige Einzelschritte und können auch dann, wenn sie im zeitlichen Zusammenhang erbracht werden, nebeneinander abgerechnet werden. Die Gebührennummer 239 ist keinesfalls mit der Gebührennummer nach 241 abgegolten.

----- contra -----

LG Köln
Az 25 S 40/92
Urteil vom 12.05.1993

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Köln
Az 115 C 193/91
Urteil vom 23.04.1992

Die Gebührennummer 239 ist nicht am gleichen Tag neben der Gebührennummer 241 für denselben Zahn berechenbar, weil die Trepanation als Vorbereitungsmaßnahme Bestandteil der Gebührennummer nach 241 ist.

LG Köln
Az 25 S 5/92
Urteil vom 20.07.1994

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Wipperfürth
Az 9 C 119/91
Urteil vom 27.11.1991

Die Gebührennummer 239 ist nicht am gleichen Tag neben der Gebührennummer 241 für denselben Zahn berechenbar, weil die Trepanation als Vorbereitungsmaßnahme Bestandteil der Gebührennummer nach 241 ist.

LG Itzehoe
Az 4 S 168/94
Urteil vom 11.01.1996

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Itzehoe
Az unbekannt
Urteil vom 07.10.1994

Unter Bezugnahme auf die "überzeugende Erläuterung des Bundesministers für Gesundheit vom 22.4.93 ist die Trepanation (Gebührennummer 239) notwendige Voraussetzung für die zu Gebührennummer 241 abgerechnete Auf-

bereitung des Wurzelkanals, so daß sie entsprechend § 4 (2) als unselbständige zahnärztliche Leistung nicht gesondert berechnet werden kann."

VG Würzburg
Az W 1 K 89.76 735.11
Urteil vom 06.07.1990

berichtigendes Urteil zum

VG Würzburg
Az W 1 K 89.76 735.11
Urteil vom 12.04.1990

VG Gelsenkirchen
Az 3 K 211/91
Urteil vom 14.06.1991

VG Münster
Az 4 K 1292/90
Urteil vom 11.02.1992

VG Frankfurt
Az IX/2 E 520/92
Urteil vom 20.12.1993

AG Düsseldorf
Az 22 C 4722/90
Urteil vom 17.10.1990

AG Mönchengladbach
Az 2a C 4/91
Urteil vom 08.03.1991

AG Münsingen
Az 2 C 91/91
Urteil vom 13.06.1991

AG Wesel
Az 5 C 209/92
Urteil vom 04.11.1993

241

OLG Düsseldorf
Az 8 U 4/99
Urteil vom 21.12.2000

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 266/98
Urteil vom 19.11.1998

Der mehrmalige Ansatz der Gebührennummer 241 für die Aufbereitung der Wurzelkanäle in mehreren Sitzungen ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die wiederholte Berechnung dieser Vergütung ist in Ausnahmefällen dann zulässig, wenn die endgültige Wurzelkanalaufbereitung aus medizinischen Gründen nicht in einer Sitzung möglich ist. Eine willkürliche Aufteilung der Behandlungsmaßnahmen auf mehrere Sitzungen – beispielsweise aus Zeitgründen - kann demgegenüber die mehrfache Berechnung der Gebührennummer 241 nicht rechtfertigen.

305

LG Offenburg
AZ 1 S 48/00
Urteil vom 09.10.2001

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Offenburg
AZ 2 C 63/99
Urteil vom 13.01.2000

Die Gebührennummer 305 erfaßt nur Nachblutungen nach operativen Eingriffen.

307

----- pro -----

LG Duisburg
Az 4 S 473/92
Urteil vom 24.06.1994

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Wesel
Az 4 C 287/92
Urteil vom 24.11.1992

Die Gebührennummer 307 darf für die Exzision von Schleimhaut oder von Granulationsgewebe auch neben den Gebühren für eine an demselben Zahn und am gleichen Tag vorgenommene Aufbaufüllung (Gebührennummer 218) bzw. für eine provisorische Krone (Gebührennummer 227) berechnet werden.

VG Düsseldorf
Az 10 K 1335/92
Urteil vom 29.06.1994

Die Gebührennummer 307 ist unabhängig von prothetischen, konservierenden, kieferorthopädischen oder chirurgischen Leistungen als selbständige Leistung abrechenbar, höchstens jedoch einmal.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage hinsichtlich der Beihilfefähigkeit: "Unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts gilt, daß die Unklarheit darüber, ob die Leistung gesondert berechnet werden kann, nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen darf, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposition zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen. Auf einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung beruhende Aufwendungen sind deshalb beihilferechtlich als angemessen anzusehen."]

AG Duisburg
Az 49 C 336/91
Urteil vom 11.11.1992

Die Gebührennummer 307 ist als selbständige Leistung auch am gleichen Zahn und in derselben Sitzung neben anderen Leistungen abrechenbar. Selbständige Leistung bedeutet nicht, daß es sich nur um eine einzige Leistung bei der Behandlung an einem bestimmten Zahn handeln muß. Eine solche Auslegung ergäbe vom Behandlungsablauf keinen Sinn.

AG Düsseldorf
Az 25 C 2398/93
Urteil vom 25.05.1994

Die Gebühr Gebührennummer 307 ist im Rahmen prothetischer und/oder konservierender Leistungen selbständig ansetzbar. Aus der Tatsache, daß die Gebührennummer 307 sich im Abschnitt D - chirurgische Leistungen des Leistungsverzeichnisses der Gebührenordnung - befindet, ist zu schließen, daß die Excision dann als selbständige Leistung im Zusammenhang mit Abformungen oder konservierenden Leistungen zu berechnen ist, wenn sie nicht bereits zu einer anderen chirurgischen Maßnahme gehört.

AG Mülheim
Az 19 C 182/93
Urteil vom 06.01.1995

Unter Berücksichtigung des Grundsatzes, daß § 4 (2) den Sinn hat, Doppelvergütungen zu vermeiden, andererseits eine Schleimhautexcision nicht notwendigerweise bei einer Zahnpräparation oder einer prothetischen Leistung anfällt, kann diese Leistung auch gesondert nach Gebührennummer 307 abgerechnet werden.

----- contra -----

LG Düsseldorf
Az 23 S 522/94
Urteil vom 28.05.1997

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 42 C 6112/93
Urteil vom 25.08.1994

Die Gebührennummer 307 kann nicht berechnet werden, wenn im zeitlichen Zusammenhang an demselben Zahn in derselben Sitzung Leistungen nach den Gebührennummern 205 und 207 mit Präparation und Füllung erbracht werden.

VG Düsseldorf
Az 10 K 9290/93
Urteil vom 24.01.1996

Die Gebührennummer 307 ist, auch wenn sie in mehreren Sitzungen und an verschiedenen Zähnen erbracht wird, nur einmal berechenbar. Nach Auffassung des Gerichts spricht nämlich alles für diese Interpretation, denn andernfalls hätte es wie z.B. bei der Gebührennummer 321 ff. nahegelegen, daß der Verordnungsgeber ausdrücklich auf eine Berechenbarkeit je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich hinweist.

[Anmerkung: Im streitigen Fall wurde am 3.3.93 die Gebührennummer 307 berechnet, am 21.4.93 erfolgte eine neuerliche Berechnung für andere Zähne.

Dennoch lehnte das Gericht die Berechenbarkeit der Leistungen vom 21.4.93 ab.]

VG Düsseldorf
Az 10 K 15186/94
Urteil vom 10.06.1996

Die Gebührennummer 307 ist nicht je Zahn sondern nur einmal für die gesamte Maßnahme ansetzbar.

VG Düsseldorf
Az 26 K 1761/97
Urteil vom 21.08.1998

Für die Gebührennummer 307 kommt nur ein einmaliger Ansatz in Betracht, denn andernfalls hätte es nahegelegen, ausdrücklich auf eine Berechenbarkeit je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich hinzuweisen, wie es bei anderen Gebührennummern der Fall ist.

AG Essen
Az 9 C 321/92
Urteil vom 29.06.1993

Die Gebührennummer 307 kann nur dann berechnet werden, wenn diese eine selbständige Leistung darstellt. Vorliegend wurde diese Leistung im Zusammenhang mit anderen in derselben Behandlungssitzung durchgeführten Leistungen erbracht, so daß die in Gebührennummer 307 normierte Einschränkung zum Tragen kommt und eine gesonderte Berechnung der Leistung nicht möglich ist. Eine Auslegung der Einschränkung dahin, daß lediglich die Selbständigkeit gegenüber anderen chirurgischen Leistungen eine gesonderte Berechenbarkeit einer Leistung nach Gebührennummer 307 ausschließt, ist nicht geboten, da sie sich dem Wortlaut der Vorschrift nicht entnehmen läßt.

AG Mönchengladbach
Az 33 C 318/93
Urteil vom 13.04.1994

Die Gebührennummer 307 darf nach dem Wortlaut der Leistungslegende nur als selbständige Leistung abgerechnet werden. Werden an den betreffenden Zähnen andere zahnärztliche Leistungen erbracht, so ist der Ansatz der Gebührennummer 307 ausgeschlossen. Der Anwendungsausschluß ist nicht auf die im selben Abschnitt des Gebührenverzeichnisses beschriebenen Hauptleistungen beschränkt und enthält im übrigen keine Beschränkung des Leistungsinhaltes auf ein bestimmtes Zahngebiet. Damit ist eine Mehrfachberechnung je Zahn ohnehin unzulässig.

AG Böblingen
Az 3 C 416/96
Urteil vom 08.11.1996

Die Gebührennummer 307 darf nur als selbständige Leistung berechnet werden, also z.B. nicht in Verbindung mit Extraktionen, Abformung, konservierenden oder kieferorthopädischen Leistungen.

AG Köln
Az 143 C 489/02
Urteil vom 13.11.2003

Die Gebührennummer 307 darf nur als selbständige Leistung berechnet werden, also nicht in Verbindung mit konservierenden Leistungen.

324

OLG Hamm
Az 20 U 56/03
Urteil vom 07.11.2003

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Essen
Az 6 O 662/00
Urteil vom 13.01.2003

Analogie/Vestibulumplastik

Der Senat teilt die Ansicht des Landgerichts, daß die Vestibulumplastik nach der Gebührennummer 324 GOZ und nicht nach 2675 GOÄ abzurechnen ist. Lokal begrenzte Mundvorhof- bzw. Mundbodenplastiken werden bei kleinerem Operationsumfang nach der 324 GOZ und lediglich bei größerem Operationsumfang nach 2675 GOÄ berechnet. Das ergibt sich aus der Leistungslegende zu 324 GOZ. Der behandelnde Zahnarzt hat bestätigt, daß er jeweils nur im Bereich eines einzelnen Zahnes kleine Areale des Schleimhautgewebes durchtrennt und sodann durch eine kleine Naht stabilisiert hat. Ein größerer Operationsumfang, der eine Abrechnung nach 2675 GOÄ rechtfertigen würde, ist danach auszuschließen. Entsprechend hat auch der Sachverständige den Operationsaufwand eingeschätzt.

Die Leistungslegende zu 324 GOZ beschreibt eine „Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs“, wie sie nach der Bekundung des Zahnarztes von diesem ausgeführt worden ist. Hingegen beschreibt die Legende zu 2675 GOÄ eine „Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik...“, wobei der Begriff „partiell“ der Unterscheidung zu der in 2676 GOÄ beschriebenen „Totalen Mundboden- oder Vestibulumplastik ...“ dient, bei welcher der gesamte Kiefer behandelt wird. Daß ein kleiner Eingriff im Bereich eines einzelnen Zahnes bezogen auf den gesamten Kiefer immer auch ein „partieller“ Eingriff ist, rechtfertigt nicht die Anwendung der Gebührennummer 2675 GOÄ auch auf kleine Eingriffe. Es erschließt sich dem Senat nicht, welche „nicht partielle“ kleine Maßnahme nach den Vorstellungen der Berufungsbegründung der Gebührennummer 324 GOZ unterfallen sollte. Da mithin die Eingriffe jeweils nach 324 GOZ abzurechnen waren, entfällt der Ansatz der Gebührennummer 444 GOÄ, denn die GOZ sieht einen ambulanten OP-Zuschlag nicht vor.

330 neben 2007 GOÄ

AG Wittlich
Az 4 C 508/97
Urteil vom 26.08.1999

Die Gebührennummern 330 GOZ und 2007 GOÄ sind orts- und zeitgleich nicht zusammen abrechenbar.

AG Düsseldorf
Az 24 C 17380/99
Urteil vom 21.02.2001

Die Gebührennummer 2007 GOÄ (Entfernen von Fäden) ist nicht gerechtfertigt, da die Gebührennummer 2007 GOÄ neben der Gebührennummer 330 nicht anwendbar ist, solange das gleiche Operationsgebiet vorliegt. Die Aussage, es liege nicht das gleiche Operationsgebiet vor, da die Gebührennummer 330 sich auf den Bereich des Zahnes 16 beziehe, die Gebührennummer 2007 GOÄ aber auf den Bereich des Zahnes 18 steht im Widerspruch zu dem Ergänzungsgutachten und der Rechnung, wonach im Bereich der Zähne 14-17 eine Behandlung durchgeführt wurde, die nach den Gebührennummern 410 und 325 abgerechnet wurde. Die gleiche Maßnahme wurde für die Zähne 24-27 durchgeführt. Für die notwendige Nachbehandlung wurden sowohl die Gebührennummern 330 als auch 2007 GOÄ je Operationsgebiet angesetzt, was unzulässig ist, da es sich um die gleichen Operationsgebiete handelt.

403 und 404

----- pro -----

VG Köln
Az 3 K 1352/91
Urteil vom 04.08.1993

Die Gebührennummer 404 ist nicht durch die Gebührennummer für die Erstellung von Kronen oder Inlays abgegolten. Ein vor dem Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes erfolgtes Einschleifen kann nicht dem neuen Zahnersatz gegolten haben.

AG Krefeld
Az 7 C 449/92
Urteil vom 30.11.1992

Das Einschleifen des Gebisses im Zusammenhang mit der Anfertigung und Eingliederung von Einlagefüllungen, Kronen, Brücken und Prothesen ist jedenfalls dann selbständig berechenbar, wenn die Maßnahme am natürlichen Gebiß bzw. bereits vorhandenem Zahnersatz durchgeführt wird. Der Umstand, daß durch das Einschleifen die Leistungen nach den Gebührennummern 501 und 507 abgeschlossen werden, schließt die gesonderte Berechnung nicht aus.

AG Geilenkirchen
Az 5 a C 689/91
Urteil vom 29.01.1992

Die Gebührennummer 404 ist nur als selbständige Zielleistung berechenbar. Eine in unmittelbarem Zusammenhang mit der Versorgung des Lückengebisses durch eine Brücke erbrachte Leistung nach der Gebührennummer 404 ist bereits von den Gebührennummern 501 und 507 erfaßt.

[Anmerkung: Dieses Urteil wurde vom Landgericht Aachen wegen eines Verfahrensfehlers nach ZPO aufgehoben, und die Streitsache wurde zur Neuverhandlung an das AG Geilenkirchen zurückverwiesen. Unter demselben Aktenzeichen erging dann folgendes Urteil:

AG Geilenkirchen
Az 5 a C 689/91
Urteil vom 14.01.1994

Die Gebührennummer 404 ist auch in unmittelbarem Zusammenhang mit der Versorgung des Lückengebisses durch eine Brücke neben den Gebührennummern 501 und 507 dann berechenbar, wenn die Beseitigung grober Vor-

kontakte nicht nur der Vorbereitung der Überkronung dient, sondern gleichzeitig auch eine Vorbehandlung parodontaler Erkrankung beinhaltet.

AG Düsseldorf
Az 25 C 2398/93
Urteil vom 25.05.1994

Die Gebührennummern 403 und 404 sind im Zusammenhang mit neu anzufertigendem Zahnersatz dann berechenbar, wenn die Maßnahmen an natürlichen Zähnen oder an bereits vorhandenem Zahnersatz vorgenommen werden.

----- contra -----

LG Düsseldorf
Az 23 S 522/94
Urteil vom 28.05.1997

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 42 C 6112/93
Urteil vom 25.08.1994

Einschleifmaßnahmen an einer neu eingegliederten Krone [*Anmerkung:* Die Eingliederung lag 13 Tage zurück.] sind nicht gesondert berechenbar sondern mit der Gebührennummer für die Krone bereits abgegolten.

AG Geldern
Az 3 C 124/90
Urteil vom 18.10.1991

Bei der vorgenommenen Behandlungsmaßnahme handelt es sich nicht um eine selbständige Zielleistung sondern vielmehr um eine solche, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Versorgung des Lückengebisses durch VMK-Brücken steht.

AG Dinslaken
Az 9 C 51/92
Urteil vom 21.10.1992

Korrekturen an neu eingegliederten Kronen können nicht nach 404 berechnet werden, denn derartige Maßnahmen werden nach der Gebührenordnung bereits anderweitig erfaßt.

405 und 406

LG Offenburg
AZ 1 S 48/00
Urteil vom 09.10.2001

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Offenburg
AZ 2 C 63/99
Urteil vom 13.01.2000

Eine Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung (406) ist nur dann berechenbar, wenn eine Entfernung dieser Beläge (405) durchgeführt und nachgewiesen wurde.

AG Nürnberg
11 C 8516/93
Urteil vom 22.12.1994

Die Berechnung der Gebührennummer 405 ist nicht für einen bestimmten zeitlichen Abstand zwischen dem Entfernen von Belägen in der Gebührenordnung geregelt, somit können notwendige Maßnahmen auch wiederholt abgerechnet werden.

AG Aachen
Az 8 C 271/94
Urteil vom 27.12.1996

Eine erneute Berechenbarkeit der Gebührennummer 405 vier Wochen nach zuvor erfolgter Zahnreinigung und Zahnsteinentfernung ist nicht möglich, da auch die Entfernung von harten und weichen Belägen Bestandteil der Leistungsbeschreibung für die Nachkontrolle nach der Gebührennummer 406 ist.

AG Hannover
Az 534 C 12212/95
Urteil vom 07.10.1997

Die Gebührenordnung sieht keine Einschränkungen bei der Häufigkeit der Abrechnung der Gebührennummer 405 vor. Der Ansatz dieser Gebührennummer für die in mehreren Sitzungen wiederholte Belagentfernung ist daher nicht zu beanstanden.

AG Burgwedel
Az 73 C 45/01
Urteil vom 21.02.2002

Die Leistungen nach 405 und 406 können nicht an denselben Zähnen innerhalb einer Sitzung nebeneinander berechnet werden.

AG Burgwedel
Az 73 C 45/01
Urteil vom 21.02.2002

Die Gebührennummer 406 ist neben der Gebührennummer 415 mangels Ausschluß berechenbar.

AG Burgwedel
Az 73 C 17/01 (II)
Urteil vom 21.02.2002

Die Gebührennummer 406 ist neben der Gebührennummer 415 mangels Ausschluß berechenbar.

SIEHE UNTER „SONSTIGES“ WEITERES UM THEMA
PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNG

407

AG Aachen
Az 8 C 271/94
Urteil vom 27.12.1996

Eine im Zusammenhang mit einer „Nachbehandlung“ nach der Gebührennummer 405 durchgeführte Konkremententfernung ist nicht nach der Gebührennummer 407 berechenbar, sondern ist Leistungsinhalt der Gebührennummer 406.

AG Burgwedel
Az 73 C 45/01
Urteil vom 21.02.2002

Eine Aufteilung der in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 407 enthaltenen Therapiemaßnahmen in zwei zeitlich voneinander getrennte Behandlungsschritte erlaubt nicht die zweimalige Abrechnung der Gebührennummer 407.

AG Burgwedel
Az 73 C 17/01 (II)
Urteil vom 21.02.2002

Eine Aufteilung der in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 407 enthaltenen Therapiemaßnahmen in zwei zeitlich voneinander getrennte Behandlungsschritte erlaubt nicht die zweimalige Abrechnung der Gebührennummer 407.

410

AG Düsseldorf
Az 24 C 17380/99
Urteil vom 21.02.2001

Die Berechnung der Gebührennummer 0204 GOÄ (Kompressionsverband) ist neben der Gebührennummer 410 nicht gerechtfertigt, da der Verband bereits Bestandteil der bei der Behandlung erbrachten Leistung nach Gebührennummer 410 ist. Die Aussage, es hätten überdurchschnittlich starke supragingivale Blutungen vorgelegen und einen Kompressionsverband erforderlich gemacht, überzeugt daher nicht. Über das normale Maß hinausgehende Maßnahmen sind durch den zu wählenden Steigerungssatz zu berücksichtigen.

411

OLG Hamm
Az 20 U 56/03
Urteil vom 07.11.2003

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Essen
Az 6 O 662/00
Urteil vom 13.01.2003

Emdogain

Das Aufbringen von Emdogain ist nach der Gebührennummer 411 GOZ abzurechnen, nicht hingegen nach 2442 GOÄ. Die Behandlung mit Emdogain entspricht unstreitig einer neueren Entwicklung in der Parodontaltherapie, die bei der Fassung der GOZ im Jahr 1988 noch nicht bekannt war, so daß sie auch nicht in einer einschlägigen Gebührennummer berücksichtigt werden konnte. Für zahnärztliche Leistungen, die erst nach dem Inkrafttreten der GOZ entwickelt wurden oder werden, ist § 6 (2) GOZ einschlägig. Die Abrechnung hat danach in analoger Anwendung einer anderen, nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses der GOZ zu erfolgen.

Entgegen der vom Zahnarzt vertretenen Auffassung ist die Leistung „Aufbringen von Emdogain“ nicht unter § 6 (1) GOZ in Verbindung mit der Gebührennummer 2442 GOÄ zu subsumieren. Die Gebührennummer Nr. 2442 GOÄ ist einschlägig bei einer Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung. Nun ist zwar Emdogain ein alloplastisches Material; es wird jedoch nicht zur Weichteilunterfütterung implantiert. Vielmehr wird Emdogain auf die gereinigte und mit Säure vorbehandelte Wurzeloberfläche in Gelform aufgetragen, fällt dort aus und haftet dort an. Über die Ansiedlung von zementbildenden Zellen sollen sich sodann über Wochen gewebliche Strukturen des Zahnhalteapparats ausbilden. Die Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 2442 GOÄ erfaßt mithin nicht die Leistung „Aufbringen von Emdogain“, sondern eine Abrechnung nach 2442 GOÄ wäre nur im Wege einer Analogie denkbar. Eine analoge Anwendung von Gebührennummern der in § 6 (1) GOZ näher beschriebenen Abschnitte der GOÄ auf zahnärztliche Leistungen ist jedoch in § 6 (1) GOZ nicht vorgesehen. Die Auflistung in § 6 (1) GOZ ist abschließend; eine Ausweitung der dem Zahnarzt nach § 6 (1) GOZ geöffneten Bereiche der GOÄ im Wege der Analogie ist nach der Systematik der GOZ nicht vorgesehen.

Es fehlt – jedenfalls für bei Abfassung der GOZ 1988 unbekannte Therapien – bereits an einer Regelungslücke als der unabdingbaren Voraussetzung für eine zulässige Analogie. Eine Verordnungslücke ist schon deswegen nicht auszumachen, weil § 6 (2) GOZ einschlägig ist und auf die analoge Anwendung gleichwertiger Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOZ, nicht jedoch der GOÄ verweist. Dem Wortlaut des § 6 (2) GOZ nach ist eine Heranziehung der GOÄ im Wege der Analogie unzulässig. Soweit die Kommen-

tierung gleichwohl entgegen dem Wortlaut der Verordnung eine Analogie zu Gebührennummern auch der GOÄ für möglich hält und dem Zahnarzt gar ein Wahlrecht einräumt, wird dies auf der Grundlage der – nach Auffassung des Senats unzutreffenden – These gefolgert, daß die GOZ nicht alle berechnungsfähigen zahnärztlichen Leistungen enthalte. Diese These widerspricht dem ausdrücklich erklärten Gestaltungswillen des Verordnungsgebers.

In der Begründung des Regierungsentwurfs zu § 6 (2) GOZ heißt es: Die im Gebührenverzeichnis enthaltenen und die nach § 6 (1) für abrechnungsfähig erklärten Leistungen decken das Spektrum der wissenschaftlich allgemein anerkannten zahnärztlichen Leistungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt ab. Leistungen, die der Verordnungsgeber in Kenntnis der bisher gebräuchlichen Analogie-Listen nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen hat, können nach Erlaß der neuen GOZ nicht mehr in Rechnung gestellt werden. Demnach wurden ausdrücklich und bewußt bekannte und nach früheren Analogie-Listen abgerechnete Leistungen nicht in das Leistungsverzeichnis aufgenommen, so daß von einer planwidrigen Unvollständigkeit gerade nicht auszugehen ist. Auf der Grundlage des eindeutigen Verordnungswortlauts wird daher auch vertreten, daß die Gebührennummern der GOZ, ergänzt um solche aus der GOÄ gemäß § 6 (1) GOZ, vollständig und abschließend sind und Analogien über den Anwendungsbereich des § 6 (2) GOZ hinaus nicht zulassen. Dieser Meinung schließt sich der Senat an.

Als Abrechnungsziffer, die bei Aufbringen von Emdogain analog herangezogen werden kann, bietet sich die Gebührennummer 411 GOZ an. Die Analogie wird sowohl vom Infozentrum der Zahnmedizin im Internet als auch von der Zahnärztekammer Berlin und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie empfohlen. Zwar sind diese Empfehlungen nicht verbindlich, und der Zahnarzt hat die Analogiebewertung seiner Leistung eigenverantwortlich auszuwählen und zu begründen. Da jedoch der Zahnarzt eine andere Gebührennummer aus der GOZ nicht aufgezeigt hat, legt der Senat die allgemein empfohlene Gebührennummer 411 GOZ seiner Entscheidung zu Grunde. Die Ausführungen des Sachverständigen in seinem in erster Instanz eingeholten Gutachten rechtfertigen nicht die Abrechnung nach der Gebührennummer 2442 GOÄ.

Wie bereits ausgeführt, sieht der Senat aus Rechtsgründen eine Analogie zu der Gebührennummer 2442 GOÄ als unzulässig an. Auf die Kriterien des Aufwandes und der Komplexität der Behandlungsmaßnahme, die für den Sachverständigen ausschlaggebend waren, kommt es für die Frage, ob eine Analogie zulässig ist, nicht an. Der Aufwand und die Komplexität der Behandlung können mit der Wahl des Steigerungssatzes angemessen berücksichtigt werden; die Krankenversicherung hat mit der Abrechnung der Gebührennummer 411 GOZ mit dem 3,5-fachen Steigerungssatz der gegenüber einer normalen Auffüllung von Knochendefekten höheren Komplexität der Emdogain-Behandlung Rechnung getragen.

415

AG Düsseldorf
Az 54 C 8981/94
Urteil vom 10.01.1995

Die Gebührennummer 415 kann für eine Nachbehandlung an den Zähnen 17 bis 27 nicht für zwei Nachbehandlungen jeweils 14 mal berechnet werden.
[Anmerkung: Der Text der Gebührenordnung lautet: "Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen nach den Gebührennummern 407 bis 414, je Zahn."]

AG Burgwedel
Az 73 C 45/01
Urteil vom 21.02.2002

Die Gebührennummer 406 ist neben der Gebührennummer 415 mangels Ausschluß berechenbar.

AG Burgwedel
Az 73 C 17/01 (II)
Urteil vom 21.02.2002

Die Gebührennummer 406 ist neben der Gebührennummer 415 mangels Ausschluß berechenbar.

501

LG Dresden
Az 15 S 0334/98
Urteil vom 01.12.2000

abänderndes Berufungsurteil

AG Dresden
Az 111 C 7349/97
Urteil vom 20.02.1998

Werden festsitzende Kronen auf Implantaten mit „schrägen Stufen im Kronenrandbereich“ verwendet, so ist Gebührennummer 501 berechenbar. Kann postrestaurativ jedoch ohne Abnahme der Kronen nicht geklärt werden, welche Präparationsform tatsächlich vorliegt, auch wenn nach dem Röntgenbefund eine schräge Stufe nahe liegt, ist die Gebührennummer 500 abzurechnen.

501 und 507

----- pro -----

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 12.93

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg

Az 4 S 2084/91

Urteil vom 17.09.1992

Berufungsurteil zum

VG Stuttgart

Az 15 K 720/90

Urteil vom 05.07.1991

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Nach § 5 (1) Satz 2 BhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Damit setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat.

Unklarheiten der Gebührenordnung dürfen nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposition zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen.

Der Dienstherr hat in Fällen von zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnung oder bei bestimmten häufiger wiederkehrenden Problemen den von ihm als überhöht angesehenen Gebührenforderungen entgegenzutreten. Hierzu steht dem Dienstherrn insbesondere die Möglichkeit offen, den Ordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken.

Dem Beihilfeberechtigten steht ein Anspruch auf Beihilfe auch zu dem streitigen, von ihm aufgewandten zahnärztlichen Rechnungsteilbetrag, der auf dem Ansatz eines über dem 2,3-fachen liegenden Gebührensatzes für die Verwendung von Verblendkronen beruht, zu.

[Anmerkung: Der ursprüngliche, nun bundesgerichtlich bestätigte Tenor des Verwaltungsgerichtshofes lautete: Entgegen der Auffassung des Verwaltungsgerichts und des Beklagten (Land Baden-Württemberg) können im Rahmen der Gebührenbemessung nach § 5 (2) nicht nur "patientenbezogene" Umstände Berücksichtigung finden, sondern auch Besonderheiten des angewandten Verfahrens, soweit diese nicht bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind (§ 5 (2) Satz 3).

§ 5 (2) Satz 1 bezieht die Bemessungskriterien der Schwierigkeit, des Zeitaufwandes und der Umstände auf die "einzelne Leistung". Die Gebührenbemessung ist damit leistungsbezogen, nicht personenbezogen. Die Gebührenordnung enthält demnach nach ihrem Wortlaut keinen Anhaltspunkt dafür, daß nur personenbezogene Umstände als Bemessungskriterien in Betracht kommen.

Der Verordnungsgeber ging selbst davon aus, daß die besondere Ausführung einer Leistung, auch eine bestimmte zahnärztliche Technik wie die Schmelzätztechnik, Bemessungskriterium sein kann. Ein Grund, warum das bei der Verblindtechnik anders sein sollte, ist nicht erkennbar.

Die zahnärztliche Ausführung der Kronenversorgung durch Verblindung ist auch nicht bereits in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 501 berücksichtigt worden, so daß sie gemäß § 5 (2) Satz 3 außer Betracht zu bleiben hätte. Bei der Verblind(voll)krone (Kunststoff oder Metallkeramik) handelt es sich um eine besondere Unterart der Vollkrone.

Die Ausführung von Verblindkronen stellt gegenüber den von der Regelspanne bis zum 2,3-fachen Gebührensatz erfaßten Fällen, die auch nicht verblendete Kronen umfassen, im Hinblick auf Schwierigkeit und Zeitaufwand einen besonderen Fall dar, der jedenfalls eine Überschreitung des Schwellenwertes von 2,3 rechtfertigt und im Einzelfall sogar den Höchstsatz von 3,5 rechtfertigen kann.

Entsprechendes gilt für verblendete Brückenspannen, die Verblindung ist in der Leistungsbeschreibung auch insoweit nicht enthalten.]

Bundesverwaltungsgericht

Az 2 C 1.93

Urteil vom 17.02.1994

bestätigendes Revisionsurteil zum

Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg

Az 4 S 758/92

Urteil vom 09.09.1992

Berufungsurteil zum

VG Stuttgart

Az 15 K 1990/91

Urteil vom 06.02.1992

Leitsatz des BVerwG-Urteils: Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, deren Berechnung auf einer zweifelhaften Auslegung der einschlägigen Gebührenordnung beruht, sind beihilferechtlich schon dann als angemessen anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründungen im einzelnen: Nach § 5 (1) Satz 2 BhV beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistun-

gen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Damit setzt die Beihilfefähigkeit grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat.

Unklarheiten der Gebührenordnung dürfen nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, indem dieser vor die Wahl gestellt wird, entweder auf sein Risiko eine rechtliche Auseinandersetzung über die zweifelhafte Rechtsposition zu führen oder den an sich auf die Beihilfe entfallenden Anteil des zweifelhaften Rechnungsbetrages selbst zu tragen.

Der Dienstherr hat in Fällen von zweifelhaftem Inhalt der Gebührenordnung oder bei bestimmten häufiger wiederkehrenden Problemen den von ihm als überhöht angesehenen Gebührenforderungen entgegenzutreten. Hierzu steht dem Dienstherrn insbesondere die Möglichkeit offen, den Ordnungsgeber auf häufiger auftretende Zweifelsfragen anzusprechen und in diesen Punkten auf eindeutige Regelungen in der Verordnung hinzuwirken.

Dem Beihilfeberechtigten steht ein Anspruch auf Beihilfe auch zu dem streitigen, von ihm aufgewandten zahnärztlichen Rechnungsteilbetrag, der auf dem Ansatz des 2,8-fachen Gebührensatzes für die Verwendung von Verblendkronen beruht, zu.

----- contra -----

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof

Az 3 B 92.1572

Urteil vom 28.09.1993

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Ansbach

Az 19 K 91.1691

Urteil vom 22.01.1992

Dem Zahnarzt steht für die Versorgung eines Zahnes mit einer Verblendkrone keine das 2,3-fache des Gebührensatzes nach der Gebührennummer 221 übersteigende Gebühr zu. Denn die üblichen und typischen zahnärztlichen Leistungen für die Versorgung mit einer Verblendkrone sind bereits in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 221 des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt.

LG Essen

Az 1 S 753/90

Urteil vom 17.06.1991

aufhebendes Berufungsurteil zum

AG Bottrop

11 C 664/89

Urteil vom 25.10.1990

Die Berechnung des 3,5-fachen Steigerungssatzes für verblendete Kronen mit der Begründung, die Anfertigung einer Verblendkrone erfordere im Regelfall einen höheren Zeitaufwand als die Erstellung einer Vollkrone ist unzulässig, da die Bemessung der Gebühr hierbei nicht den Vorgaben des Verordnungs-

gebers entspricht. Der Verblendkrone ist keine eigene Gebührennummer zugedacht worden und von daher ist der Verblendkrone eine Bedeutung als Unterfall der Gebührennummer 221 bzw. 501 zugeordnet.

507 neben 520/521

----- pro -----

LG München I
Az 33 O 13371/89
Urteil vom 22.10.1990

Die Gebührennummer 507 ist pro Spanne und Freiadglied zusätzlich zur Gebührennummer 521 berechenbar.

LG Duisburg
Az 4 S 468/92
Urteil vom 09.06.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Duisburg
Az 49 C 350/91
Urteil vom 11.11.1992

Aus dem Wortlaut der Verordnung ergibt sich, daß die Gebührennummer 507 auch auf Prothesen anwendbar ist. Es ist berechtigt, die Gebührennummer 507 neben der Gebührennummer 521 und auch 520 abzurechnen. Größe, Ausdehnung und Zahl der zu ersetzenden Zahnbereiche werden durch die Gebührennummer 520 nicht berücksichtigt. Den individuellen Gegebenheiten nach der Art und dem Umfang der zu ersetzenden Zähne kann nur die Gebührennummer 507 Rechnung tragen. Ein Vergleich der Rechnungslegung für die Eingliederung eines gleichartigen Zahnersatzes nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen zeigt, daß das zahnärztliche Honorar bei Außerachtlassung der Gebührennummer 507 mehr als 50 Prozent unter dem Honorar für einen Kassenpatienten liegen würde.

VG Stuttgart
Az 15 K 2998/93
Urteil vom 28.06.1994

Nach der Gebührennummer 507 wird im Rahmen der Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese für das Verbindungsglied eine Gebühr festgesetzt. Aus dem Wortlaut der Gebührennummer 507 ergibt sich nicht, daß die mit den Kronen fixierten Brückenglieder fest mit dem Gebiß verankert sein müssen. Die Gebührennummer 507 umfaßt nach Überzeugung des Gerichts vielmehr auch Brückenglieder, die entweder vom Zahnarzt oder vom Patienten selbst herausgenommen werden können. Ein derartiges Brückenglied kann deshalb auch gleichzeitig Teil einer Modellgußprothese im Sinne der Gebührennummer 521 sein. Da diese herausnehmbare Prothese

auch die in der Gebührennummer 507 geforderte Verbindungsfunktion erfüllt, können die Gebühren nach beiden Gebührennummern berechnet werden.

AG Mönchengladbach-Rheydt
Az 10 C 140/90
Urteil vom 12.12.1991

Die Gebührennummer 507 ist pro Spanne und Freieglied zusätzlich zur Gebührennummer 521 berechenbar.

AG Solingen
Az 13 C 330/90
Urteil vom 26.03.1992

Die Gebührennummer 507 kann zusätzlich zur Gebührennummer 521 herangezogen werden. Dies gilt deswegen, weil die zu ersetzenden Zähne nebst Sätteln, die Sattelspannen oder Freieundsättel, nicht im Text der Gebührennummer 521 angesprochen sind.

AG Solingen
Az 10 C 114/92
Urteil vom 10.07.1992

Die Gebührennummer 507 ist pro Spanne und Freieundsattel zusätzlich zur Gebührennummer 521 berechnungsfähig.

AG Erkelenz
Az 6 C 497/91
Urteil vom 29.07.1992

Die Gebührennummer 507 ist neben der Gebührennummer 521 abrechenbar.

AG Villingen-Schwenningen
Az 5 C 188/92
Urteil vom 16.12.1992

Die Gebührennummer 507 ist neben der Gebührennummer 521 gesondert berechenbar.

AG Frankfurt
Az 31 C 3113/92-23
Urteil vom 05.03.1993

Die mit der Gebührennummer 521 abgegoltenen zahnärztlichen Tätigkeiten umfassen nicht die Arbeiten, die mit der Gebührennummer 507 für die gleiche Gebißlücke separat in Rechnung gestellt wurden. Die Gebührennummer 507 ist somit neben der Gebührennummer 521 berechenbar.

AG Köln
Az 124 C 436/92
Urteil vom 06.04.1993

Die Gebührennummern 507 und 521 decken zwar beide die Vergütung für die Leistungen an einem Lückengebiß ab, aber da die Gebührennummer 521 nur einen Teil der zahnärztlichen Leistung bei einer Modellgußprothese abdeckt, andererseits der nicht abgedeckte Teil betreffend die Vergütung für die ergänzende Konstruktion, nämlich der an den Lücken bzw. Freiendsattel einzusetzenden Ersatzzähne, der in Gebührennummer 507 beschriebenen Leistung vergleichbar sind, können in diesem Fall beide Gebührennummern nebeneinander abgerechnet werden.

AG Dortmund
Az 127 C 13172/95
Urteil vom 05.06.1996

Die Leistungen nach den Gebührennummern 507 und 521 sind eigenständige Maßnahmen, die gesondert abrechnungsfähig sind.

AG Hannover
Az 505 C 17758/96
Urteil vom 28.01.1997

Entgegen der Auffassung der beklagten privaten Krankenversicherung sind die Gebührennummern 520 und 507 nebeneinander abrechenbar. Im übrigen ergibt sich die Einschätzung des Gerichts, daß die vorgenannten beiden Gebührennummern nebeneinander abrechenbar sind aus dem Umstand, daß der Verordnungsgeber in der Gebührenordnung all die Fälle, in denen bestimmte Gebührenleistungen bei ihrem Zusammentreffen nebeneinander nicht oder nur teilweise abrechenbar sind, im Verordnungstext selbst geregelt hat. So findet sich in der Gebührenordnung regelmäßig der Hinweis, daß die Leistungen nach bestimmten Gebührennummern folgende weitergehende Leistungen mit umfassen, diese mithin durch die vorerwähnten Gebührennummern mit abgegolten sind.

Da der Verordnungsgeber im Zusammenhang mit den Gebührennummern 507 und 520/(521) eine entsprechende Regelung in die Gebührenordnung nicht mit aufgenommen hat, läßt den Umkehrschluß zu, daß die Gebührennummern 507 und 520/(521) nebeneinander abrechenbar sind.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage hinsichtlich der Aussagen aus dem Bundesministerium: "Soweit möglicherweise das Bundesministerium hier eine andere Auffassung vertritt, weicht diese offensichtlich vom Inhalt der eigentlichen Verordnung ab und ist daher unbeachtlich."]

AG Celle
Az 15 C 224/98
Urteil vom 12.08.1998

Werden Ersatzzähne an den Prothesensattel angebracht, ist die Gebührennummer 507 zusätzlich zu der Gebührennummer 521 berechenbar.

**AG Leverkusen,
Az 25 C 45/00
Urteil vom 12.07.2000**

Die Gebührennummer 507 kann zurecht neben der Gebührennummer 521 in Ansatz gebracht werden. Ein Ausschluß nach § 4 (2) liegt nicht vor, da die jeweilige zugrunde liegende Leistung nicht bereits in der nach der weiteren Gebührennummer zu bewertenden anderen Leistung enthalten ist.

Im Rahmen der Gebührennummer 521 wird der Umfang der zu ersetzenden Zahnbereiche nicht berücksichtigt. Um den Gegebenheiten des Einzelfalles Rechnung zu tragen, hat eine Abrechnung nach der Anzahl der Spannen zu erfolgen, die Inhalt der Gebührennummer 507 ist. Denn bereits ihrem Wortlaut nach bezieht sich Gebührennummer 507 neben feststehenden Brücken auch auf Prothesen und damit auf herausnehmbaren Zahnersatz.

----- contra -----

**LG Itzehoe
Az 4 S 168/94
Urteil vom 11.01.1996**

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Itzehoe
Az unbekannt
Urteil vom 07.10.1994

Die Gebührennummer 507 kann nicht neben der Gebührennummer 520 angesetzt werden, da die Gebührennummer 507 feststehenden Zahnersatz regelt und die Gebührennummer 520 herausnehmbaren Zahnersatz betrifft.

**VG Minden
Az 10 K 390/89
Urteil vom 30.01.1991**

Mit der Gebührennummer 507 werden nur feststehende Verbindungen zwischen ebenfalls feststehenden Kronen oder Einlagefüllungen abgegolten.

**VG Stuttgart
Az 14 K 3670/91
Urteil vom 10.11.1992**

Die Gebührennummer 507 ist in Verbindung mit Gebührennummer 521 weder direkt noch analog anwendbar.

**VG Köln
Az 3 K 5189/91
Urteil vom 16.06.1993**

Leistungen für die Anfertigung einer Modellgußprothese werden ausschließlich nach der Gebührennummer 521 abgegolten.

VG Köln
Az 15 K 4693/91
Urteil vom 07.10.1993

Eine Teil- und eine Modellgußprothese mit zwei Freiendsätteln sind ausschließlich nach den Gebührennummern. 520/521 abrechnungsfähig. Für die gesonderte Berechnung der Gebührennummer 507 besteht kein Raum.

VG Köln
Az 3 K 870/92
Urteil vom 15.02.1995

Eine herausnehmbare Modellgußprothese wird ausschließlich durch die Gebührennummer 521 abgegolten. Eine Regelungslücke, die Anlaß zu einer gleichzeitigen Abrechnung nach der Gebührennummer 507 geben könnte, besteht folglich nicht.

VG Aachen
Az 1 K 2081/00
Urteil vom 30.01.2003

Die Gebührennummer 507 kann nicht zusätzlich zur 521 abgerechnet werden.

VG Potsdam
Az 2 K 5011/98
Urteil vom 26.02.2003

Die Gebührennummer 507 ist bei Modellgußprothesen anwendbar, wenn an Kronen oder Einlagefüllungen (festsitzende) Stege befestigt werden, die als Stütze für die herausnehmbaren Prothesen dienen. Im streitigen Fall wurde aber eine derartige festsitzende Verbindung nicht verwendet. Eine über den Wortlaut hinausgehende Anwendung der Gebührennummer 507 für die Überbrückung je Spanne oder Freiendsattel verbietet sich, wenn eine Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder oder Stege nicht vorliegt,. Eine mit dem Wortlaut nicht zu vereinbarende Auslegung ist unzulässig. Ihr steht auch § 4 (2) Satz 2 entgegen, wonach ein Zahnarzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung ist, eine Gebühr nicht berechnen kann, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Leistungen für die Anfertigung und Einpassung einer Modellgußprothese werden demnach ausschließlich nach der Gebührennummer 521 vergütet, damit sind auch die Leistungen für die Überbrückung der Spannen bzw. der Freiendsattel mit umfaßt.

AG Düsseldorf
Az 54 C 14.827/90
Urteil vom 08.01.1991

Mit der Gebührennummer 507 werden nur festsitzende Verbindungen zwischen Kronen und Einlagefüllungen abgegolten. Die Berechnung der Gebühr für die Gebührennummer 507 neben der Gebühr für die Gebührennummer 521 kommt nicht in Frage.

AG Mönchengladbach
Az 29 C 76/92
Urteil vom 29.05.1992

Die Gebührenordnung sieht keine Nebeneinanderberechnung der Gebührennummern 507 und 521 vor.

AG Essen
Az 24 C 32/92
Urteil vom 14.07.1992

Der klagende Zahnarzt konnte im Verfahren nicht nachweisen, daß er die der Gebührennummer 507 zugrundeliegenden Leistungen (neben der Gebührennummer 521) "überhaupt erbracht hat." "Der Beweisanspruch des Klägers auf Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Vorbringen, daß es sich bei den Leistungen der Gebührennummer 507 um die Abgeltung der erforderlichen ergänzenden Konstruktion handelt, war daher nicht zu folgen."

AG Wuppertal
Az 33 C 563/92
Urteil vom 09.02.1993

Der klagende Zahnarzt konnte im Verfahren nicht nachweisen, "welche Leistungen im einzelnen er erbracht hat, die eine Abrechnung nach der Gebührennummer 507 zur Folge haben könnte. Dabei hatte das Gericht im vorliegenden Fall nicht grundsätzlich darüber zu entscheiden, ob Gebührennummer 507 neben Gebührennummer 521 abrechenbar ist. Das wäre nur dann der Fall gewesen, wenn der Zahnarzt vorgetragen hätte, welche Arbeiten er neben der Gebührennummer 521 durchgeführt hat."

AG Frankfurt
Az 30 C 2862/92-25
Urteil vom 11.03.1993

Die Gebührennummer 507 ist nicht neben der Gebührennummer 521 bei Teilprothesen berechenbar, da die Anwendung der Gebührennummer 507 neben der Gebührennummer 521 zu einer teilweisen Überschneidung von Leistungsbildern führen würde, was dem Vollständigkeitsansatz des jeweiligen einzelnen Leistungsbildes widerspräche. Selbst wenn ein Teil des zahnärztlichen Aufwandes im Leistungsbild der Gebührennummer 521 nicht ausreichend berücksichtigt würde, so wäre eine Korrektur nur über eine Änderung der Gebührenordnung, nicht aber über eine unzulässige Ausdehnung der Gebührennummer zu erreichen.

AG Dortmund
Az 131 C 5245/93
Urteil vom 17.09.1993

Die Gebührennummer 507 kann nicht neben der Gebührennummer 520 berechnet werden. Die Auslegung von Rechtsnormen hat sich nämlich nach den anerkannten Regeln der Gesetzesauslegung vorrangig daran zu orientieren, welchen Willen der Gesetzgeber bei Erlass der Normen hatte. Aus der schriftlichen Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 22. April 1993

ergibt sich, daß der Verordnungsgeber den herausnehmbaren Zahnersatz, nicht zusätzlich durch die Gebührennummer 507 abgegolten wissen wollte. Das Gericht verweist insofern auf die Ausführungen des Ministeriums. Da dieses der vorliegend relevante Gesetzgeber ist, ist auch sein gesetzgeberischer Wille maßgebend. Unmaßgebend ist das möglicherweise vorrangig von finanziellen Interessen der Mitgliedschaft orientierte Bestreben der Zahnärztekammer Nordrhein, welche sich in der schriftlichen Stellungnahme vom 12. Januar 1993 dafür ausgesprochen hat, daß im vorliegenden Fall neben der Gebührennummer 520 auch die Gebührennummer 507 anzusetzen sei.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage, die Rückschlüsse auf die grundsätzliche Einstellung des Gerichtes zu zahnärztlichen Honoraren zuläßt. "Auf die Frage, ob bei Nichtberücksichtigung der Gebührennummer 507 die Leistung der Zahnärzte ausreichend abgegolten wird, kommt es im Ergebnis nicht an. Es kann im Einzelfall durchaus vorkommen, daß Ärzte, die nach der Gebührenordnung abrechnen, im Einzelfall nicht zu einem angemessenen Entgelt kommen. Dies muß die Ärzteschaft hinnehmen, da sie in vielen Fällen bei ebenfalls korrekter Anwendung der Gebührenordnung ein Honorar erzielt, welches oberhalb der Angemessenheitsgrenze liegt. Auf jeden Fall kann es nicht Aufgabe der Gerichte sein, aus der Sicht der Ärzte unterbewertete Gebührennummern der Gebührenordnung durch im Wortlaut nicht eingreifende andere Gebührennummern so weit aufzubessern, daß insgesamt eine angemessene Vergütung erreicht wird."]

AG Lüneburg
Az 12 C 102/94
Urteil vom 28.07.1994

Unter Bezugnahme auf die Stellungnahme des Bundesgesundheitsministeriums vom 22.4.93 wird die Berechenbarkeit der Gebührennummer 507 neben der Gebührennummer 521 ausgeschlossen.

Das Gericht urteilt wörtlich: "An diesem in der Stellungnahme zum Ausdruck gekommenen Willen des Verordnungsgebers hat sich auch das Gericht bei der Auslegung der einzelnen Normen zu orientieren. Die Stellungnahme des Zahnarztes, der in erster Linie seine eigenen wirtschaftlichen Interessen im Auge haben dürfte, vermag hieran nichts zu ändern."

AG München
Az 261 C 30974/94
Urteil vom 29.05.1995

Die Gebührennummer 507 ist nicht neben der Gebührennummer 521 berechnungs- und erstattungsfähig.

AG Dortmund
Az 130 C 1388/96
Urteil vom 02.08.1996

Aus der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit ergibt sich die unzulässige Berechnung der Gebührennummer 507 neben der Gebührennummer 521.

AG Köln
Az 114 C 216/98
Urteil vom 22.07.1998

Die Gebührennummer 507 ist nicht zusätzlich neben Gebührennummer 521 berechenbar, da sie ausdrücklich nur die Verbindung von Kronen bzw. Einlagefüllungen betrifft.

508

AG Kiel
Az 118 C 197/95
Urteil vom 05.06.1997

Die Gebührennummer 508 kommt für die mittels Verschraubung auf einem Implantat gefestigte Krone oder Brücke nicht in Anwendung, denn das Verschrauben stellt eine andere Art des festen Einfügens bzw. des Zementierens dar.

AG Bergisch-Gladbach
Az 24 C 140/97
Urteil vom 27.05.1999

Die Gebührennummer 508 ist nicht berechenbar für die intrakoronale Verschraubung von Implantaten. Das Befestigen der Ankerkrone auf den Implantatkörper ist nach Auffassung des Gerichtes gemäß § 4 (2) Bestandteil der Gebührennummer 500. Auch wenn das Verschrauben im Vergleich mit dem Zementieren einer Krone die höherwertige und zeitaufwendigere Methode darstellt, so berechtigt dies jedoch nicht zum Abrechnen einer separaten Leistung.

Das Einbringen des Stegretiers in eine Prothese ist keine Leistung, die mit der Gebührennummer 507 abgegolten ist, sondern kann als Verbindungselement zusätzlich nach der Gebührennummer 508 berechnet werden.

508 neben 504

----- pro -----

OLG Hamburg
Az 1 U 139/02
Az 1 U 94/03
Urteil vom 20.02.2004

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Hamburg
Az 319 O 169/01
Versäumnisurteil vom 22.11.2001
Teilurteil vom 02.10.2002
Schlußurteil vom 27.06.2003

Die Gebührennummer 508 ist bei Teleskopkronen nach der Gebührennummer 504 zusätzlich berechenbar, denn die auf die Erstellung der Teleskopkronen als Verbindungselement gerichtete Arbeit des Zahnarztes stellt sich als selbständige Leistung im Sinne von § 4 (2) Satz 1 dar, die nicht im Sinne von § 4 (2) Satz 2 bereits Bestandteil der unter der Gebührennummer 504 abgerechneten Leistung ist.

Abrechenbar nach Gebührennummer 508 (zusätzlich zum Ansatz der Gebührennummer 504) sind die vom Zahnarzt erbrachten Leistungen aber deshalb, weil damit als eine (im Vergleich zu den unter der Gebührennummer 504 abgerechneten Arbeiten) selbständige Leistung von ihm Verbindungselemente hergestellt worden sind. Verbindungselemente sind Konstruktionsteile einer Teilprothese oder herausnehmbaren Brücke. Als zwischen Pfeilerzahn und Prothesensattel/Brückenkörper eingebrachte Elemente dienen sie zur Verbindung des Prothesensattel/Brückenkörpers mit den restlichen Zähnen. Wird – wie im vorliegenden Fall – eine Teleskopkrone zur Aufnahme einer Prothese oder herausnehmbaren Brücke eingebracht, müssen die jeweiligen Sekundärteile der Kronen eine gemeinsame Einschubrichtung besitzen. Dies erfordert, daß die Primärteile untereinander parallel eingerichtet sein müssen. Dieser mit der Eingliederung einer Teleskopkrone als eines Verbindungselements zu den restlichen Zähnen verbundene Arbeitsaufwand wird von der Gebührennummer 504 nicht erfaßt, sondern kann für jede als Verbindungselement eingegliederte Teleskopkrone nach Gebührennummer 508 gesondert, oder zusätzlich zu einem Ansatz nach Ziff. 504, berechnet werden, wobei allerdings Matrize und Patrize als ein Verbindungselement gelten.

OLG Düsseldorf
Az I-4 U 79/03
Urteil vom 09.12.2003

Die Anschlußberufung, mit welcher die beklagte Krankenversicherung ihre Verurteilung zur Zahlung der Kosten eines Teleskopgestelles angreift, ist unbegründet. Das Landgericht hat das diesbezügliche klagebegründende Vorbringen zu Recht als unbestritten seiner Verurteilung zugrundegelegt. Neues Vorbringen der Versicherung kann gemäß § 531 ZPO keine Berücksichtigung mehr finden. Das Versicherungsunternehmen hat nämlich zu dem Prozeßvorbringen der Patientin zur kumulativen Anwendbarkeit der Gebührennummern 504 und 508 überhaupt keine Stellung bezogen. Aus den von der Patientin selbst beigelegten Unterlagen ergab sich zwar, daß die Versicherung die begehrte Versicherungsleistung verweigert hatte. Nachfolgend hatte die Patientin dann ergänzende Stellungnahmen der Zahnärztekammer und des Zahnarztes zu den Akten gereicht. Das Schweigen der Krankenversicherung konnte das Landgericht vertretbar dahin deuten, sie messe diesem Nebenpunkt keine Bedeutung mehr bei, nachdem die Patientin weitere ihren Standpunkt stützende Unterlagen beigebracht hatte.

LG Duisburg
Az 4 S 468/92
Urteil vom 09.06.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Duisburg
Az 49 C 350/91
Urteil vom 11.11.1992

Zusätzlich zur Gebührennummer 504 kann auch die Gebührennummer 508 angesetzt werden. Die Gebührennummer 504 berücksichtigt in keiner Weise Maßnahmen, die der Berücksichtigung der Beziehung des abnehmbaren Prothesenteils zu den Stützzähnen durch die Verbindungselemente, beispielsweise Teleskopkronen, dienen. Wenn die Beziehung des abnehmbaren Prothesenteils zu den stützenden Verbindungselementen durch eine eigene Maßnahme der zusätzlichen Abformung hergestellt wird, kommt somit Gebührennummer 508 zur Anwendung. Bei jedem teleskopierenden Verbindungselement handelt es sich um ein zusammengesetztes Verbindungselement.

Landesarbeitsgericht Düsseldorf
Az 11 Sa 890/91
Urteil vom 29.09.1993

abänderndes Berufungsurteil zum

Arbeitsgericht Wuppertal
Az 2 Ca 1491/91
Urteil vom 11.07.1991

Eine Teleskopkrone stellt als zusätzliche Funktion ein Verbindungselement dar, für das die Gebührennummer 508 neben der Gebührennummer 504 ansatzfähig ist.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage hinsichtlich der Beihilferichtlinien: "Der Runderlaß des Finanzministers ist keine

Rechtsverordnung, sondern beinhaltet lediglich Hinweise für die Anwendung der Gebührenordnung. Dem Hinweis unter Nummer 11, daß neben der Gebührennummer 504 des Gebührenverzeichnisses die Gebührennummer 508 nicht ansatzfähig sei, weil ein Sekundärteil einer Teleskopkrone kein Verbindungselement im Sinne der Gebührennummer 508 sei, mangelt es an der erforderlichen Differenzierung."]

AG Speyer
Az 2 C 964/90
Urteil vom 17.10.1990

Die Berechnung beider Gebührennummern nebeneinander ist möglich, da den eingefügten Teleskop- bzw. Konuskronen eine Verbindungsfunktion zukommt, was unstreitig nicht stets, sondern nur bei geteilten Prothesen und Brücken der Fall sein kann.

AG München
Az 1154 C 8591/91
Urteil vom 02.05.1991

Teleskop- und Konuskronen stellen Verbindungselemente dar und berechtigen zur Berechnung von Gebührennummer 508 neben Gebührennummer 504.

AG Solingen
Az 13 C 330/90
Urteil vom 26.03.1992

Die Gebührennummer 508 ist eine selbständige Leistung, die nicht denknotwendig immer und in jedem Fall mit der Gebührennummer 504 verbunden ist (wie beispielsweise Stützteleskope und Resilienzteleskope). Die Gebührennummer 508 ist neben der Gebührennummer 504 berechnungsfähig, wenn aktive, speziell gefräste Teleskopkronen zusätzlich zur protektiven und stützenden Funktion auch die Funktion als Verbindungselement nach der Gebührennummer 508 übernehmen.

AG Solingen
Az 10 C 114/92
Urteil vom 10.07.1992

Die Berechnung der Gebührennummern 504 und 508 nebeneinander ist möglich. Den Teleskop- bzw. Konuskronen kommt eine Verbindungsfunktion bei geteilten Prothesen und Brücken zu.

AG Erkelenz
Az 6 C 497/91
Urteil vom 29.07.1992

Bei Innenkonuskronen handelt es sich um Teilelemente, die durch ihre Gestaltung mit den Außenkonuskronen die zusätzliche Funktion eines Verbindungselementes darstellen, so daß neben der Gebührennummer 504 zusätzlich die Gebührennummer 508 abrechenbar ist.

AG Villingen-Schwenningen

Az 5 C 188/92

Urteil vom 16.12.1992

Die Gebührennummer 508 ist neben der Gebührennummer 504 gesondert berechenbar.

AG Köln

Az 124 C 436/92

Urteil vom 06.04.1993

Die Berechnung der Gebührennummern 504 und 508 nebeneinander ist im vorliegenden Fall zulässig, denn es sind unstreitig nicht nur Teleskopkronen, was allein die Gebühr der Gebührennummer 504 ausgelöst hätte, sondern solche mit Verbindungselement eingesetzt worden.

AG Bonn

Az 12 C 570/92

Urteil vom 07.09.1994

Es ist nach den detaillierten und nachvollziehbaren Feststellungen des Sachverständigengutachtens davon auszugehen, daß die Gebührennummer 508 neben bzw. in Verbindung mit der Leistung nach Gebührennummer 504 abgerechnet werden kann.

AG Mülheim

Az 19 C 182/93

Urteil vom 06.01.1995

Ein besonderes Verbindungselement im Sinne der Gebührennummer 508 stellt der sogenannte Resilienzausgleich dar, da durch ihn letztlich die Verbindung der Prothese geschaffen wird.

[Anmerkung: Dies konnte im vorliegenden Fall vom klagenden Zahnarzt nicht unter Beweis gestellt werden, weshalb das Gericht die Gebührennummer 508 als nicht berechnungsfähig ansah.]

AG Dortmund

Az 127 C 13172/95

Urteil vom 05.06.1996

Die Gebührennummern 508 und 504 sind eigenständige Maßnahmen, die gesondert abrechnungsfähig sind.

AG Celle

Az 15 C 224/98

Urteil vom 12.08.1998

Handelt es sich um eine aktive Doppelkrone, ist neben der Gebührennummer 504 zusätzlich die Gebührennummer 508 berechenbar.

**AG Leverkusen,
Az 25 C 45/00
Urteil vom 12.07.2000**

Die Gebührennummer 508 kann zurecht neben der Gebührennummer 504 in Ansatz gebracht werden. Ein Ausschluß nach § 4 (2) liegt nicht vor, da die jeweilige zugrunde liegende Leistung nicht bereits in der nach der weiteren Gebührennummer zu bewertenden anderen Leistung enthalten ist.

Eine Teleskopkrone stellt nicht von vornherein ein Verbindungselement dar, sondern erst durch die bestimmte Friktion entsteht ein zusätzliches Verbindungselement. Diese muß vom Zahnarzt genau geplant und im Wege weiterer Arbeitsschritte individuell exakt angepaßt werden.

**AG Bad Neuenahr-Ahrweiler
Az 3 C 2/97
Urteil vom 02.08.2000**

Sofern es sich bei Teleskopkronen nicht um bloße Resilienzkrone handelt, sondern sie auch die Funktion eines Verbindungselementes besitzen, sind die Gebührennummern 504 und 508 nebeneinander berechenbar.

----- contra -----

**Bundesverwaltungsgericht
Az 2 C 10.95
Urteil vom 30.05.1996**

bestätigendes Revisionsurteil zum

OVG Nordrhein-Westfalen
Az 12 A 841/92
Urteil vom 18.01.1995

teilweise aufhebendes Berufungsurteil zum

VG Köln
Az 3 K 923/90
Urteil vom 04.12.1991

Der Leitsatz des BVerwG: Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen ist hinsichtlich ihrer Angemessenheit grundsätzlich sowohl von der Beihilfestelle als auch durch die Verwaltungsgerichte voll überprüfbar.

Nur wenn ausnahmsweise bei objektiver Betrachtung ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen, ist dieser beihilferechtlich als angemessen anzusehen, soweit der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und der beihilfepflichtige Dienstherr nicht für rechtzeitige Klarheit über die von ihm vertretene Auslegung gesorgt hat.

Die Begründung in einzelnen: Neben der Gebührennummer 504 ist zusätzlich die Gebührennummer 508 bei Teleskopkronen nicht beihilfefähig. Gestützt auf die Stellungnahme des Sachverständigen von der Bayerischen Zahnärzte-

kammer besitzt die Teleskopkrone zwei Eigenschaften, sie sei zugleich Ankerkrone und Verbindungselement.

LG München I
Az 33 O 13371/89
Urteil vom 22.10.1990

Das Gericht lehnte die Berechenbarkeit beider Gebührennummern nebeneinander ab, da der Sachverständige/Gutachter vor Gericht die Auffassung vertrat, es gäbe keine Teleskopkrone, die nicht als Verbindungselement wirke.

LG München II
Az 8 S 5010/95
Urteil vom 25.01.1996

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Fürstenfeldbruck
Az 4 C 89/95
Urteil vom 13.06.1995

Wenn keine zusätzlichen Vorrichtungen (Riegel, Friktionsstifte, Federn, Bolzen, Geschiebe) angebracht werden, sondern lediglich durch Schaffung eines bestimmten Konuswinkels eine gewünschte Reibung erzielt wird, kann die Gebührennummer 508 nicht neben der Gebührennummer 504 berechnet werden. Aus der Stellungnahme des Bundesgesundheitsministeriums ergibt sich, daß Teleskopkronen eine Verbindungsfunktion von Primär- und Sekundärteil immanent ist.

VG Minden
Az 4 K 1856/90
Urteil vom 15.01.1992

Neben der Gebührennummer 504 ist eine Leistung nach der Gebührennummer 508 nicht berechnungsfähig, da eine Teleskopkrone schon aufgrund ihrer Funktion ein verbindendes Element ist und unter anderem auch deshalb gegenüber den anderen Kronenarten deutlich höher bewertet wurde.

VG Düsseldorf
Az 10 K 1508/91
Urteil vom 27.04.1992

Die Gebührennummer 508 ist nicht neben der Gebührennummer 504 abrechenbar.

VG Düsseldorf
Az 2 K 1960/90
Urteil vom 12.02.1993

Die Gebührennummer 508 ist nicht neben der Gebührennummer 504 abrechenbar.

VG Köln
Az 3 K 870/92
Urteil vom 15.02.1995

Zusätzliche Halte- und Verbindungselemente, die eine Anwendung der Gebührennummer 508 neben der Gebührennummer 504 rechtfertigen könnten, sind bei einer Teleskopkrone nicht vorhanden, so daß eine zusätzliche Abrechnung nach Gebührennummer 508 im Rahmen der gleichen Maßnahme ausscheidet. Eine Teleskopkrone dient zugleich als Ankerkrone und als Verbindungselement. Es gibt keine Teleskopkrone, die nicht als Verbindungselement wirkt, diese Verbindungswirkung ist schon durch die Gebührennummer 504 erfaßt.

VG Aachen
Az 1 K 2081/00
Urteil vom 30.01.2003

Die Gebührennummer 508 darf nicht zusätzlich neben 504 abgerechnet werden, da die Teleskop- oder Konuskronen zwei Eigenschaften besitzt, sie ist zugleich Ankerkrone und Verbindungselement. Die Haltefunktion wird durch Reibung ersetzt. Eine Teleskopkrone, die nicht zugleich die Funktion eines Verbindungselements erfüllt, ist demnach nicht denkbar.

AG Münsingen
Az 2 C 91/91
Urteil vom 13.06.1991

Die Gebührennummer 508 ist mit der Gebühr für 504 mit abgegolten.

AG Dortmund
Az 130 C 3804/91
Urteil vom 12.07.1991

Die Gebührennummern 505 ff. stellen Teilleistungen nach den Gebührennummern 500 bis 504 dar. Diese Teilleistungen sind in der höher bewerteten Gebührennummer 504 enthalten.

AG Mönchengladbach
Az 29 C 76/92
Urteil vom 29.05.1992

Die Gebührennummer sieht keine Nebeneinanderberechnung der Gebührennummern 504 und 508 vor.

AG Oldenburg
Az 17 C 569/92 V
Urteil vom 10.03.1993

Teleskopkronen an Prothesen gemäß Gebührennummer 504 sind stets Verbindungselemente, daneben ist kein Raum für die Anwendung der Gebührennummer 508.

AG Mannheim
Az 9 C 50/93
Urteil vom 24.06.1993

Die Frage, ob 508 neben 504 bei Teleskop- und Konuskronen berechenbar ist, wurde durch die höhere Bewertung der Leistung gemäß Gebührennummer 504 entschieden. Die in Rede stehende Teilleistung (Mehrarbeit durch Primär- und Sekundärteil) ist daher durch die gemäß Gebührennummer 504 erfolgte Berechnung abschließend in Rechnung gestellt. Die zusätzliche Berechnung nach Gebührennummer 508 ist daher unzulässig.

AG Lüneburg
Az 12 C 102/94
Urteil vom 28.07.1994

Unter Bezugnahme auf die Stellungnahme des Bundesgesundheitsministeriums vom 22.4.93 wird die Berechenbarkeit der Gebührennummer 508 neben der Gebührennummer 504 ausgeschlossen.

Das Gericht urteilt wörtlich: "An diesem in der Stellungnahme zum Ausdruck gekommenen Willen des Ordnungsgebers hat sich auch das Gericht bei der Auslegung der einzelnen Normen zu orientieren. Die Stellungnahme des Zahnarztes, der in erster Linie seine eigenen wirtschaftlichen Interessen im Auge haben dürfte, vermag hieran nichts zu ändern."

AG Düsseldorf
Az 39 C 3699/94
Urteil vom 02.08.1994

Die für Teleskopkronen berechnete Gebühr gemäß Gebührennummer 508 neben der in Rechnung gestellten Gebühr gemäß Gebührennummer 504 stellt gemäß § 4 (2) Satz 2 eine unzulässige Doppelberechnung dar.

AG München
Az 261 C 30974/94
Urteil vom 29.05.1995

Die Teleskop-/Konuskronen bildet selbst ein Verbindungselement, daher kann die Gebührennummer 508 nicht neben der Gebührennummer 504 berechnet werden.

AG Dortmund
Az 130 C 1388/96
Urteil vom 02.08.1996

Aus der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit ergibt sich die unzulässige Berechnung der Gebührennummer 508 neben der Gebührennummer 504.

AG Köln
Az 114 C 216/98
Urteil vom 22.07.1998

Die Berechnung der beiden. Gebührennummern 504 und 508 nebeneinander würde zu ungerechtfertigter Doppelhonorierung führen.

AG Dortmund
Az 118 C 9798/98
Urteil vom 26.01.1999

Aus dem Wortlaut der Gebührenordnung ergibt sich bereits, daß Gebührennummer 508 eine Teilleistung der höherbewerteten Gebührennummer 504 darstellt.

512 und 514

AG Köln
Az 126 C 194/98
Urteil vom 10.04.2001

Eine wiederholte Abrechnung der provisorischen Versorgung nach den Gebührennummern 512 und 514 mit dem Vermerk „Unterfütterung und Reparatur“ ist nicht statthaft. Ein evtl. entstehender Mehraufwand ist durch Ansatz im Hebesatz dieser Gebührennummern zu dokumentieren. Gerechtfertigt wäre ein erneuter Ansatz der oben genannten Gebührennummern nur z. B. bei Bruch oder Verlust des Provisoriums gewesen.

517

OLG Düsseldorf
Az 8 U 32/01
Urteil vom 13.05.2002

[Anmerkung: Die Beschwerde des beklagten Patienten gegen die Nichtzulassung der Revision gegen dieses OLG-Urteil wird vom BGH (Az III ZR 219/02 am 27.02.2003) zurückgewiesen.]

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 126/00
Urteil vom 21.12.2000

Der Patient beanstandet unter Hinweis auf die Stellungnahme seiner Krankenversicherung, daß die vom Zahnarzt mehrfach abgerechneten Leistungen nach der Gebührennummer 517 deshalb nicht gerechtfertigt sind, weil sich im Laufe der Behandlung nur zweimal eine medizinische Notwendigkeit dafür ergeben habe. Die Einwände sind nicht berechtigt, da der Zahnarzt im einzelnen erläutert hat, aus welchen Gründen die berechneten Abformungen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung des Beklagten erfolgten. Der Sachverständige hat keine Veranlassung gesehen, das Vorgehen des Zahnarztes zu beanstanden oder als medizinisch unvernünftig zu bezeichnen. Im Gegenteil hat er deutlich gemacht, daß die vom Zahnarzt damit angestrebte hohe Präzision insbesondere bei der prothetischen Versorgung nur dann erreicht werden kann, wenn entsprechende Abformungen häufiger erfolgen, wodurch gleichzeitig ansonsten erforderlich werdende Schleifarbeiten hinfällig werden.

OLG Düsseldorf
Az I-8 U 33/04
Urteil vom 14.04.2005

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 535/03
Urteil vom 08.01.2004

Die GOZ sieht keine Einschränkung der Häufigkeit der Berechnung der Gebührennummer 517 vor; die Berechnung erfolgt vielmehr entsprechend der Anzahl der notwendigen Abformungen. Die vom Zahnarzt erbrachten Leistungen nach der Gebührennummer 517 sind auch neben den Gebührennummern 601 bzw. 602 berechnungsfähig. Die Auffassung, neben den Gebührennummern 601 und 602 könne die Abformung des Kiefers nur nach den Gebührennummern 005 oder 006 berechnet werden, findet im Verordnungstext keine Stütze. Die Gebührennummern 005 und 006 betreffen einfache Abformungen des Kiefers, während die Gebührennummer 517 die Abformung mit einem individuellen Löffel betrifft, was u.a. dann in Betracht kommt, wenn

wegen der hohen Anforderungen an die Präzision der Arbeiten eine Abformung mit einem konfektionierten Löffel zur Sicherung des Behandlungserfolges nicht ausreicht. Die Auffassung des Beklagten, daß die Abformung nach der Gebührennummer 517 nicht neben den Leistungen nach den Gebührennummern 708, 709 berechnungsfähig sei, ist unzutreffend. Auch trifft es nicht zu, daß die Gebührennummer 517 nicht neben den Gebührennummern 801ff. berechnungsfähig wäre.

LG Berlin
Az 6.0.311/94
Teil- und Teilgrundurteil vom 18.08.1994
Schlußurteil vom 01.12.1994

Die Notwendigkeit des Einsatzes von Stops etc. bei Verwendung eines individualisierten Konfektionslöffels für die Hydrokolloidabformung rechtfertigt die analoge Anwendung der Gebührennummer 517, dann aber nur mit dem Steigerungssatz 2,3.

VG Köln
Az 3 K 1352/91
Urteil vom 04.08.1993

Die Gebührennummer 517 ist nicht durch die Gebührennummer für Inlays und Kronen mit abgegolten. Die Gebührennummer 517 erschöpft sich ihrem Leistungsinhalt nach nicht in der Abformung präparierter Zähne. Vielmehr soll bei ungünstigen Zahnbögen und Kieferkammverhältnissen durch die anatomische Abformung eines Kiefers die klinische Situation deutlich gemacht werden. Angesichts der umfänglichen Gebißsanierungen scheinen diese Maßnahmen, nicht zuletzt um den Behandlungserfolg auf Dauer zu garantieren, medizinisch notwendig.

VG Düsseldorf
Az 10 K 4151/93
Urteil vom 09.03.1994

Die Abformung von zwei Zähnen für Leistungen nach den Gebührennummern 222 und 221 mit einem individuellen Löffel ist nicht nach Gebührennummer 517 berechenbar. Die Gebührennummer 517 ist schon ihrem Wortlaut nach nur für die Abformung eines ganzen Kiefers gedacht. Nach dem Wortlaut der Gebührenordnung sind durch die Leistungen nach 220 bis 222 Abformungen mit abgegolten. Unerheblich ist, welche Art von Abformung der Zahnarzt vorgenommen hat.

AG Düsseldorf
Az 20 C 6491/93
Urteil vom 20.08.1993

Die Gebührennummer 517 ist entgegen anderslautender Auffassung nicht nur im Rahmen einer prothetischen Behandlung honorarfähig. Unabhängig davon, ob eine prothetische oder eine konservierende Behandlung durchgeführt wird, kann eine besondere Situation, so etwa eine eingeschränkte Mundöffnung, die Anwendung konfektionierter Abdrucklöffel unmöglich machen, sodaß ein in-

dividuell gefertigter Abdrucklöffel angefertigt werden muß. In beiden Fällen kann der Zahnarzt dies mit der Gebührennummer 517 abrechnen.

AG Wuppertal
Az 37 C 573/92
Urteil vom 21.02.1994

Die fünfmalige Berechnung der Gebührennummer 517 für die Abformung mit individuellem Löffel an einem Behandlungstag ist nicht zulässig, da gemäß Gebührenverzeichnis diese Leistung je Kiefer nur einmal berechnet werden kann.

AG Düsseldorf
Az 25 C 2398/93
Urteil vom 25.05.1994

Ein mehrfacher Abdruck mit einem individuellen Löffel kann nach Ansicht des erkennenden Gerichts nicht nur einmal je Oberkiefer berechnet werden sondern auch zweimal, wenn eine zweite Abformung erforderlich ist

AG Düsseldorf
Az 25 C 3219/92
Schlußurteil vom 29.06.1994

Die dreimalige Erbringung der Leistung nach Gebührennummer 517 ist dann zu Recht berechenbar, wenn nur bei einer dreifachen Kontrolle durch drei Funktionsträger identische Voraussetzungen sowohl für die Bißlage als auch für die Wachsmodellation und Gußobjekte zu verifizieren sind. Daß dies im vorliegenden Fall sinnvoll gewesen ist, hat der Behandlungsablauf ergeben, da keine Wiederholungssitzungen für Korrekturen notwendig waren.

AG Düsseldorf
Az 49 C 9765/95
Urteil vom 26.10.1995

Die Berechenbarkeit der Gebührennummer 517 im Zusammenhang mit Einzelkronen und Brücken setzt voraus, daß im streitigen Fall dargelegt werden kann, ob ein ungünstiger Zahnbogen oder ähnliches vorgelegen hat.

AG Düsseldorf
Az 41 C 21418/94
Urteil vom 05.07.1996

Die Gebührennummer 517 ist neben der Gebührennummer 222 berechnungsfähig, wenn sich im Behandlungsfall Indikationen für Abformmaßnahmen stellen, die über den Leistungsinhalt der Gebührennummer 222 hinausgehen.

AG Düsseldorf
AZ 20 C 3454/00
Urteil vom 24.01.2003

Die vom Zahnarzt mittels eines individualisierten Konfektionslöffels genommenen Abdrücke sind nach der Gebührennummer 517 abrechenbar. Denn nicht nur der im zahntechnischen Labor aus Kunststoff hergestellte Löffel erfüllt Kriterien eines individuellen Löffels. Es ist auch möglich, den individualisierten Konfektionslöffel (zum Beispiel mittels Einbringen von Kunststoffstopps im Zahnbereich und Abdämmen im distalen Tuber- oder Gaumenbereich bei einem Hydrokolloidlöffel) unter der Gebührennummer 517 zu berechnen.

600 und folgende

BUNDESGERICHTSHOF

Az III ZR 264/03

Urteil vom 27.05.2004

aufhebendes Revisionsurteil zum

LG München II

Urteil vom 29.07.2003

abänderndes Revisionsurteil zum

AG Starnberg

Urteil vom 22.01.2003

Die Auffassung, die Gebührennummer 600 müsse auch im Rahmen von implantologischen Leistungen berechnungsfähig sein, kann vom BGH nicht geteilt werden, da die Grundvoraussetzung für eine Analogbewertung gemäß § 6 (2) GOZ - nämlich die Entwicklung einer selbständigen zahnärztlichen Leistung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse nach Inkrafttreten der Gebührenordnung - nicht näher dargelegt wird. Darüber hinaus wären die Materialkosten ohnehin gemäß § 4 (3) GOZ mit den Gebühren abgegolten.

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof

Az 3 B 95.1895

Urteil vom 24.03.1997

aufhebendes Berufungsurteil zum

VG Regensburg

Az RO 1 K 94.1909

Urteil vom 19.04.1995

Für den Verlängerungszeitraum einer kieferorthopädischen Behandlung erscheint nur ein Bruchteil der für die vierjährige Behandlungszeit angesetzten Gebühr als angemessen. Der nochmalige Ansatz der vollen Gebühr bzw. des vollen Schwellenwertes für den über vier Jahre hinausgehenden Behandlungszeitraum erscheint nur in dem (wohl seltenen) Ausnahmefall angemessen, daß der Kieferorthopäde in diesem Zeitraum die Kieferumformung – bezogen auf neue Zahngruppen – (nochmals) ganz oder zumindest zu einem erheblichen Teil durchführt, oder daß ursprünglich nicht vorhersehbare Risiken auftreten. Wenn dagegen lediglich die ursprüngliche Kieferumformung einen längeren Zeitraum als vier Jahre in Anspruch nimmt, erscheint der nochmalige Ansatz des vollen Schwellenwertes unter sämtlichen Kriterien des § 5 (2) nicht gerechtfertigt. Vielmehr müßte die Möglichkeit zum nochmaligen Ansatz des Schwellenwertes in diesem Fall als ein mit dem Gebot der Sparsamkeit nicht vereinbarer Anreiz angesehen werden, die Behandlung über einen Zeitraum von vier Jahren hinaus zu verlängern.

OLG Düsseldorf
Az I – 8 U 123/02
Urteil vom 08.04.2004

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 332/99
Urteil vom 10.10.2002

Soweit der Privatgutachter die Berechnung der Gebührennummern 601 und 602 rügt, ist dies nicht berechtigt. Die Tatsache, daß diese Gebührennummern im Abschnitt über die kieferorthopädische Behandlung geregelt sind, bedeutet nicht, daß sie nicht berechnet werden können, wenn die entsprechenden Leistungen im Zusammenhang mit der prothetischen Versorgung des Patienten erbracht werden. Es handelt sich dabei um ein zusätzliches, weitergehendes Untersuchungsverfahren, das neben der Grunduntersuchung nach der Gebührennummer 001 gesondert berechnet werden kann.

LG Dresden
Az 15 S 0334/98
Urteil vom 01.12.2000

abänderndes Berufungsurteil

AG Dresden
Az 111 C 7349/97
Urteil vom 20.02.1998

Weiterhin ist im Zusammenhang mit prothetisch-implantologischen Leistungen die Rechnung gestellte Gebührennummer 619 für ein Gespräch mit Anweisung zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen nicht berechenbar. Diese Gebührennummer gehört zu den kieferorthopädischen Leistungen. Es ist nicht zu erkennen, warum kieferorthopädische Leistungen zu erbringen waren.

AG Köln
Az 133 C 379/96
Urteil vom 22.11.1996

Die Gebührennummer 619 ist nur bei kieferorthopädischen Leistungen berechenbar.

AG Burgwedel
Az 73 C 45/01
Urteil vom 21.02.2002

Die Leistung der Gebührennummer 619 ist nicht bereits Inhalt der Gebührennummer 100 bzw. 001 und kann von daher gesondert neben diesen abgerechnet werden.

AG Burgwedel
Az 73 C 17/01 (II)
Urteil vom 21.02.2002

Der Ansatz der Gebührennummer 619 setzt keine kieferorthopädische Behandlung voraus. Inhalt ist ein beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen. Neben der Leistung nach 619 ist eine Leistung nach 001 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig. Eine solche Abrechnung hat der Zahnarzt auch nicht vorgenommen. Am betreffenden Behandlungstag ist nur die Gebührennummer 001, nicht jedoch die 619 berechnet worden. Der Zahnarzt war berechtigt, für dieselbe Sitzung die Gebührennummern 100 und 619 in Ansatz zu bringen.

AG Hamburg
Az 23A C 466/01
Urteil vom 02.03.2004

Die Krankenversicherung hat auch 75 % der Kosten für die in Rechnung gestellten Gebührennummern 602 und 619 zu erstatten. Aufgrund des im Zusammenhang mit der vorgeschalteten Feststellungsklage ergangenen Urteils des Landgerichts Hamburg steht fest, daß die entsprechenden zugrunde liegenden Leistungen medizinisch indiziert waren und das Unternehmen nach dem Nachweis der Durchführung der Behandlung die vertraglich geschuldete Erstattung auf die Behandlungskosten zu erbringen hat, jedenfalls dann, wenn die in diesen Gebührennummern geregelte Leistung nicht inhaltsgleich ist mit einer Leistung, die bereits in einer anderen Gebührennummer enthalten und berechnet worden ist.

Letzteres war hier nicht der Fall, wie sich aus den Gutachten des Sachverständigen eindeutig ergibt. Hier war – neben der Ausmessung des Alveolarfortsatzes des Kiefers (Gebührennummer 900) – eine allgemeine Messung des Schädels notwendig, da bei dem Patienten ein maligner Tumor vorgelegen hat und zudem eine funktionsanalytische Diagnostik erforderlich war. Da hierzu ein beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen geführt wurde, dürfen die Gebührennummern 602 und 619 neben der 900 berechnet werden.

AG Düsseldorf
Az 41 C 19640/02
Urteil vom 09.07.2004

Der Ansatz der Gebührennummer 601 für eine Analyse der Modelle im Mandibular-Positions-Indikator ist berechtigt. Diese Gebührennummer ist nicht nur in Verbindung mit einer kieferorthopädischen Behandlung berechenbar [Siehe Urteil LG Düsseldorf – 22 S 436/95 – Urteil vom 22.12.1998].

700 und folgende

LG Dresden
Az 11-O-7277/97
Urteil vom 06.05.1999

Mit den Leistungen nach den Gebührennummern 708 bis 710 ist das „Entfernen und Wiedereingliedern der Kronen“ mit abgegolten.

AG Bad Homburg
Az 2 C 1051/92
Urteil vom 30.06.1993

Die Gebührennummern 224 und 506 sind neben den Gebührennummern 708 und 709 berechnungsfähig, da Leistungen, auch Teilleistungen, zur Versorgung von Zähnen mit Kronen oder Brücken keine zahnärztlichen Maßnahmen zum Schutz dieser Zähne beinhalten, so daß bei einer Interimsversorgung von Zähnen oder Zahnlücken die genannten Gebührennummern nochmals in Ansatz gebracht werden können.

[Anmerkung: Aus dem vorliegenden Urteil geht nicht eindeutig hervor, ob es sich im vorliegenden Falle um eine abgebrochene oder nur um eine unterbrochene Behandlung handelt.]

AG Aachen
Az 12 C 127/93
Urteil vom 09.08.1993

Die Gebührennummer 708 ist für eine Langzeitrestauration dann nicht berechenbar, wenn später als definitive Versorgung statt einer Krone eine Einlagefüllung durchgeführt wird.

AG Mülheim
Az 19 C 182/93
Urteil vom 06.01.1995

Die Gebührennummern 708 und 709 sind bei Interimskronen und -brücken dann ansetzbar, wenn es bei einem Überbrückungszeitraum von jedenfalls 6 Wochen schlecht für die Zähne wäre, andere Provisorien einzusetzen, die eventuell zwischenzeitlich wieder herausgenommen werden müßten und nicht die entsprechende Qualität aufwiesen.

800 und folgende

OLG Düsseldorf
Az 8 U 118/01
Urteil vom 21.03.2002

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 238/97
Urteil vom 26.04.2001

Die beklagte Patientin weist zwar zutreffend darauf hin, daß sich eine Berechtigung zur mehrfachen Berechnung der Gebührennummer 806 (Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Erstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten) entgegen der Auffassung des Landgerichts nicht aus dem Heil- und Kostenplan, in dem eine 6-malige Berechnung dieser Gebührennummer vorgesehen ist, herleiten läßt. Allerdings hat der von dem Landgericht beauftragte Sachverständige in seinem schriftlichen Gutachten unter Hinweis auf die angewandte aufwendige Untersuchungstechnik und unter Auseinandersetzung mit der zu der Gebührenrechnung veröffentlichten Literatur deutlich gemacht, daß angesichts der Indikationslage hier keine Bedenken gegen eine 6-malige Abrechnung der Gebührennummer bestehen.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 32/01
Urteil vom 13.05.2002

[Anmerkung: Die Beschwerde des beklagten Patienten gegen die Nichtzulassung der Revision gegen dieses OLG-Urteil wird vom BGH (Az III ZR 219/02 am 27.02.2003) zurückgewiesen.]

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 126/00
Urteil vom 21.12.2000

Wiederholte Maßnahmen (im Zeitabstand von 3 Monaten) nach den Gebührennummern 803 und 804 sind dann nicht in Frage zu stellen, wenn die Leistung zunächst der Feststellung der Bißverhältnisse und danach der Überprüfung der Modelle dient. Diese Handhabung ist als sachgerecht und wichtig für die rechtzeitige Erkennung von Funktionsstörungen anzusehen.

Die Leistungsbeschreibung der Gebührennummer. 806 gibt zwar nicht eindeutig Auskunft über die Frage einer mehrfachen Berechnung von einzelnen Registriervorgängen. Allerdings hat der Sachverständige die unterschiedlich aufwendigen Handhabungsvarianten beschrieben und deutlich gemacht, daß das vom Zahnarzt gewählte Verfahren einen besonders hohen Aufwand mit

sich bringt. Unter diesen Umständen erscheint es gerade angesichts einer von dem Patienten gewählten Behandlung auf besonders hohem Niveau nicht akzeptabel, die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen nicht auch entsprechend zu honorieren. Auch in der Literatur wird darauf hingewiesen, daß angesichts eines erhöhten zahnärztlichen Aufwandes eine nur einfache Berechnung ungenügend ist (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zur GOZ). Nach Auffassung des Senates verbietet der Wortlaut der Gebührennummer nicht die angemessene Anpassung angesichts des vom Zahnarzt im konkreten Fall feststellbar betriebenen hohen Aufwandes.

LG Düsseldorf
Az 20 S 179/90
Urteil vom 22.03.1991

Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 30 C 3257/90
Urteil vom 10.08.1990

Leistungen nach 801, 802, 804 und 805 setzen voraus, daß die regelrechte Schlußbißlage nicht mehr sicher feststellbar ist und das Gebiß umfangreich saniert wird. Die Abrechenbarkeit dieser Gebührennummern ist zudem davon abhängig, daß eine fachgerechte Befunderhebung nach Gebührennummer 800 durchgeführt wird. Wird diese nicht durchgeführt, so sind die Leistungen Bestandteil der Gebührennummern 215-217 und 220.

LG Duisburg
Az 4 S 473/92
Urteil vom 24.06.1994

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Wesel
Az 4 C 287/92
Urteil vom 24.11.1992

Bei einer Versorgung mit Kronen ist die zahnärztliche Leistung "Relationsbestimmung" nicht in den Gebührennummern 220 bis 222 mit eingeschlossen. Eine zusätzliche Berechnung von funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen nach den Gebührennummern 800 ff. ist daher möglich. Der vorgetragene Einwand des Beklagten, die Annahme einer Indikation für die funktionsanalytischen und -therapeutischen Maßnahmen sei ohne eine spezielle Befunderhebung zweifelhaft, gibt dem Gericht keine Veranlassung zu einer anderen Beurteilung.

LG Köln
Az 25 O 242/93
Urteil vom 22.05.1996

Die Gebührenordnung sieht nicht vor, daß die Gebührennummern 801 bis 810 nur nach vorheriger Befunderhebung des stomatognathen Systems gemäß Formblatt nach Gebührennummer 800 erfolgen dürften. Die private Krankenversicherung hat daher auch ohne Befunderhebung nach Gebührennummer

800 die Leistungen nach den Gebührennummern 801 bis 810 tarifgemäß zu erstatten.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind auch dann als medizinisch notwendig anzusehen, wenn eine umfangreiche restaurative Versorgung geplant ist. Hierbei kommt es nicht entscheidend darauf an, ob subjektive Beschwerden des Patienten im stomatognathen System belegt sind. Allein Art und Umfang der beabsichtigten restaurativen Versorgung rechtfertigen die Vornahme der funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.

Neben der zahnärztlichen Gebührennummer 808 kann vom Zahntechniker die Position BEB 0312 berechnet werden. Durch die geringe Honorierung der Gebührennummer 808 ergibt sich zwanglos, daß damit nur geringfügige Arbeiten abgegolten sein sollen.

LG Stuttgart
Az 6 S 48/98
Urteil vom 19.11.1998

Berufungsurteil zum

AG Stuttgart - Bad Cannstatt
Az 1 C 2822/97
Urteil vom 23.12.1997

Die Leistungen nach Gebührennummern 801, 802 und 804 sind auch dann berechenbar, wenn die Befunderhebung nach der Gebührennummer 800 fehlt.

LG Offenburg
AZ 1 S 48/00
Urteil vom 09.10.2001

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Offenburg
AZ 2 C 63/99
Urteil vom 13.01.2000

Die Gebührennummern 800 und 808 sind trotz ihrer grundsätzlichen Abrechnungsfähigkeit im vorliegenden Fall nicht abrechenbar, da der Zahnarzt nichts dazu darlegen konnte, weshalb er aus fachlicher Sicht jeden Monat eine Behandlung vorgenommen hat, welche die genannten Gebührennummern auslöst. Darüber ist die erforderliche Dokumentation nicht nachgewiesen.

AG Hameln
Az 22 C 399/97 (5)
Urteil vom 30.12.1998

Der Zahnarzt war berechtigt, dem Patienten für die durchgeführte diagnostische Maßnahmen an Modellen 6-mal die Gebührennummer 808 sowie 4-mal die Gebührennummer 806 (analog) für die elektronischen dreidimensionalen Aufzeichnungen des Unterkiefers sowie die Materialien Myo-Troden, Myo-Print und Duo-Troden in Rechnung zu stellen.

Hinsichtlich der Gebührennummer 808 ergibt sich nicht allein aus der Leistungsbeschreibung im Plural, daß diese Maßnahmen nur einmal erstattungsfähig sind. Sinn und Zweck der Aufgliederung der Gebührenordnung für Zahnärzte in die vielzähligen Positionen ist es gerade, dem Zahnarzt für jeden einzelnen medizinisch indizierten eigenständigen Behandlungsschritt einen bestimmten Vergütungsanspruch zuzuweisen. Es ist daher nur nachvollziehbar, wenn der Sachverständig zu dem Ergebnis kommt, daß die Gebührennummer 808 je Analysegang und Modellpaar berechenbar ist. Die von der Krankenversicherung vertretene Auffassung, die Gebührennummer sei unabhängig vom Aufwand der Maßnahme nur einmal berechnungsfähig, würde zu unbilligen Ungerechtigkeiten führen.

Die obigen Ausführungen gelten gleichermaßen für die Mehrfachabrechnung der Gebührennummer 806, wobei der Zahnarzt die analoge Abrechnungsweise nach § 6 (2) dokumentierte. Der Sachverständige hat in der mündlichen Verhandlung klargestellt, daß die angewandte Methode der Registrierung von Unterkieferbewegungen zur Einstellung volladjustierbarer Artikulatoren nach den gemessenen Werten vor Inkrafttreten der Gebührenordnung von 1988 in ihrer heute möglichen komplexen Anwendung nicht bekannt war, eine analoge Anwendung der Gebührennummer 806 mithin gerechtfertigt war. Die Mehrfachberechnung ist nach den Ausführungen des Sachverständigen insbesondere im Hinblick auf die besondere Aufwendigkeit der Maßnahme, die sich wiederum in selbstständige Einzelschritte gliedert, geboten. Danach werden in 3- bis 4-stündigen Sitzungen mehrere Registrierungen von Unterkieferbewegungen mit Unterbrechungen, bedingt durch diagnostische wie therapeutische Maßnahmen, vorgenommen.

LG Wuppertal
Az 16 S 251/99
Urteil vom 15.02.2000

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Wuppertal
Az 37 C 1/99
Urteil vom 13.09.1999

Die Gebührennummer 801 kann für notwendige Remontagen auch mehrfach in einer Behandlung abgerechnet werden.

VG Düsseldorf
Az 10 K 573/91
Urteil vom 22.07.1991

Die Gebührennummer 802 ist nur bei vorliegender Notwendigkeitsbescheinigung berechenbar. "Das Erfordernis einer Notwendigkeitsbescheinigung war aus Sicht des Verordnungsgebers gerechtfertigt."

VG Düsseldorf
Az 2 K 852/90
Urteil vom 19.01.1993

Im Rahmen derselben Behandlung können neben den Gebührennummern 221, 501 und 521 die Gebührennummern nach 800 bis 810 nicht berechnet

werden, da mit den Gebührennummern nach 221, 501 und 521 die Relationsbestimmung abgegolten ist. Mit der Maßnahme nach Gebührennummer 801 wird die Zuordnung des Unterkiefers zum Oberkiefer in der Zentrallage registriert. Nichts anderes geschieht bei der "Relationsbestimmung" bzw. der "Bestimmung der Kieferrelation" - mit diesen Begriffen ist die Bißnahme gemeint.

VG Düsseldorf
Az 10 K 1584/92
Urteil vom 17.03.1993

Leistungen nach den Gebührennummern. 801, 802, 804 und 805 sind nur berechnungsfähig, wenn die ihnen zugrundeliegenden Leistungen die Leistung nach der Gebührennummer 800 vorangegangen ist.

VG Düsseldorf
Az 10 K 4151/93
Urteil vom 09.03.1994

Die Gebührennummern 802 und 804 betreffen funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen. Sie sind nur abrechenbar, wenn der Zahnarzt zuvor eine Befunderhebung des stomatognathen Systems nach der Gebührennummer 800 auf dem dafür eingeführten Formblatt erstellt hat. Einzelne Leistungen unter Verzicht auf die zahnärztlichen Maßnahmen nach Gebührennummer 800 sind nicht vergütungsfähig.

VG Düsseldorf
Az 10 K 9290/93
Urteil vom 24.01.1996

Auch wenn mehr als zwei Registrare nach Gebührennummer 801 erforderlich sein sollten und auch als solche durchgeführt wurden, ist diese Gebührennummer höchstens zweimal berechnungsfähig.

AG Siegburg
Az 7 C 371/90
Urteil vom 10.01.1991

Das ordnungsgemäße Einpassen einer Krone, gleichgültig welcher Hilfsmittel man sich dabei bedient, wird durch die Gebührennummer 221 abgegolten.

AG Moers
Az 7 C 727/90
Urteil vom 29.11.1991

Funktionsanalytische bzw. funktionstherapeutische Leistungen sind nicht von vornherein mit den prothetischen und konservierenden Leistungen identisch, sondern betreffen verschiedene zahnärztliche Leistungen. Eine gesonderte Abrechnung der Gebührennummer als Leistungen mit eigenständigem Gewicht kommt jedoch nur in Betracht, wenn die regelrechte Schlußbißlage nicht mehr sicher ist und das ganze Gebiß umfangreich saniert werden muß.

In einem derartigen Fall ist die Befunderhebung des stomatognathen Systems auf einem besonderen Formblatt zu dokumentieren.

AG Dinslaken
Az 9 C 51/92
Urteil vom 21.10.1992

Mit der Gebührennummer 810 können im allgemeinen sämtliche sog. Einschleifkorrekturen berechnet werden, sowohl am natürlichen Gebiß als auch am festsitzenden wie herausnehmbaren Zahnersatz, ohne daß es einer sog. Funktionsanalyse klinischer oder instrumenteller Art als Voraussetzung gesonderter Vergütungsfähigkeit bedarf.

Die Gebührennummer 810 kann nicht für neu eingegliederten Zahnersatz berechnet werden.

AG Geilenkirchen
Az 5 a C 689/91
Urteil vom 29.01.1992

Ein Vergütungsanspruch bezogen auf die Gebührennummern 801, 802 und 804 ist nicht gegeben. Die hierdurch erfaßten Leistungen sind nämlich als Bestandteil einer anderen Leistung bereits durch die Gebührennummern 500 bis 504 abgegolten. Für die funktionsanalytische beziehungsweise funktionstherapeutische Behandlung können allenfalls bei einer umfangreichen Gebißsanierung, wenn die regelrechte Schlußbildung durch Einbruch der vertikalen Stützzonen und/oder die Führung der seitlichen Unterkieferbewegungen nicht mehr sicher festgestellt sind, Leistungen in Ansatz gebracht werden. Eine derartige Notwendigkeit besteht bei der bloßen Versorgung mit Zahnersatz nicht. *[Anmerkung:* Dieses Urteil wurde vom Landgericht Aachen wegen eines Verfahrensfehlers nach ZPO aufgehoben, und die Streitsache wurde zur Neuverhandlung an das AG Geilenkirchen zurückverwiesen. Unter demselben Aktenzeichen erging dann folgendes Urteil:

AG Geilenkirchen
Az 5 a C 689/91
Urteil vom 14.01.1994

Leistungen nach den Gebührennummern 801, 802 und 804 sind keine notwendige Vorarbeit für die Überkronung, sondern Maßnahmen, die nur bei besonderer Indikation vorzunehmen sind. Behandlungen nach den Gebührennummern 800 ff. stehen somit nicht in notwendigem sondern nur in besonderen Fällen indiziertem Zusammenhang mit Gebührennummern nach 500 ff. Die gegenteilige Auffassung findet in den Gebührennummern 800 ff. und 500 ff. keine Rechtfertigung, da die Gebührennummern keinen Hinweis darauf enthalten, daß nur die Leistungen gesondert abgerechnet werden können, die mit der jeweils beschriebenen Tätigkeit in keinem Zusammenhang stehen.

AG München
Az 221 C 23908/93
Urteil vom 14.01.1994

Das FGP-Verfahren eröffnet keine Berechnungsmöglichkeit außerhalb der Gebührenordnung. Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses umfaßt die Ge-

bührennummern für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen. Darüber hinausgehende gebührenrechtliche Erwägungen in diesem Bereich hat der Verordnungsgeber nicht eröffnet. Das FGP-Verfahren findet bereits seit längerer Zeit Anwendung und war dem Verordnungsgeber bei Erlass der Gebührenordnung bekannt. In § 6 (2) ist bestimmt, daß ein Zahnarzt alle selbständigen Leistungen, die erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, in Anlehnung an das Gebührenverzeichnis berechnet werden können. Dies trifft für das FGP-Verfahren nicht zu, da dieses Verfahren bei Erlass der Verordnung bereits angewendet wurde und der Verordnungsgeber insoweit keine Sonderregelung zur Berechnung der darauf basierenden zahnärztlichen Leistungen getroffen hat. Daher sind auch diese Leistungen nach Abschnitt J abgegolten.

Die Gebührennummer 801 des Gebührenverzeichnisses bestimmt, daß diese Gebührennummer höchstens zweimal berechnungsfähig ist. Ausnahmen sind insoweit nicht vorgesehen. Daher hätte die Gebührennummer auch nur zweimal berechnet werden dürfen. Zu einer darüber hinausgehenden Erstattung ist die Beklagte nicht verpflichtet.

Die Kosten für Abdruckstifte und Registrierhilfen sind als Material- und Laborkosten bereits von den Gebührennummern 800 ff des Gebührenverzeichnisses erfaßt. Eine Ausnahme hiervon sieht das Gebührenverzeichnis in Abschnitt A 2. nur für Abformungsmaterial vor.

AG Mönchengladbach
Az 33 C 318/93
Urteil vom 13.04.1994

Leistungen nach Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses - hier nach Nrn. 801, 802 und 804 - können nur dann - hier neben den Gebühren nach Gebührennummer 222 - gesondert in Rechnung gestellt werden, wenn es sich um eine umfangreiche Gebißsanierung handelt und die richtige Schlußbißstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist. In derartigen Ausnahmefällen ist regelmäßig die Befunderhebung des stomatognathen Systems nach Gebührennummer 800 erforderlich. Grundsätzlich ist die Relationsbestimmung Bestandteil der Gebührennummer 222.

AG Neuss
Az 39 C 168/93
Urteil vom 04.05.1994

Grundsätzlich ist mit der Gebührennummer 217 auch die Bestimmung der Kieferrelation abgegolten. Zwar können die Kosten für eine Funktionsanalyse neben der Gebührennummer 217 dann abgerechnet werden, wenn diese ausgeführt wird, dies muß aber in einem Formblatt nach Gebührennummer 800 dokumentiert werden, damit überprüft werden kann, inwieweit diese Leistungen erbracht worden sind. Die Abrechnung nach den Gebührennummern 800 ff. der Gebührenordnung ist nicht möglich, wenn die Dokumentation, wie sie auch nach der Gebührenordnung erforderlich ist, fehlt.

AG Brühl
Az 29 C 6/94
Urteil vom 28.06.1994

Die Gebührennummern 801, 802 und 804 sind grundsätzlich mit den Gebührennummern 221 abgegolten, so daß einer weiteren Berechnung § 4 (2) entgegensteht. Die Gebührennummer 800 wird zudem nicht geltend gemacht, die grundsätzlich erst einmal den Befund dafür erhebt, daß weitere Leistungen, etwa nach den Gebührennummern 801 ff. notwendig sein können. Es erscheint zwar denkbar, daß die Gebührennummern 801, 802 und 804 auch ohne die Berechnung der Gebührennummer 800 angesetzt werden können. Dies kann aber nicht mit Verweis auf eine Kommentarstelle begründet werden. Hier hätte es einer eingehender Darlegungen bedurft, warum hier ohne die Befunderhebung nach Gebührennummer 800 die weiteren Leistungen nach Gebührennummern 801, 802 und 804 trotz der in den Gebührennummern 220 bis 222 enthaltenen Leistungen notwendig gewesen sein könnten.

AG Düsseldorf
Az 25 C 3219/92
Schlußurteil vom 29.06.1994

Die zweimalige Erbringung von funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen, die nacheinander im Abstand von nur wenigen Tagen in der Planungsphase durchgeführt werden, ist - wenn auch möglicherweise unüblich - dann als medizinisch notwendig anzusehen, wenn es im Zeitpunkt der Behandlung jedenfalls vertretbar war, daß der Zahnarzt mit der alten prothetischen Versorgung eine Voranalyse zur Planung der funktionellen Vorgehensweise primär festlegte und danach, also nach Abnahme der Kronen und Brücken, die exakten Parameter für die definitive Versorgung ausgemessen hat, um keine Störungen aus der alten Restauration zu übernehmen.

AG Düsseldorf
Az 50 C 9377/90
Urteil vom 30.08.1994
(Urteil zur Bugo 65)

Funktionsanalytische Maßnahmen - d.h. die Herstellung der restaurativen Arbeiten in einem teiljustierbaren Artikulator - sind aufgrund der bei der Patientin festgestellten großen Kauflächendefekte zweier sich gegeneinander abstützenden Zähne im Ober- und Unterkiefer zum Aufbau einer harmonischen und störungsfreien Okklusion der Zahnreihen als eine medizinisch indizierte und vertretbare Heilbehandlung anzusehen. Der Zahnarzt ist zur Geltendmachung der dafür angefallenen Kosten berechtigt.

Die Einstellung einer harmonischen störungsfreien Okklusion stellt nicht nur die Voraussetzung für die problemlose Inkorporation eines Zahnersatzes dar, sondern ist auch von entscheidender Bedeutung zur Vermeidung funktioneller Erkrankungen, wie Zahnschmerzen, Zahnfleischerkrankungen, Muskelschmerzen, Kiefergelenkerkrankungen und Schmerzen im Kopf-Halsbereich. Die Behandlung eines Patienten mit größeren Restaurationen wie im vorliegenden Fall ohne funktionsanalytische Maßnahmen ist aus fachlicher Sicht nicht als "bestmöglich" anzusehen.

AG Leverkusen
Az 20 (25) C 293/93
Urteil vom 04.10.1994

Für die optoelektronische Gelenkbahnregistrierung als Condylenpositionsanalyse wurde im streitigen Fall je gespeicherte parazentrische Grenzposition die Gebührennummer 803 analog berechnet, ebenso kam für die optoelektronische Gelenkbahnregistrierung als Stereognathogramm je gespeicherte kinematische Bewegungseinheit die Gebührennummer 806 in analogen Ansatz. Diese Analogberechnungen entsprechen nach Auffassung des Gerichts nicht den Regelungen der Gebührenordnung.

Bei Inkrafttreten der Gebührenordnung am 1. Januar 1988 war die elektronische Aufzeichnung und Analyse von Kiefergelenksbewegungen ein in der zahnmedizinischen Wissenschaft seit Jahren bekanntes Verfahren, lediglich speziell die optoelektronische Registrierung von Kiefergelenkbewegungen wurde erst nach dem Erlass der Gebührenordnung in der Zahnheilkunde wissenschaftlich untersucht und bewertet. Nach der Intention des Verordnungsgebers sollte aber Raum für eine Analogbewertung nach § 6 (2) nur da bleiben, wo diagnostische und therapeutische Leistungen neu entwickelt werden, die unter bereits bekannte Leistungen nicht subsumiert und nicht über den Gebührenrahmen erfaßt werden können. Gerade davon kann aber bei der im streitigen Fall durchgeführten Leistung keine Rede sein, da die elektronische Aufzeichnung und Analyse von Kiefergelenkbewegungen bereits bekannt war und dennoch nicht in das Leistungsverzeichnis aufgenommen wurde.

Die Durchführung der optoelektronischen Registrierung von Kiefergelenkbewegungen kann daher nur als Verlangensleistung nach § 2 (3) vereinbart werden.

AG Düsseldorf
Az 31 C 15284/94
Urteil vom 09.12.1994

Es ist nach Auffassung des Gerichts nicht nachvollziehbar, warum die Berechtigung der Gebührennummern 801, 804 und 805 im Verhältnis Zahnarzt-Patient von einem Befundbericht nach 800 abhängig gemacht wird. Der Zahnarzt kann nicht gezwungen werden, medizinisch nicht notwendige Leistungen zu erbringen und abzurechnen.

AG Eschweiler
Az 18 C 561/93
Urteil vom 24.02.1995

Die Gebißfunktionsprüfung (800) ist als gnathologische Maßnahme voll zu erstatten. Die beklagte private Krankenversicherung kann sich nicht darauf berufen, daß der vertraglich mit dem Patienten vereinbarte Tarif hierfür keine Leistungen vorsehe. Diese Auffassung wäre nur dann richtig, wenn derartige Maßnahmen des Zahnarztes ausdrücklich ausgeschlossen wären. Hierüber schweigt sich jedoch der betreffende Tarif aus. Maßnahmen, die ein Zahnarzt im Rahmen seiner Behandlungstätigkeit durchführt, müssen zunächst grundsätzlich als erstattungsfähig angesehen werden, da es sich insoweit um zahnärztliche Leistungen handelt. Etwas anderes kann nur gelten, wenn diese Maßnahmen von der Versicherungsleistung ausgeschlossen sind. Dies ist jedoch vorliegend nicht der Fall. Der Sachverständige hat im übrigen hierzu einleuchtend ausgeführt, daß es sich bei der funktionsanalytischen Leistung der Gebührennummer 800 um eine zahnärztliche Maßnahme handelt, die - die

konservierende oder prothetische Behandlung vorbereitend - diesem oder jenem Bereich zuzuordnen ist. Da vorliegend die Inlaytherapie als konservierende Maßnahme anzusehen ist, ist auch die Gebißfunktionsprüfung als zahnärztliche Leistung im Sinne des Tarifs der beklagten Versicherung und nicht als Zahnersatzleistung anzusehen.

AG Hamburg
Az 13b C 45/95
Urteil vom 22.09.1995

Werden der Beihilfestelle eine Befunderhebung über die Gesamtbehandlung übermittelt und enthält bereits der ergänzend beigefügte Heil- und Kostenplan die Gebührennummern 801, 802, 804 und 805, so hat die Beihilfestelle die später entsprechend in Rechnung gestellten Gebührennummern auch zu bezahlen, denn ansonsten hätte vor Genehmigung des Planes auf die Notwendigkeit einer weiteren Befunderhebung (nach 800) hingewiesen werden müssen.

AG Köln
Az 115 C 73/94
Urteil vom 05.09.1996

Die optoelektronische Gelenkbahnregistrierung ist eine selbständige zahnärztliche Leistung, die mit Gebührennummer 806 analog § 6 (2) pro notwendiges Registrat zutreffend in Ansatz gebracht werden kann. Die streitige zahnärztliche Registrieremethodik war zur Zeit des Inkrafttretens noch in der Erprobungsphase und ist erst danach zur Praxisreife gelangt.

Dies trifft nicht für die optoelektronische Registrierung der Unterkieferdynamik zu, da für die Modellanalyse nach kinematischer Schamierachsenbestimmung im Rahmen des optoelektronischen Registrierungsverfahrens die Gebührennummer 803 direkt anzusetzen ist.

Zusätzliche Material- und Laborkosten (im streitigen Fall 1.802,53 DM) können nicht gesondert neben den Gebührennummern 800 ff. in Rechnung gestellt werden, da sie mit den zahnärztlichen Leistungen abgegolten sind.

AG Böblingen
Az 3 C 416/96
Urteil vom 08.11.1996

Im Gesetzestext der Gebührennummer 806 sind Registrierungen von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren bereits im Plural aufgeführt. Dies spricht dafür, daß der Gesetzgeber von der Notwendigkeit der Registrierung mehrerer Unterkieferbewegungen ausging. Wäre eine mehrfache Berechnungsfähigkeit dieser Gebühr in einem Analysegang gewollt gewesen, hätte dies ohne weiteres im Leistungstext (wie bei Gebührennummer 801 geschehen) so formuliert werden können.

AG Duisburg
Az 49 C 28/96
Urteil vom 23.07.1997

Die Abrechnung der Gebührennummern 801 bis 808 setzt eine vorherige Befunderhebung nach 800 nicht voraus.

AG Hannover
Az 534 C 12212/95
Urteil vom 07.10.1997

Die Gebührennummer 806 ist unabhängig von der Zahl der Unterkieferbewegungen nur einmal pro Analysegang, d.h. während einer Sitzung berechnungsfähig. Schon aus dem Wortlaut der Leistungsbeschreibung dieser Gebührennummer ist zu folgen, daß der Ordnungsgeber von der Notwendigkeit der Registrierung mehrerer Unterkieferbewegungen ausging und sich bewußt dafür entschieden hat, diese Leistung nur mit dem einmaligen Ansatz der Gebührennummer 806 abzugelten.

AG Ottweiler
Az 16 C 198/96
Urteil vom 30.01.1998

Nach dem eindeutigen Wortlaut der Gebührennummern 802, 803, 804 und 807 sind in diesen Bestimmungen Material- und Laborkosten mit eingeschlossen. Eine gesonderte Berechnung von Montagekosten, Einstellung nach Registrat und Modellanalyse als Laborleistungen ist somit ausgeschlossen. Wird jedoch bei unterbrochener Zahnreihe und Freiendsattel zur Bestimmung der Vertikaldimension eine Bißschablone gefertigt, so sind die Kosten hierfür neben der Gebühr nach den Gebührennummern 802 – 806 gesondert berechnungsfähig.

AG Hamburg
Az 20B C 2091/96
Urteil vom 29.06.2000

Aus der Abrechnungsbestimmung zu Gebührennummer 801 geht nicht eindeutig hervor, ob sich die Bestimmung der höchstens zweimaligen Berechnungsfähigkeit auf zweimal je Krankheitsfall, je Behandlungsfall, je Sitzung, pro Jahr oder je Registrieren bezieht. Daher ist diese Bestimmung nach ihrem Sinn und Zweck zu verstehen. Hierbei ist der zahnmedizinische Hintergrund dieser Abrechnungsbestimmung zu berücksichtigen, der davon ausgeht, daß ein

Erstregistrat durch identische Vergleichsregistrare verifiziert werden muß. Wird beim zweiten Registrat Übereinstimmung mit dem Erstregistrat diagnostiziert, so sind weitere Registrare nicht mehr notwendig. Wird keine Übereinstimmung festgestellt, ist zumindest ein drittes Registrat notwendig, aber ordnungsgemäß nicht mehr berechnungsfähig.

Es ist von daher davon auszugehen, daß das Registrat des Registrierens zweimal berechnungsfähig ist, d.h. je Registrierdurchgang maximal zwei Registrare berechnungsfähig sind.

Da das Registrieren im vorliegenden Fall in zwei Abschnitten erfolgte und ein neues Registrieren in jeder der beiden Abschnitte medizinisch notwendig war, sind auch diese Registrare erstattungsfähig.

900 und folgende

OLG Köln
Az 5 U 99/94
Urteil vom 30.06.1994

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 237/92
Urteil vom 08.12.1993

Für Implantatkosten reicht die Vorlage eines allgemeinen Preisauszuges aus einem Katalog nicht als Belegvorlage aus. Es müssen konkrete Belege zu den einzelnen Fremdkosten vorgelegt werden. Soweit nur Sammelbelege vorhanden sind, müßte hieraus der auf den einzelnen Patienten entfallende Bruchteil berechnet und belegt werden.

OLG Karlsruhe
Az 12 U 36/98
Urteil vom 15.10.1998

aufhebendes Berufungsurteil zum

LG Mannheim
Az 2 O 258/95
Urteil vom 25.11.1997

Dem Zahnarzt steht eine Forderung aus dem Gebührentatbestand der Gebührennummer 900 auch dann nur einmal zu, wenn zwei verschiedene Implantatsysteme für die Behandlung des Patienten in Betracht kamen. Es handelt sich bei der ärztlichen Entscheidung, welches System konkret angewandt werden sollte, nicht um je eine Analyse pro in Betracht kommenden Implantatsystem, sondern vielmehr um die Entscheidung, welches der zahlreichen auf dem Markt befindlichen und abstrakt für den Patienten geeigneten Implantatsysteme für dessen Behandlung ausgewählt werden sollte.

Der Wortlaut der Vorschrift zur Gebührennummer 905 würde grundsätzlich zulassen, jedes mit dem Implantat nicht fest verbundene Teil – also auch den Einbringpfosten – als Implantatteil aufzufassen, dessen Austausch eine besondere Gebühr auslöst. Die Ansicht wird aber der systematischen Stellung des Gebührentatbestands nicht gerecht. Die Gebührennummer 905, die neben dem Einbringen eines Implantates nach der Gebührennummer 903 besteht, erfaßt nur das bei zusammengesetzten Implantaten notwendige Austauschen von sogenannten Sekundärteilen, also insbesondere den eigentlichen Zahnersatz, der mit dem Knochenimplantat lösbar verbunden ist. Durch die besondere Gebühr nach Gebührennummer 905 soll nicht ein bloßer Teilakt des Einbringens eines Implantats (nochmals) zusätzlich vergütet werden. Da der Zahnarzt hier nur den aus hygienischen Gründen stets erforderlichen Einbringpfosten durch die Einheitschraube ersetzt hat und dieser Vorgang in un-

mittelbarem Zusammenhang mit dem Einbringen des Implantats selbst steht, ist diese Tätigkeit daher durch die dafür auch vom Kläger abgerechnete Gebühr 903 abgegolten.

OLG Karlsruhe
Az 17 U 176/98
Urteil vom 11.01.2000

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Mannheim
Az 5 O 154/96
Urteil vom 29.07.1998

Das Entfernen der angeschraubten (Titan-)Einbringpfosten und deren Ersetzen durch sogenannte Einheilschrauben kann nur im Rahmen der Gebührennummer 903 („Einbringen eines enossalen Implantats“) liquidiert werden. Die ergänzende Berechnung der Gebührennummer 905 („Auswechseln eines Sekundärteils bei einem zusammengesetzten Implantat“) kann hierbei nicht zusätzlich je Zahnimplantat vorgenommen werden.

Da mit der Gebühr Gebührennummer 903 das Einbringen eines Zahnimplantates vergütet werden soll, sind mit dieser Gebühr alle in der Implantationsphase (Implantationssitzung) notwendigerweise anfallenden Leistungen erfaßt und abgegolten. Es ist unstrittig, daß es sich bei dem hier verwendeten Implantationstyp (Typ Frialit mit 2 Stufenschrauben) zwingend erforderlich ist, den sogenannten Einbringpfosten nach dem Einschrauben des Implantats in den Kieferknochen zu entfernen und durch eine gesonderte Einheilschraube zu ersetzen. Da diese notwendige Maßnahme somit in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ordnungsgemäßen Einbringen des zusammengesetzten Implantats selbst erfolgt, ist sie nach dem geltenden Gebührenrecht schon durch die Gebühr 903 (mit-)abgegolten. Eine Zusatzvergütung für das Ausdrehen der Einbringpfosten und das Eindrehen der Abdeckschrauben fällt somit nicht an.

Leistungen nach der Gebührennummer 905 sind erst in der rekonstruktiven Phase pro Implantat berechnungsfähig. Auch die neuere Rechtsprechung zur Grundlage der in der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgesehenen Honorare steht auf dem Standpunkt, daß durch die besondere Gebühr nach Gebührennummer 905 nicht ein bloßer Teilakt des Einbringens eines Implantats zusätzlich vergütet werden soll. Vergleiche zuletzt Urteil des OLG Karlsruhe, Az 12 U 36/98, Urteil vom 15.10.98, wonach eine zeitlich unterschiedliche Erbringung dieser Leistung im Hinblick auf die Implantation selbst erfolgen muß.

OLG Köln
Az 5 U 163/99
Urteil vom 19.01.2000

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 322/98
Urteil vom 09.06.1999

Da der Zahnarzt keine auf die Behandlung der Patientin bezogene spezifizierte Rechnung zu den individuellen Implantatkosten vorgelegt hat - was Voraussetzung für eine Fälligkeit der Klageforderung insoweit gewesen wäre -

war entsprechend den weitestgehend zutreffenden Ausführungen des Landgerichts die Klageforderung jedenfalls zum Zeitpunkt der Klageerhebung und auch noch zum Zeitpunkt der Berufungseinlegung nicht fällig.

Wie das Gericht bereits in seinem Urteil vom 30.06.1994 – 5 U 99/94 – erkannt hat, reicht die Vorlage eines allgemeinen Preisauszuges aus einem Katalog und auch eine Materialssammelrechnung an den behandelnden Zahnarzt grundsätzlich noch nicht als ausreichende Substantiierung einer diesbezüglichen Behandlungsrechnung aus, vielmehr muß der klagende Zahnarzt Belege vorlegen, aus denen die für die individuelle Behandlung des Patienten erwachsenen Kosten ersichtlich und nachvollziehbar sind.

An einer solchen Individualisierung bzw. Spezifizierung bezogen auf den Behandlungsfall hat es vorliegend gefehlt. Die einzelnen vom Zahnarzt vorgelegten allgemeinen Preislisten wiesen im übrigen auch Unterschiede auf, dies sowohl was die Einzelpreise als auch was die Maße der einzelnen Implantate betrifft. Jedenfalls war die erstellte Rechnung vor dem Hintergrund der hierzu vorgelegten Katalogpreise sowie der „pro-forma-Rechnung“ nicht ohne weiteres nachvollziehbar und damit auch nicht fällig.

Weder dem Gericht noch dem Patienten ist zuzumuten, sich mit in keiner Weise spezifizierten und zudem aneinander auch zum Teil widersprechenden Katalogpreisen zu begnügen, wohingegen für die Fälligkeit einer Forderung eine individualisierte Berechnung mit entsprechenden Belegen zu verlangen ist.

OLG Karlsruhe
Az 10 U 232/00
Urteil vom 08.02.2002

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Baden-Baden
Az 2 O 294/96
Urteil vom 30.08.2000

Das Gericht vertritt die Ansicht, daß Leistungen nach der Gebührennummer 905 in der rekonstruktiven Phase pro Implantat berechnungsfähig sind. Eine Gebühr nach der Gebührennummer 905 darf nur dann nicht gesondert berechnet werden, wenn das Auswechseln des Sekundärteils im Zusammenhang mit Leistungen nach den Gebührennummern 903 oder 904 vorgenommen wird.

Der im Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 16.12.1996 vertretenen Auffassung, mit dem Gebührentatbestand 905 könne „nur der Reparaturfall nach vollständiger prothetischer Versorgung gemeint sein“, vermag das Gericht nicht zu folgen. Dem Wortlaut der Leistungsbeschreibung ist für eine derart einschränkende Auslegung nichts zu entnehmen. In den Gebührentatbeständen der Gebührennummern 900 bis 909 sind unter dem Oberbegriff „Implantologische Leistungen“ die verschiedenen Leistungsabschnitte, die im Verlauf der prothetischen Versorgung mit einem Implantat erforderlich werden, zusammengefasst. Es spricht nichts dafür, daß sich gerade der Gebührentatbestand 905 nur und ausschließlich auf eine Leistung nach abgeschlossener prothetischer Versorgung beziehen sollte.

Die in der streitgegenständigen Rechnung ausgewiesenen Gebühren nach der Gebührennummer 905 sind daher berechtigt, da es sich jeweils um Leistungen handelt, die nach der Einheilphase und nach dem Freilegen des Implantats erbracht worden sind, also um Leistungen in der rekonstruktiven Phase.

OVG für das Land Nordrhein-Westfalen
Az 6 A 1436/00
Beschluß vom 26.02.2002

Ablehnung des Antrages auf Berufung gegen das Urteil des

VG Minden
Az 4 K 1056/98
Urteil vom 02.02.2000

Im erstinstanzlichen verwaltungsgerichtlichen Verfahren kam das Gericht unter Berücksichtigung von Sachverständigengutachten und Zeugenaussage zu dem Ergebnis, daß dem klagenden Patienten auf Grund der Berücksichtigung der Umstände des vorliegenden Einzelfalles ein längeres Tragen der eingliederten Oberkiefer-Totalprothese (u.a. wegen Würgereizes) nicht möglich bzw. nicht zumutbar sei. Wegen dieser spezifischen Situation des Patienten wurde daher vom Verwaltungsgericht Minden ausnahmsweise eine Implantatversorgung für notwendig und angemessen erachtet.

Das Oberverwaltungsgericht lehnte den Antrag der Beihilfestelle auf Berufung gegen diese Entscheidung des Verwaltungsgericht Minden ab, da es nicht um die Frage gehe, ob Aufwendungen für eine Implantatversorgung bei Vorliegen eines Würgereizes, unabhängig von anderen Indikationen, stets angemessen und notwendig im Sinne der Beihilfeverordnung sei. Das Verwaltungsgericht Minden habe – ohne verallgemeinerungsfähige Aussagen zu treffen – allein auf Grund der besonderen Umstände ausnahmsweise die Angemessenheit und Notwendigkeit bejaht.

LG Mannheim
Az 9 O 257/93
Urteil vom 14.02.1995

Die Gebührennummer 900 ist nur einmal je Kiefer berechnungsfähig. Ein mehrfacher Ansatz für die Auswahl der in Frage kommenden Implantatsysteme ist nicht möglich.

Das Anlegen der Schablone nach Gebührennummer 902 ist nur einmal berechnungsfähig, wenn nur ein Implantatsystem verwandt wurde.

Gebührennummer 905 ist nicht für das Ausdrehen der Einbringpfosten und Anbringen der Verschlussschraube berechnungsfähig.

LG München II
Az 8 S 5010/95
Urteil vom 25.01.1996

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Fürstenfeldbruck
Az 4 C 89/95
Urteil vom 13.06.1995

Die Gebührennummer 905 ist je Einheit für das Auswechseln des Sekundärteils "Heilungskäppchen" gegen das Sekundärteil "Pfeiler" berechenbar, da der Austausch nicht mit der Gebührennummer 904 bereits mitabgegolten ist. Für den auch mehrfachen Austausch der "Heilungskäppchen" gegen "Abdruckpfosten" kann die Gebührennummer 905 jedoch nicht berechnet werden,

da diese Leistung Bestandteil der Abformung ist, welche durch die Gebührennummern 500 bis 504 bereits abgegolten wird.

LG Dresden
Az 11-O-7277/97
Urteil vom 06.05.1999

Die Berechnung der Gebührennummer 905 für das Entfernen und Wiedereinsetzen von Heilungskäppchen und Abdruckpfosten ist nicht gegeben. Die Gebührennummer 905 betrifft nur das Auswechseln von Sekundärteilen bei einem zusammengesetzten Implantat und damit nur von solchen Teilen, die Bestandteil des fertiggestellten Implantates sind. Zur Heilung oder weiteren Behandlung angebrachte Teile sind daher nicht in dieser Gebührennummer erfaßt.

LG Dresden
Az 11-O-7277/97
Urteil vom 06.05.1999

Die Kosten, die das zahntechnische Labor für zwei Schraubenzieher berechnet hat, sind nicht berechenbar. Denn hier handelt es sich offensichtlich um die Ausstattung des Labors. Es mag sein, daß es ansonsten nicht mit Implantatsystemen arbeitet. Das bedeutet zum einen aber nicht, daß das beauftragte Labor nicht mit solchen Implantatsystemen befaßt wäre; denkbar ist durchaus, daß das Labor auch für andere Zahnärzte tätig wird. Zum anderen ist es auch ansonsten nicht Sache des Patienten bzw. seiner Versicherung, eine Aufbesserung der unzureichenden Ausstattung des Labors zu finanzieren.

LG Dresden
Az 15 S 0334/98
Urteil vom 01.12.2000

abänderndes Berufungsurteil

AG Dresden
Az 111 C 7349/97
Urteil vom 20.02.1998

Die nach der Gebührennummer 2730 GOÄ abgerechneten Leistungen sind Teilleistungen der mit der Gebührennummer 901 abgerechneten Leistungen. Es handelt sich um eine implantologische Leistung, die von einem Gebührentatbestand der Gebührenordnung erfaßt wird, so daß nichts dafür spricht, diese Leistung analog § 6 (1) GOZ nach den Gebührennummern der GOÄ zusätzlich abzurechnen.

VG Karlsruhe
Az 9 K 288/02
Urteil vom 20.11.2002

Nach § 6 (1,1) BVO i.V.m. mit Ziffer 1.2.6 der Anlage zur BVO sind Aufwendungen für implantologische Leistungen nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

- a) Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
- b) Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne sieben und acht fehlen,
- c) Fixierung einer Totalprothese.

Bei der Klägerin sind beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig, so daß eine Einzelzahnücke im Sinne der voranstehenden Indikation a) gegeben ist. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf den bisher völlig unbehandelten Nachbarzahn des durch ein Implantat zu ersetzenden Zahnes, sondern auch im Hinblick auf den weiteren Nachbarzahn, der mit einem Veneer behandelt wurde.

Intakt in diesem Sinne bedeutet aber weiter, daß der Zahn seine natürliche Funktion ohne größere Restauration erfüllen können muß. Dies ist nach Abschluß einer Veneerbehandlung der Fall, denn Veneers sind dem Zahn in Form und Farbe naturgetreue nachempfundene Keramikschalen. Der Zahn wird nur im sichtbaren Bereich im Schmelz präpariert. Dafür muß lediglich eine dünne Schmelzschicht abgetragen werden. Ist der Zahn mit dem Veneer versehen, ist er mit seiner natürlichen Funktion wieder hergestellt, ohne daß es der Vornahme einer weiteren Restauration noch bedarf. Der betreffende Zahn ist somit als intakt im Sinne der oben dargestellten Indikation a) anzusehen.

AG Nürnberg
11 C 8516/93
Urteil vom 22.12.1994

Die Berechnung der Gebührennummer 900 ist nur einmal pro Kiefer möglich, es sei denn, es werden unterschiedliche Implantatsysteme verwendet.

AG Philippsburg
Az C 480/94
Urteil vom 19.01.1996

Bei dem im streitigen Fall verwendeten Implantatsystem handelte es sich um ein zweiphasiges zusammengesetztes Implantatsystem, bei dem es notwendig sein kann, seine Sekundärteile in verschiedenen Sitzungen mehrmals zu montieren und zu demontieren. Unter Berücksichtigung des eindeutigen Leistungsinhaltes der Gebührennummer 905, nämlich "Auswechseln eines Sekundärteils bei einem zusammengesetzten Implantat" ist damit die betreffende Gebührennummer je Sitzung und je Implantat berechenbar.

AG Kiel
Az 118 C 197/95
Urteil vom 05.06.1997

Die Gebührennummer 904 „Freilegen eines Implantates“ und Gebührennummer 905 „Auswechseln eines Sekundärteils“ können in einer Sitzung zur Anwendung kommen. Das Gericht sieht hier keinen Verstoß gegen den Wortlaut der Gebührenordnung.

AG Hamburg
Az 17b C 94/97
Urteil vom 30.09.1997

Die Gebührennummer 905 beschreibt das „Auswechseln eines Sekundärteils bei einem zusammengesetzten Implantat“. Die entsprechende Leistungsbeschreibung gibt zunächst keinen Hinweis darauf, ob das Auswechseln auf die rekonstruktive Phase der Erstellung des Zahnersatzes oder auf das Auswechseln von Verschleißteilen zu einem späteren Zeitpunkt, z.B. nach Ermüdung des Materials, bezogen ist.

Aus der Rangordnung der Gebührennummer 905 im Verhältnis zu anderen läßt sich ebenfalls nicht herauslesen, welche Abrechnung vom Verordnungsgeber konkret gewollt ist. Die Gebührennummer 905 ist die letzte Gebührennummer im Zusammenhang mit dem Einsetzen der entsprechend aufgebauten Implantate. Der Sinn der Regelung der Gebührennummer 905 läßt sich deshalb nur aus dem gesamten Behandlungsablauf und aus der Frage der weiteren Versorgung des Implantates erschließen.

Der Umstand, daß nach der unbestrittenen Darlegung des gegen seine Krankenversicherung klagenden Patienten das Sekundärteil vom Zahnarzt viermal ausgewechselt werden mußte, führt das Gericht zu dem Ergebnis, daß die Gebührennummer 905 in der geforderten Weise abgerechnet werden kann.

Daß diese Leistungen (Gebührennummer 905) mit den Gebührenordnungsnummern 900 bis 904 abgegolten sein sollen, ist nicht erkennbar. Dies gilt insbesondere bei Berücksichtigung des Umstandes, daß die Gebührennummern 900 bis 903 kieferchirurgische Maßnahmen betreffen.

Für einen nachbehandelnden Zahnarzt wäre demnach allenfalls die Gebührennummer 904 abrechenbar, wobei diese Gebührennummer lediglich einmal anfallen kann. Daß diese Regelung bei Betrachtung der entsprechenden Arbeitsabläufe im Rahmen der erstmaligen Versorgung mit einem zweiphasigen Implantat gewollt ist, kann das Gericht der Gebührenordnung nicht entnehmen.

AG Karlsruhe
Az 10 C 330/98
Urteil vom 18.09.1998

Die Gebührennummer 905 kann nur dann in Ansatz gebracht werden, wenn ein früher einmal eingebrachtes Implantat etwa im Reparaturfalle noch einmal herausgenommen und wieder eingesetzt werden muß.

AG Recklinghausen
Az 57 C 461/98
Urteil vom 02.10.1998

Gebührennummer 905 ist nur berechenbar für das Auswechseln unterschiedlicher Implantatteile und nicht für den Ein- und Ausbau desselben Teils.

AG Bergisch-Gladbach
Az 24 C 140/97
Urteil vom 27.05.1999

Gemäß dem Leistungstext der Gebührennummer 905 ist diese nicht nur beim Austausch im Falle des Verschleißens eines Sekundärteils ansetzbar. Ein

Auswechseln liegt auch dann vor, wenn beispielsweise ein nicht passendes Sekundärteil ausgetauscht wird, unabhängig davon, ob die Prothesenversorgung bereits erstmalig abgeschlossen war oder sich die fehlende Paßform während der Behandlung noch vor dem Einfügen der Suprakonstruktion herausstellt.

Das Ab- und Anschrauben der Gingivaformer und Abdruckpfosten stellt jedoch kein Auswechseln von Sekundärteilen im Sinne von Gebührennummer 905 dar.

AG Bad Neuenahr-Ahrweiler

Az 3 C 2/97

Urteil vom 02.08.2000

Der Anwendungsbereich der Gebührennummer 905 ist nicht ausschließlich auf die Auswechslung von Verschleißteilen beschränkt. Sie kann pro Implantat auch in der rekonstruktiven Phase einmal je Sitzung abgerechnet werden, wenn die prothetischen Aufbauten aus mehreren Komponenten bestehen.

AG Hamburg

Az 23A C 466/01

Urteil vom 02.03.2004

Die Gebührennummer 900 für die Neuvermessung, die wegen einer veränderten Knochensituation gegenüber der vor 21 Monaten durchgeführten Planung vorgenommen wurde, darf nicht berechnet werden, da bereits zuvor der Ober- und Unterkiefer vermessen wurde und dementsprechend schon einmal die Gebühr nach der Gebührennummer 900 in Rechnung gestellt wurde. Ungeachtet der Anzahl der Implantate des gleichen Implantatsystems ist die Gebührennummer nur einmal pro Kiefer abrechnungsfähig, wobei es nach Ansicht des Verordnungsgebers nicht entscheidend ist, wie viele Analysen zu der Entscheidung für ein einzelnes Implantatsystem erfolgen müssen. Wesentlich für die Abrechnung dieser Gebührennummer ist nicht die Selektion des Implantatsystems, sondern der implantologische Eingriff als Ganzes.

Sonstiges

Abdingung bei GKV-Versicherten

AG Neuss
Az 30 C 65/92
Urteil vom 04.08.1993

Eine Mehrkostenvereinbarung (§ 30 (4) SGB V) sowie eine Abdingung (Muster 1 bis 3) im Zusammenhang mit einem Heil- und Kostenplan der GKV muß allen vorgegebenen Erfordernissen des § 2 genügen. Es darf nur eine Vereinbarung/Abdingung vor Beginn der Behandlung getroffen werden. In dieser sind alle Leistungen einzeln und deren Vergütung genau zu bezeichnen. Die Angabe von "ca.-Beträgen" ist hierbei nicht zulässig, da diese nicht hinreichend bestimmt und damit ungeeignet sind. Ebenfalls hat die Rechnungslegung allen Erfordernissen der Gebührenordnung (§ 10) zu genügen.

AG Leverkusen
Az 20 (25) C 293/93
Urteil vom 04.10.1994

Die nach Abschluß der entsprechend dem Muster 1 zum Heil- und Kostenplan vereinbarten gesondert zu vergütenden Leistungen sind nach der Gebührenordnung durchzuführen. Denn die außerhalb des von der Krankenkasse genehmigten Heil- und Kostenplanes erbrachten Leistungen unterliegen selbstverständlich den privatrechtlichen Bestimmungen der Gebührenordnung. Denn es handelt sich dabei genau um Leistungen, die der Zahnarzt gemäß § 1 (2) Satz 2 auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbringt, und die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen und von den Kassenrichtlinien gedeckten Versorgung hinausgehen. Dabei handelt es sich um private Leistungen, die dementsprechend nach der Gebührenordnung vergütet werden müssen. Denn würde man es ausreichen lassen, daß der Kassenpatient mit dem Zahnarzt für die gesondert zu vergütenden Leistungen lediglich eine Vereinbarung entsprechend dem Muster 1 unter Beschreibung der vorgesehenen Behandlung und der entstehenden Kosten trifft, so würde der Kassenpatient gegenüber den Privatpatienten schlechter informiert und hätte eine geringere Kontrolle bezüglich der Höhe der berechneten und erbrachten Leistungen. Gerade dies ist aber nicht Sinn der Vereinbarung nach Muster 1. Vielmehr dient diese Vereinbarung nur der Ermöglichung von Leistungen, die nicht Gegenstand des kassenärztlichen Leistungsspektrums sind.

AG Rheine
Az 3 C 161/00
Urteil vom 28.11.2000

Für die von einem Zahnarzt bei einem GKV-Patienten erbrachte zahnärztliche Leistung, die außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung lag, wurde absprachegemäß eine Liquidation erstellt, die jedoch von der Gebührenordnung abwich. Das Gericht wies die Klage des Zahnarztes auf

vollständige Begleichung seiner Liquidation mit nachfolgender Begründung zurück:

„Gemäß § 612 (2) BGB ist, falls die Höhe der Vergütung nicht ausdrücklich zwischen den Parteien vereinbart wird, die taxmäßige Vergütung zu zahlen, sofern eine Taxe besteht. Einen über den nach dieser Taxe zu ermittelnden Betrag für die Vergütung kann der Zahnarzt deshalb nicht geltend machen, weil diese Taxe besteht. Selbst wenn die Taxe sich als rechtswidrig erweisen sollte, ist sie doch in der jetzt bestehenden Form dem Rechtsgeschäft, das zwischen den Parteien abgeschlossen worden ist, zugrunde gelegt worden. Der Patient konnte, als er sich bereit erklärte, als Privatpatient behandelt zu werden, darauf vertrauen, daß gegen ihn nur solche Ansprüche entstehen würden, wie sie nach den amtlichen Gebührenordnungen festzusetzen sind. Selbst wenn also das System der Gebührenordnung für Zahnärzte rechtswidrig, weil möglicherweise verfassungswidrig, sein sollte, besteht unabhängig davon jedenfalls kein Zahlungsanspruch des Zahnarztes gegen den Patienten.“

Adhäsive plastische Restaurationen

BUNDESGERICHTSHOF

Az III ZR 161/02

Urteil vom 23.01.2003

aufhebendes Revisionsurteil mit Zurückweisung
der Sache an das Berufungsgericht

LG Frankfurt

Az 2/16 S 173/99

Urteil vom 13.03.2002

[*Tenor*: Mehrschicht-Rekonstruktionen mit dentinadhäsiven Kunststoff-
Füllungen sind nach den Gebührennummern 205 ff. abzurechnen]

[*Anmerkung*: am **24.11.2004** erging
unter demselben Aktenzeichen

ein **neuerliches** Urteil des LG Frankfurt- siehe dort!]

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Homburg

Az 2C/ 2204/98-10

Urteil vom 08.07.1999

Der Fall: Die behandelnde Zahnärztin hatte 14 Front- und Seitenzahnfüllungen mittels „Ätz-Adhäsiv-Bonding-Mehrschichttechnik“ appliziert und diese analog § 6 nach den Gebührennummern 215 bis 217 berechnet. Das Landgericht Frankfurt vertrat den o.g. Tenor, ließ jedoch die Revision zu, von der die Zahnärztin Gebrauch machte.

Das Gericht: Das LG Frankfurt stützte sich auf ein durch den Patienten vorgelegtes, in einem anderen gerichtlichen Verfahren erstattetes Sachverständigen-gutachten, das nach seiner Auffassung zu der von der Zahnärztin einge-reichten Stellungnahme der Landeszahnärztekammer Hessen nicht in Wider-spruch steht.

Diese Beurteilung hält der rechtlichen Überprüfung durch den BGH nicht stand. Widersprüche zu dem Gutachten der Landeszahnärztekammer Hessen ergeben sich bereits aus dem Umstand, daß dieses – vorwiegend im Hinblick auf den erhöhten Zeit- und Materialaufwand gegenüber einer Amalgamfüllung – für den Seitenzahnbereich eine Analogberechnung nach den für Einlagefüllungen maßgebenden Gebührennummern 215 bis 217 befürwortet. Da es bei der unterschiedlichen Beurteilung der beiden sachverständigen Stellungnahmen, soweit sie sich auf die Vergleichbarkeit von Art, Kosten- und Zeitaufwand der hier angewandten Arbeitsschritte mit anderen, analog heranzuziehenden zahnärztlichen Leistungen beziehen, im wesentlichen um zahnmedizinische Fachfragen geht, konnte sich das LG Frankfurt nicht aus eigener Sachkunde ohne weiteres dem von ihm für richtig gehaltenen Gutachten anschließen, sondern war gehalten, mit sachverständiger Hilfe auf eine (weitere) Aufklärung hinzuwirken. Zudem stand ein entsprechender Beweistritt der Zahnärztin im Raum, wonach die analoge Abrechnung der für Einlagefüllun-

gen geltenden Gebührennummern für die Leistungen an allen hier betroffenen Zähnen – auch an den vom LG Frankfurt nicht eigens gewürdigten Frontzähnen, auf die sich nicht alle vorgelegten Stellungnahmen beziehen – wegen der angewendeten Dentin-Adhäsiv-Bonding-Mehrschichttechnik gerechtfertigt sei.

Für das weitere Verfahren weist der BGH noch auf folgendes hin:

a) Für die Frage, ob die hier in Rechnung gestellten Leistungen analog abgerechnet werden dürfen, kommt es entscheidend darauf an, ob selbständige zahnärztliche Leistungen vorliegen, die erst nach dem 1. Januar 1988 zur Praxisreife entwickelt worden sind. Leistungen, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis sind, dürfen nicht im Wege der Analogie berechnet werden. Sollte die Dentin-Adhäsiv-Technik vor dem 1. Januar 1988 noch nicht eingeführt gewesen sein und auch die Art der hier verwendeten Kunststoffe im praktischen Einsatz noch nicht zur Verfügung gestanden haben, spricht einiges dafür, daß der Verordnungsgeber bei der Beschreibung und punktmäßigen Bewertung der Leistungen in den Gebührennummern 205, 207, 209 und 211 die hier erbrachten Leistungen nicht vor Augen hatte. Hierfür könnte auch indiziell sprechen, daß in der vertragszahnärztlichen Versorgung – wenn auch unter sehr eingeschränkten Voraussetzungen der Abrechenbarkeit – unter den Nummern 13e bis 13g des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes seit 1996 Komposit-Füllungen im Seitenzahnbereich die entsprechend der Adhäsiv-technik erbracht werden, eine gesonderte, gegenüber sonstigen Füllungen höhere Bewertung erfahren haben.

b) Sollte das weitere Verfahren ergeben, daß eine analoge Abrechnung nach § 6 (2) gerechtfertigt ist, ist zu prüfen, ob die von der Zahnärztin herangezogene Leistung nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertig ist. Das LG Frankfurt hat bei seiner Würdigung besonders auf die Vergleichbarkeit der Art der aufgeführten Leistung abgestellt, bei der das Ziel der Leistung oder der Ablauf der Behandlung im Vordergrund stehen. Grundsätzlich gleichrangig sind jedoch auch Kosten- und Zeitaufwand zu berücksichtigen, da es bei der Analogberechnung darum geht, den Zahnarzt für eine nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung leistungsgerecht zu honorieren. Handelt es sich um eine analog berechenbare neue selbständige Leistung, ist die Honorierung über eine Gebührennummer des Gebührenverzeichnisses nach den Kriterien des § 6 (2) vorzunehmen, die dann Grundlage für eine Anwendung des § 5 (2) ist.

----- pro -----

OLG München
Az 25 U 5029/02
Urteil vom 07.12.2004

aufhebendes Berufungsurteil zum

LG München
Az 12 O 5190/02
Urteil vom 01.10.2002

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme erfolgte die Entwicklung der Dentinadhäsive erst in den 90er Jahren zur Praxisreife, wobei die erweiterten Indi-

kationsmöglichkeiten mit direkten mehrschichtigen Restaurationen bei der Entwicklung des heute geltenden Leistungskataloges (GOZ 1987/88) nicht entsprechend berücksichtigt werden konnten. Zwar wird in der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit vom 05.08.1996 zum Ausdruck gebracht, daß Kompositfüllungstherapie wie auch Adhäsivtechnik (Schmelzbonding) bei Erlass der GOZ bekannt waren. Diese darf nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen nicht mit den erst in den 90er Jahren zur Praxisreife entwickelten und heute empfohlenen Dentinadhäsiven verwechselt werden. Die essentiellen wissenschaftlichen Arbeiten zum Dentinverbund und zur Entwicklung der Praxisreife wurden erst nach Erlass der GOZ durchgeführt. Wissenschaftlich abgesicherte, brauchbare Materialien lagen erst mit der dritten Generation von Adhäsiven nach Erlass der GOZ vor. Daneben kamen im Seitenzahnbereich wegen der hohen Kaubelastung (und meist größeren Defekten) weitere essentielle Probleme bei den Materialien hinzu, wie ausreichende Frakturfestigkeit und Abrasionsfestigkeit etc., die bei Erlass der GOZ klinisch nicht geklärt waren und somit nicht in Betracht gezogen werden konnten. So durften Komposit-Füllungen noch Anfang der 90er Jahre im Seitenzahnbereich nicht verwendet werden, weil nicht sie als praxisreif (wissenschaftlich anerkannt und erprobt) eingestuft wurden.

Die Technik der multiadhäsiven (dentinadhäsiven) Kompositrestauration beinhaltet nicht nur die Neuentwicklung von Dentinadhäsiven, sondern auch von geeigneten Kompositkunststoffen sowie aufwendigen, techniksensitiven Verfahrenstechniken, die vom Zahnarzt auch neu erlernt werden mußten. Nachdem aufgrund der zahlreichen und essentiellen Entwicklungen der multiadhäsiven Kompositrestauration im letzten Jahrzehnt, die wesentlich umfangreicher als in vielen Jahrzehnten, ja gesamten Geschichte der restaurativen Zahnmedizin zuvor waren, hat der Gutachter ebenso wie die anderen Hochschullehrer für Zahnerhaltung dies als Neuentwicklung eingestuft. Dem schließt sich der Senat an. Die nunmehr klinisch erfolgreich geprüfte Methode bringt nach den gut nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen dem Patienten bei geringstmöglicher invasiver Behandlung den meisten Nutzen. Die multiadhäsive (dentinadhäsive) Kompositrestauration kann diese minimalinvasiven, substanzschonenden medizinischen Ansprüche in vielen Fällen besser erfüllen als indirekte Restauration (Inlays).

Nachdem die Voraussetzungen für eine analoge Abrechnung nach § 6 (2) gegeben sind, war zu prüfen, ob die vom Zahnarzt herangezogene Leistung (Gebührennummer 217) nach Art-, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertig ist. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist bei der nach § 6 (2) vorzunehmenden Würdigung gleichrangig zur Art der Leistung der Kosten- und Zeitaufwand zu berücksichtigen, da es bei der Analogberechnung darum geht, den Zahnarzt für eine nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung leistungsgerecht zu honorieren.

Der Sachverständige hat in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hingewiesen, daß eine bestmögliche, minimalinvasive substanzschonende Versorgung in der täglichen Praxis nur dann weit verbreitet umgesetzt werden wird, wenn das Verfahren auch adäquat honoriert wird. Im Falle einer Ablehnung bestünde die Gefahr, daß aufgrund unzureichender Honorierung die weniger invasive, substanzschonende Direktmethode seltener praktiziert wird und nach wie vor wesentlich häufiger invasivere und noch teurere indirekte Restaurationen (z. B. Kronen etc.) zum Einsatz kommen. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen, die sich der Senat zu eigen macht, sind der Aufwand und das Verfahren den adhäsiven (direkten) Inlays sehr ähnlich, so daß eine analoge Abrechnung nach „Inlaypositionen“ 215-217 als

gerechtigt angesehen werden muß, ebenso eine analoge Abrechnung nach Gebührennummer 214.

LG Heidelberg
Az 4 S 6/02
Urteil vom 06.08.2002

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Heidelberg
Az 27 C 188/01
Urteil vom 15.03.2002

Das Gericht ist davon überzeugt, daß die Dentin-Adhäsiv-Technik beim Inkrafttreten der GOZ am 01.01.1988 noch nicht allgemeiner Praxisstandard war, sondern allenfalls in einzelnen Kliniken bzw. wissenschaftlich interessierten Praxen im Ansatz verwendet wurde. Damit ist entsprechend den Richtlinien einer Vielzahl von Zahnärztekammern die vom Zahnarzt vorgenommene Abrechnung nicht zu beanstanden. Gemäß § 6 (2) können Verfahren, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der GOZ noch nicht allgemein gebräuchlich waren, analog entsprechender Gebührensatz abgerechnet werden.

[Anmerkung: Dieses Urteil enthält zudem eine bemerkenswerte Passage hinsichtlich der Aussagekraft von Stellungnahmen des Bundesgesundheitsministeriums: „Beim Bundesministerium für Gesundheit handelt es sich nicht um eine Behörde, die zur Erstellung neutraler Gutachten prädestiniert ist. Hier wird vielmehr immer auch der Gedanke der Gesundheitspolitik mit einer entsprechenden Kostendämpfung verfolgt werden.“]

LG Saarbrücken
Az 11 S 246/01
Urteil vom 12.02.2004

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Saarbrücken
Az 5 C 323/01
Urteil vom 19.06.2001

Gemäß § 6 (2) können selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden. Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt, da eine schmelz-dentin-adhäsive (SDA) Rekonstruktion eine selbständige Leistung im Sinne des § 6 (2) in Verbindung mit § 4 (2) ist. Denn sie ist nicht Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis.

Die Methode der SDA-Rekonstruktion war zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der GOZ (1988) auch noch nicht zur Praxisreife entwickelt. Hiervon ist das Berufungsgericht auf der Grundlage der Ausführungen des Sachverständigen überzeugt. Er führt insoweit aus, daß bei Inkrafttreten der GOZ folgende Methoden zum Füllen einer Kavität mit plastischem Füllmaterial aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Praxisreife entwickelt waren:

- für den Seitenzahnbereich: die Amalgamfüllung
- für den Frontzahnbereich: die Komposit-Füllung in Schmelz-Ätz-Technik
- die Goldhämmerfüllung

Bei der Komposit-Füllung in Schmelz-Ätz-Technik handelt es sich um eine Komposit-Füllung alter Technik, die aber im kautragenden Bereich kontraindiziert ist. Wie in der Leistungsbeschreibung für Füllungen nach 205, 207, 209 und 211 aufgelistet, wird nach Legen einer Unterfüllung lediglich der Schmelz geätzt und nach entsprechender Matrizenapplikation wird der Defekt komplett mit dem Füllungsmaterial gefüllt und gehärtet. Nach Ausarbeiten und Politur der Füllung ist der Arbeitsgang beendet.

Nicht zur Praxisreife gelangt war hingegen die im Streitfall verwendete Methode der SDA-Rekonstruktion nebst dem hierfür verwendeten Komposit-Material. 1988 existierten für Komposit-Füllungen im Seitenzahnbereich noch keine zur Praxisreife entwickelten und durch die zuständige Bundesbehörde zugelassene Seitenzahnkomposits. Des weiteren war auch 1988 noch nicht die Methode „Befestigen von plastischen Füllungsmaterial im Dentin“ zur Praxisreife entwickelt. Die wesentliche Neuentwicklung und deren praxisrelevante Umsetzung (seit ca. 1992) besteht darin, neben einem Verbund Füllung-Zahnschmelz zusätzlich einen Verbund zwischen Zahnschmelz-Dentin zu schaffen. Diese erst zu Beginn der 90er Jahre praxisreif gewordene Technik wird als „total etch“ bzw. als „Dentinbonding“ bezeichnet und ermöglicht eine vollständige Verankerung der Füllung an der gesamten präparierten Zahnoberfläche. Durch den dabei optimalen Verschluss der Dentintubuli wird keine Unterfüllung in die Kavität eingebracht, sondern die gesamte Kavität mit hochwertigem Komposit-Material gefüllt. Einen Randspalt zwischen Zahn und Füllungsmaterial gibt es praktisch weder im Schmelz- noch im Dentinbereich. Diesen detaillierten und nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen, die auch von der Beklagten nicht angegriffen werden, schließt sich das Berufungsgericht in vollem Umfang an.

LG Frankfurt
Az 2/23 O 299/01
Urteil vom 22.07.2004

Die Krankenversicherung hat die Kosten im eingeklagten Umfang zu ersetzen. Soweit sie bestreitet, daß der 1,5-fache Gebührensatz gerechtfertigt ist, ist dieses Bestreiten nicht nachvollziehbar. Wie der Sachverständige festgestellt hat, ist gegen die analoge Berechnung gemäß § 6 (2) selbst nichts einzuwenden. Letztlich wendet sich auch die Krankenversicherung nicht dagegen, da sie ja ebenfalls analog abgerechnet hat; allerdings hält sie den 1,5-fachen Satz für überhöht. Da sie selbst vorträgt, daß sich der Gebührenrahmen zwischen dem 1-fachen und dem 2,3-fachen Satz bewegt, und der behandelnde Zahnarzt auch denselben einfachen Satz wie die Beklagte zugrundelegt, ist nicht ersichtlich, welche Einwände gegen den Multiplikator von 1,5 bestehen könnten. Die Krankenversicherung beschränkt sich auf den Hinweis, die analoge Berechnung sei schon um 74 % höher als die unmittelbare Anwendung des Gebührentatbestands. Das mag sein, besagt jedoch nichts über die Berechtigung, einen Multiplikator zu verwenden, wie er im Rahmen aller Gebührentatbestände zum Ansatz kommen kann.

LG Frankfurt
Az 2-16 S 173/99
Urteil vom 24.11.2004

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

AG Bad Homburg
Az 2 C 2204/98 (10)
Urteil vom 08.07.1999

[Anmerkung: Dieses Urteil erging im Nachgang zur Entscheidung des BGH vom 23.01.2003, Az III ZR 161/02, der die frühere Entscheidung des LG Frankfurt vom 13.02.2002 aufgehoben und den Rechtsstreit zur neuen Verhandlung sowie Entscheidung an das LG Frankfurt zurückverwiesen hatte.]

1. Bei der Dentin-Adhäsiv-Bonding-Mehrschichttechnik handelt es sich um eine zahnärztliche Leistung, die erst nach dem 01.01.1988 zur Praxisreife entwickelt wurde. Dies gilt sowohl für entsprechende Restaurationen im Front- als auch im Seitenzahnbereich. Dies steht für die Kammer aufgrund der überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen fest. Dieser hat nachvollziehbar und unter Hinweis auf einschlägige Fachliteratur plastisch dargelegt, wie er zu seinen gutachterlichen Feststellungen gelangt ist. Hieran sind auch von den Parteien keine Zweifel geweckt worden.

2. Es handelt sich bei der Dentin-Adhäsiv-Bonding-Mehrschichttechnik auch um eine selbständige zahnärztliche Leistung. Eine selbständige zahnärztliche Leistung liegt nach § 4 (2) bei Leistungen vor, die der Zahnarzt selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden und – soweit sie Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis sind – für die andere Leistung keine Gebühr berechnet wird. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen ist die Dentin-Adhäsiv-Bonding-Mehrschichttechnik angesichts dessen, daß es sich um eine sehr komplexe und differenzierte Methode handelt, nicht als Bestandteil oder besonders Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis – namentlich nicht der in den Gebührennummern 205-211 genannten Leistungen – anzusehen.

3. Eine mittels Dentin-Adhäsiv-Bonding-Mehrschichttechnik gelegte Restauration ist eine nach Art-, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung zu den in den Gebührennummern 215-217 genannten Leistungen. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen ist eine mittels Dentin-Adhäsiv-Bonding-Mehrschichttechnik gelegte Restauration aufgrund der Komplexität und des Aufwandes mit einem Inlay (Einlagefüllung) vergleichbar, das nach den Gebührennummern 215-217 abgerechnet wird.

VG Stuttgart
Az 17 K 7337/97
Urteil vom 11.11.1999

Das Gericht schließt sich der Auffassung verschiedener Landes Zahnärztekammern zur Berechenbarkeit dentinadhäsiver Füllungen sowie der Stellungnahmen der Hochschullehrer für Zahnerhaltung und der DGZMK zum routinemäßigen Einsatz von Seitenzahn-Komposit-Füllungen in Deutschland im Hinblick auf ihre Aufnahme und Bewertung in Leistungskatalogen insofern an, als daß die „Mehrschichtkonstruktion mittels Dentin-Adhäsiv-Technik“

eine selbständige Leistung darstellt, die bei der Seitenzahnversorgung erst Anfang der 90er Jahre eine hinreichende Praxisreife erlangt hat und nicht von den Leistungsbeschreibungen der Gebührennummern 205 bis 211 erfaßt wird. Eine analoge Berechnung gemäß § 6 (2) ist somit gerechtfertigt.

Das Gericht geht jedoch davon aus, daß für Composit-Rekonstruktionen im Frontzahnbereich mittels Dentin-Adhäsiv-Technik die Praxisreife bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gebührenordnung am 01.01.1988 vorlag und eine analoge Berechnung gemäß § 6 (2) deshalb nicht in Betracht kommt.

VG Minden
Az 4 K 124/99
Urteil vom 16.02.2000

Aufgrund vorliegender Stellungnahmen und Gutachten geht das Gericht davon aus, daß es sich bei der Behandlung mittels Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik um eine Leistung handelt, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gebührenordnung noch nicht bekannt war und eine analoge Berechnung gemäß § 6 (2) somit in Betracht kommt. Diese Technik ist eher mit den Leistungen, die nach den Gebührennummern 215 – 217 abgerechnet werden können, vergleichbar als mit den nach den Gebührennummern 205 – 211 abrechenbaren Leistungen. Die Beihilfestelle hat insofern zu Unrecht die Beihilfefähigkeit für diese Aufwendungen verneint.

VG Osnabrück
Az 3 A 168/01
Urteil vom 11.09.2002

Unter Bezugnahme auf die Urteile des BVerwG vom 17.02.1994 [Az 2 C 10.92 und Az 2 C 17.92] stellt das Gericht fest, daß nach § 5 (1) Satz 2 der Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) die nach der Gebührennummer 214 analog berechneten Füllungen (Anwendung der Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik = SDA-Technik) notwendig waren und die dadurch veranlaßten Aufwendungen auch als angemessen im Sinne der vorgenannten Vorschriften zu sehen sind. Das Gericht bejahte daher die Beihilfefähigkeit der analog berechneten Leistungen, stellte jedoch ausdrücklich fest, daß die Frage, ob die Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik gemäß § 6 (2) zu Recht nach der Gebührennummer 214 analog abgerechnet wurde, nicht abschließend vom Gericht entschieden werden muß.

Eine Beihilfefähigkeit setzt grundsätzlich voraus, daß der Arzt oder Zahnarzt die Beträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt hat. Indessen legt das Bundesverwaltungsgericht, dem das Gericht folgt, die Vorschrift des § 5 (1) Satz 2 BhV nicht dahin aus, daß sie die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen auch dann von einer abschließenden Klärung ihrer gebührenrechtlichen Berechtigung abhängig macht, wenn die Auslegung einer Regelung der Gebührenordnung zweifelhaft ist und der Dienstherr zugleich nicht vor Entstehung der Aufwendungen seine Rechtsauffassung zu der Frage so deutlich klargestellt hat, daß der Beihilfeberechtigte Gelegenheit hatte sich darauf einzustellen. Vielmehr ist in einem solchen Falle die Aufwendung eines vom Arzt oder Zahnarzt berechneten Betrages schon dann unter Zugrundelegung der Gebührenordnung beihilferechtlich als angemessen anzusehen, wenn sie einer vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht.

Nach Auffassung des Gerichts spricht nämlich einiges dafür, daß der Zahnarzt die Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik zu Recht analog der Gebührennummer 214 abgerechnet hat. Eine Analogie gemäß § 6 (2) setzt voraus, daß es sich

bei der abgerechneten Position, um eine eigenständige Leistung handelt, die nicht Bestandteil einer anderen bereits im Gebührenverzeichnis aufgenommenen Leistung ist. Ferner muß die Leistung erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung entwickelt, d. h. zur Praxisreife gelangt sein. Die hierzu vertretene Rechtsauffassung, wonach die Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik nicht lediglich eine besondere Form der Füllung nach der Gebührennummer 211 sondern eine eigenständige Leistung im Sinne des § 6 (2), die erst nach 1988 zur Praxisreife gelangte, darstellt und daher gesondert berechenbar ist, scheint zumindest ebenso vertretbar, wie die in der Stellungnahme des Bundesgesundheitsministeriums aus dem Jahre 1996 zum Ausdruck kommende gegenteilige Ansicht.

In der mündlichen Verhandlung wurde nachvollziehbar dargelegt, daß die Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik erst seit Beginn der 90er Jahre bekannt ist und einen Arbeitsaufwand erfordert, der über den für die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens bekannten Techniken bei Füllungen mit plastischem Material erforderlichen und damit von der Gebührennummer 211 erfaßten Umfang erheblich hinausgeht. Im Gegensatz zur vorher angewandten Schmelz-Ätz-Technik ermöglicht die neue Technik danach eine Befestigung der Füllung auch am Dentin und damit größere Füllungen auch im Frontzahnbereich. Schon die Schilderung der SDA-Technik (Vorbehandlung des Dentins, Auftragen einer Zwischenschicht, des sog. Primers, Notwendigkeit, das Füllmaterial in mehreren kleinen Schichten aufzubringen) legt nach Ansicht des Gerichts nahe, daß, - selbst wenn im Ergebnis mit dieser Technik lediglich eine Füllung mit plastischem Material erfolgt - diese bei Schaffung der GOZ noch nicht bekannte und im Verhältnis zur üblichen Amalgamfüllung aufwendigere Technik nicht durch die Gebührennummer 211 abgedeckt werden sollte.

Gestützt wird dieses Ergebnis zum einen durch eine vorliegende Stellungnahme der Hochschullehrer sowie ferner dadurch, daß auch das Bundesgesundheitsministerium auf fernmündliche Anfrage des Gerichts, seine bisherige Auffassung, eine Analogbewertung der Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik sei grundsätzlich nicht zulässig, relativiert.

Im Ergebnis ist damit – jedenfalls nach einer nicht unmaßgeblichen Ansicht – die Analogbewertung bei der Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik durch § 6 (2) gedeckt.

AG Fürth
Az 330 C 473/98
Urteil vom 17.02.1999

Bei der Klärung der Frage, ob es sich bei der schmelz- und dentinadhäsiven Mehrschichtrekonstruktion um eine neue selbständige Leistung im Sinne des § 6 (2) handelt, kommt es nach Auffassung des Gerichtes nicht darauf an, ob bei Inkrafttreten der Gebührenordnung die im Streit befindliche Behandlungsmaßnahme im Sinne einer wissenschaftlichen Studie oder Entwicklung bereits wissenschaftlich bekannt war. Aus dem gefertigten Sachverständigen-gutachten geht deutlich und überzeugend hervor, daß die hier abgerechneten Gebührennummern eine neue, d.h. nach Inkrafttreten der Gebührenordnung 88 erst zur Praxisreife entwickelte Behandlungsmethode darstellt, die keine modifizierte herkömmliche Füllungsleistung im Sinne der Gebührennummern 205-211 ist, sondern eine Schicht für Schicht, sukzessive aufgebaute Rekonstruktion eines Zahnes. Die Abrechnung dieser Behandlungsmaßnahme gemäß § 6 (2) in Verbindung mit der Gebührennummer 217 ist daher nicht zu beanstanden.

AG Wittlich
Az 4 C 508/97
Urteil vom 26.08.1999

Die Dentin-Adhäsiv-Technik ist eine „neue“ Leistung im Sinne des § 6 (2), die erst mit dem Beginn der 90er Jahre zur Praxisreife gelangt ist, und sie stellte daher bei Einführung der Gebührenordnung am 01.01.1988 noch keine Technik nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst dar. Unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes dieser Leistung war daher eine Abrechnung in Analogie zu den Gebührennummern 215 – 217 angemessen.

AG Erlangen
Az 2 C 1049/98
Urteil vom 09.11.1999

Das Gericht ist auf Grund der Ausführungen des Sachverständigen davon überzeugt, daß das Dentinbondingverfahren erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung überhaupt zu einem in der Praxis anerkannten Verfahren geworden ist. Gegen eine analoge Berechnung gemäß § 6 (2) ist somit nichts einzuwenden.

AG Hamburg-Harburg
Az 644 C 457/98
Urteil vom 11.11.1999

Die Füllungspositionen der Gebührenordnung berücksichtigen den zeitlichen Mehraufwand für Kunststofffüllungen, der für dieses Verfahren gegenüber einer Versorgung mit Amalgam erforderlich ist, nicht ausreichend, eine analoge Berechnung ist in diesem Falle (hier: Gebührennummern. 215-217) deshalb zulässig.

AG Bremen
Az 16 C 0096/99
Urteil vom 11.02.2000

Die Dentin-Adhäsiv-Technik war bei Erlass der Gebührenordnung wissenschaftlich noch nicht anerkannt und noch nicht zur Praxisreife entwickelt. Nach dem heutigen wissenschaftlichen Stand ist diese spezielle Technik eine neu entwickelte selbständige Leistung, durch die es möglich geworden ist, Zahnflächen und Zähne auch ohne metallische Werkstoffe, nämlich mit Komposit mit dentin-adhäsiver Verankerung dauerhaft und funktionell belastbar zu rekonstruieren. Die vom behandelnden Zahnarzt in seiner Rechnung vorgenommene Analogie zu Gebührennummer 214 ist nicht zu beanstanden.

AG Schwetzingen
Az 1 C 448/99
Urteil vom 23.05.2000

Bei der Erbringung volladhäsiver mehrschichtiger Rekonstruktionen im Seitenzahnbereich mittels Composit unter Anwendung des Dentin-Adhäsiv-Verfahrens – Dentinbondingtechnik – handelt es sich um eine selbständige Leistung und eine neuartige Methode, denn sie wird anders ausgeführt als die herkömmlichen Füllungstherapien. Eine analoge Berechnung gemäß § 6 (2)

Gebührenordnung (hier: Gebührennummern 215-217) ist zu Recht in Ansatz gebracht worden.

AG Mainz
Az 86 C 66/00
Urteil vom 31.08.2000

Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Restaurationen sind selbständige Leistungen, die aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse erst nach 1988 zur Praxisreife entwickelt wurden und somit analog nach § 6 (2) berechnet werden können. Die vom Zahnarzt vorgenommene analoge Bewertung über die Gebührennummer 215-217 mit reduziertem Steigerungssatz ist als angemessen einzustufen.

AG Burgwedel
Az 73 C 45/01
Urteil vom 21.02.2002

Für die Füllungsverankerung in Dentin-Adhäsiv-Technik hatte der Zahnarzt die Gebührennummer 213 (parapulpäre Stiftverankerung) im Wege der Analogie zum 3,5-fachen Satz berechnet.

Das Gericht sieht fachlich einen gravierenden Unterschied zwischen der hier streitigen dentin-adhäsiven Verankerung und der bei In-Kraft-Treten der GOZ schon seit Jahren bekannten Schmelz-Ätzung. Da die neuen Adhäsive und Komposite erst Anfang der 90er Jahre im Praxisalltag anzuwenden waren, ist der analoge Ansatz der Gebührennummer 213 für die Dentin-Adhäsiv-Technik nicht zu beanstanden. Das „Bonding-Verfahren“ berechtigt zwar zur analogen Berechnung, aber nicht gleichzeitig zur Begründung des Steigerungsfaktors 3,5. Das Gericht billigte daher nur den 2,3-fachen Satz für die analog berechnete Gebührennummer 213 zu.

AG Burgwedel
Az 73 C 17/01 (II)
Urteil vom 21.02.2002

Das Gericht sieht fachlich einen gravierenden Unterschied zwischen der dentin-adhäsiven Verankerung und der bei In-Kraft-Treten der Gebührenordnung seit Jahren bekannten Schmelz-Ätzung. Die neu entwickelten Adhäsive, die nicht nur zum Schmelz, sondern auch zum Dentin eine hinreichend starke Haftung und guten Randschluß erlauben, wurden erst gegen Ende der 80er Jahre entwickelt und wurden Anfang der 90er Jahre in bestimmten klinischen Situationen zum routinemäßigen Einsatz empfohlen. Bei Einführung der GOZ war der Entwicklungs-, Wissens- und Erfahrungsstand noch nicht ausreichend, um Adhäsive und Komposite im Seitenzahnbereich im Praxisalltag anwenden zu können. Das Gericht kommt zu dem Ergebnis, daß die im Einzelnen beschriebenen dentin-adhäsiven Zahnrestaurationen eine ganz andere Verfahrensweise darstellen als die herkömmliche Füllungstherapie.

Damit sind die Voraussetzungen des § 6 (2) zu bejahen. Danach können selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach In-Kraft-Treten der Gebührenordnung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, entsprechend einer nach Art, Kosten-, und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden. Zu den aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelten Leistungen gehören auch solche, die im Ansatz bei In-Kraft-Treten der Gebührenordnung

bekannt waren und erst später so eingesetzt werden können, daß sie sich für den Praxisalltag eignen.

Zur Abrechnung bestimmt § 10 (4): Wird eine Leistung nach § 6 (2) berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Gebührennummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen. Damit wird dem Zahnarzt ein Auswahlermessen eingeräumt. Das ist jedoch kein freies Ermessen, im Streitfall ist die Ermessensausübung des Zahnarztes nachprüfbar.

Bei der kritischen Überprüfung des vom Zahnarzt ausgeübten Ermessens kommt das Gericht zu dem Ergebnis, daß die Gebührennummer 216 vom Zahnarzt entsprechend hätte angewandt werden müssen. Ihm muß bekannt sein, daß in der Rechtsprechung die Gebührennummern 215 bis 217 bei Einordnen der hier streitigen Leistung entsprechend herangezogen worden sind. Die ein- und mehrflächigen Einlagefüllungen sind deshalb vom Arbeits-, Material- und Geräteaufwand am ehesten vergleichbar. Wenn der Zahnarzt dann in diesem Rahmen den höchstmöglichen Gebührenansatz der Gebührennummer 217 wählt und zum Teil den Schwellenwert noch bis zum 2,6-fachen Satz überschreitet, ist das schon mangels der notwendigen Begründung keine zu akzeptierende Ermessensausübung. Deshalb billigt das Gericht dem Zahnarzt nur den Ansatz der mittleren von den für die entsprechende Anwendung in Betracht kommenden Gebührennummern 216 zu.

AG Emmendingen
Az 3 C 92/01
Urteil vom 12.04.2002

Der Zahnarzt hat die im Dentin-Adhäsiv-Verfahren gelegten Füllungen zu recht nach den Gebührennummern 214 bis 217 abgerechnet. In der GOZ ist das Dentin-Adhäsiv-Verfahren nicht ausdrücklich erwähnt, weshalb die Abrechnung der nach diesem Verfahren durchgeführten Leistungen nach § 6 (2) zu erfolgen hat.

Bei der dentinadhäsiven Restauration eines Zahnes handelt es sich um eine selbständige Leistung im Sinne von § 6 (2), da unstrittig das Dentin-Adhäsiv-Verfahren erst nach Inkrafttreten der GOZ entwickelt wurde, so daß es für die Vergütung einer nach diesem Verfahren erbrachten Leistungen gemäß § 6 (2) darauf ankommt, mit welchen zahnärztlichen Leistungsbeschreibungen der GOZ dieses Verfahren nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertig ist.

Entgegen der Ansicht, der Kosten- und Zeitaufwand des Dentin-Adhäsiv-Verfahrens entspräche der einer Komposit-Füllung nach alter Technik sind bei ersterem der Kosten- und Zeitaufwand sowie die Art der Leistung mit denjenigen in Gebührennummern 214 bis 217 beschriebenen Leistungen gleichwertig. Allein der Umstand, daß diese Füllung im Zahn aufgebaut und nicht wie bei Inlays zunächst im Labor gefertigt wird, um anschließend vom Zahnarzt eingepaßt zu werden, kann nicht dazu führen, daß dentinadhäsive Füllungen nach den Gebührennummern für plastische Füllungen zu berechnen sind. Letztlich handelt es sich auch bei dem Setzen von Inlays um eine Methode zur Füllung einer Kavität. Allein der Ort der Herstellung einer derartigen Füllung (Aufbau im Zahn einerseits oder im Labor andererseits) kann allenfalls eines unter vielen Kriterien sein, nach denen die Vergleichbarkeit einer in der GOZ nicht gesondert aufgeführten selbständigen Leistung mit einer unter einer Gebührennummer genannten Leistung zu bewerten ist.

Da im Zweifel eine neue selbständige zahnärztliche Leistung mit einer bereits in der GOZ erfaßten Leistung nicht identisch ist, kann für die Frage der Gleichwertigkeit im Sinne von § 6 (2) nur maßgeblich sein, welcher in der GOZ erfaßten Leistung die neue selbständige Leistung am nächsten kommt.

Dies sind vorliegend die in den Gebührennummern 214 bis 217 beschriebenen Leistungen.

AG Bremen
Az 16 C 534/2001
Urteil vom 19.04.2002

Zu Unrecht beanstandet der Patient die Berechnung der Adhäsiv-Technik mit den Gebührennummern 217 und 216, denn der Zahnarzt war vorliegend berechtigt, eine Analogieberechnung nach § 6 (2) vorzunehmen.

Die Meinungsverschiedenheit der Parteien besteht darin, ob die von dem Zahnarzt gewählte Versorgungsform mit der Technik des Adhäsiv-Dentin-Bondings den Vorschriften der Gebührenordnung entspricht und insgesamt gesehen berechtigt ist. Dies setzt voraus, daß die entsprechende Behandlungsmethode bei Erlass der Gebührenordnung am 22.10.1987 entweder noch nicht bekannt oder aber bekannt, jedoch noch nicht wissenschaftlich anerkannt, war und daß diese Technik zum vorgenannten Zeitpunkt noch nicht klinisch eingesetzt worden ist.

Nach dem eingeholten Sachverständigengutachten haben Komposite und Dentin-Adhäsive zur Seitenzahnversorgung erst Anfang der 90er Jahre eine hinreichende Praxiserfahrung erlangt, so daß auch erst seit dieser Zeit in bestimmten klinischen Situationen der routinemäßige Einsatz empfohlen werden konnte. Demgegenüber war vor der Einführung der Gebührenordnung der Entwicklungs-, Wissens- und Erfahrungsstand noch nicht ausreichend vorhanden, um Adhäsive und Komposite im Seitenzahnbereich im Praxisalltag anwenden zu können. Die Vorgehensweise zur dentin-adhäsiven Zahnrestauration stellt zudem eine andere Verfahrensweise als bei der herkömmlichen Füllungstherapie dar.

AG Langenfeld
Az 13 C 186/01
Urteil vom 29.04.2002

Die Mehrschicht-Komposit-Füllung ist nach den Feststellungen des Sachverständigen erst nach dem Jahr 1988 entwickelt worden. Bei Inkrafttreten der GOZ war diese Behandlungsmethode zwar bekannt. Darauf kommt es für die Anwendung des § 6 (2) jedoch nicht an. Entscheidend ist vielmehr, ob die Behandlungstechnik wissenschaftlich bereits so weit entwickelt war, daß sie regelmäßig am Patienten angewandt werden konnte.

Bei der in Rede stehenden Technik war der Entwicklungs- und Wissensstand jedoch noch nicht hinreichend vorhanden, um diese im Praxisalltag verwenden zu können. Aufgrund anfangs negativer wissenschaftlicher Erkenntnisse ist die Methode erst Ende der 80er Jahre zur Praxisreife entwickelt und dann zu Beginn der 90er Jahre angewandt worden. Die Zahnärztin ist daher berechtigt, ihre insoweit angefallenen Leistungen entsprechend einer nach Art-, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen abzurechnen. Insoweit ist eine analoge Anwendung der Gebührennummern 215, 216 und 217 nicht zu beanstanden. Die von der Zahnärztin durchgeführten zahnärztlichen Leistungen sind nach Art-, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertig mit denen für Einlagefüllungen im Sinne des § 6 (2). Aus dem Sachverständigengutachten geht eindeutig hervor, daß die sogenannte Mehrschicht-Komposit-Füllung mit Total-Etch-Bonding eine Behandlungsmethode darstellt, die mit der Einlagefüllung vergleichbar ist. Bei diesen Techniken wird nach ihrer Art eine konservierende Versorgung von Zähnen vorgenommen. Hinsichtlich des nötigen Zeitbedarfs und der da-

mit verbundenen leistungsgerechten Vergütung kommt die durchgeführte Behandlungsmethode der für Einlagefüllungen etwa gleich.

Die sich hinter den Gebührennummern 205, 207, 209 und 211 verbergenden zahnärztlichen Leistungen sind demgegenüber mit den durchgeführten Arbeiten nicht vergleichbar. Zwar wurde bei dem Patienten auch mit plastischem Füllungsmaterial gearbeitet. Der Zeitbedarf bei der seitens der Zahnärztin angewandten Methode ist jedoch erheblich höher, als bei einer plastischen Füllung. Die in streitbefindliche Behandlungsmethode geht nämlich weit über das Präparieren von Kavitäten und Füllen mit plastischem Material hinaus, wie es die Gebührennummern 205, 207, 209 und 211 der GOZ vorsehen. Die Leistungsbeschreibung zu diesen Positionen ist, auch was die Materialien und Hilfsmittel angeht, nicht identisch mit der von der Klägerin angewandten Technik. Bei der hier in Rede stehenden Behandlungstechnik sind erhebliche Arbeitsschritte verbunden, welche die GOZ in den oben genannten Positionen nicht berücksichtigt und daher auch nicht bewertet hat.

Die durchgeführten Arbeiten waren auch notwendig im Sinne des § 1 (2) Satz 1. Nach dem Gutachten des Sachverständigen steht für die Kompositfüllung im Seitenzahnbereich praktisch kein alternatives Verfahren zur Verfügung. Die herkömmlichen Kunststoff- oder Amalgamfüllungen sind demgegenüber deutlich weniger haltbar oder deutlich störend sichtbar.

AG Kerpen
Az 20 C 392/01
Urteil vom 18.12.2002

Dentinadhäsive Kompositrestaurationen im Mehrschichtverfahren im Seitenzahngebiet sind selbständige Leistungen nach einer neuartigen Methode, die sich vollkommen von den herkömmlichen klassischen Füllungsmethoden unterscheiden, so daß eine analoge Abrechnung gemäß § 6 (2) in Verbindung mit den Gebührennummern für Einlagefüllungen erforderlich ist, da nur so eine sachgerechte Vergütung der zahnärztlichen Tätigkeit erreicht wird.

Diese Erwägung trifft nicht auf Frontzahnfüllungen zu. Ein derartiger Behandlungsweg war bereits mehr als 10 Jahre vor Inkrafttreten der GOZ 1988 üblich, so daß für eine analoge Abrechnung gemäß § 6 (2) kein Bedürfnis besteht.

AG Hannover
Az 561 C 10181/03
Urteil vom 30.09.2003

Die streitgegenständlichen dentin-adhäsiven Rekonstruktionen sind zutreffend analog der Gebührennummer 217 abrechenbar, da nach der im Vordringen befindlichen Meinung – insbesondere in der Rechtsprechung – diese Rekonstruktionen analog über die Gebührennummer 217 abrechenbar sind.

Vorraussetzung für eine ordnungsgemäße Rechnung bei einer Analogberechnung ist insoweit allerdings, daß in der Rechnung die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich beschrieben wird: mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie mit der Gebührennummer unter Bezeichnung der als gleichwertig angesehenen Leistung, wie sich aus § 10 (4) ergibt.

Diese Vorraussetzungen liegen betreffend der hier streitgegenständlichen Rechnung nicht vor. In der Rechnung ist insbesondere nicht verständlich beschrieben, worum es sich bei einer dentin-adhäsiven Rekonstruktion handelt.

----- contra -----

LG Coburg
Az 32 S 57/02
Urteil vom 12.07.2002

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Coburg
Az 11 C 1431/01
Urteil vom 04.04.2002

Das Gericht schließt sich der rechtlichen Beurteilung des Erstgerichts an, daß die adhäsive Mehrschichtrekonstruktion mit flüssigem und plastischem Füllungsmaterial im kaubelasteten Seitenzahnbereich nach den Gebührennummern 205 ff. abzurechnen ist. Es geht in vorliegendem Rechtsstreit allein um die Subsumtion zahnärztlicher Leistungen unter bestimmte Gebührennummern der GOZ – und damit allein um rechtliche Fragen. Das Gericht ist der Auffassung, daß die Tatbestandsvoraussetzungen des § 6 (2) nicht vorliegen. Insbesondere handelt es sich bei der streitgegenständlichen Behandlungsmethode um eine Fort-, nicht aber um eine Neuentwicklung. Die zahnärztliche Leistung als solche, nämlich das Ausfüllen von Kavitäten mit plastischem Kunststoffmaterial in Schichttechnik, war bereits vor Erlass der GOZ bekannt und für den Frontzahnbereich auch bis zur Praxisreife entwickelt. Daß diese Behandlungstechnik nunmehr auch im Seitenzahnbereich eingesetzt wird, ist nicht etwa neuen Erkenntnissen und Entwicklungen in der ärztlichen Behandlungstechnik als solcher, sondern letztlich „nur“ neuen Werkstoffen zu verdanken.

Die fragliche Behandlung läßt sich daher ohne weiteres unter die Gebührennummern 205 bis 211 subsumieren, die sich allgemein mit der Füllung mittels plastischem Füllungsmaterial befassen.

AG Ludwigsburg
Az 3 C 1509/97
Urteil vom 11.07.1997

Bei der Anwendung der Säure-Ätz-Technik und des „Dentinbondings“ handelt es sich nach Auffassung des Gerichtes nicht um eine Neuentwicklung im Sinne des § 6 (2), sondern vielmehr um eine plastische Füllung. Sie erfordere zwar weitere Arbeitsschritte wie Konditionierung der Dentinoberfläche und das Auftrag des Dentin-Adhäsivs, die jedoch keine eigenständigen Leistungen darstellen.

Mit der Berechnung von Füllungen nach den Gebührennummern 205 – 211 sind nicht nur die in der Leistungsbeschreibung genannten Maßnahmen abgegolten, sondern außerdem Verfahren und Methoden der Lichthärtung und der Schmelzätzung, des Finierens und - im Falle der Kunststofffüllung - auch das Polieren.

AG München
Az 163 C 9034/97
Urteil vom 25.09.1997

Eine analoge Berechnung dentinadhäsiver Füllungen gemäß § 6 (1) ist nicht möglich, da aus einem Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit

vom 05.08.96 ersichtlich ist, daß bereits zum Zeitpunkt des Erlasses der Gebührenordnung die Bondingtechnik bekannt war. Diese Technik benötigt auch praktisch keine erheblichen Arbeitsschritte mehr als die herkömmlichen Kunststofffüllungen.

AG München
Az 223 C 13840/97
Urteil vom 26.02.1998

Die nach der Dentin-Adhäsiv-Technik erbrachten Füllungsleistungen sind nach herrschender Meinung nicht analog § 6 (2) nach den Gebührennummern 215, 217 abzurechnen sondern wie alle plastischen Füllungen nach den Gebührennummern 205, 207, 209 und 211. Die streitgegenständlichen Honorarforderungen sind daher versicherungsvertraglich nicht erstattungsfähig.

AG Aschaffenburg - Zweigstelle Alzenau
Az 32 C 0613/97
Urteil vom 15.05.1998

Die Behandlungsmethode der Adhäsiv-Kunststofffüllung war nach Auffassung des Gerichtes bei Inkrafttreten der Gebührenordnung bereits bekannt und eine klinische Anwendung wurde vorgenommen. Damit verbietet § 6 (2) eine analoge Anwendung der Gebührennummern. 215 bis 217. Vielmehr sind für die Füllungen die in der Gebührenordnung enthaltenen Gebührennummern anzuwenden.

AG Gelnhausen
Az 53 C 904/98
Urteil vom 08.11.1998

Eine mehrschichtige Rekonstruktion nach der Dentin-Adhäsiv-Technik von Zähnen im Seitenzahnbereich stellt keine neue Leistung dar. Sowohl Komposit-Materialien als auch die Dentin-Adhäsiv-Technik waren bei Erlass der Gebührenordnung in der Zahnmedizin schon bekannt. Diese Techniken wurden fast ausschließlich im Frontzahnbereich angewendet und gewannen erst in den letzten Jahren im Seitenzahnbereich an Bedeutung. Die Verbesserung eines bekannten Verfahrens und die Ausweitung seines Anwendungsbereiches stellt jedoch keine Neuentwicklung sondern allenfalls eine Weiterentwicklung eines schon bekannten Verfahrens dar. Damit ist die Voraussetzung des § 6 (2) nicht erfüllt und eine analoge Berechnung nicht gegeben.

AG Jever
Az 5 C 347/98
Urteil vom 15.04.1999

Die Kosten, die für diese Tätigkeit entstanden sind, kann der Patient nicht von der Krankenversicherung ersetzt verlangen. Eine diesbezügliche Abrechnung des Zahnarztes durfte nicht erfolgen.

Bei der total-etching/total-bonding-Mehrschichttechnik handelt es sich um eine Zahnfüllungstechnik. Das Legen einer Füllung war bereits Inhalt der Gebührenordnung 88, wie sich aus dem Sachverständigengutachten ergibt. Die Technik der Füllung kann daher nicht gesondert neben der eigentlichen Füllung berechnet werden. Der Schwierigkeitsgrad kann sich nur in dem Steige-

rungssatz auswirken. Der Zahnarzt hat hier bereits jeweils zu 209 den 3,5-fachen Satz als höchste Gebühr nach § 5 berechnet.

AG Dachau
Az 2 C 1084/99
Urteil vom 18.01.2000

Die besonderen Arbeitsschritte, die bei der Füllung eines Zahnes nach der Dentin-Bonding-Methode erforderlich werden, stellen nach Auffassung des Gerichtes keine gesondert abrechenbare Leistung dar. Es handele sich lediglich um zusätzliche Arbeitsschritte und damit um eine besondere Ausführung, der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen. Solche besonderen Ausführungen rechtfertigen die Ausschöpfung des Gebührenrahmens der Gebührenordnung nach § 5 (2) aber nicht die gesonderte Abrechnung dieser Leistung.

AG Wiesbaden
Az 91 C 4101/99-32
Urteil vom 27.04.2000

Die nach der Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik erbrachten Komposite-Füllungen sind zutreffend nach den Gebührennummern 205 bis 211 abgerechnet worden. Eine entsprechende Anwendung der Gebührennummern 215 bis 217 kommt nach § 6 (2) nicht in Betracht, da es sich nicht um selbstständige zahnärztliche Leistungen handelt, die erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung entwickelt worden sind.

In Abschnitt C des Gebührenverzeichnisses sind keine Unterschiede zwischen Behandlungen im Frontzahnbereich und solchen im Seitenzahnbereich verankert. Dies läßt es nicht zu, die Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik allein für den Seitenzahnbereich als neu entwickelte zahnärztliche Leistung zu bewerten. Die aufwendige Technik kann mit dem Faktor 3,5 angemessen berücksichtigt werden

AG Nürnberg
Az 21 C 3607/00
Urteil vom 25.07.2000

Nach der Gebührenordnung kann die Dentin-Adhäsiv-Technik nicht gemäß § 6 (2) analog beziffert werden. Eine Analogiebewertung ist nach dieser Bestimmung nicht gerechtfertigt. Daher ist die auf dieser Grundlage erfolgte Zahlung rechtsgrundlos erfolgt.

Hierbei kann es letztlich dahingestellt bleiben, ob es sich bei der streitigen Methode um eine „erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelte“ Behandlung handelt. Insbesondere kommt es nicht darauf an, ob, - wie es das Amtsgericht Fürth im Verfahren 330 C 473/98 für richtig gehalten hat -, der § 6 (2) dahingehend auszulegen ist, daß es um eine „erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse bis zur Praxisreife entwickelte“ Methode handele.

Nach der vorgelegten Kommentierung der Gebührenordnung ist entgegen den Ausführungen des im Verfahren des Amtsgerichts Fürth gehörten Sachverständigen die Einführung der Dentin-Adhäsiv-Technik keineswegs eine Neuentwicklung, sondern sie ist schon seit 1970 im nennenswerten Umfang klinisch eingesetzt worden und ist seit Mitte der 80er Jahre, mithin vor Inkraft-

treten der Gebührenordnung, auch in der Zahnmedizin angewandt worden. Bei der Dentin-Adhäsiv-Technik handelt es sich jedenfalls nicht um eine selbstständige Leistung im Sinne von § 6 (2) i.V.m. § 4 (2). Vielmehr liegt in diesem konkreten Fall das Füllen einer Kavität mit plastischen Füllungsmaterialien im Sinne der Gebührennummern 205 ff. vor.

AG Düsseldorf
Az 56 C 11889/00
Urteil vom 31.01.2001

Für die erbrachten Leistungen „Adhäsive Mehrschichtfüllungen“, die ein- bis dreiflächig vorgenommen wurden, kann die Vergütung nicht nach § 6 (2) verlangt werden, denn es handelt sich nicht um eine selbstständige Leistung im Sinne der o.g. Vorschrift in Verbindung mit § 4 (2). Vielmehr liegt das Füllen einer Kavität mit plastischen Füllungsmaterialien im Sinne der Gebührennummern 205 ff. vor.

Die durchgeführte Behandlung unterfällt den Gebührennummern 205 ff. Es wurde die Präparation einer Kavität vorgenommen. Dies geschah, wie bei der Dentin-Adhäsiv-Technik erforderlich, unter Verwendung plastischer Komposite-Füllungsmaterialien. Dabei mögen, anders als bei herkömmlichen Füllungsmethoden, Schicht für Schicht im Sinne der sukzessiven Rekonstruktion die geschädigten Zähne wieder aufgebaut werden. Jedoch handelt es sich dabei nur um eine unterschiedliche Methode des Füllens einer Kavität im Sinne der Gebührennummern 205 ff. Insbesondere stellt das streitgegenständliche Verfahren, wie das Amtsgericht Nürnberg in seiner Entscheidung zutreffend darstellt, eine direkte Restauration dar, wie auch das traditionelle Füllen einer Kavität. Es handelt sich nicht etwa um ein indirektes Verfahren, bei dem außerhalb des Mundes mit Hilfe von labortechnisch gefertigten Einlagefüllungen Zahndefekte restauriert werden. Nur und gerade für diese (z.B. Inlays oder Kronen) sind die Gebührennummern 216 ff. einschlägig.

Die besondere Ausführung einer im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung (Präparieren einer Kavität mit plastischem Füllungsmaterial) ist jedoch gem. § 4 (2) Satz 2 nicht selbstständig abrechenbar.

Der erhöhte Aufwand an Zeit und Kosten sowie die Schwierigkeit der Technik können nach der Begründung des Regierungsentwurfes zu § 4 (2), worauf das AG Nürnberg zutreffend hinweist, nicht maßgeblich sein. Besonderheiten bei der Ausführung zahnärztlicher Leistungen, wie sie auch bei Füllungen vorkommen, wird durch § 5 (2) hinreichend Rechnung getragen, insoweit mag der Gebührenrahmen ausgeschöpft werden.

AG München
Az 52 C 2055/01
Urteil vom 25.03.2001

Die analoge Anwendung der Gebührennummern 216 und 217 gemäß § 6 (2) für die dentinadhäsive Füllungsleistungen ist nicht begründet, da die angewandte Methode bereits bei Inkrafttreten der Gebührenordnung Anwendung fand und in der Folgezeit lediglich weiterentwickelt wurde.

Die dentinadhäsive Rekonstruktion ist ein aufwendigeres Verfahren als die bisherige Methode einer plastischen Füllung, weshalb die Ausschöpfung des Gebührenrahmens bis zum 3,5-fachen Satz nach § 5 (2) begründet erscheint, nicht jedoch die analoge Abrechnung.

AG Winsen/Luhe
Az 16 C 204/01
Urteil vom 30.04.2001

Die Zahnärztin hatte im streitigen Fall keinen Anspruch auf Abrechnung dentinadhäsiver plastischer Füllungen in analoger Anwendung der Gebührennummern 215 bis 217. Das Gericht schließt sich hierbei „voll inhaltlich den sehr gründlichen Ausführungen“ des Urteils des AG Nürnberg - Az 21 C 3607/00 vom 25.07.2000 - an.

AG Saarbrücken
Az 5 C 182/01
Urteil vom 21.05.2001

Nach den Ausführungen der Bundeszahnärztekammer zur Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik soll es diese Technik zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gebührenordnung 1988 noch nicht gegeben haben. Diese Einschätzung deckt sich mit dem Merkblatt der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe. Damit sind die grundsätzlichen Voraussetzungen aus § 6 (2) erfüllt. Dem kann insofern nach Auffassung des Gerichtes nicht entgegen gehalten werden, daß die Leistungsbeschreibung der Gebührennummern 205 ff. „Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung etc.“ scheinbar regelt. Zwar ist das Dentin-Adhäsiv-Verfahren auch als ein „Füllen mit plastischem Füllungsmaterial“ zu begreifen. Da derartige Techniken zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gebührenordnung jedoch nicht bekannt waren, und der Gebührenrahmen nur den Aufwand der damals bekannten Techniken regeln kann, kann eine unmittelbare Anwendung nicht angenommen werden, sondern ist auszuschließen.

Wegen der analogen Anwendung der Gebührennummer ist vielmehr darauf abzustellen, welchem Leistungsaufwand das Dentin-Adhäsiv-Verfahren gleichzustellen ist. Insofern folgt das Gericht insbesondere den Ausführungen der Sachverständigen. Danach wird bei dem Dentin-Adhäsiv-Verfahren eine größere Kavität schrittweise mit mehreren Schichten durch plastisches Füllungsmaterial geschlossen. Da der Kunststoff beim Erhärten schrumpft, muß schichtweise vorgegangen werden, da ansonsten ein größerer Spalt entstünde. Diese Vorgehensweise ist aufwendiger als eine Verfüllung mit Amalgam anzusehen.

Das Dentin-Adhäsiv-Verfahren ist daher weder unmittelbar der einen noch der anderen Gebührenart zuzurechnen. Angesichts des enormen Zeitaufwandes beim Einbringen eines Inlays die entsprechend umfassend vergütet wird, ist angesichts des Zeitaufwandes beim Arbeiten im Dentin-Adhäsiv-Verfahren eine Ähnlichkeit zu den Gebührennummern 205 ff. gegeben. Das Gericht geht daher davon aus, daß das Dentin-Adhäsiv-Verfahren eine besonders intensive Form des „Füllens mit plastischem Füllungsmaterial“ darstellt. Da unter Berücksichtigung von § 5 die Möglichkeit besteht, die Höhe der einzelnen Gebühr vom 1-fachen bis zum 3,5-fachen des Gebührensatzes zu bemessen, ist es naheliegend, den besonderen Aufwand beim Dentin-Adhäsiv-Verfahren als Schwierigkeit der einzelnen Leistung zu sehen und innerhalb des Gebührenrahmens nach oben anzupassen.

AG Weinheim
Az 4 C 231/01
Urteil vom 12.11.2001

Dem Zahnarzt steht ein Zahlungsanspruch für die von ihm erbrachte zahnärztliche Leistung in Form einer mehr als zweiflächigen Komposit-Füllung in Mehrschichttechnik analog Gebührennummer 217 nicht zu. Die Voraussetzungen einer Analogie liegen nämlich nur dann vor, wenn eine Lücke im zahnärztlichen Gebührenrecht besteht, d. h. wenn der Gesetz- bzw. Verordnungsgeber nicht bewußt davon abgesehen hat, den zu beurteilenden Sachverhalt zu regeln. Bei der Annahme einer Gesetzeslücke muß die sichere Feststellung getroffen werden können, daß es sich um eine unbewußte Lücke in der Rechtsvorschrift handelt. Dabei geht das geltende Gebührenrecht für Zahnärzte davon aus, daß das Spektrum der wissenschaftlich allgemein anerkannten zahnärztlichen Leistungen auch vom zahnärztlichen Gebührenrecht abgedeckt wird. Dieses Verständnis von der Vollständigkeit des Gebührenrechts ergibt sich aus § 6 (2). Nach dieser Vorschrift darf eine andere gleichwertige Leistung des Gebührenverzeichnisses erst dann herangezogen werden, wenn es sich bei der erbrachten Behandlungsleistung um eine nach Inkrafttreten der Gebührenordnung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse neu entwickelten Behandlungsmethode handelt. Durch § 6 (2) macht der Verordnungsgeber somit deutlich, daß die GOZ alle bekannten und wissenschaftlich anerkannten zahnärztlichen Behandlungsmethoden erfaßt. Eine Lückenschließung ist nach diesem Verständnis nur dann geboten, wenn der wissenschaftliche Fortschritt in der Zahnheilkunde neue, allgemein anerkannte Behandlungsmethoden geschaffen hat, die der Verordnungsgeber noch nicht gekannt hat und demnach auch nicht im Katalog der GOZ berücksichtigen konnte.

Der Zahnarzt hat an 8 Zähnen Einlagefüllungen in Form von Komposit-Füllungen in Mehrschichttechnik ausgeführt. Dabei hat er moderne Komposit-Füllungsmaterialien verwendet, die bereits in den 70er Jahren entwickelt wurden und ab den 80er Jahren auch in der Zahnmedizin Anwendung fanden. Letztlich handelt es sich bei der Dentin-Adhäsiv-Technik nur um eine unterschiedliche Methode des Füllens einer Kavität im Sinne der Gebührennummern 205 ff. Bei einer Einlagefüllung, die gemäß den Gebührennummern 215 ff. abgerechnet werden kann, handelt es sich um eine nach Abformung der Kavität auf einem Modell im Labor hergestellte Füllung, wird mittels Zement in die Kavität eingesetzt. Im Gegensatz zu den plastischen Füllungen nach den Gebührennummern 205 ff. erfolgt die Herstellung der Einlagefüllungen außerhalb des Mundes im zahntechnischen Labor. Nur und gerade für letzteren Fall sind die Gebührennummern 215 ff. maßgeblich.

Soweit der Zahnarzt vorträgt, das Verfahren erfordere einen erhöhten Aufwand an Zeit, Kosten und wegen der Schwierigkeit der Technik eine besondere Sachkenntnis des Zahnarztes, wird diesen Besonderheiten durch § 5 (2) hinreichend Rechnung getragen. Die Arbeitsschritte, die bei der Dentin-Adhäsiv-Technik erforderlich werden, können durch die Ausschöpfung des Gebührenrahmens Berücksichtigung finden. So hat auch der Zahnarzt die Komposit-Füllung an 8 Zähnen jeweils mit dem 3,5-fachen Satz in Abrechnung gebracht.

AG Kiel
Az 111 C 665/01
Urteil vom 10.05.2002

Es fehlt an den in § 6 (2) positiv normierten Voraussetzungen für eine Analogiebildung. Bei dem Dentin-Adhäsiv-Verfahren handelt es sich nämlich nicht,

wie von § 6 (2) vorausgesetzt, um eine selbständige zahnärztliche Leistung die erst nach dem Inkrafttreten der Gebührenordnung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt worden ist, da das Dentin-Adhäsiv-Verfahren bereits bei Inkrafttreten der Gebührenordnung bekannt war und in der zahnärztlichen Praxis auch angewandt wurde.

Allerdings wurde dieses Verfahren zunächst ausschließlich im Frontzahnbereich angewendet und gewann in dem hier in Rede stehende Seitenzahnbereich erst in den letzten Jahren eine größere Bedeutung. Die Verbesserung eines bekannten Verfahrens und die Ausweitung seines Anwendungsbereiches stellt jedoch keine wissenschaftliche Neuentwicklung, sondern lediglich eine Weiterentwicklung eines bereits bekannten Verfahrens dar, zumal in dem Abschnitt C des Gebührenverzeichnisses gerade keine Unterschiede zwischen Behandlungen im Front- und im Seitenzahnbereich gemacht werden und sich eine isolierte Betrachtung, wonach das Dentin-Adhäsiv-Verfahren im Seitenzahnbereich eine wissenschaftliche Neuentwicklung darstellt, daher verbietet.

AG Wesel
Az 5 C 338/00
Urteil vom 26.09.2002

Der Zahnarzt ist nicht berechtigt, die hier fraglichen zahnärztlichen Leistungen (adhäsive Komposit-Füllungen) gemäß § 6 analog der Gebührennummern für das Einbringen von Inlays (215 – 217) abzurechnen. Zwar hat der Sachverständige im einzelnen dargelegt, daß es sich bei Komposit-Füllungen um eine zahnärztliche Leistung handelt, die erst nach 1987 aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt worden ist, es handelt sich hier aber nicht um eine selbständige zahnärztliche Leistung im Sinne von § 6 (2). Nach § 4 (2) kann der Zahnarzt Gebühren nur für selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen. Dieser Zusammenhang verdeutlicht, daß als selbständige Leistungen diejenigen anzusehen sind, die im Gebührenverzeichnis eine Beschreibung und Bewertung gefunden haben. § 4 bindet also – vom Ausnahmefall des § 6 abgesehen – die Berechnung einer Gebühr an das Erbringen einer im Gebührenverzeichnis beschriebenen Leistung. Dabei stellt § 4 (3) ergänzend klar, daß dem Zahnarzt die Berechnung einer Gebühr für eine Leistung verschlossen ist, die Bestandteil oder besonderer Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, wenn er für diese andere Leistung eine Gebühr berechnet bzw. berechnen kann.

Das Gebührenverzeichnis beschreibt in einem Katalog zahnärztliche Einzelleistungen. Als solche Einzelleistungen sind in den Gebührennummern 205 - 211 alle Verfahrensarten beschrieben, die genutzt werden um Kavitäten mit einer formbaren Masse zu verschließen. Eine derartige Behandlungsmethode ist ausdrücklich von den Gebührennummern 205 ff. umfaßt und wird mit diesen Gebühren grundsätzlich abgegolten. Dementsprechend ist es nicht zulässig, eine weitere Gebühr in analoger Anwendung des § 6 zu entwickeln, da das Verfüllen von Kavitäten in Zähnen ausdrücklich nur nach den oben genannten Gebührennummern abzurechnen ist und nicht als besondere selbständige zahnärztliche Leistung nach § 4 (2). Es handelt sich bei Komposit-Füllungen immer noch um Füllungen, so daß die Verwendung des hier vorliegenden Füllmaterials lediglich Teil einer Leistung nach den Gebührennummern 205 - 211 - sein kann und keine selbständige Einzelleistung.

Es wird lediglich mit einem besonderem Füllmaterial gearbeitet, um eine Gesamtleistung, nämlich das Verfüllen einer Kavität zu erbringen. Dementsprechend kann die Verwendung eines besonderen Materials nicht als selbständige zahnärztliche Leistung im Sinne von § 4 (2) angesehen werden. Es handelt sich hier vielmehr um eine notwendige Teilleistung zur ordnungsgemäßen Behandlung einer Kavität in einem Zahn. Die Verwendung irgendeines Fül-

lungsmaterials gehört deshalb zwingend zu der zahnärztlichen Einzelleistung dazu. Als besondere zahnärztliche Einzelleistung wird demgegenüber lediglich das Anfertigen und Einbringen eines Inlays aufgeführt. Dabei handelt es sich aber nicht um plastisches Material, so daß die dort genannten Gebühren hier nicht geltend gemacht werden können.

Die Gebührenordnung sieht für das Verfüllen einer Kavität mit plastischem Material ausdrücklich die oben genannten Gebührennummern vor, die unter Berücksichtigung der hier unstreitig vorhandenen besonderen Schwierigkeiten entsprechend erhöht werden können, nicht aber den Rückgriff auf andere Gebührennummern, die das Herstellen und Einsetzen von festen „Füllungen“ beschreiben, denn dort wird eine ganz andere zahnärztliche Leistung beschrieben, die in der Gebührenordnung bewußt unter den Gebührennummern 215 ff. von den hier genannten Gebührennummern 205 ff. abgesetzt ist.

Die besonderen Schwierigkeiten dieser Arbeitsweise rechtfertigen dementsprechend lediglich eine Ausschöpfung des genannten Gebührenrahmens, nicht aber die Berechnung aufgrund ganz anderer Gebühren für im Kern ganz andere zahnärztliche Leistungen.

AG Düsseldorf
Az 41 C 19640/02
Urteil vom 09.07.2004

Die Berechnung dentinadhäsiver Mehrschichtrestaurationen entsprechend der Gebührennummern 215-217 ist berechtigt.

Anspruch auf Erstattung

BUNDESGERICHTSHOF
Az IV ZR 418/02
Urteil vom 11.06.2003

aufhebendes Revisionsurteil zum

LG Münster
Urteil vom 10.10.2002

Hat das Versicherungsunternehmen ein externes Gutachten zur Prüfung seiner Leistungspflicht eingeholt, ist es zu dessen Offenlegung verpflichtet. Auch wenn dieses Gutachten mithin nur internen Zwecken dient, ändert sich an der Verpflichtung nach dem Wortlaut des Gesetzes nichts. Der Versicherer holt das Gutachten ein, um sich in einer Zweifelsfrage Gewißheit zu verschaffen. Dazu bedarf es eines unbefangenen und fachlich geeigneten Sachverständigen. Fehlt es daran, kann das Gutachten seinen Zweck nicht erfüllen.

Unter diesem Gesichtspunkt macht es keinen Sinn, wenn der Versicherer die Identität des Sachverständigen geheim halten möchte. Eine solche Einschränkung würde das in § 178m VVG gewährleistete Recht des Versicherten auf Einsicht entwerten, weil ihm die Prüfung der Kompetenz und Unbefangenheit des Gutachters verschlossen bliebe. Erst die umfassende Kenntnis des Gutachtens einschließlich seines Urhebers erlaubt dem Versicherten eine sachgerechte Beurteilung der Frage, ob der Anspruch auf Kostenerstattung Aussicht auf Erfolg hat. Insofern dient § 178m VVG der Waffengleichheit unter den Beteiligten des Versicherungsvertrages.

OLG Düsseldorf
Az 4 U 7/92
Urteil vom 09.02.1993

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 11 O 547/90
Urteil vom 14.11.1991

Einem Patienten steht gemäß den Regelungen des Versicherungsvertrages mit seiner privaten Krankenversicherung nur dann ein Anspruch auf Erstattung der entstandenen Kosten für Zahnbehandlung zu, wenn die Behandlung von einem niedergelassenen Zahnarzt oder ambulant in einem Krankenhaus durchgeführt wurde.

Angestellte Zahnärzte in einem Unternehmen (GmbH) zur Durchführung von Zahnkosmetik und Zahnästhetik sowie in einer sogenannten "Denti-Boutique" erfüllen nicht die Voraussetzungen der Niederlassung, das Unternehmen selbst stellt auch keine Privatkrankenanstalt dar.

LG Essen
Az 6 O 417/98
Urteil vom 07.02.2000

Die Krankenversicherung ist aufgrund des bestehenden Krankenversicherungsverhältnisses nicht verpflichtet, die aufgrund der kieferorthopädischen Heil- und Kostenpläne berechneten Behandlungskosten für die Söhne des Versicherungsnehmers zu tragen.

Denn Voraussetzung der Leistungspflicht der Krankenversicherung ist gemäß § 1 (2) AVB Teil I die Durchführung einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Dementsprechend sind die gemäß § 1 (2) GOÄ bzw. § 1 (2) GOZ vom Zahnarzt in Ansatz gebrachten Leistungen grundsätzlich nur dann von der Krankenversicherung zu erstatten, wenn die berechneten Leistungen nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich sind. Ausschlaggebend bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit ist dabei ein an der Schulmedizin orientierter, objektiv überprüfbarer Maßstab.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme hat das Gericht keine vernünftigen Zweifel mehr daran, daß die in den kieferorthopädischen Heil- und Kostenplänen aufgeführten Leistungen diesen Maßstäben nicht entsprechen. Der Sachverständige führt überzeugend aus, daß eine kieferorthopädische Behandlung in der geplanten Art und Weise mangels des Vorliegens eines Ausnahmefalles nicht indiziert ist und ein Einschleifen der im Kreuzbiß stehenden Milchzähne als Kompensation genügt. Zur Begründung führt der Sachverständige ferner nachvollziehbar an, daß beim Vorliegen eines Kreuzbisses nur dann eine kieferorthopädische Frühbehandlung indiziert ist, wenn es zu einer Zwangsführung des Unterkiefers zur Kreuzbißseite gekommen ist. Eine derartige Schwenkung des Unterkiefers ist jedoch nicht nachzuweisen. Im übrigen konnte die gestellte Diagnose nicht bestätigt werden, weshalb die Therapiemaßnahmen nicht als medizinisch notwendig zu qualifizieren sind. Auch die ergänzend gestellte Diagnose und die vorgesehene Behandlung konnte nicht bestätigt werden. Insoweit führt der Sachverständige aus, daß keine Gebißfehlentwicklung feststellbar ist, die kieferorthopädische Maßnahmen indizieren würden.

Soweit der Zahnarzt anführt, es sei zu berücksichtigen, daß die geplante Behandlung nach den Grundsätzen der ganzheitlichen Behandlungsmethode durchgeführt werden soll, was der Sachverständige bei der Begutachtung nicht berücksichtigt habe, verkennt der Zahnarzt den von der Krankenversicherung aufgrund des Krankenversicherungsvertrages zu erbringenden Leistungsumfang.

Die Krankenversicherung schuldet insoweit nur die Kostenübernahme für objektiv, anhand der Schulmedizin überprüfbare, notwendige Behandlungsmaßnahmen. Eine seitens des Zahnarztes für gut befundene ganzheitliche Behandlung mag medizinisch vernünftig oder wünschenswert sein, ist aber nicht aufgrund des Krankenversicherungsvertrages von der Krankenversicherung einfordernbar. Letztlich kommt dieser objektive Beurteilungsmaßstab auch dem Versicherungsnehmer zugute, da die von ihm zu erbringenden Krankenversicherungsleistungen ansonsten nicht mehr zu kalkulieren wären.

AG Bochum
Az 66 C 449/97
Urteil vom 26.11.1997

Für die Leistungen des Zahnarztes schuldet die Patientin diesem die übliche Vergütung, die sich nach der Gebührenordnung für Zahnärzte richtet, dies gilt unabhängig davon, ob die berechneten Gebühren von einer privaten Krankenversicherung oder der Beihilfestelle anerkannt werden. Versicherungs-

rechtliche und beihilferechtliche Besonderheiten berühren die Gebührenordnung für Zahnärzte nicht. Dabei mag die Beihilfestelle grundsätzlich nur den 2,3 fachen Gebührensatz anerkennen. Nach § 5 (1) bemißt sich die Gebühr aber nach dem 1- bis 3,5-fachen Satz. Nach § 5 (2) bemißt sich die Gebühr innerhalb dieses Rahmens unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen. Bereits im Heil- und Kostenplan wurde die Beklagte auf die Möglichkeit der Erhöhung des 2,3 fachen Satzes hingewiesen.

Die gemäß § 10 (3) notwendige Begründung der einzelnen Erhöhungen ist in der Rechnung enthalten und wurde vom Zahnarzt auch noch erweitert. Daß die angegebenen Umstände, welche die Erhöhungen rechtfertigen, unbegründet waren, behauptet die Patientin nicht, so daß der Zahnarzt die Erhöhungen beanspruchen kann, auch wenn die Beihilfestelle sie nicht anerkannt hat.

Daß die Beihilfestelle Keramikinlays nicht und Verblendkronen nur im sichtbaren Zahnbereich anerkennt, kann die Patientin dem Zahnarzt nicht entgegenhalten. Dieser hat entsprechende Leistungen erbracht und darf sie damit auch entsprechend der Gebührenordnung berechnen.

Ob der Zahnarzt der Patientin erklärt hat, sie brauche sich um die Höhe der Rechnung keine Sorgen zu machen, diese werde erstattet, kann dahinstehen. Aus einer solchen fehlerhaften Beratung könnte der Patientin allenfalls ein aufrechenbarer Schadensersatzanspruch gegen den Zahnarzt zustehen. Ihrem Vorbringen kann aber nicht entnommen werden, welche Einbuße ihr tatsächlich durch die Kürzung seitens der Beihilfestelle entstanden ist, da ungewiß ist, welche Leistung Versicherung und Beihilfestelle zusammen erbracht haben. Nur die echte Einbuße könnte als Schaden berücksichtigt werden.

AG Solingen
Az 12 C 429/97
Urteil vom 01.12.1997

Mit dem Behandlungsvertrag verpflichtet sich der Zahnarzt die vorzunehmende Zahnbehandlung auszuführen, und der Patient hat für die dafür angemessene Vergütung aufzukommen. Daß eine Versicherung dem Patienten die Vergütung ganz oder teilweise erstattet und welche dies ist, ist nicht Inhalt des Behandlungsvertrages zwischen Zahnarzt und Patient, auch dann nicht, wenn der Zahnarzt vor der Vereinbarung des Behandlungsvertrages erklärt, die Vergütung müßte voll die Versicherung tragen.

AG Dortmund
Az 118 C 9798/98
Urteil vom 26.01.1999

Der Patient kann von seiner Versicherung keinen Ersatz der ihm für die Sterilisation der Parodontaltaschen entstandenen Kosten beanspruchen. Eine analoge Anwendung nach § 6 (2) ist ausgeschlossen, da die Möglichkeit einer Laserbehandlung, wie beim Patienten vorgenommen wurde, bereits bei Erlaß der Gebührenordnung bestand.

Audio-Visuelle-Technik

VG Düsseldorf
Az 10 K 9290/93
Urteil vom 24.01.1996

Der analoge Ansatz der Gebührennummer GOÄ (alt) Gebührennummer 3 für AVT (Audio-Visuelle-Technik) ist mangels einer vom Zahnarzt abgegebenen Erklärung hinsichtlich der Gleichwertigkeit dieser Leistung nach GOÄ (alt) Gebührennummer 3 vom Gericht als nicht zulässig angesehen worden.

Aufklärungspflicht

OLG Köln
Az 7 U 50/85
Urteil vom 26.02.1992

Es ist nicht Sache des Zahnarztes, sich über die Absicherung des Patienten zu unterrichten. Folglich ist vom Zahnarzt weder die Behandlung danach auszurichten noch sind dem Patienten entsprechende Hinweise zu geben. Der Zahnarzt muß nicht die Funktion eines "Versicherungsberaters" übernehmen. Eine Ausnahme hiervon gilt nur in den Fällen, in denen der Patient zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu entscheiden hat. Dann hat der Arzt jeweils zur Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten ihm die Behandlungsalternativen aufzuzeigen.

OLG Düsseldorf
Az 8 U 181/98
Urteil vom 20.05.1999

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 81/98
Urteil vom 27.08.1998

Die Beurteilung der versicherungsvertraglichen Haftungsfrage ist allein Sache des Patienten. Die Grenze der ärztlichen Aufklärungspflicht ist erreicht, wenn der Verantwortungs- und Kompetenzbereich des Arztes verlassen wird, was gerade bei der Frage der versicherungsvertraglichen Absicherung des Patienten der Fall ist.

Es ist Sache des Patienten, den Zahnarzt darauf hinzuweisen, daß eine Behandlung erst nach einer Sicherstellung der Kostenübernahme beginnen soll. In diesem Zusammenhang genügt der Zahnarzt seinen nebenvertraglichen Verpflichtungen bereits durch Fertigung des Heil- und Kostenplanes, den der Patient vor Aufnahme der Behandlung abwarten und an dem er sich wegen der Kostenfrage orientieren kann.

OLG Celle
Az 1 U 28/00
Urteil vom 28.05.2001

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Verden
Az 5 O 193/99
Urteil vom 12.03.2001

Die Pflicht des Zahnarztes, einen Patienten über die voraussichtlichen Behandlungskosten zu informieren, gehört nicht zur Aufklärungspflicht im ei-

gentlichen Sinne (Aufklärung über Behandlungsrisiken [Eingriffsaufklärung] oder über therapierichtiges Verhalten [Sicherheitsaufklärung]). Es handelt sich vielmehr um eine vertragliche Nebenpflicht des Behandlungsvertrages. Folge ist, daß nicht der Arzt die ordnungsgemäße Aufklärung beweisen muß. Vielmehr hat der Patient die Pflichtverletzung zu beweisen.

Diesen Beweis hat die Patientin nicht geführt. Nach dem Ergebnis der in erster Instanz durchgeführten Beweisaufnahme läßt sich eine Pflichtverletzung des Zahnarztes im Hinblick auf die Beratung über die Behandlungskosten nicht feststellen. Vielmehr ist sogar davon auszugehen, daß er die Patientin hinreichend und rechtzeitig über die voraussichtlichen Behandlungskosten informiert hat. Daß dabei die Kosten möglicherweise nicht ganz präzise angegeben werden konnten, ist schon deshalb un-schädlich, weil der Gebührenfaktor erst anhand der konkreten Schwierigkeit des Falles festgelegt werden konnte. Es ist weiter davon auszugehen, daß zusätzlich durch Übersendung eines Heil- und Kostenplanes auf die voraussichtlichen Behandlungskosten hingewiesen wurde.

Daß der im Heil- und Kostenplan ausgewiesene Betrag später überschritten wurde, führt nicht zur Bejahung einer Nebenpflichtverletzung (die nach Auffassung des Senats bei ansonsten lege artis erbrachter zahnärztlicher Leistung ohnehin kaum dazu führen würde, den gesamten Honoraranspruch des Zahnarztes zu beseitigen). Denn der Zahnarzt hat nachvollziehbar bekundet, daß konservierende chirurgische Maßnahmen in dem Heil- und Kostenplan nicht enthalten waren und daß der Gebührenfaktor erst anhand der Schwierigkeit des Falles festgelegt werden konnte.

Daß - wie die Patientin vorträgt - die Information nicht durch den Zahnarzt selbst, sondern durch seine Praxishelferin erfolgte, ist un-schädlich, denn anders als die ärztliche kann die vertragliche Nebenpflicht der Information über Behandlungskosten ohne weiteres auf nichtärztliche Mitarbeiter übertragen werden.

OLG Köln
Az 5 U 44/04
Urteil vom 17.11.2004

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Aachen
Az 11 O 15/00
Urteil vom 11.02.2004

Die wirtschaftliche Aufklärung stellt eine vertragliche Nebenpflicht dar. Ihre Verletzung löst einen Schadensersatzanspruch aus, der auf Freistellung von Verbindlichkeiten, die sonst nicht eingegangen worden wären, gerichtet ist. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um eine medizinisch notwendige Behandlung handelt oder nicht. Der Umfang der Aufklärungspflicht richtet sich nach den Umständen des Einzelfalles, etwa der wirtschaftlichen Bedeutung für den Patienten und seine Aufklärungsbedürftigkeit. Hier ist zu berücksichtigen, daß der Zahnarzt regelmäßig einen besseren Überblick über die auf den Patienten zukommenden Belastungen hat und regelmäßig auch erkennen kann, bei welchen Behandlungen die Erstattungsfähigkeit zweifelhaft ist und zu Problemen mit Kostenerstattem führen kann. Jedenfalls ist einem Zahnarzt bewußt, daß bei umfangreichen prothetischen Maßnahmen ein erheblicher Kostenanteil regelmäßig bei dem Patienten verbleibt. Insofern ist von ihm zu erwarten und zu verlangen, daß er bei sehr aufwendigen Arbeiten mit aller Deutlichkeit darauf hinweist, daß Maßnahmen zwar nützlich sein mögen, aber letztlich nicht unbedingt geboten sind. Der Patient wäre hier im streitigen Fall

klar und eindeutig darüber aufzuklären gewesen, daß es sich bei der gewählten Interimslösung um eine Versorgung handelte, die zwar höchsten Ansprüchen genügte, indes zur sachgerechten Versorgung keineswegs zwingend erforderlich war. Es hätte der ausdrückliche Hinweis erfolgen müssen, daß die provisorische Versorgung zur Erreichung des *therapeutischen* Zwecks ausreichend gewesen wäre. Darüber hinaus hätte der Arzt darauf hinweisen müssen, daß es aus wirtschaftlichen Gründen zweckmäßig sei, den Umfang der Abrechnungsfähigkeit zunächst mit dem Versicherer abzuklären, ihm zunächst die vollständigen Heil- und Kostenpläne zu übersenden und erst danach die eigentliche prothetische Versorgung (insbesondere aber die Interimsversorgung) in Angriff zu nehmen. All dies war die Pflicht des behandelnden Arztes als vertragliche Nebenpflicht im Rahmen der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht.

LG Düsseldorf
Az 22 S 471/96
Urteil vom 04.04.1997

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Neuss
Az 41 C 331/95
Urteil vom 06.11.1996

Es kann unterstellt werden, daß die vom Zahnarzt geplante und durchgeführte Behandlung für sich alleine genommen den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprochen hat, er hat die Behandlung jedoch ausgeführt, ohne die Patientin über die Folgen und andere in Betracht kommende Behandlungsmethoden zu unterrichten. Dazu war der Zahnarzt verpflichtet, wie in der höchstrichterlichen Rechtsprechung anerkannt ist, dies um so mehr, als die Patientin unbestritten ihre Einwilligung in die Behandlung davon abhängig gemacht hatte, daß die eingesetzte Behandlungsapparatur nicht sichtbar sein dürfte und diese Maßnahme in jedem Falle im Prinzip nur eine kosmetische Maßnahme war, jedenfalls keine, die dringend notwendig war. Unter diesen Voraussetzungen geht die Belehrungspflicht des Zahnarztes noch weiter.

Da es eine andere Behandlungsmethode gab, die darüber hinaus dem Anliegen der Patientin, daß die eingesetzte Behandlungsapparatur nicht sichtbar sein dürfe, in erheblichem Umfange gerecht geworden wäre, konnte die Patientin nicht von sich aus entscheiden, ob sie diese Behandlungsmethode unter Berücksichtigung etwaiger damit verbundener Probleme vorziehen würde. Das lag in der Entscheidungsfreiheit der Patientin, wobei hier noch hinzu kommt, daß nach dem Gutachten des Sachverständigen insoweit bei der Patientin überhaupt keine Probleme bei der Wahl dieser Methode bestanden hätten. Die Unterlassung dieser Aufklärung könnte dem Zahnarzt nur dann nicht angelastet werden, wenn er seinerseits darlegen und beweisen könnte, daß die Patientin auch bei einer dementsprechenden Belehrung sich für die von ihm gewählte Behandlungsmethode trotz der damit verbundenen kosmetischen Verschlechterung entschieden hätte. Das ist nicht ersichtlich, kann aufgrund der unstrittigen Tatsache, daß die Patientin zuvor erklärt hatte, sie mache ihre Behandlung von der Voraussetzung abhängig, daß die eingesetzte Behandlungsapparatur nicht sichtbar sein dürfe, auch nicht ernstlich angenommen werden.

Der Zahnarzt hat auch, wie er hilfsweise geltend macht, keinen Anspruch auf eine Teilvergütung, insbesondere wegen der Erhebung der Gebißsituation und der Planung der Behandlung. Der zwischen den Parteien zunächst abgeschlossene Dienstvertrag ist gekündigt worden, denn vor Beendigung der Be-

handlung hat der Zahnarzt auf Anweisung der Patientin die eingebrachte Apparatur beseitigt. Ob der zur Dienstleistung Verpflichtete, hier also der Zahnarzt, einen Anspruch auf Teilvergütung hat, richtet sich nach § 628 BGB. In § 628 (1) Satz 2 ist geregelt, daß dann, wenn der Dienstberechtigte kündigt, weil er durch ein vertragswidriges Verhalten des anderen Teils veranlaßt worden ist, ihm ein Anspruch auf die Vergütung dem Dienstverpflichteten insoweit nicht zusteht, als die bisherigen Leistungen infolge der Kündigung für den anderen Teil kein Interesse haben. Davon muß hier ausgegangen werden. Schon der Beginn der Behandlungsmethode war fehlerhaft, und zwar zumindest deshalb, weil die Patientin nicht über die in Betracht kommende andere Behandlungsmethode unterrichtet worden ist. Insoweit war die Behandlung durch den Zahnarzt von Anfang an pflichtwidrig. Daß die Patientin durch die dennoch vom Zahnarzt aufgeführten Leistungen einen Vorteil gehabt hätte, daß also insoweit ein Interesse weiter bestanden hat, weil sie diese Arbeiten weiter verwenden konnte, ist nicht ersichtlich. Deshalb kann dem Zahnarzt von Rechtswegen auch keine Teilvergütung zuerkannt werden.

[Anmerkung: Zur Thematik Therapiefreiheit hat das Gericht eine pointierte Feststellung getroffen: „Die vom Sachverständigen in seinem Gutachten vertretene Auffassung, dem Zahnarzt müsse hinsichtlich der von ihm gewährten Behandlungsmethode ‚seine therapeutische Freiheit zugebilligt werden‘, lag daher nicht nur außerhalb des Gutachtauftrags, diese Auffassung ist rechtlich auch falsch. Die therapeutische Freiheit steht grundsätzlich dem Patienten und nicht dem behandelnden Arzt zu.“

LG Kiel
Az 10 S 68/98
Urteil vom 03.12.1998

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Bad Bramstedt
Az 5a C 180/97
Urteil vom 31.07.1998

Die ärztliche Aufklärung soll es dem Patienten ermöglichen, Art, Bedeutung, Ablauf und Folgen einer Behandlung zwar nicht in allen Einzelheiten, aber doch in den Grundzügen zu verstehen, um eine informierte Risikoabwägung vornehmen zu können. In diesem Rahmen ist der Patient auch über seine nicht ganz außer Wahrscheinlichkeit liegenden Risiken zu unterrichten (BGH NJW 1984, 1397, 1398), d. h., der Arzt muß auch auf typische, wenn auch seltene, Risiken hinweisen, um dem Patienten die Entscheidung darüber zu überlassen, ob er etwaige Gefahren für seine Gesundheit auf sich nehmen will (BGH VersR 1993, 228, 229).

Aber auch wenig wahrscheinliche Risiken müssen mit dem Patienten besprochen werden, wenn – wie im vorliegenden Fall – für den Eingriff aus medizinischer Sicht keine Dringlichkeit oder überhaupt keine zwingende Indikation besteht (BGH NJW 1984, 1395, 1396). Unter solchen Umständen ist die Einwilligung in einen körperlichen Eingriff nur dann wirksam, wenn der Einwilligende in der Lage gewesen ist, das Für und Wider genau zu beurteilen und gegeneinander abzuwägen. Das setzt voraus, daß der Arzt dem Patienten die Gründe und Gegengründe eingehend auseinandersetzt.

Der Grundgedanke lautet: Je dringender der Eingriff ist, desto geringere Anforderungen sind an den Umfang der Aufklärung zu stellen. Je weniger dringlich der Eingriff ist, desto größere Anforderungen sind an die Aufklärungspflicht zu stellen.

AG Herne-Wanne
Az 2 C 152/94
Urteil vom 13.05.1994

Streitig war im vorliegenden Fall die Berechenbarkeit der Gebührennummer 236 neben 241 und der Materialkosten für ein Anästhetikum.

Das Gericht stellte hierzu fest: "In der Sache sprechen hier nicht unerhebliche Gesichtspunkte dafür, daß die zu diesen Punkten vertretene Auffassung (des Zahnarztes) zutreffend ist." Letztlich kann der Zahnarzt die in der Liquidation geltend gemachte Summe deshalb nicht von dem Patienten beanspruchen, weil er dem Patienten in dem Falle, daß die strittigen Gebührennummern tatsächlich berechnungsfähig, aber nicht beihilfefähig wären, anlässlich der Behandlungsmaßnahmen auf diesen Umstand hätte hinweisen müssen. Im Rahmen der vertraglichen Beziehung zwischen Arzt und Patient trifft nämlich den Arzt eine umfassende Obhuts- und Aufklärungspflicht. Der Patient darf davon ausgehen, bezüglich der Kosten von allgemein üblichen und mit keinen speziellen Sonderleistungen verbundenen zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen umfassend durch die ihm gewährte Beihilfe abgedeckt zu sein. Der Patient braucht nicht damit zu rechnen, daß der Zahnarzt Leistungen durchführt, für die eine Erstattungsfähigkeit nicht besteht.

Auslagenvorschuß

OLG München
Az 1 U 5547/94
Urteil vom 11.05.1995

aufhebendes Berufungsurteil zum

LG München I
Az 9 O 17295/93
Urteil vom 17.08.1994

Der Fall: Basierend auf einem privaten Therapieplan fertigte die klagende Zahnärztin für die beklagte Patientin eine prothetische Versorgung des Oberkiefers an, die jedoch nicht mehr endgültig eingegliedert wurde. Die Patientin kündigte den Behandlungsvertrag, weil entgegen den Absprachen die Kronen nicht mit Keramikschultern gefertigt worden seien und die Zahnärztin die Weiterbehandlung verweigert habe, bis die Patientin eine Anzahlung geleistet habe, was nicht vereinbart war.

Das Gericht urteilte, daß die Zahnärztin aufgrund der mit der Patientin nach Zeugenbekundigung getroffenen Absprache berechtigt war, für die an den Zahntechniker für dessen Leistung ihrerseits zu entrichtenden Auslagen einen Auslagenvorschuß zu verlangen.

Daß die Zahnärztin diesen Betrag ihrerseits noch nicht verauslagt hatte, ist dabei unerheblich. Gemäß § 273 (1) BGB stand der Zahnärztin bis zur Bewirkung der Vorschußleistung durch die Patientin mithin ein Recht zu, die eigene Leistung zurückzubehalten.

LG Hagen
Az 9 O 230/99
Urteil vom 09.11.1999

Ob der Zahnarzt die Rechnung der zahntechnischen Leistungen gegenüber dem zahntechnischen Labor bereits beglichen hat, ist unerheblich. Nach §§ 675, 669 BGB ist die Patientin ihm gegenüber auf Verlangen zur Vorschußleistung verpflichtet.

Behandlung naher Angehöriger

BUNDESGERICHTSHOF

Az IV ZR 11/00

Urteil vom 21.02.2001

bestätigendes Revisionsurteil zum

OLG München

29. Zivilsenat

Urteil vom 25.11.1999

Nach Auffassung des BGH hält die „Verwandtenklausel“ in den PKV-Tarifen einer Inhaltskontrolle nach dem AGB-Gesetz Stand. Der BGH verweist darauf, daß der Patient im Regelfall die Möglichkeit habe, sich in medizinisch gleichwertiger Weise von einem Arzt behandeln zu lassen, der nicht Verwandter sei. Die Klausel habe zudem nur einen beschränkten Anwendungsbereich, da Ärzte nur in ihrem Fachgebiet behandeln dürfen. Der Zulässigkeit der Klausel stehe auch nicht entgegen, daß es in der gesetzlichen Krankenversicherung einen entsprechenden Leistungsausschluß nicht gebe. Die Verwandtenklausel habe weiter den Sinn, daß nicht im Einzelnen geprüft werden müsse, ob die Untersuchung nicht unterhaltsrechtlich geschuldet sei. Bei einer Interessenabwägung sei keine schwerwiegende Beeinträchtigung der Interessen des Patienten zu erkennen. Eine Ausnahme wird lediglich für die Fälle gemacht, wenn der Angehörige zu den wenigen Spezialisten gehöre, an die sich der Patient mit seinem Leiden wenden könne.

Weitere vom BGH erwähnte Urteile gleichen Tenors:

OLG Celle	[VersR 2001, 182f.]
LG Aachen	[NVersZ 2000, 80]
AG Mosbach	[r + s 2000, 343]

Bundesverwaltungsgericht

Az VI C 5.71

Urteil vom 25.10.1972

Der Ausschluß der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme ist rechtmäßig. Bei der Heilmaßnahme anfallende Unkosten dieser Angehörigen sind beihilfefähig. Tatsächliche Unkosten sind insbesondere Ausgaben für die Anschaffung von Geräten und deren Abnutzung, Verbrauch von Verbandsmaterial, Chemikalien und Reagenzien, sowie Kosten für Miete, Strom, Personal und dgl.

Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet es nur, in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen durch Gewährung von Beihilfen ergänzend und in angemessenem Umfang in bezug auf die notwendigen Aufwendungen einzugreifen. Infolgedessen muß der Beamte auch gewisse Härten und Nachteile hinnehmen, die sich aus der pauschalierten und typisierenden Konkretisierung der Fürsorgepflicht durch die Beihilfevorschrift ergeben.

LG Lüneburg
Az 1 S 282/95
Urteil vom 11.01.1996

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Lüneburg
Az 10 C 95/95
Urteil vom 03.07.1995

Die Klausel des Krankenversicherungsvertrages, wonach keine Leistungspflicht bei Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder besteht und lediglich nachgewiesene Sachkosten erstattet werden, verstößt gegen § 9 (1) AGBG und ist unwirksam. Diese Klausel benachteiligt diejenigen Versicherten gegen Treu und Glauben, die sich von einem nahen Verwandten deshalb honorarpflichtig behandeln lassen müssen, weil dieser Behandelnde zu einem Honorarverzicht nicht berechtigt ist [*Anmerkung*: Gemeint ist hiermit beispielsweise ein angestellter Arzt.].

Bei der Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt ist mit der streitbefangenen Ausschlußklausel zwar die freie Arztwahl nicht uneingeschränkt erhalten, denn die Behandlung durch einen nahen Verwandten, zu dem aufgrund der persönlichen Bande vielfach ein besonderes Vertrauensverhältnis bestehen wird, ist durch diese Klausel eingeschränkt. In Anbetracht der Tatsache, daß die versicherten Risiken aber nicht beschnitten sind und im übrigen die freie Arztwahl unter allen anderen niedergelassenen Ärzten gewährleistet ist, ist die durch die Klausel eintretende Benachteiligung jedoch nicht als unangemessen anzusehen.

LG Lüneburg
Az 1 S 169/96
Urteil vom 24.10.1996

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Lüneburg
Az 10 C 114/96
Urteil vom 15.04.1996

Die Krankenversicherung ist vertraglich verpflichtet, dem Patienten die ihm von seiner „zahnärztlichen Ehefrau“ in Rechnung gestellten Kosten für zahnärztliche Behandlung zu erstatten. Eine Einschränkung der Leistungspflicht der Krankenversicherung nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß § 5 (1) g Teil I MB/KK 76 besteht nicht. Die sogenannte Verwandtenklausel ist unwirksam, weil sie den Versicherungsnehmer unangemessen benachteiligt (§ 9 AGBG). Es liegt nämlich eine unangemessene Benachteiligung der Versicherten in all den Fällen vor, in denen der sie behandelnde nahe Verwandte nicht in der Lage ist, auf das Behandlungshonorar zu verzichten. Bei dieser Beurteilung wird nicht etwa auf einen Einzelfall abgestellt, es handelt sich vielmehr um eine unbestimmte Vielzahl von Fällen, in denen der Behandler aus Rechtsgründen nicht befugt ist, über Liquidationsansprüche zu verfügen.

In diesem Zusammenhang wird man sich zudem das heutige Berufsbild des behandelnden Arztes vor Augen führen müssen, das gegenwärtig durch eine Vielzahl wirtschaftlicher Restriktionen mit geprägt wird. Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß der Arzt ohne weiteres in der Lage ist, Leistungen unentgeltlich zu erbringen. Vielmehr wird es heute in einer Vielzahl von Fäl-

len wirtschaftlich vernünftig, wenn nicht gar geboten sein, daß der Arzt das ihm grundsätzlich zustehende Honorar auch von einem nahen Verwandten liquidiert, der gerade für den Fall seiner Erkrankung eine Versicherung abgeschlossen hat. Es ist heutzutage nicht mehr ohne weiteres vorstellbar, daß sich Arzt und verwandter Patient auf eine unentgeltliche Behandlung einigen, wenn der Patient, was dem Arzt im Hinblick auf nahe Verwandtschaft bekannt sein dürfte, das Kostenrisiko durch eine Krankenversicherung abgesichert ist.

Weitere Urteile, die mit „Contra-Tenor“ ergangen sind:

OLG München	[19 U 2944/83 vom 08.03.1984]
LG Lübeck	[VersR 1951, 99]
LG Mannheim	[VersR 1952, 364]
LG Hamburg	[VersR 1956, 7229]
LG Hannover	[3 S 155/84 vom 23.08.1984]
LG Stuttgart	[6 S 114/86 vom 17.10.1986]
AG Mannheim	[2 C 3162/94 vom 15.11.1994]

Behandlungstermin nicht eingehalten

----- pro -----

LG Konstanz
Az 1 S 237/93
Urteil vom 27.05.1994

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Konstanz
Az 9 C 745/93
Urteil vom 07.10.1993

Dem Zahnarzt steht gemäß § 615 BGB ein Vergütungsanspruch gegenüber einem Patienten dann zu, wenn dieser einen zeitlich umfangreichen Bestelltermin nicht wahrnimmt oder so kurzfristig absagt, daß der Zahnarzt nicht ohne weiteres auf andere Patienten zurückgreifen kann. Das Gericht verweist hierbei auf die analoge Entscheidung des AG Osnabrück [NJW 1987, 2935] und auf den Kommentar von Wertenbruch in Medizinrecht 91, S. 167.

Diese Entscheidung schließt jedoch die Fälle aus, in denen von anderen Ärzten entweder überhaupt keine Termine vergeben werden und die Patienten nach der Reihenfolge ihres Eintreffens im Wartezimmer behandelt werden. Ebenfalls ausgeschlossen sind Praxen von solchen Ärzten, die chronisch überlaufen sind, so daß Termine zwei- und dreifach vergeben werden, Patienten also trotz Terminvergabe oftmals stundenlang warten müssen, bis der Arzt früher eingetroffene Patienten zu Ende behandelt hat.

LG Hannover
Az 19 S 34/97
Urteil vom 11.06.1998

Berufungsurteil zum

AG Hannover
Az 561 C 6317/96
Urteil vom 12.11.1997

Im allgemeinen ist davon auszugehen, daß Terminvereinbarungen lediglich dem geregelten Praxisablauf dienen und keinen Schadensersatz bzw. Vergütung auslösenden Charakter haben. Dies folgt aus der kurzfristigen Kündigungsmöglichkeit für Patienten nach den §§ 621 Nr. 5, 627 BGB. Danach kann der dienstverpflichtete Arzt nicht ohne weiteres mit der Einhaltung vereinbarter Termine rechnen. Den Patienten trifft jedoch eine Mitwirkungs- und Sorgfaltspflicht, wenn er mit dem Arzt einem festen Termin für eine bestimmte Behandlung vereinbart hat, die über einen längeren Zeitraum eine ausschließlich ärztliche Leistung fordert. Da in dem vorliegenden Fall der Patient den Termin schuldhaft nicht eingehalten hat, ist der Zahnarzt berechtigt, den

durch das Versäumnis des Patienten entstandenen Schaden ersetzt zu erhalten. Andererseits ist der Anspruchsinhaber verpflichtet, die freigewordene Zeit zur Abwendung oder Minderung des Schadens zu verwenden (§ 254 BGB). Die vom Zahnarzt erstellte fiktive Rechnung kann zur Bemessung des Schadens nicht herangezogen werden. Hätte der Patient den Termin rechtzeitig abgesagt, hätte der Zahnarzt voraussichtlich andere zahnärztliche Leistungen erbringen und abrechnen können. Grundlage des Schadensersatzanspruches kann daher nur der durchschnittliche Kostenfaktor einer Praxis sein.

LG Düsseldorf
Az 22 S 117/03
Urteil vom 19.03.2004

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Düsseldorf
Az 48 C 17511/00
Urteil vom 18.02.2003

Entgegen der Ansicht des Amtsgerichts ist die Vorschrift des § 615 S. 1 BGB alte Fassung auf den vorliegenden Fall anwendbar. Terminvereinbarungen mögen zwar grundsätzlich nur einem geregelteren Praxisablauf dienen und insbesondere dann keinen Schadensersatz oder eine Vergütung auslösenden Charakter haben, wenn die Praxis regelmäßig trotz Terminvergaben übermäßig besucht und dem Arzt jederzeit ein Rückgriff auf andere Patienten ermöglicht ist. Bei einem Zahnarzt aber, der seine Praxis nach einem konsequenten Bestellsystem führt, nach dem nicht gleichzeitig andere Patienten für einen Termin bestellt werden und Arzt und Patient sich in ihren Dispositionen auf den Termin einrichten, kann die Terminvereinbarung als eine kalendermäßige Bestimmung im Sinne des § 296 BGB alte Fassung angesehen werden, mit der Folge, daß sich ein Patient, der einen Behandlungstermin nicht rechtzeitig absagt, zum Zeitpunkt des Behandlungstermins in Annahmeverzug befindet mit der Folge eines Vergütungsanspruchs nach § 615 S. 1 BGB alte Fassung. Aufgrund der Schilderungen des Zahnarztes ist davon auszugehen, daß dieser ein derartiges Bestellsystem betreibt. So hat er ausgeführt, daß er seine Patienten im voraus auf einen Termin bestelle, wobei zu diesem Termin auch nicht gleichzeitig noch ein anderer Patient bestellt werde. Dem ist der Patient nicht ausreichend entgegen getreten. Sein Bestreiten mit Nichtwissen ist insoweit unzulässig. So war es dem Patienten aus eigener Wahrnehmung möglich, Ausführungen dazu zu machen, wie die Terminvereinbarungen zwischen ihm und dem Kläger erfolgt waren. Auch hätte er Ausführungen dazu machen können, ob bei seinen Besuchen in der Praxis des Klägers diese stets überfüllt gewesen war. Durch die Nichtannahme der ihm angebotenen Leistung ist der Patient in Annahmeverzug geraten, wobei es auf sein Verschulden nicht ankommt.

Der Zahnarzt hat auch hinreichend substantiiert dargetan, daß er keine weiteren Aufwendungen erspart hat und er seine Arbeitskraft aufgrund der Kurzfristigkeit der Kenntniserlangung von der Nichtwahrnehmung des Termins seitens des Patienten nicht hatte anderweitig einsetzen können. Der Patient hat dies zwar bestritten. Er selbst trägt jedoch im Rahmen des § 615 S. 2 BGB alte Fassung die Darlegungs- und Beweislast für ersparte Aufwendungen bzw. anderweitig erzielte oder zu erzielende Einkünfte des Zahnarztes, hierzu hat er aber nichts Weiteres vorgetragen.

AG Osnabrück
Az 44-7 C 322/87 K
Urteil vom 13.05.1987

Für einen fest vereinbarten Behandlungstermin, der nicht wahrgenommen bzw. nicht innerhalb einer Frist von 24 Stunden abgesagt wird, kann eine angemessene Vergütung gemäß §§ 611, 615 Satz 1 BGB verlangt werden. § 615 BGB gilt auch für unabhängige Dienstverhältnisse. Diese Vorschrift gibt keinen selbständigen Anspruch, sondern bewirkt, daß abweichend vom Grundsatz "Lohn nur für geleistete Dienste" (vgl. § 614 BGB) der Vergütungsanspruch nach § 611 BGB (also brutto) dem Dienstverpflichteten erhalten bleibt. Er ist Erfüllungsanspruch, kein Schadensersatzanspruch. Daraus folgt, daß dieser Anspruch fällig ist wie bei tatsächlicher Dienstleistung im selben Umfang. Es bedarf einer gesonderten schriftlichen Vereinbarung nicht.

AG Karlsruhe
Az 8 C 54/92
Urteil vom 05.03.1992

Der Zahnarzt hat aus § 615 BGB gegenüber dem Patienten, der einen vereinbarten Termin nicht eingehalten hat, einen Anspruch auf Erfüllung, denn § 615 BGB ist nicht etwa ein Schadensersatzanspruch sondern ein Erfüllungsanspruch. Der Zahnarzt kann deshalb den ihm entgangenen Dienstlohn vom Patienten verlangen. (Im streitigen Fall wurden für die Zeit von 9.00 Uhr bis 10.30 Uhr 300,- DM zugestanden.)

Unerheblich ist in diesem Zusammenhang, ob der Kläger in der Zeit möglicherweise andere Patienten behandelt hat, denn die dabei erzielten Vergütungen wären allenfalls im Wege einer Vorteilsausgleichung anzurechnen.

AG Bad Homburg
Az 2 C 3838/93 - 15
Urteil vom 15.06.1994

Der Zahnarzt hat einen Anspruch gegen den Patienten auf Zahlung gemäß § 615 BGB, da dieser zu einem vereinbarten Termin ohne vorherige Ankündigung nicht erschienen ist. Zwischen den Parteien ist ein Dienstvertrag gemäß § 611 I BGB zustande gekommen, da der Patient mit dem Zahnarzt einen festen Termin zur Zahnbehandlung vereinbart hat. Die Höhe der Zahlung richtet sich nach der geschuldeten Behandlungsleistung unter Abzug des durch den Verzug ersparten.

Entscheidend für das Gericht war die Beweisaufnahme, nach deren Ergebnis feststand, daß der Zahnarzt, der eine reine Bestellpraxis führt, während des vereinbarten Termins keine anderen Patienten behandeln und anderweitige Einnahmen erzielen konnte.

AG Wetter (Ruhr)
Az 8 C 197/94
Urteil vom 31.10.1994

Der Fall: Nach Erstellung eines entsprechenden Heil- und Kostenplanes wird in einer reinen Bestellpraxis ein zeitlich umfangreicher Behandlungstermin vereinbart, zu dem die bestellte Patientin ohne eine beweisbare vorherige Absage nicht erscheint. Der Zahnarzt verläßt seine Praxis und fährt in der Zeit des ausgefallenen Termins nach Hause, fordert später von der Patientin Ver-

dienstausfall und bewirkt danach einen Vollstreckungsbescheid gegen die Patientin, da diese die begehrte Zahlung nicht leistet.

Das Gericht bestätigt dem Zahnarzt einen Honoraranspruch nach §§ 611, 615 Satz 1 BGB und teilt ausdrücklich nicht die Auffassung anderer Gerichte, die in gleicher Sache anders entschieden haben.

Das Gericht vertritt ferner die Auffassung, daß die Verweilgebühr nach Gebührennummer 9 GOÄ (alt), angewandt gemäß § 6 (1) GOZ, bis heute nicht abgeschafft worden ist. Auch die Auffassung, daß im Hinblick auf die jederzeit mögliche Kündigung des Behandlungsvertrages ein Honoraranspruch des in einer reinen Bestellpraxis arbeitenden Arztes entfällt, vermag das Gericht nicht zu teilen.

Bei dem Anspruch nach §§ 611, 615 BGB handelt es sich um einen Erfüllungs- nicht um einen Schadensersatzanspruch. Der Einwand rechtmäßigen Alternativverhaltens geht deshalb fehl. Im übrigen ist es auch unerheblich, ob es sich um eine Privat- oder Kassenpraxis handelt.

Der Zahnarzt muß sich jedoch den Wert desjenigen anrechnen lassen, was er infolge des Unterbleibens der Dienstleistung erspart oder durch anderweitige Verwendung seiner Dienste zu erwarten oder zu erwerben böswillig unterlassen hat. Er kann in dieser Zeit andere Arbeiten wahrnehmen (Behandlungsvorbereitungen, Abrechnungsfragen, Buchführung usw., zumindest Fachzeitschriften lesen), darf jedoch nicht, wie im vorliegenden Fall, nach Hause fahren.

AG Bremen
Az 24 C 72/1995
Urteil vom 02.06.1995

Die klagende Zahnärztin hatte mit dem beklagten Patienten auf einem vorformulierten Anmeldebogen folgende Vereinbarung getroffen: "Wir behalten uns vor, reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin) in Rechnung zu stellen." Der betroffene Patient sagte danach einen Behandlungstermin für eine prothetische Langzeitbehandlung etwa eine halbe Stunde zuvor fernmündlich ab. Die Zahnärztin machte daraufhin einen Ausfallschaden mit einem Stundensatz von 380,-- DM geltend.

Das Gericht bestätigte aus §§ 615, 611 BGB den von der Zahnärztin geltend gemachten Erfüllungsanspruch dem Grunde und der Höhe nach. Die Terminvereinbarung ist angesichts der geführten Bestellpraxis, in der nicht gleichzeitig andere Patienten für diesen Termin bestellt wurden und Arzt und Patient sich in ihren Dispositionen auf den Termin einrichten, als eine kalendermäßige Bestimmung im Sinne des § 296 BGB anzusehen. Die Klausel des Anmeldebogens stellt zudem eine rechtlich zulässige Allgemeine Geschäftsbedingung dar (§§ 1,2 AGBG).

AG Wedding
Az 21 C 302/94
Urteil vom 27.07.1995

Ein Zahnarzt, der seine Praxis nach einem konsequenten Bestellsystem führt, kann gegenüber einem Patienten, der einen vereinbarten Behandlungstermin nicht fristgerecht absagt, Vergütungsansprüche gemäß §§ 611 und 615 BGB geltend machen, weil sich der Patient zum Zeitpunkt des Behandlungstermins in Annahmeverzug gemäß §§ 293 und 296 BGB befand.

Im vorliegenden Fall war der Patient, der mit dem von ihm unterschriebenen Anamnesebogen über die Verpflichtung zur Terminabsage 24 Stunden vor Behandlungsbeginn aufgeklärt worden war, zur geplanten Füllungstherapie nicht erschienen. Das Gericht sprach dem Zahnarzt die Vergütung zu, die er bei der geplanten Maßnahme hätte erbringen können, wenn der Patient erschienen wäre.

AG Neuss
Az 44 C 684/95
Urteil vom 27.02.1996

Der beklagte Patient hatte seinen Behandlungstermin nicht eingehalten und wurde wegen der Nichtabnahme der bereitgestellten zahnärztlichen Leistungen verurteilt, die zahnärztliche Ausfallsforderung in Höhe von DM 365,59 zu bezahlen. Für die Behauptung, er habe rechtzeitig den Termin abgesagt, hat der Patient keinen Beweis angetreten.

AG Sulzbach
Az 5 C 775/96
Urteil vom 11.04.1997

Der Fall: Der beklagte Patient war zum vereinbarten Behandlungstermin nicht erschienen und hatte diesen auch nicht (beweisbar) telephonisch abgesagt. Dem klagenden Zahnarzt war es nicht möglich, für die ausgefallene Behandlungszeit einen anderen Patienten einzubestellen oder überhaupt einen anderen Patienten in dieser Zeit zu behandeln.

Zu einem weiteren Termin erschien der beklagte Patient mit 70-minütiger Verspätung. In der verbleibenden Zeit von 20 Minuten, die dann bis zum Ende des reservierten Zeitraumes noch zur Verfügung stand, war die geplante Behandlung nicht mehr möglich.

Nach Auffassung des Gerichtes ist der Patient in beiden Fällen in einen Annahmeverzug (§ 615 BGB) gekommen, und es war daher für den Zahnarzt ein Erfüllungsanspruch für das Honorar, das bei einer tatsächlich durchgeführten Behandlung angefallen wäre, und ein Zinsanspruch aus dem Gesichtspunkt des Verzuges gegeben.

AG Westerburg
Az 22 C 1963/97
Urteil vom 16.10.1998

Zur Überzeugung des Gerichts steht fest, daß der klagende Zahnarzt eine Bestellpraxis unterhält, in der grundsätzlich länger geplante und fest einkalkulierte Termine vorgehalten werden. Unter Berücksichtigung des weiten Anfahrtsweges der beklagten Patientin, ist es nachvollziehbar, daß ihre Behandlung in einem umfangreichen und umfassenden Behandlungstermin durchgeführt werden sollte. Damit liegen die Voraussetzungen des § 615 BGB vor, weil der Zahnarzt für die Behandlung der Patientin einen Zeitraum von sechs Stunden reserviert hatte.

Die Beklagte kam als Dienstberechtigte mit der Annahme der Dienste in Verzug, nachdem der Termin fest vergeben war und der Zahnarzt sich für diesen Behandlungstermin Zeit genommen hatte. Die Beklagte hat zwei Stunden vor dem Behandlungstermin den Termin abgesagt, auf ein Verschulden der Beklagten kommt es nicht an. Die Rezeption habe zwar noch versucht, telefo-

nisch für diesen Zeitraum „Ersatzpatienten“ zu bestellen, die für die folgenden Tage vorgesehen waren, dies sei jedoch nicht möglich gewesen. Nach allem mußte die Klage zum Erfolg führen, der Zahnarzt kann von der Patientin gemäß § 615 BGB ein Ausfallhonorar beanspruchen.

[Anmerkung: Die gegen diese Entscheidung unter dem Az 3 S 214/98 eingelegte Berufung beim LG Koblenz ist zurückgenommen worden, es ist somit keine Entscheidung dieses Gerichtes ergangen.]

AG München
Az 212 C 19976/98
Urteil vom 11.11.1998

Der Tenor des Urteils entspricht dem des LG Hannover, Az 19 S 34/97, Urteil vom 11.06.1998. Dem Zahnarzt wurde letztlich jedoch kein Schadensersatz zugesprochen, da er keine konkreten Angaben zur Schadensberechnung (hier: Praxisstundensatz) machen konnte.

AG Tettang
Az 7 C 719/98
Urteil vom 22.05.1999

Der Fall: Die gesetzlich krankenversicherte Patientin hatte mit einem Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie einen Operationstermin vereinbart. Diesem blieb die Patientin ohne ausreichende Entschuldigung fern.

Das Gericht: Der Facharzt hat indes gegen die Patientin dem Grunde nach einen Schadensersatzanspruch entsprechend den Grundsätzen der positiven Forderungsverletzung. Nach Ansicht des Gerichts trifft einen Patienten, der mit seinem behandelnden Arzt oder Zahnarzt einen festen Termin vereinbart hat, die Verpflichtung, den Termin rechtzeitig abzusagen, sofern er den Termin – aus welchen Gründen auch immer – nicht wahrnehmen kann oder will. Insoweit handelt es sich um eine vertragliche Nebenverpflichtung der Patientin, die ihr im Hinblick auf die bei ihr vorgesehene spezielle kieferchirurgische Behandlung auch durchaus zuzumuten war. Der Patientin mußte klar sein, daß der Facharzt angesichts der vorherigen Terminvergabe nicht ohne weiteres in der Lage sein würde, auf andere Patienten zurückzugreifen. Die Patientin hat jedoch in schuldhafter Weise den Termin nicht rechtzeitig abgesagt und im übrigen auch nachträglich keine ausreichende Entschuldigung für dieses Verhalten vorgebracht. Dies hat zur Folge, daß sie dem Facharzt zum Ersatz des Schadens verpflichtet ist, der ihm aufgrund der nicht durchgeführten Operation entstanden ist. Zum Schadensersatz aber gehört auch der entgangene Gewinn gemäß § 252 BGB. Bei Störung des Betriebsablauf besteht der Schaden in den entgangenen Roherlösen abzüglich ersparter Betriebskosten.

AG Kelheim
Az 1 C 0719/01
Urteil vom 14.02.2002

Unstreitig ist, daß die Patientin mit dem Zahnarzt einen Behandlungsvertrag abgeschlossen und für den 12.03.2001 um 9.00 Uhr einen Behandlungstermin vereinbart hatte, der ohne Entschuldigung und ohne vorherige Kündigung des Behandlungsvertrages von ihr nicht wahrgenommen wurde.

Durch die Nichtannahme der ihr angebotenen Leistung (§ 293 BGB) ist die Patientin in Annahmeverzug geraten. Sie geriet allein durch die Nichtannahme der Leistung ohne Rücksicht auf ein Verschulden in Annahmeverzug (§ 615 BGB Rdnr. 14). Dem Zahnarzt steht somit gemäß § 615 BGB als Erfüllungsanspruch die vereinbarte Vergütung unter Anrechnung der Beträge zu, die er infolge des Unterbleibens der Dienstleistung erspart oder durch anderweitige Verwendung seiner Dienste erwirbt oder zu erwerben böswillig unterläßt.

Es kann dahingestellt bleiben, ob dem Zahnarzt bei durchgeführter Behandlung ein Vergütungsanspruch von 1.949,10 DM zugestanden hätte. Das Gericht ist davon überzeugt, daß jedenfalls der geltend gemachte Honoraranspruch in Höhe von 600,- DM angefallen wäre. Dies ergibt sich aus der Aussage der Praxismitarbeiterin, die bestätigt hat, daß mit der Patientin ein dreistündiger Behandlungstermin vereinbart war und hierbei die Präparation von vier Zähnen erfolgen sollte. Wenn der Zahnarzt bei dieser Sachlage einen Durchschnittsstundensatz von 200,- DM pro Stunde zugrunde legt und von einem Honoraranspruch von 600,- DM ausgeht, ist dies nach Auffassung des Gerichts nicht zu beanstanden. Eine weitere Beweisaufnahme hierzu war deshalb nicht erforderlich.

Der Zahnarzt hat auch hinreichend substantiiert dargelegt, daß er außer Material- und Laborkosten keine weiteren Aufwendungen erspart hat und er seine Arbeitskraft auch nicht anderweitig einsetzen konnte, da aufgrund der Terminvereinbarung mit der Patientin keine Parallelbehandlungen geplant und vorgesehen waren. Die Patientin hat dies zwar bestritten, sie selbst trägt jedoch im Rahmen des § 615 Satz 2 BGB grundsätzlich die Behauptungs- und Beweislast für ersparte Aufwendungen bzw. anderweitig erzielte oder zu erzielende Einkünfte des Zahnarztes (§ 615 BGB Rdnr. 18), jedenfalls dann, wenn der Zahnarzt hierzu substantiiert vorgetragen hat. Sie selbst hat aber hierzu nicht weiteres vorgetragen.

Die Einwände der Patientin gegen die Anwendbarkeit des § 615 BGB werden vom Gericht zumindest für den Fall nicht geteilt, daß der Zahnarzt wie hier nachgewiesenermaßen eine reine Bestellpraxis mit exakter Planung aller Termine betreibt. Soweit sich die Patientin auf abweichende Gerichtsentscheidungen beruft, folgt das Gericht der dortigen Argumentation jedenfalls nicht für die vorliegende Fallkonstellation.

AG Fulda
Az 34 C 120/02 (D)
Urteil vom 16.05.2002

Der Zahnarzt hat wegen eines nicht eingehaltenen Behandlungstermins gegen den Patienten einen Anspruch auf Schadensersatz aus der mit dem Patienten getroffenen vertraglichen Vereinbarung. Diese verpflichtet den Patienten, die vom Zahnarzt für die Nichtwahrnehmung des Behandlungstermins in Rechnung gestellte Vergütung zu zahlen. Eine solche Verpflichtung ist durch die Unterzeichnung des Anmeldeformulars durch den Patienten Gegenstand der vertraglichen Vereinbarung zwischen den Parteien geworden. Der Anmeldebogen enthält unmittelbar über der für die Unterschrift vorgesehenen Fläche den Hinweis:

„Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher freigegebene Termine werden daher in Rechnung gestellt.“

Diese Allgemeine Geschäftsbedingung des Zahnarztes ist Vertragsbestandteil geworden. Die Klausel hält einer Prüfung anhand der Vorschriften des AGB-

Gesetzes stand. Insbesondere ist keine Unwirksamkeit wegen Verstoßes gegen § 10 Ziffer 7 AGB-Gesetz feststellbar, wonach eine Allgemeine Geschäftsbedingung unwirksam ist, wenn der Verwender für den Fall, daß eine Vertragspartei vom Vertrag zurücktritt oder den Vertrag kündigt, eine unangemessen hohe Vergütung für erbrachte Leistungen verlangt.

Der Zahnarzt verlangt im streitigen Fall für die Nichtwahrnehmung des anberaumten 45-minütigen Behandlungstermins eine Vergütung von 150,-DM und bleibt damit hinter dem ihm nach der Gebührenordnung für Zahnärzte zustehenden Vergütungsanspruch zurück. Der in Rechnung gestellte Betrag ist bereits deshalb nicht unangemessen hoch, weil er nicht über das hinausgeht, was dem Zahnarzt gemäß §§ 615, 611 BGB bei Annahmeverzug des dienstberechtigten Patienten ohnehin zusteht. Der Annahmeverzug des Dienstberechtigten trat im Falle des beklagten Patienten dadurch ein, daß dieser den vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrgenommen hat, ohne ihn zuvor abzusagen. Damit hat der Dienstverpflichtete gemäß § 615 BGB einen Anspruch auf Zahlung der vereinbarten Vergütung unter Anrechnung der ersparten Aufwendungen. Erspart hat der Zahnarzt Materialkosten, so daß er zumindest einen Anspruch auf Zahlung des anhand der Gebührenordnung für Zahnärzte zu ermittelnden Honorars hat.

Die Klausel ist auch nicht wegen Verstoßes gegen § 9 (2) Nummer 1 AGB-Gesetz unwirksam, da kein Verstoß gegen wesentliche Grundgedanken einer gesetzlichen Regel, von der abgewichen wird, feststellbar ist. Die vom Zahnarzt in seinem Anmeldebogen verwendete Klausel, wonach seine Patienten zur Vermeidung einer Vergütungspflicht angehalten werden, einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 24 Stunden vor der Terminstunde abzusagen, weicht von der Vorschrift des § 621 Nummer 5 BGB ab. Danach können Dienstverträge, bei denen es sich nicht um Arbeitsverhältnisse handelt, und bei denen die Vergütung nicht nach Zeitabschnitten bemessen ist, jederzeit gekündigt werden. Gleichwohl liegt in dieser Abweichung kein Verstoß gegen wesentliche Grundgedanken dieser Vorschrift vor, da diese zum einen nicht unabdingbar ist und zum anderen die Interessenlage der Beteiligten Berücksichtigung finden muß. Es ist nicht zu beanstanden, wenn der Zahnarzt von seinen Patienten verlangt, die fest vereinbarten Termine im Falle der beabsichtigten Nichtwahrnehmung spätestens 24 Stunden vorher freizugeben, da er durch das in seiner Praxis praktizierte Bestellsystem in seiner Dispositionsfreiheit beschränkt ist. Da die Zahnarztpraxis ausschließlich als sogenannte Bestellpraxis geführt wird, kann ein nicht wahrgenommener Termin nicht durch Behandlung eines anderen Patienten sinnvoll genutzt werden. Eine anderweitige Belegung nicht wahrgenommener Termine ist dem Zahnarzt nicht möglich, weil sich aufgrund der Tatsache, daß er außerhalb fest vereinbarter Termine keine Patienten behandelt, sich solche außerhalb der vereinbarten Terminzeit in seiner Praxis nicht einfinden. Der Zahnarzt ist jedoch in der Lage, den Termin anderweitig zu belegen, wenn ihm die Nichtwahrnehmung zuvor, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, angezeigt worden ist. Andernfalls bliebe ihm nur die Möglichkeit, als Dienstverpflichteter den Termin ungenutzt verstreichen zu lassen. Die Vereinbarung einer kurzen Kündigungsfrist trägt deshalb in nicht zu beanstandeter Weise der Interessensituation der Beteiligten Rechnung.

Auch die Höhe der vom Zahnarzt verlangten Vergütung ist nicht zu beanstanden, da er die vereinbarte Vergütung abzüglich der ersparten Aufwendungen verlangen kann.

AG Nettetal
Az. 17 C 71/03
Urteil vom 26.08.2003

Soweit die Patientin darüber hinaus der Ansicht ist, ein Anspruch aus § 615 BGB sei nicht gegeben, weil der Annahmeverzug ein Verschulden voraussetze, vermag das Gericht sich dem nicht anzuschließen. Die Beurteilung, ob ein Annahmeverzug vorliegt, geschieht ohne Rücksicht auf ein Verschulden. Hintergrund hierfür ist, daß der Gläubigerverzug grundsätzlich nicht die Verletzung einer Rechtspflicht, sondern vielmehr den Verstoß gegen eine Obliegenheit darstellt und somit einerseits keine Schadensersatzpflicht auslöst, andererseits aber auch kein Verschulden oder aber ein etwaiges Vertretenmüssen voraussetzt. In Anbetracht dessen kommt es nicht darauf an, ob die Patientin den Termin beim Zahnarzt schuldhaft hat verstreichen lassen. Soweit die Behandlungsvereinbarung vom 15.05.2001 in Verkennung der Rechtslage insofern ein schuldhaftes Versäumen des Termins für einen Anspruch aus § 615 BGB erfordert, hält das Gericht dies selbst im vorliegenden Fall für gegeben. Angesichts des unstreitigen Angebots des Zahnarztes, das erkrankte Kind der Patientin entweder in der Praxis oder aber zu Hause bei der Patientin durch eine Zahnarzhelferin betreuen zu lassen, begründet auf Seiten der Patientin jedenfalls im Falle der Ausschlagung eines solchen Angebots und gleichwohl des Nichterscheins im Termin eine Verschulden der Patientin zumindestens in Form der Fahrlässigkeit. Mit seinem Angebot hat der Zahnarzt nämlich alles Zumutbare getan, um den vereinbarten Termin mit der Patientin durchzuführen und diese von etwaigen Ansprüchen unter dem Gesichtspunkt des Annahmeverzugs frei zu stellen.

Schließlich entfällt der Anspruch des Zahnarztes gegen die Patientin auch nicht aus dem Grunde, weil seine Geltentmachung gegen § 4 Abs. 5 b des Bundesmantelvertrag für Zahnärzte verstößt. Zwar ist richtig, daß Kassenärzte grundsätzlich zur Liquidierung gegenüber den Patienten nur auf Grundlage einer schriftlichen Vereinbarung berechtigt sind, jedoch ist nach Auffassung des Gerichts diese Vorschrift grundsätzlich teleologisch dahin zu reduzieren auszulegen, daß nur zahnärztliche Honoraransprüche aus erfolgten Behandlungen schriftlich vereinbart werden müssen. Soweit es – wie vorliegend - um einen vertraglichen Anspruch wegen einer Leistungsstörung geht, vermag das Schriftformerfordernis des § 4 Abs. 5 b Bundesmantelvertrag Zahnärzte grundsätzlich nicht einzugreifen. Diese Vorschrift regelt nämlich keine Ansprüche, die aus Leistungsstörungen des Vertragsverhältnisses erwachsen. Dies ist schon deshalb lebensfern, da ansonsten jeder Kassenzahnarzt mit seinen Patienten eine schriftliche Vereinbarung für sämtliche denkbaren Fälle der Leistungsstörung und hieraus resultierender Ansprüche treffen müßte. So wäre es geradezu absurd, wenn sich ein Kassenzahnarzt vor der Aufnahme der Behandlung schriftlich bestätigen lassen würde, daß er Schadensersatzansprüche wegen eines Bisses seines Patienten nur geltend macht, wenn dies ihm der Patient vorher schriftlich zusagt.

Abgesehen davon, daß § 4 Abs. 5 b des Bundesmantelvertrags für Zahnärzte grundsätzlich nicht Ansprüche aus Leistungsstörungen im Vertragsverhältnis betrifft, enthält darüber hinaus die Behandlungsvereinbarung vom 15.05.2001 tatsächlich die schriftliche Regelung zwischen den Parteien, daß sich die Patientin ausdrücklich dazu verpflichtet hat, im Falle ihres Nichterscheins zu einem vereinbarten Termin das Honorar des Zahnarztes zu tragen. Warum diese grundsätzliche Vereinbarung nicht dem Schriftformerfordernis des § 4 Abs. 5 b des Bundesmantelvertrags für Zahnärzte genügen soll, vermag das Gericht nicht nachzuvollziehen. Dies hätte nämlich zur Konsequenz, daß sich ein Kassenzahnarzt vor jeder konkreten Einzelbehandlung eines Patienten immer wieder schriftlich zusichern lassen müßte, daß sämtli-

che in Betracht kommenden Ansprüche wegen Leistungsstörungen im Vertragsverhältnis vom Patienten getragen werden. Diese kaum praktikable und ebenso wenig sinnvolle Verfahrensweise wird nach Auffassung des Gerichts nicht durch § 4 Abs. 5 b des Bundesmantelvertrags für Zahnärzte gefordert.

Der Höhe nach beläuft sich der Anspruch des Zahnarztes indes nur auf den ausgerichteten Betrag. Gemäß § 615 Satz 2 muß sich der Zahnarzt weiter Ersparnisse in Höhe von 150,00 Euro anrechnen lassen. Dies gründet sich darauf, daß der Zahnarzt im Zeitraum von 8.30 Uhr bis 10.30 Uhr aufgrund des Nichterscheinens der Patientin zwei Stunden zur Verfügung hatte, die er zu seinen eigenen Zwecken nutzen konnte. Zwar hat der Zahnarzt keinen Ersatzpatienten für den fix vereinbarten Termin organisieren können, jedoch entspricht es der Lebenserfahrung, daß der Zahnarzt die Zeit in der Praxis nicht hat ungenutzt verstreichen lassen. Er war insofern im Stande, seine Zeit für Verwaltungs- oder Abrechnungstätigkeiten zu nutzen. Gemäß § 287 ZPO schätzt das Gericht insofern seine ersparten Aufwendungen infolge des Zeitgewinns von 2 Stunden auf 150,00 Euro, wobei es von einem Stundensatz des Zahnarztes von 75,00 Euro ausgeht. Demgemäß war die geforderte Klagesumme um 150,00 Euro zu kürzen.

----- contra -----

AG Rastatt
Az 1 C 391/94
Urteil vom 12.01.1994

Weder in der Vereinbarung des Behandlungstermins noch in der telefonischen Erinnerung an diesen Termin durch das Praxispersonal kann juristisch eine Bestimmung der Leistungszeit im Sinne des § 296 BGB gesehen werden. Terminabsprachen sind im Geschäftsleben weitgehend üblich. Sie sollen in der Regel zeitliche Planungen der Geschäftspartner koordinieren helfen, ohne daß daran einschneidende rechtliche Folgen geknüpft werden sollen. Dies gilt auch für die Terminabsprachen eines Zahnarztes, der eine sogenannte Bestellpraxis unterhält. Auch hier wird man - zumindest in der Regel - nicht von einer rechtlich verbindlichen kalendermäßigen Bestimmung der Leistungszeit im Sinne des § 296 BGB ausgehen können.

Ein Rechtsanwalt, ein Wirtschaftsprüfer oder ein Versicherungsmakler werden beispielsweise kaum auf den Gedanken kommen, für ausgefallene Termine das volle Honorar von ihren Kunden zu verlangen. Aus solchen Gründen wird man bei einem Dienstvertrag für die Voraussetzungen des § 296 BGB eine klare und eindeutige ausdrückliche Vereinbarung verlangen müssen. Das heißt, eine Anwendung des § 615 BGB zu Gunsten des klagenden Zahnarztes käme wohl nur dann in Betracht, wenn er bei der Terminabsprache mit dem Patienten ausdrücklich vereinbart hätte, daß diese Absprache die Wirkungen des § 615 BGB haben soll, d.h., wenn die Parteien sich bereits bei der Terminabsprache darüber einig gewesen wären, daß der Patient auch im Falle des Nichterscheinens (Annahmeverzug) das volle Honorar zu zahlen hätte. Eine derartige ausdrückliche vertragliche Vereinbarung hat der Zahnarzt mit dem beklagten Patienten jedoch nicht getroffen.

Der Zahnarzt kann ein Honorar für den ausgefallenen Behandlungstermin auch nicht auf Gebührennummer 9 GOÄ ("Verweilgebühr") stützen. Denn die GOÄ kann - ebenso wie die GOZ - grundsätzlich nur Anwendung finden für erbrachte Leistungen des Arztes bzw. Zahnarztes, jedoch nicht zur Geltend-

machung von Schadenersatzansprüchen oder entgangenem Gewinn bei einem Behandlungstermin.

AG Mölln
Az unbekannt
Urteil vom 29.05.1996

Das Gericht gestand dem klagenden Zahnarzt keinen Vergütungsanspruch für einen vom Patienten nicht eingehaltenen, fest vereinbarten Behandlungstermin nach § 611 in Verbindung mit § 615 BGB zu. Obwohl es sich bei einem zahnärztlichen Behandlungsvertrag um einen Dienstvertrag handelt, liegen die Voraussetzungen des § 615 hier nicht vor, da der Leistungszeitpunkt im Sinne des § 296 BGB zwischen Zahnarzt und Patient nicht rechtsgeschäftlich vereinbart wurde und folglich kein Annahmeverzug nach § 239 BGB eingetreten ist.

Nach Auffassung des Gerichts hat die Vereinbarung eines Behandlungstermins in der Regel keinen rechtsgeschäftlichen Gehalt, sondern dient im wesentlichen der Organisation der Praxis und der Vermeidung überlanger Wartezeiten. Das Gericht verwies in diesem Zusammenhang z.B. auf:

LG München II [NJW 1984, 671]
AG München [NJW 1990, 2.939]

Sind auf dem „Terminzettel“ Hinweise auf mögliche Folgen des Nichteinhaltens des Termins aufgedruckt, so ist dies nicht ausreichend als Dokument über eine vertragliche Vereinbarung.

Weitere Urteile, die mit „Contra-Tenor“ ergangen sind:

LG Heilbronn [NZS 93, 424]
AG Calw [NJW 1994, 3015]
AG Kenzingen [MDR 1994, 553f]
AG Kleve [Az 3 C 689/84 vom 28.02.1985]
AG München [NJW 1994, 3014]
AG Waldbröhl [NJW 1989, 777]

Behandlungsunterlagen - Einsichtnahme und Aushändigung

BUNDESGERICHTSHOF

Az VI ZR 311/82

Urteil vom 02.10.1984

Grundsätzlich hat der Patient gegenüber Arzt und Krankenhaus einen Anspruch auf Einsicht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen, soweit sie Aufzeichnungen über medizinisch-naturwissenschaftlich objektivierbare Befunde und Berichte über Behandlungsmaßnahmen betreffen. Dieses Patientenrecht basiert auf dem Selbstbestimmungsrecht und einer der personellen Würde des Patienten folgenden Pflicht aus dem Arztvertrag. Dem Patienten sind die auf seine Kosten angefertigten Kopien der Krankengeschichte zu übergeben.

OLG München

Az 1 U 6107/00

Urteil vom 19.04.2001

Ein Patient hat das Recht, die Vorlegung von Original-Röntgenaufnahmen zur Einsichtnahme bei einer Person seines Vertrauens, die im Hinblick auf ihre Stellung als unabhängiges Organ der Rechtspflege eine besondere Zuverlässigkeitsgewähr bietet, zu verlangen.

[Anmerkung: Diesem Urteil lag die von beiden Parteien vertretene Auffassung zugrunde, daß in dem konkreten streitigen Einzelfall die Kopien den betreffenden Originalaufnahmen nicht vollständig gleichwertig sind. Daher konnte der klagende Patient nicht auf die Herausgabe von Kopien verwiesen werden.]

LG Köln

Az 25 O 120/89

Urteil vom 14.11.1989

Der Patient hat einen Anspruch auf Einsichtnahme in seine Krankenunterlagen und damit zugleich - gleichsam die praktikable Ausprägung des Anspruchs auf Einsichtnahme - Anspruch darauf, auf eigene Kosten Fotokopien der Krankenunterlagen fertigen zu lassen. Ein weitergehender Anspruch, nämlich die Herausgabe der Originale ist aus dem Behandlungsvertrag nicht herzuleiten. Zu den Behandlungsunterlagen gehören auch die im Verlauf der Behandlung gefertigten Röntgenaufnahmen. Da hiervon unstreitig dem Original gleichwertige Kopien gezogen werden können, besteht auch unter diesem Gesichtspunkt kein Bedürfnis und kein Anlaß, hinsichtlich der Röntgenaufnahmen von einem weitergehenden Anspruch des Patienten als hinsichtlich der Krankenunterlagen im übrigen auszugehen.

LG Dortmund
Az 17 T 31/00
Beschluß vom 07.04.2000

Ein Anspruch eines Patienten auf Zusendung seiner Krankenunterlagen besteht grundsätzlich nicht. Der Patient kann lediglich verlangen, daß die für ihn kostenpflichtigen Kopien zur Abholung bereitgehalten werden.

AG Saarbrücken
Az 36 C 802/94
Urteil vom 30.01.1995

Das Versicherungsunternehmen hat keinen Anspruch auf die Herausgabe von Originalunterlagen (Krankenunterlagen, Gebißmodelle) zur Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der bei dem Versicherungsnehmer geplanten Behandlung. Das Unternehmen hatte jedoch als Ausfluß des Informationsanspruches seines Mitgliedes ein Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen, soweit dies für die Abrechnung notwendig war und damit einen Anspruch auf Anfertigung von Kopien und Duplikaten.

Dem Zahnarzt, der Alleineigentümer der Unterlagen ist und dessen Ermessen es obliegt, ob er die Unterlagen zur Prüfung herausgibt oder Fotokopien/Duplikate anfertigt, sind gemäß §§ 662, 670 BGB die hierzu erforderlichen Aufwendungen zu erstatten.

AG Düsseldorf
Az 30 C 15769/03
Urteil vom 13.02.2004

Der Patient kann von dem Zahnarzt, von welchem er zahnärztlich behandelt wurde, die Herausgabe bestimmter, im einzelnen aufgezählter Gegenstände, welche im Zuge der Befunderhebung während der vorbezeichneten Behandlungszeit angefertigt wurden, nämlich Panoramaaufnahmen, Röntgenaufnahmen, Kiefergelenkaufnahmen, Schädelteilnaufnahmen, Parodontalstaten, Ober- und Unterkiefermodelle, nicht verlangen. Es fehlt an einer Rechtsgrundlage. Der Patient ist nicht Eigentümer der Gegenstände. Auch folgt aus dem zahnärztlichen Behandlungs-(Dienst)Vertrag nicht die Pflicht des Zahnarztes, dem Patienten diese Gegenstände im Original herauszugeben.

Anspruch hat der Patient nur auf Einsicht in diese Unterlagen, weil dies zu den ärztlichen und zahnärztlichen Nebenpflichten gehört: Der Patient kann verlangen, in seine Krankenunterlagen und alles, was zu diesen zählt, Einsicht nehmen zu dürfen. Eine Besonderheit dieses Einsichtsrechtes ist der Anspruch des Patienten auf Kopien seiner Krankenunterlagen, wenn diese, was nicht selten der Fall ist, von einem nachbehandelnden Arzt erbeten/verlangt werden. Diesen Gesichtspunkt hat der Zahnarzt im Rechtsstreit ausführlich thematisiert. Namentlich hat er hingewiesen auf die Folgen, die in schadensrechtlicher Hinsicht dem vorbehandelnden Arzt drohen können, wenn er die von der Pflicht zur sorgfältigen Aufbewahrung erfaßten Original-Krankenunterlagen an den Patienten unmittelbar herausgibt. Der Zahnarzt hat auch ausdrücklich klargestellt, daß er zur Herausgabe von Kopien gegen Kostenersatz oder zur unmittelbaren Überlassung an einen nachbehandelnden Arzt bereit ist und stets bereit war. Das Gericht teilt diese Rechtsauffassung.

Bioresonanztherapie

OLG Koblenz
Az 10 U 355/01
Urteil vom 16.11.2001

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Koblenz
Az 16 O 463/98
Urteil vom 19.01.2001

Die Erstattungsfähigkeit der Kosten einer Bioresonanztherapie ergibt sich nicht schon aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung, wonach Aufwendungen für solche Heilpraktikerleistungen, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind, zu erstatten sind. Entgegen der Auffassung der Patientin ist die Bioresonanztherapie in Ziffer 39 dieses Gebührenverzeichnisses nicht enthalten, da dort nur „Elektrophysikalische Heilmethoden“ aufgezählt sind. Der Katalog der im einzelnen aufgeführten Behandlungsmethoden ist im Sinne der Rechtsklarheit als abschließend anzusehen. Methoden die dort nicht genannt sind, können nicht erstattet werden.

Die Kosten einer Bioresonanztherapie sind weiterhin auch deshalb nicht zu erstatten, weil es sich nicht um Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im versicherungsrechtlichen Sinne handelt. Die medizinische Notwendigkeit der gewählten Behandlungsmethode setzt voraus, daß diese auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruht, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung erklären kann und wahrscheinlich macht. Dies ist, wie sich aus dem erstinstanzlichen Gutachten des Sachverständigen ergibt, bei der Bioresonanztherapie nicht der Fall.

Bleaching

AG Düsseldorf
Az 232 C 8195/97
Urteil vom 03.09.1997

Das Bleichen eines Zahnes geht über eine zahnärztlich notwendige Zahnversorgung hinaus und kann deshalb gemäß § 2 (3) vereinbart werden.

Copings

LG Köln
Az 25 S 40/92
Urteil vom 12.05.1993

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Köln
Az 115 C 193/91
Urteil vom 23.04.1992

Für "Copings" läßt das Gericht die Nrn. 221 und 508 nicht zu, weil Copings nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen worden sind und eine Analogberechnung nicht zulässig ist. In der Gebührenordnung nicht aufgeführte Leistungen können im Zweifel auch nicht besonders berechnet werden.

Entbindung von Schweigepflicht

AG Koblenz
Az 42 C 1398/95
Urteil vom 20.03.1996

Es liegt im Rahmen einer konkreten Leistungsanspruchnahme dann keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn ein Patient sich weigert, seiner Krankenversicherung die begehrte pauschale Entbindung von der Schweigepflicht ("alle erforderlichen Auskünfte") zu erteilen, damit das Versicherungsunternehmen Auskünfte über früher bestehende Krankheiten einholen respektive bei dem behandelnden Zahnarzt alle erforderlichen Auskünfte abfragen kann. Das Versicherungsunternehmen muß vielmehr eine bestimmt bezeichnete Aufforderung dem Patienten zukommen lassen, die auf den konkreten Versicherungsfall sich beziehende Fragen enthält, zu deren Beantwortung der Versicherungsnehmer in der Lage ist. Für den Fall, daß die erbetenen Auskünfte den Versicherer nicht in die Lage versetzen, die Sach- und Rechtslage ausreichend zu beurteilen, kann der Versicherer sein Auskunftsverlangen erweitern und es können nähere Angaben des Zahnarztes erforderlich sein, wobei der Umfang sachlich geboten sein muß und nach objektiven Gesichtspunkten zu beurteilen ist. In einem solchen Fall ist der Patient gehalten, den Versicherer für den konkreten Fall entsprechend zur Einholung von sachlich gebotenen Auskünften auch bei dem Zahnarzt zu ermächtigen und diesen von der entsprechenden Schweigepflicht zu entbinden.

Was in diesem Sinne als sachlich geboten und erforderlich anzusehen ist, bestimmt sich danach, was der Versicherer für die bei ihm übliche Bearbeitung für notwendig hält, der Versicherer muß sich jedoch auf einen angemessenen Rahmen und auf den jeweiligen Versicherungsfall konkret beschränken, ein sachlich nicht gebotenes pauschales Auskunftsverlangen des Versicherers ist abzulehnen.

[Anmerkung:]

gleichlautender Urteilstenor in Entscheidungen des:

- BGH vom 10.07.1991 (vgl. BGH NJW 1991, 2955 ff)
- BGH vom 20.05.1992 (Az VIII ZR 240/91)
- OLG Düsseldorf vom 04.03.1994 (Az 22 U 257/93)

GTR-Verfahren

AG Aachen
Az 8 C 271/94
Urteil vom 27.12.1996

Die gesteuerte Geweberegeneration (GTR-Verfahren) ist nicht analog zur Gebührennummer 533 berechenbar und kann auch nicht nach § 6 (2) über eine ärztliche Gebührennummer abgerechnet werden, da eine Abrechnung nur entsprechend einer gleichwertigen zahnärztlichen Leistung erfolgen kann. Die Leistung kann nur in Analogie zur Gebührennummer 413 für das GTR-Verfahren und in Analogie zu den Gebührennummern 409 bzw. 410 für das Entfernen der GTR-Membran berechnet werden. Hierbei gilt die Gebührennummer 409 bei Frontzähnen und die Gebührennummer 410 bei Seitenzähnen. Die Kosten für das Anbringen und Entfernen sind dabei für jeden behandelten Zahn zu berechnen.

Gutachten für Krankenversicherung

OLG Frankfurt
Az 8 U 158/90
Urteil vom 28.05.1991

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Gießen
Az 3 O 81/90
Urteil vom 02.05.1991

Einem Patienten ist als Nebenpflicht aus dem Versicherungsvertrag nach dem Grundsatz von Treu und Glauben die Einsichtnahme in einen Arztbericht zu geben, der für das Versicherungsunternehmen in dessen Auftrage und zu dessen Kosten erstellt wurde.

Ein schutzwürdiges Interesse der Versicherung dahingehend, dem das Gutachten erstattenden Arzt Vertraulichkeit zusichern zu können, ist nicht zu bejahen. Dem Wunsch der Versicherung nach Vertraulichkeit zwischen ihr und dem begutachtenden Arzt kann nicht zu Lasten des untersuchten Versicherten stattgegeben werden. Wollte man der Versicherung dies zubilligen, läge der Verdacht nur all zu nahe, daß es Ärzte geben könnte, die für eine Versicherung, die sie ständig heranzieht, Gefälligkeitsgutachten fertigen.

Keramikrestaurationen (Cerec, Veneers)

LG Tübingen
Az 7 S 49/93
Urteil vom 10.11.1993

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Tübingen
Az 9 C 961/91
Urteil vom 21.01.1993

Ein Zahnarzt erbringt bei der Anwendung des Cerec-Verfahrens auch zahntechnische Leistungen, die er über § 9 abrechnen darf. Es wäre formalistisch und sachfremd, sämtliche Leistungen, die ein Zahnarzt erbringen kann, ausschließlich als "zahnärztliche Leistungen" im Sinne des § 4 (1) zu bezeichnen mit der Folge, daß sie nur nach dem Gebührenverzeichnis abgerechnet werden können und sämtliche Praxiskosten nach § 4(3) mit abgegolten wären. Wenn der Zahnarzt diese Arbeiten nicht wie sonst üblich an den Zahntechniker vergibt, sondern selbst erbringt, dann kann er sie in gleicher Weise abrechnen. Einer Abrechnung der zahntechnischen Leistungen (für das Cerec-Verfahren) steht auch nicht der vorgebrachte aber unzutreffende Einwand entgegen, es handele sich nicht um zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Leistungen im Sinne des § 1 (2).

Im vorliegenden Fall ist die streitige Höhe der nach § 9 berechenbaren reinen zahntechnischen Gesamtkosten auf 140,- DM pro Cerec-Inlay festzulegen (anteilige Anschaffungskosten für das Gerät 100,- DM zuzüglich 40,- DM für den jeweiligen Kronenblock). Dieser Abrechnung nach § 9 steht nicht entgegen, daß der Zahnarzt seine zahnärztlichen Leistungen mit Hinweis auf das Cerec-Verfahren teilweise mit einem höheren als dem sonst üblichen Steigerungssatz abgerechnet hat. Dies ist zwar bedenklich, denn, wenn die nachgewiesenen - und die Kosten anderer vergleichbarer Verfahren nicht übersteigenden - zahntechnischen Aufwendungen nach § 9 abgerechnet werden können, besteht kein Anlaß, die zahnärztlichen Leistungen zu verteuern.

LG Frankfurt
Az 2/23 O 299/01
Urteil vom 22.07.2004

Die Krankenversicherung hat die Kosten im eingeklagten Umfang zu ersetzen. Der Sachverständige hat festgestellt, daß Keramik-Inlays durch die Art der Einbringung dem Einsetzen einer Einlagefüllung mit anderen Materialien weit überlegen und damit eine zwar aufwendige, aber erprobte Behandlungsmethode seien. Die Einwände, welche die Krankenversicherung hiergegen erhebt, greifen nicht durch. Es mag sein, daß die Inlays auch gewisse Nachteile haben. Es ist Sache des behandelnden Arztes, in Absprache mit dem Patienten die Vor- und Nachteile einer Methode abzuwägen. Daß eine danach als

geeignet erscheinende Methode aufwendiger und teurer ist, führt nicht dazu, daß ein Kostenersatz nicht zu leisten wäre. Der Versicherte ist nicht gehalten, aus mehreren Möglichkeiten die kostengünstigste auszuwählen.

AG Reutlingen
Az 6 C 635/91
Urteil vom 16.04.1993

Nach Feststellung des Gerichts betragen die angemessenen nach § 9 zu berechnenden Kosten je Cerec-Inlay zwischen DM 200,-- und DM 250,-- inklusive Mehrwertsteuer.

AG München
Az 183 C 10265/93
Urteil vom 30.11.1993

Die Krankenversicherung ist nicht verpflichtet, die gegenüber einem Goldinlay höheren Kosten für Keramikinlays zu ersetzen, wenn der Patient nicht nachweist, daß dies bei ihm medizinisch notwendig war, was unter bestimmten Voraussetzungen durchaus der Fall sein kann.

AG Schöneberg
Az 18 C 510/93
Urteil vom 16.06.1994

Der Fall: Bei dem privat krankenversicherten Patienten wurden Keramikinlays eingegliedert. Die beklagte Versicherung lehnte eine vollständige Erstattung ab, da die verwandten Keramikinlays medizinisch nicht notwendig seien. Das Urteil: "Nach dem Ergebnis des Sachverständigengutachtens steht zur Überzeugung des Gerichts fest, daß eine Versorgung mit Keramikinlays medizinisch notwendig war. Die Versorgung mit Keramikinlays bietet Vorteile gegenüber der Versorgung mit Goldinlays. Keramikinlays zeigen eine bessere Biokompatibilität. Sie bewirken eine geringere Plaqueanlagerung. Sie sind zahnschutzschonender, bewirken eine Stabilisierung der Zahnhartsubstanz und die Herstellung des Zahnes als Einheit ist mit ihnen am besten möglich. Ob Vorteile bei der Haltbarkeit bei den Goldinlays liegen, kann noch nicht abschließend beurteilt werden, da über 7 Jahre hinausgehende Langzeiterfolge noch nicht vorliegen. - ... - Demnach ist die medizinische Notwendigkeit der Verwendung von Keramikinlays bewiesen. Da sie Vorteile gegenüber den Goldinlays bieten, kann die Versicherung nicht auf kostengünstigere Möglichkeiten der Verwendung von Goldinlays verweisen. Sie hat nach dem Versicherungsvertrag die Kosten auch für die Versorgung mit Keramikinlays zu tragen."

AG Mönchengladbach
Az 29 C 3112/98
Urteil vom 26.05.2000

Wird die Behandlung mit Keramik-Veneers ausschließlich zur ästhetischen Verbesserung des Erscheinungsbildes von Frontzähnen eingesetzt, so stellt dies keine medizinisch notwendige Form der Versorgung von Zähnen dar. Im vorliegenden Fall ging das Gericht jedoch angesichts des Gutachtens des Sachverständigen davon aus, daß die Versorgung mit Keramik-Veneers medi-

zinisch notwendig und auch indiziert war, da die Behandlung mit Keramik-Veneers eine alternative Möglichkeit der Wiederherstellung von Zähnen nach kariösen oder traumatischen Veränderungen ist, die als eine wissenschaftlich anerkannte definitive Restaurationsart einzustufen ist. Die diesbezüglichen Feststellungen des Sachverständigen werden gerade dadurch gestützt, daß in den vorgelegten Unterlagen die Behandlung mit Veneers als eine solche wissenschaftlich anerkannte Restaurationsart qualifiziert wird. Daß die Behandlung mit Keramik-Veneers in anderen Fachbeiträgen ausschließlich unter ästhetischen Gesichtspunkten behandelt wird, steht dem nicht entgegen, da diese Fachbeiträge, die aus den Jahren 1994 bzw. 1992 stammen und nicht mehr dem Stand der zahnmedizinischen Technik entsprechen. Auch dies geht nicht zuletzt aus dem Umstand hervor, daß eine DGZMK-Stellungnahme aus dem Jahr 1998 ergibt, daß Keramik-Veneers eine wissenschaftlich anerkannte Restaurationsart darstellen.

AG Frankfurt
Az.: 29 C 2794/99-11
Urteil vom 06.06.2002

Nach Auffassung des Gerichts ist im streitigen Fall die medizinische Notwendigkeit für die Versorgung mit Veneers ausreichend bewiesen, wissenschaftlich anerkannt und nicht ästhetisch bedingt. Mit der Behandlung wurde ein genau definiertes Okklusionskonzept angestrebt, wobei sich die im natürlichen Gebiß erfolgte Front-Eckzahn-geschützte Okklusion für die Kontaktbeziehung von Ober- und Unterkiefer als optimal erweist und es bei Verlust dieser Funktion durch Fehlbelastung rückwärtiger Zähne und der Kiefergelenke zu Zahnschädigungen und Gelenkschmerzen kommt.

Die erfolgte Therapie stellt die zahnschutzschonendste Versorgungsform dar und zudem wäre die alternative Versorgung mittels Vollkronen mit einem weiteren Substanzabtrag verbunden gewesen. Auch die Behandlung des Zahnes 41 mit einem Veneer wird als eine medizinisch ordnungsgemäß erfolgte Therapie festgestellt, da die Schneidekante als stabil mit dem erforderlichen Kantenschutz zu erachten ist. Insgesamt ist mit der erfolgten Therapie mittels Veneers eine optimale Kaufunktion (Vermeidung von Balancekontakten auf der Nichtarbeitsseite) wiederhergestellt, die Randverhältnisse und damit die parodontale Gesundheit sind perfekt und dauerhaft gesichert worden. Zudem ist eine Versorgung mit Veneers selbst bei reduziertem Schmelz und freiliegendem Dentin durch die Entwicklung der Dentinhaftvermittler als sicher anzusehen und somit ist vorliegend eine langlebige Restauration gegeben.

Darüber hinaus wird die medizinische Indikation für die Versorgung mit Veneers durch die neuere Stellungnahme der DGZMK „Keramik-Inlays und Veneers“, Stand 2/01 bestätigt, nach der eine Indikation für Keramik-Veneers neben ästhetischen Beeinträchtigungen auch bei medizinischen Beeinträchtigungen (z. B. bei kariösen Defekten) als definitive Restaurationsart anerkannt wird.

AG Köln
Az 111 C 219/02
Urteil vom 09.12.2003

Die Behandlung mit Veneers stellt eine medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne von § 1 Ziffer 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Krankenversicherung dar, bezüglich derer das Versicherungsunternehmen zur Übernahme der dadurch entstandenen Kosten verpflichtet ist.

Kurzbericht für Versicherung

VG Düsseldorf
Az 10 K 9290/93
Urteil vom 24.01.1996

Die Leistung nach GOÄ 14 (alt) ist nicht beihilfefähig, da sie weder der Wiedererlangung der Gesundheit bzw. der Besserung oder Linderung von Leiden dient noch zu den sonstigen aufgezählten beihilfefähigen Aufwendungen gehört.

AG Braunschweig
Az 119 C 2119/84
Urteil vom 01.10.1984
(Urteil zur GOÄ (alt))

Eine Gebühr kann berechnet werden bei einem ausführlichen Befund- oder Krankheitsbericht. Es bedarf keiner weiteren Begründung, daß die denkbar kurze Bescheinigung ("Hiermit wird bestätigt, daß das Kind körperlich gesund, insbesondere frei von Infektionskrankheiten ist.") diesem Kriterium nicht entspricht. Der Arzt kann deshalb für diese Bescheinigung nur eine Gebühr nach Gebührennummer 14 berechnen.

AG Kempten
Az 32 C 1877/90
Urteil vom 03.06.1991

Die Gebühren-Gebührennummer GOÄ (alt) 16 ist für Mitteilungen an kosten-erstattende Stellen berechnungsfähig.

AG Köln
Az 114 C 769/93
Urteil vom 04.03.1994

Für die Erstellung eines zahnärztlichen Kurzberichtes ist im vorliegenden Fall zwischen dem Zahnarzt und der privaten Krankenversicherung ein Werkvertrag zustande gekommen. Die Vergütung hierfür ist auf der Grundlage der GOÄ (alt) zu bestimmen. Ein zahnärztlicher Kurzbericht (im streitigen Fall waren acht vorformulierte Fragen zu beantworten) ist in den Bereich der Gebührennummern 16 und 20 GOÄ (alt) einzuordnen. Nicht einschlägig ist die Gebührennummer 21 GOÄ (alt), da ein Kurzbericht kein eingehend begründetes schriftliches Gutachten beinhaltet. Mit 50,- DM ist ein zahnärztlicher Kurzbericht angemessen vergütet.

AG Köln
Az 117 C 171/95
Urteil vom 14.11.1996

Auf der Grundlage des Auftrags der privaten Krankenversicherung, also der akzeptierten Aufforderung zur Auskunftserteilung, ist zwischen dem Unternehmen und dem Zahnarzt ein Werkvertrag zustande gekommen. Mangels anderer Vereinbarung richtet sich das Entgelt des Zahnarztes gemäß 632 (2) BGB nach der üblichen Vergütung. Die Gebührensätze der GOZ und GOÄ kommen vorliegend nicht zur Anwendung, da die genannten Gebührenordnungen den Fall einer Auskunftserteilung an eine private Krankenversicherung nicht erfassen. Eine analoge Heranziehung der Gebührenvorschriften scheidet ebenfalls aus, da die hierfür notwendigen Voraussetzungen nicht gegeben sind. Das Gericht setzt vorliegend die übliche Vergütung mit einem Betrag von insgesamt 50,-- DM an.

[Anmerkung: Das Gericht trifft in seinem vorliegenden Urteil zum Problem der Entbindung von der Schweigepflicht folgende Aussage: Die private Krankenversicherung sollte bei Anfragen (Auskunftersuchen an den Zahnarzt) bereits selbst Schweigepflichtsentbindungserklärungen der Patienten beifügen, um eine schnellere Bearbeitung durch den Arzt zu ermöglichen.]

AG Köln
Az 117 C 172/95
Urteil vom 06.03.1997

Der Anwendungsbereich der GOÄ und GOZ umfaßt die Vergütung für alle beruflichen Leistungen der Ärzte und Zahnärzte. Damit richtet sich auch die Höhe der Vergütung für die Auskunftserteilung des Zahnarztes an die private Krankenversicherung des Patienten, womit ein wirksamer Werkvertrag zustande kommt, nach den Vorschriften der GOZ und GOÄ. Eine Einschränkung dahingehend, daß nur Leistungen gegenüber Patienten abgerechnet werden dürften, ist den Gebührenordnungen nicht zu entnehmen.

Erforderlich und ausreichend ist vielmehr, daß es sich um eine Leistung in Ausübung des ärztlichen Berufes und damit in Ausübung der Heilkunde handelt. Die Höhe der konkreten Gebühr richtet sich nach Gebührennummer 16 bzw. 20 der GOÄ (alt). Eine Anwendung der Gebührennummer 21 GOÄ (alt) kommt nicht in Betracht.

Lagerhaltungskosten

BUNDESGERICHTSHOF

Az III ZR 264/03

Urteil vom 27.05.2004

aufhebendes Revisionsurteil zum

LG München II

Urteil vom 29.07.2003

abänderndes Revisionsurteil zum

AG Starnberg

Urteil vom 22.01.2003

Bei der Bevorratung von Implantaten in der Zahnarztpraxis löst aus betriebswirtschaftlicher Sicht Kosten aus, die zu den Erwerbskosten für die Implantate hinzutreten. Dabei handelt es sich jedoch, wie auch bei der Bevorratung anderer für den Sprechstundenbedarf voraussichtlich erforderlicher Artikel, um typische Praxiskosten, die mit den Gebühren abgegolten sind.

OLG Köln

Az 5 U 131/94

Urteil vom 01.12.1994

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Köln

Az 25 O 146/92

Urteil vom 19.01.1994

Das Gericht hat die berechneten Lagerhaltungskosten für Lyodura und demineralisierten Knochen, die mit 41 Prozent und 36 Prozent der Beschaffungspreise eingesetzt wurden, abgelehnt. Bei Quadratzenimeter- und Grammpreisen von 215,95 DM und 161,- DM sind so hohe Aufschläge auch nicht ansatzweise nachvollziehbar dargetan. Eine Schätzungsgrundlage stellt auch nicht die Äußerung des Bundesverbandes der niedergelassenen implantologisch tätigen Zahnärzte in Deutschland e.V. dar, da dieser privatrechtlich organisierte Verein keine Befugnis hat, Verordnungstexte verbindlich auszugeben.

OLG Karlsruhe
Az 12 U 36/98
Urteil vom 15. 10.1998

aufhebendes Berufungsurteil zum

LG Mannheim
Az 2 O 258/95
Urteil vom 25.11.1997

Auf die erstattungsfähigen Kosten hat der Zahnarzt zu Unrecht pauschal 35 % Zuschlag angesetzt. Diesen Zuschlag begehrt er als zusätzliches Entgelt für „Lagerhaltung, Sterilisation, ständige Bereitstellung, Regie u.a.m.“. Ein solcher Zuschlag ist nach der Gebührenordnung nicht vorgesehen. Die Kosten gehören zu den allgemeinen Praxiskosten, die nach § 4 (3) mit den Zahnarztgebühren abgegolten sind. § 9 gewährt dem Arzt nur einen Ersatz seiner Auslagen. Er kann danach nur die von ihm tatsächlich an den Lieferanten gezahlten Preise erstattet verlangen. Ein zusätzlicher Beitrag zur Deckung der allgemeinen Praxiskosten darf nicht erhoben werden.

OLG Celle
Az 1 U 100/98
Urteil vom 10.01.2000

Berufungsurteil zum

LG Stade
Az 5 O 324/96
Urteil vom 11.11.1998

Mehrkosten für Lagerhaltung zwischen 17 % und 20 % gegenüber dem Einkaufspreis entsprechen der gängigen Praxis und sind aus betriebswirtschaftlicher Sicht durchaus nachvollziehbar, und deshalb nicht zu beanstanden.

OLG Karlsruhe
Az 17 U 176/98
Urteil vom 11.01.2000

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Mannheim
Az 5 O 154/96
Urteil vom 29.07.1998

Der in Rechnung gestellte Zuschlag von pauschal 41 % als zusätzliche Vergütung von „Lagerhaltung u.a.“ findet in der keine Grundlage. Der berechnete Aufwand zählt vielmehr zu den allgemeinen „Praxiskosten“, die nach § 4 (3) bereits mit den Gebühren abgegolten sind, wie bereits vom OLG Karlsruhe, in seinem Urteil vom 15.10.1998, Az 12 U 36/98, verankert wurde.

LG Köln
Az 23 S 100/94
Urteil vom 07.06.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Köln
Az 115 C 426/94
Urteil vom 03.11.1994

Lagerhaltungskosten gehören zu den Praxiskosten, die nach § 4 (3) mit den Gebühren abgegolten sind.

LG Heidelberg
Az 4 S 6/02
Urteil vom 06.08.2002

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Heidelberg
Az 27 C 188/01
Urteil vom 15.03.2002

Hinsichtlich der vom Zahnarzt geltend gemachten Materialkosten geht das Gericht davon aus, daß es sich hierbei nicht mehr um den allgemeinen Praxisbedarf handelt. Dieser ist insbesondere in der Anmietung der Räume, in der zur Verfügungsstellung der Grundgeräte, den Personalkosten, dem Strom und ähnlichem zu sehen, auch die üblichen Verbrauchsmaterialien wie beispielsweise die normalen Bohrer, Instrumente etc. fallen hierunter.

Die vom Zahnarzt abgerechneten Materialien übersteigen diesen Praxisbedarf jedoch bei weitem. Die einzelnen Positionen der Materialabrechnung sind im Verhältnis zu den damit im Zusammenhang stehenden Gebührensätzen für die zahnärztliche Tätigkeit teilweise auch so hoch, daß ein wirtschaftliches Arbeiten einer Praxis ohne zusätzliche Berechnung nicht mehr erwartet werden kann.

Die Lagerhaltung bezüglich des besonders teuren Medikaments Elyzol rechtfertigt einen entsprechenden Aufschlag von 25 %.

AG Mannheim
Az 7 C 1142/94 (40)
Urteil vom 01.06.1994

Zuschläge in Höhe von 25 Prozent für Mehrwertsteuer und Bevorratungskosten für die vom Zahnarzt berechneten Eigenlabor- und Materialkosten sind allgemein üblich und liegen im Rahmen.

[Anmerkung: Das Gericht bezieht sich bei dieser Aussage auf ein vom Zahnarzt vorgelegtes Schreiben der Bezirkszahnärztekammer Karlsruhe und beige-fügte Kommentierungen.]

AG Philippsburg
Az C 480/94
Urteil vom 19.01.1996

Der Zahnarzt ist berechtigt, einen Aufschlag von 25 Prozent auf Implantate und Implantatteile zu berechnen. Die Kosten, die nicht mit dem Einkaufspreis bei der jeweiligen Herstellerfirma gleichzusetzen sind, sind nicht mit den sonstigen Gebühren abgegolten. Das Gericht geht davon aus, daß ergänzend zu den tatsächlich anfallenden Aufwendungen ein Aufschlag von 25 Prozent als angemessen anzusehen ist.

AG Brilon
Az 2 C 463/95
Urteil vom 31.01.1996

Die Kosten für Implantate dürfen vom Zahnarzt nur zum eigenen Einkaufspreis zzgl. Mehrwertsteuer geltend gemacht werden. Ein Zuschlag von bis zu 50 % auf den Einkaufspreis für die Lagerhaltungs-, Beschaffungs- und Betriebskosten sowie ein angemessener Gewinn stehen ihm nicht zu, da er gemäß § 4 (3) nur Anspruch auf Ersatz seiner Auslagen hat. Die Beschaffung der Implantate durch Anschreiben, Telephonate, Lagerhaltung etc. fällt nicht unter die erstattungsfähigen allgemeinen Kosten der Zahnarztpraxis.

Laserbehandlung

BUNDESGERICHTSHOF

Az III ZR 264/03

Urteil vom 27.05.2004

aufhebendes Revisionsurteil zum

LG München II

Urteil vom 29.07.2003

abänderndes Revisionsurteil zum

AG Starnberg

Urteil vom 22.01.2003

Eine analoge Abrechenbarkeit einer Laserbehandlung scheidet daran, daß es sich hierbei im Zusammenhang mit Nachbehandlungen nach operativem Eingriffen nicht um eine Leistung im Sinn des § 6 (2) GOZ handelt. Die bloße Anwendung eines Lasergerätes rechtfertigt noch keine Analogberechnung.

AG Dortmund

Az 118 C 9798/98

Urteil vom 26.01.1999

Der Patient kann von seiner Versicherung keinen Ersatz der ihm für die Sterilisation der Parodontaltaschen entstandenen Kosten beanspruchen. Eine analoge Anwendung nach § 6 (2) ist ausgeschlossen, da die Möglichkeit einer Laserbehandlung, wie beim Patienten vorgenommen wurde, bereits bei Erlaß der Gebührenordnung bestand.

Nadelaufnahme

AG Düsseldorf
Az 47 C 7390/94
Urteil vom 11.09.1995

Das Gericht erachtet die Berechnung nach GOÄ (alt) 5260 für die unstreitig durchgeführte Maßnahme einer Kontrastuntersuchung mittels Endo-Nadel im Wurzelkanal nicht für unangemessen, da es sich um eine gängige Behandlung bei Entzündungen von Wurzelkanälen handelt. Soweit der Gutachter ausgeführt hat, der Ansatz dieser Gebührennummer erscheine ihm übertrieben, hat er nicht angegeben, nach welcher Gebührennummer diese Maßnahme abzurechnen sei.

Notwendigkeit von Inlays

LG Kiel
Az 10 S 68/98
Urteil vom 03.12.1998

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Bad Bramstedt
Az 5a C 180/97
Urteil vom 31.07.1998

Zwischen den Parteien ist unstrittig, daß der Austausch der beim Patienten vorhandenen Amalgamfüllungen durch Goldinlays medizinisch nicht indiziert gewesen ist. Weder litt der Patient unter akuten Schmerzen, noch war er durch die vorhandenen Amalgamfüllungen in sonstiger Weise in seiner Lebensführung beeinträchtigt. Allein im Hinblick auf die streitig geführte Diskussion über die Verträglichkeit von Amalgam entschied sich der Patient, dieses Füllungsmaterial gegen Goldinlays ersetzen zu lassen. Dem Patienten kam es also erkennbar darauf an, anstelle des umstrittenen Füllungsmaterials Amalgam ein gut verträgliches Material zu erhalten, um das möglicherweise bestehende Risiko einer zukünftigen Gesundheitsbeeinträchtigung für sich auszuschließen. Der Zahnarzt hätte dies zum Anlaß nehmen müssen, mit dem Patienten eingehend mögliche Alternativen zu erörtern. Insbesondere hätte er ihn darauf hinweisen müssen, daß es zahlreiche Goldlegierungen mit unterschiedlich hohem Goldanteil gibt, und daß stets zusätzliche Legierungselemente, wie z. B. Silber, Kupfer, Platin, Zinn, Indium, Gallium, Eisen und Palladium notwendiger Bestandteil einer jeden Goldlegierung sind. Des weiteren hätte der Zahnarzt den Patienten in Kenntnis setzen müssen, daß diese Zusatzbestandteile möglicherweise auch zu Unverträglichkeitsreaktionen führen können, da mit allergischen Reaktionen bei allen Stoffen grundsätzlich gerechnet werden muß. Insbesondere aber hätte der Patient darüber aufgeklärt werden müssen, daß in Bezug auf den Stoff Palladium einige – wenn auch wenige – Einzelfälle von krankhaft allergischen Reaktionen bekannt geworden sind.

Da dies im vorliegenden Fall nicht erfolgt ist, hat der Patient seinen Schadensersatzanspruch gegen den Zahnarzt mit dessen noch offener Honorarrestforderung aufrechnen können.

AG Eschweiler
Az 18 C 561/93
Urteil vom 24.02.1995

Das Gericht verurteilte die private Krankenversicherung, die Kosten für die streitgegenständliche Inlay-Therapie zu übernehmen.

Die Begründung des Gerichts: Überzeugend hat der Sachverständige auf der Grundlage des Gutachtens ausgeführt, daß es angesichts der vorhandenen Zahnschubstanz absolut medizinisch indiziert gewesen sei, mit Keramikinlays

zu arbeiten, da eine Füllung mit Amalgam die Wegnahme gesunder Zahnschubstanz in viel größerem Umfang erforderlich gemacht hätte. Dies sei nicht vertretbar gewesen. Abgesehen davon hat er dargelegt, daß Amalgam mit der Zeit porös wird und sich Randspalten bilden können, durch die Bakterien eindringen. Amalgamfüllungen müßten erneuert werden mit der Folge, daß erneut von der Zahnschubstanz ein Teil weggenommen werden müßte. Bei Inlays dagegen sei die Randspaltenbildung beinahe ausgeschlossen, abgesehen davon, daß man insoweit nacharbeiten könne, ohne eine erneute Präparation des Zahnes vornehmen zu müssen.

Auf der Grundlage dieser Sachverständigendarlegung kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die vorgenommene Therapie medizinisch indiziert war. Nur hierauf kommt es an. Die Auffassung, es müsse sich um die einzig medizinisch mögliche Maßnahme handeln, kann nicht geteilt werden. Es kommt nicht darauf an, was medizinisch möglich, sondern was medizinisch notwendig ist, was der behandelnde Arzt nach sorgfältiger spezieller Anamnese eigenverantwortlich zu entscheiden hat. Die Ausführungen im schriftlichen wie im mündlichen Sachverständigengutachten bestätigen, daß der behandelnde Zahnarzt die zahnmedizinisch indizierten Maßnahmen zur Konservierung der Zähne ergriffen hat.

Notwendigkeit von Keramikverblendungen und -inlays

LG Itzehoe
Az 4 S 168/94
Urteil vom 11.01.1996

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Itzehoe
Az unbekannt
Urteil vom 07.10.1994

Verblendungen von Backenzähnen sind kosmetische Maßnahmen und keine medizinisch notwendigen, so daß eine Erstattungspflicht für die private Krankenversicherung nicht besteht. Zudem ist nicht ersichtlich, aus welchem Grunde eine Verblendung geeignet sein sollte, eine Neigung zu Zahnbelag zu reduzieren.

LG Stuttgart
Az 6 S 300/98
Urteil vom 23.12.1998

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Stuttgart
Az 14 C 10145/97
Urteil vom 24.06.1998

Keramikinlays entsprechen dem Begriff der medizinisch notwendigen Heilbehandlung i. S. von § 1 (2) MBKK zumindest dann, wenn ihre Kosten diejenigen einer Versorgung mit Goldinlays nicht um ein „Vielfaches“ übersteigen.

AG Iserlohn
Az 40 C 736/94
Urteil vom 12.03.1996

Streitfrage im anhängigen Verfahren war nicht, ob die zahnärztliche Behandlung als solche notwendig war, sondern der Streit bestand allein hinsichtlich der Frage, ob es für die medizinisch notwendige Heilbehandlung erforderlich war, die Versorgung mittels keramikverblendeter Kronen oder Keramikinlays durchzuführen. Das Gericht sah in diesem Fall die Versicherung als darlegungs- und beweisbelastet an.

Keramische Verblendungen von Metallkronen dienen grundsätzlich nicht nur der ästhetischen Objektivierung der zahnmedizinischen Restaurationen. Keramische Oberflächen weisen vielmehr günstigere Werte bei der Anlagerung

von pathogenen Zahnbelägen (Plaque) auf als metallische Oberflächen. Durch die elektrische Isolationswirkung der Keramik wird darüber hinaus die mögliche Ausbildung galvanischer Elemente und die Abgabe möglicherweise toxischer Metalle unterdrückt. Keramisch verblendete Kronen sind gegenüber einer Vollgußkrone als biokompatibler einzustufen.

Diese Aussage zur Biokompatibilität gilt auch für die verwandten keramischen Inlays. Im Rahmen der hier benutzten Eingliederungstechnik (Schmelzätzttechnik) sind keramische Inlays im übrigen im Vergleich zu den herkömmlichen Goldinlays als gleichwertig einzustufen. Mit dieser Technik läßt sich überdies die zur Zeit bestmögliche und widerstandsfähigste Verbindung zwischen einer Restauration und der natürlichen Zahnhartsubstanz herstellen. Diese Schmelzätzttechnik ist allerdings nur bei der Verwendung von Keramik-Restorationen einsetzbar. Sie erlaubt somit zahnschutzschonendere Präparationen, weil in vielen Fällen auf die bei Goldinlays notwendige Herstellung von Retentionsflächen verzichtet werden kann. Insbesondere bei großvolumigen Zahnhartsubstanzverlusten trägt die therapeutische Verwendung von Keramikinlays somit zur Erhaltung der gesunden Zahnhartsubstanz bei.

AG Karlsruhe
Az 10 C 330/98
Urteil vom 18.09.1998

Das Gericht geht davon aus, daß die keramische Verblendung einer Krone in Zahnfarbe an einem nicht sichtbaren Zahn in der Regel medizinisch nicht notwendig und somit auch nicht erstattungsfähig ist.

Praxisort ist Gerichtsstand

OLG Düsseldorf
Az 8 U 110/03
Urteil vom 03.06.2004

aufhebendes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 30 657/02
Urteil vom 24.07.2003

Der zahnärztliche Behandlungsvertrag ist grundsätzlich ortsgebunden. Der Schwerpunkt des Vertrags liegt am Zahnarztsitz, weil er seine vertragscharakteristische Leistung wegen der benötigten medizinischen Ausstattung nur in seiner Praxis vornehmen kann. Der Patient ist aus diesem Grund stets gezwungen, zur Diagnostik und Therapie die Praxis aufzusuchen und die zahnärztlichen Leistungen dort „abzunehmen“. Zudem werden bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung über die Zahlung des Honorars gegenüber dem zahnärztlichen Vergütungsanspruch erfahrungsgemäß Mängel eingewandt, die eine Klärung des medizinischen Sachverhalts erfordern. Hierzu bedarf es regelmäßig der Sichtung von Behandlungsunterlagen, dies ist am Praxissitz des Zahnarztes schneller und sicherer abzuwickeln als an dem eventuell weit entfernten Wohnort des Patienten. Die Erfahrung zeigt, daß dann, wenn zahnärztliche Behandlungsunterlagen wie Röntgenaufnahmen und Modelle an möglicherweise weit entfernte Orte versandt werden müssen, stets die erhöhte Gefahr des Verlustes und – bei Modellen - der Beschädigung besteht. Dies kann sich für beide Vertragsparteien, insbesondere aber für den Patienten, negativ auswirken. Damit liegt es auch im wohlverstandenen Interesse des Patienten, eine gerichtliche Auseinandersetzung über die Vergütung am Praxisort des Zahnarztes durchzuführen.

Professionelle Zahnreinigung

OVG Nordrhein-Westfalen

Az 12 A 841/92

Urteil vom 18.01.1995

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Köln

Az 3 K 923/90

Urteil vom 04.12.1991

Die Gebührennummer 405 erfaßt eine professionelle Zahnreinigung harter und weicher Zahnbeläge, die ausschließlich oberhalb (supragingival) des Zahnfleischsaumes liegen. Die Gebührennummer 407 umfaßt dagegen im Sinne eines operativen Eingriffes die Entfernung von Konkrementen, die unterhalb (subgingival) des Zahnfleischsaumes liegen. Sind medizinisch beide Behandlungen indiziert, sind sie auch getrennt nebeneinander abrechenbar.

[Anmerkung: Das Urteil des OVG Nordrhein-Westfalen, Az 12 A 841/92, vom 18.01.1995 wurde durch das Revisionsurteil des Bundesverwaltungsgerichtes, Az 2 C 10.95, vom 30.05.1996 in anderen Zusammenhängen bestätigt.]

LG Offenburg

AZ 1 S 48/00

Urteil vom 09.10.2001

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Offenburg

AZ 2 C 63/99

Urteil vom 13.01.2000

Eine analoge Anwendung der Gebührennummer 404 kommt nicht in Betracht, da unbestritten eine professionelle Zahnreinigung schon vor Inkrafttreten der GOZ seit den 70er Jahren durchgeführt wird.

VG Düsseldorf

Az 10 K 9290/93

Urteil vom 24.01.1996

Der elffache analoge Ansatz der Gebührennummer 404 ergänzend zum elffachen Ansatz der Gebührennummer 405 für eine "professionelle Zahnreinigung" wird vom Gericht als nicht nachvollziehbar und damit als nicht ansetzbar beurteilt.

AG Düsseldorf
Az 39 C 3693/94
Urteil vom 30.08.1994

Die analoge Berechnung der professionellen Zahnreinigung nach Gebührennummer 404 ist nicht zu beanstanden. Bei der professionellen Zahnreinigung handelt es sich um eine neuentwickelte selbständige Leistung, die über die unter Gebührennummer 405 erfaßten Inhalte hinausgeht, wie z.B. eine maschinelle Konturierung oder Rekonturierung der Zahnoberfläche, ein Abstrahlen oder ein Einsatz chemisch-physikalischer Mittel. Die professionelle Zahnreinigung ist nicht lediglich eine bloße Verbesserung der Zahnreinigung (nach Gebührennummer 405) sondern enthält zusätzliche Maßnahmen, die über die von Gebührennummer 405 umfaßte Leistung hinausgehen.

AG Dortmund
Az 118 C 9798/98
Urteil vom 26.01.1999

Eine analoge Berechnung für die professionelle Zahnreinigung kommt nicht in Betracht. Aus der schriftlichen Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 15.03.1994 ergibt sich, daß der Verordnungsgeber die erstattungsfähige Zahnreinigung in den Gebührennummern 404 und 405 regeln und darüber hinaus keine analoge Anwendung dieser Normen wollte. Da das Bundesministerium für Gesundheit der vorliegend relevante Verordnungsgeber ist, ist sein gesetzgeberischer Wille maßgebend.

AG Jever
Az 5 C 347/98
Urteil vom 15.04.1999

Bei der professionellen Zahnreinigung handelt es sich mittlerweile um eine selbständige zahnärztliche Leistung gemäß § 4 (2), welche erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung entwickelt wurde. Eine Abrechnung gemäß § 6 (2) analog Gebührennummer 404 durfte erfolgen. Das Sachverständigengutachten hat zur Überzeugung des Gerichts ergeben, daß diese Maßnahme auch medizinisch notwendig im Sinne von § 1 (2) war und daher der Zahnarzt Anspruch auf Vergütung hat. Bei der fraglichen Zahnreinigung handelt es sich nicht um eine Heilbehandlung, sondern um eine Vorbeugungsmaßnahme gegen Karies. Da die Krankenversicherung in ihren allgemeinen Versicherungsbedingungen für Beihilfeberechtigte anführt, daß mit den Kosten zahnärztlicher Leistungen auch prophylaktische Behandlungen abgedeckt sind, muß sie auch die Kosten der professionellen Zahnreinigung zu dem jeweiligen tariflichen Prozentsatz erstatten.

AG Hamburg
Az 20B C 2091/96
Urteil vom 29.06.2000

Die professionelle Zahnreinigung kann gemäß § 6 (2) analog Gebührennummer 404 berechnet werden, da diese eine nach Inkrafttreten der Gebührenordnung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelte selbständige zahnärztliche Leistung ist. Die Leistung des Zahnarztes geht über die in Gebührennummer 405 genannte Tätigkeit weit hinaus und ist nach Art und Kosten mit den Maßnahmen von Gebührennummer 404 vergleichbar.

AG Flensburg
Az 66 C 164/00
Urteil vom 16.03.2001

Die vom behandelnden Arzt für die „professionelle Zahnreinigung“ vorgenommene Analogberechnung gemäß Gebührennummer 404 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen ist nach Überzeugung des Gerichts nicht zu beanstanden.

Die Gebührennummer 405 des Gebührenverzeichnisses erfaßt das supragingivale Entfernen harter und weicher Zahnbeläge jeder Art – vornehmlich also Plaque und Zahnstein – mit Handinstrumenten bis zu den auch unter dem Zahnsaum liegenden Zahnoberflächen und damit Maßnahmen wie das Abschaben bzw. Abkratzen sowie das Glätten und die Politur gereinigter Zahnflächen.

Die „professionelle Zahnreinigung“ erfaßt zwar zum geringen Teil auch die Leistungen der Gebührennummer 405 des Gebührenverzeichnisses, nämlich die Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, geht aber aufgrund der Fortentwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse ansonsten – ausweislich der Stellungnahme der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein vom 22.02.2001 – über die Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 405 des Gebührenverzeichnisses hinaus. Durch die professionelle Zahnreinigung werden nämlich unter dem Einsatz von speziellen Instrumenten, wie z. B. dem EVA-System zur Bearbeitung enger Zahnzwischenräume, dem Einsatz chemisch-physikalischer Mittel durch ein Pulver-Strahlgerät u. ä. Maßnahmen über die eigentliche Zahnbelagsentfernung hinaus erbracht. Diese liegen z. B. in der Entfernung von organischen Ablagerungen wie z. B. Tee-, Kaffee- und Teerbelägen oder aber in der sich der Plaqueentfernung anschließenden Oberflächenbearbeitung des Zahnes durch ultraschallgetriebene Feinstdiamanten zur Konturierung bzw. Rekonturierung.

Bei der heutigen professionellen Zahnreinigung handelt es sich aber aufgrund des Umfangs, der Art und Weise und der Bedeutung der Zahnreinigung nicht um eine bloße Weiterentwicklung der Leistung der Gebührennummer 405, sondern um eine Maßnahme der eigenständige Bedeutung in Form einer neuartigen Leistung zukommt.

AG Weinheim
Az 4 C 243/01
Urteil vom 03.12.2001

Die professionelle Zahnreinigung kann nur gemäß Gebührennummer 405 abgerechnet werden. In der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 405 wird das Entfernen von harten und weichen Zahnbelägen jeder Art mit Handinstrumenten bis zu den auch unterhalb des Zahnsaumes liegenden Zahnoberflächen, die ohne chirurgische Maßnahmen erreichbar sind, erfaßt. Weiter gehört zur Gebührennummer 405 das Abschaben oder Abkratzen, die Glättung und die Politur der gereinigten Zahnflächen. Auch diese Maßnahmen werden bei der „professionellen Zahnreinigung“ vom Zahnarzt in aller Regel erbracht. Daß der Zahnarzt weitergehende Leistungen erbracht hat, wurde nicht vorgetragen. Die Krankenversicherung hat daher zu Recht die Rechnung gekürzt und nur die Zahnreinigung von 26 Zähnen nach Gebührennummer 405 mit dem 3,5-fachen Steigerungssatz bei der Erstattung berücksichtigt.

AG Kiel
AZ 113 C 518/01
Urteil vom 14.01.2003

Die professionelle Zahnreinigung stellt eine angemessene Therapie dar, um eine Verschlimmerung des Krankheitsbildes zu verhindern. Für diese Therapie hatte der behandelnde Zahnarzt einen fälligen Vergütungsanspruch gemäß § 6 (2) GOZ in Verbindung mit Gebührennummer 404. Die professionelle Zahnreinigung (PZR) ist eine selbständige zahnärztliche Leistung, die erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnis entwickelt wurde, und sie entspricht einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen. Das Fehlen einer eigenen Gebührennummer für die PZR stellt eine planwidrige Regelungslücke dar, die zur Anwendung des § 6 (2) führt.

Die Gebührennummer 404 bezeichnet zudem eine für eine analoge Berechnung adäquate Behandlung. Daß die analoge Berechnung dieser Gebührennummer in 31 Fällen erfolgt ist, entspricht der Zahl der behandelten Zähne und ist nicht zu beanstanden. Die Rechnung des behandelnden Zahnarztes weist die analoge Berechnung auch durch Verweis auf § 6 (2) ausdrücklich aus.

Das hinsichtlich der Anwendung von § 6 (2) entgegenstehende Urteil des LG Offenburg vom 9.10.2001 kann insoweit nicht maßgeblich sein, weil es auf einem anderen Prozeßverhalten des damaligen Klägers beruht (fehlendes Bestreiten). Vorliegend ist jedoch über die streitige Behauptung Beweis erhoben worden. Das Gutachten ist eindeutig.

PRP-Verfahren

AG Hamburg
Az 23A C 466/01
Urteil vom 02.03.2004

Gemäß den dem betreffenden Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Musterbedingungen muß die Krankenversicherung nur bei medizinisch notwendigen Heilbehandlungen leisten, wenn die zur Erstattung geltend gemachten Behandlungsmethoden und Arzneimittel

- von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind, bzw.
- sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder
- keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Diese Voraussetzungen sind bezüglich des PRP-Verfahrens nicht erfüllt. Das Verfahren mag deshalb im Einzelfall für den Patienten von Vorteil sein, indem es einen positiven Einfluß auf die einzelnen Wachstumsfaktoren nimmt. Es dürfte deshalb vom Arzt berechnungsfähig sein, ist aber derzeit noch nicht erstattungsfähig im Hinblick auf § 4 MB/KK.

[Anmerkung: PRP-Verfahren = Plated Rich Plasma-Verfahren zur Konzentration patienteneigener Wachstumsfaktoren]

Regelhöchstsatz - Verwendung des Begriffes

OLG Frankfurt
Az 17 U 26 /88
Urteil vom 24.05.1989

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Wiesbaden
Az 5 O 115/85
Urteil vom 16.12.1987 (verkündet)
und vom 21.01.1988 (berichtigt)

Eine private Krankenversicherung ist nicht verpflichtet, die Verwendung des Begriffes "Regelhöchstsatz" im Hinblick auf die Regelung des § 5 (2) Satz 4 GOÄ (alt) in der Korrespondenz mit ihren Versicherungsnehmern zu unterlassen. Der Gebrauch des Wortes "Regelhöchstsatz" enthält keine herabsetzende Wertung der Persönlichkeit des Arztes, sondern beschreibt in zutreffender Weise eine Gebührengrenze und stellt keine Verletzung des Persönlichkeitsrechtes des Betroffenen dar. Zudem kann sich die private Krankenversicherung auf das Grundrecht der freien Meinungsäußerung berufen und in Wahrnehmung berechtigter Interessen handeln.

Speicheldiagnostik

OLG Düsseldorf

Az 8 U 32/01

Urteil vom 13.05.2002

[Anmerkung: Die Beschwerde des beklagten Patienten gegen die Nichtzulassung der Revision gegen dieses OLG-Urteil wird vom BGH (Az III ZR 219/02 am 27.02.2003) zurückgewiesen.]

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf

Az 3 O 126/00

Urteil vom 21.12.2000

Ein fehlender Versicherungsschutz für eine durchgeführte Speicheldiagnostik ist nicht geeignet, den zahnärztlichen Honoraranspruch zu beeinflussen.

LG Düsseldorf

Az 3 O 434/99

Urteil vom 20.04.2000

[Anmerkung: Obwohl dieses Urteil durch das Berufungsurteil des OLG Düsseldorf vom 28.06.2001, Az 8 U 138/00, teilweise abgeändert wurde, ist die nachfolgende Urteilspassage unverändert geblieben.]

Es sind keine Gründe ersichtlich, die einer der GOÄ entsprechenden Abrechnung von Speicheltests (mikrobiologische Speicheldiagnostik) nach den Gebührennummern 3500 und 4600 GOÄ durch Zahnärzte widersprechen. Vielmehr ist es als billig anzusehen, daß auch Zahnärzte für notwendige speicheldiagnostische Maßnahmen eine adäquate Vergütung erhalten.

AG Neuss

Az 32 C 31/96

Urteil vom 25.09.1996

Die Vergütungen für Speicheltests sind berechtigterweise unter Angabe der entsprechenden Gebührennummern der GOZ und GOÄ im Sinne des § 6 (2) GOZ analog berechenbar. Es kann nicht Verpflichtung des Zahnarztes sein, im Zusammenhang mit der Erstattungsfähigkeit von Speicheltests sich über die jeweiligen Versicherungsbedingungen insbesondere privater Krankenversicherer im einzelnen zu informieren. Dies ist Aufgabe des Patienten selbst. Für einen Auswertungsbogen, der eine - wenn auch knappe - Bewertung der einzelnen Leistungen im Zusammenhang mit Speicheltests enthält, kann die Gebührennummer 15 GOÄ (alt) berechnet werden.

AG Düsseldorf
Az 50 C 15176/02
Urteil vom 23.12.2003

Zunächst ist es nicht zu beanstanden, daß der Zahnarzt in seiner Liquidation im Rahmen der von ihm vorgenommenen mikrobiologischen Speicheldiagnostik die Gebührennummern 3712 GOÄ und 3715 GOÄ berechnet hat, auch wenn § 6 (1) GOZ keinen Hinweis auf diese Gebührennummern enthält. Zutreffend weist der Zahnarzt darauf hin, daß die GOZ seit dem 22.10.1987 unverändert geblieben ist, während die GOÄ zahlreiche Änderungen erfahren hat, die dazu geführt haben, daß grundsätzlich abrechnungsfähige Positionen andere, nicht unter den Wortlaut des § 6 (1) GOZ fallende Gebührennummern erhalten haben. Vor diesem Hintergrund ist § 6 (1) GOZ auf die GOÄ nicht buchstabengetreu zu übertragen, sondern bedarf einer vernünftigen Auslegung entsprechend dem Sinn und Zweck der Regelung. Sinn und Zweck des § 6 (1) GOZ ist es, dem Zahnarzt diejenigen Leistungen der GOÄ zugänglich zu machen, die für Zahnärzte nach dem Berufsrecht in Frage kommen können. Daß die vorgenommene mikrobiologische Speicheldiagnostik diese Voraussetzungen etwa nicht erfüllt, macht der Patient nicht geltend. Unschädlich ist es in diesem Zusammenhang, daß die unter den Gebührennummern 3712 GOÄ und 3715 GOÄ abgerechneten Bestimmungen der Speichelfließrate und der Pufferkapazität nicht ausdrücklich in der GOÄ aufgeführt sind. Denn der Zahnarzt hat nach Maßgabe seines in der Rechnung enthaltenen Hinweises die Gebührennummern 3712 GOÄ und 3715 GOÄ gemäß § 6 (2) GOÄ berechnet, ohne daß der Patient insoweit konkrete Einwendungen erhoben hätte.

Bedenken gegen die Berechtigung der abgerechneten Gebührennummern 3714 GOÄ und 4538 GOÄ bestehen ebenfalls nicht, Diese wurden auf Grundlage von § 6 (1) GOZ berechtigterweise berechnet, auch wenn sie nicht ausdrücklich in dieser Vorschrift genannt werden. Der Zahnarzt weist zutreffend darauf hin, daß diesershalb nach Novellierung der GOÄ ohne entsprechende Anpassungsnahmen bzgl. der GOZ Lücken im zahnärztlichen Gebührenrecht entstanden sind, die der Ausfüllung bedürfen. Dabei ist der – bereits aufgezeigte – Sinn und Zweck des § 6 (1) GOZ zu berücksichtigen. Dieser erlaubt es, daß auch die Bestimmung des PH-Wertes des Speichels und der Nachweis von Bakterien nach Anzüchtigung abrechnungsfähig sind.

Schließlich ist es nicht zu beanstanden, daß der Zahnarzt die Gebührennummer 4715 GOÄ abgerechnet hat. Die darunter fallende Untersuchung zum Nachweis von Pilzen entspricht der früheren Gebührennummer 4700 der GOÄ, die nach § 6 (1) GOZ ohne weiteres abrechnungsfähig ist.

AG Düsseldorf
Az 41 C 19640/02
Urteil vom 09.07.2004

Die mikrobiologische Speicheldiagnostik ist notwendig im Sinne § 1 (2) Satz 1, da sie den Anforderungen einer modernen präventionsorientierten Zahnheilkunde entspricht.

Überschreitung des Heil- und Kostenplanes

OLG Köln
Az 27 U 115/91
Urteil vom 26.02.1992

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 332/90
Urteil vom 02.07.1991

Unrichtige Angaben in einem - wie hier unstreitig - unverbindlichen Heil- und Kostenplan, insbesondere ein Überschreiten des Leistungsrahmens und der Honorarsätze vermögen im Regelfall allenfalls Schadenersatzansprüche wegen positiver Vertragsverletzung auszulösen. Einen Schaden hat der Beklagte aber nicht dargetan. Er hat für das geforderte Honorar eine adäquate Gegenleistung erhalten, die er auch anderweitig hätte bezahlen müssen.

OLG Köln
Az 5 U 35/97
Urteil vom 16.06.1997

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Aachen
Az 1 O 144/93
Urteil vom 07.11.1996

Im vorliegenden Fall veranschlagte der Zahnarzt auf dem Heil- und Kostenplan für Material- und Laborkosten 9.000,- DM, verwies auf die nur geschätzte Höhe, berechnete dann jedoch in der Liquidation 11.500,- DM. Das Gericht vertrat die Auffassung, daß dieser Hinweis auf die geschätzte Höhe nicht nachvollziehbar ist, weil nicht ersichtlich ist, weshalb ein Zahnarzt, insbesondere ein solcher, der über ein eigenes Labor verfügt, nicht in der Lage sein sollte, die für die beim Patienten geplante umfassende Sanierung des Gebisses zu erwartenden Laborkosten einigermaßen exakt im vorhinein zu bestimmen. Da zusätzlich zu den ursprünglich vorgesehenen Maßnahmen keine weiteren erfolgt sind, erachtete das Gericht, den berechtigten Anspruch des Zahnarztes lediglich auf die Höhe des Betrages festzulegen, der im Heil- und Kostenplan verankert war, also auf 9.000,- DM:

LG Bielefeld
Az 2 S 258/80
Urteil vom 07.01.1981

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Gütersloh
Az 10 C 1163/80
Urteil vom 20.05.1980

Im streitigen Fall sind bei einem gesetzlich versicherten Patienten Privatleistungen mit einer schriftlichen ausdrücklichen Vergütungsvereinbarung abgedungen worden. Die vorveranschlagten Kosten wurden in der Liquidation um 250 Prozent überschritten. Das Gericht vertrat die Auffassung, daß der Patient infolge unvorhergesehener Umstände davon auszugehen habe, eine Überschreitung von höchstens 25 Prozent sei möglich, andernfalls hätte die Gebührenvorausberechnung überhaupt keinen Sinn gehabt.

LG Krefeld
Az 1 S 36/92
Urteil vom 17.07.1992

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Nettetal
Az 4 C 254/90
Urteil vom 29.01.1992

Der behandelnde Zahnarzt hatte seinen Patienten im Verlauf der Behandlung nicht darauf hingewiesen, daß der im Heil- und Kostenplan (Kostenvorschlag) ausgewiesene Betrag überschritten wird. Damit liegt nach Auffassung des Gerichts ein Verstoß gegen die Verpflichtung aus § 650 (2) BGB vor. Die Vorschriften über den Kostenvorschlag, die in den gesetzlichen Regeln über das Werkvertragsrecht enthalten sind, sind auch auf den vorliegenden Teil der Leistung des Zahnarztes anzuwenden. Nach überwiegender Meinung wird der medizinische Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt als Dienstvertrag qualifiziert. Dies gilt jedoch nicht uneingeschränkt, denn auch Vorschriften des Werkvertragsrechts sind über den Kostenanschlag anzuwenden.

LG Wuppertal
Az 16 S 251/99
Urteil vom 15.02.2000

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Wuppertal
Az 37 C 1/99
Urteil vom 13.09.1999

Bei einem Heil- und Kostenplan nach Gebührennummer 003 handelt es sich nicht um eine konkrete Vergütungsvereinbarung im Sinne von § 2 (1), an die der Zahnarzt gebunden wäre. Insbesondere dann nicht, wenn in dieser Schätzung der voraussichtlichen Kosten ausdrücklich darauf hingewiesen wird, daß Laborkosten nur geschätzt werden können und der Umfang notwendiger kon-

servierender und chirurgischer Maßnahmen nicht vorhersehbar sind. Werden außerdem in einem Heil- und Kostenplan bereits erhöhte Steigerungssätze für einzelne Leistungen angesetzt, kann der Patient nicht davon ausgehen, daß der Zahnarzt mit dem durchschnittlich leicht erhöhten Schwierigkeitsgrad grundsätzlich auskommen wird.

AG Mannheim
Az 7 C 1142/94 (40)
Urteil vom 01.06.1994

Wird im Ergebnis ein Heil- und Kostenplan, der ausdrücklich den Vermerk enthält, daß der Kostenvoranschlag unverbindlich ist, um nur ca. 12 Prozent bei den Material- und Fremdlaborkosten überschritten, so ist der Einwand des Patienten hiergegen ohne Erfolg.

Verwirkung eines Honoraranspruches

OLG Düsseldorf
Az 8 U 111/91
Urteil vom 09.07.1992

Mit Erteilung der Rechnung bestimmt der Zahnarzt zwar, wann der Honoraranspruch fällig wird und damit den Beginn der Verjährung. Da diese rechtliche Möglichkeit der Hinauszögerung des Fälligkeitszeitpunktes jedoch zu einem willkürlichen Verhalten führen kann, hat das Gericht festgestellt, daß bei dem Zeitpunkt der Rechnungserstellung die Grundsätze von Treu und Glauben zu beachten sind. Danach muß der Zahnarzt seine Abrechnung innerhalb einer angemessenen Frist erstellen, will er sich nicht andererseits den Einwand der Verwirkung entgegenhalten lassen.

AG Frankfurt
Az 30 C 2697/95 - 24
Urteil vom 23.05.1996

Der Zahnarzt bestimmt den Beginn der Verjährung seines Honoraranspruches zwar selbst, da der Beginn der Verjährungsfrist die Erteilung der Honorarrechnung voraussetzt. Weil dabei die Grundsätze von Treu und Glauben zu beachten sind, steht es aber keineswegs im Belieben des Arztes, wann er die Rechnung erteilt. Die Abrechnung muß vielmehr innerhalb einer angemessenen Frist erstellt und dem Patienten mitgeteilt werden, will der Arzt sich nicht den Einwand der Verwirkung (§ 242 BGB) entgegenhalten lassen.

Im vorliegenden streitigen Fall bestätigte das Gericht die Verwirkung der im April 1995 geltend gemachten Forderung für die im September 1992 abgeschlossene Behandlung, da die Rechnung (für "irrtümlich vergessene Leistungen") nicht innerhalb einer angemessenen Frist erstellt wurde. Die Aussage des Zahnarztes, die Forderung sei aus diversen Gründen irrtümlich unterblieben, beschreibt Umstände, die allein in der Sphäre des Zahnarztes und seiner Erfüllungsgehilfen liegen und nicht dem Patienten angelastet werden können (Vertrauensstatbestand).

Wissenschaftlichkeitsklausel

BUNDESGERICHTSHOF

Az IV ZR 135/92

Urteil vom 23.06.1993

Die Wissenschaftlichkeitsklausel in den Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungen ("Wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden lösen keine Leistungspflicht aus.") ist unwirksam.

Vielmehr sind auch die Kosten für diejenigen Behandlungen und Untersuchungen zu ersetzen, bei denen die angewandte und wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methode im Vergleich zu den allgemein anerkannten Therapien gleich wirksam ist und keine höheren Kosten verursacht.

BUNDESGERICHTSHOF

Az IV ZR 60/01

Urteil vom 30.10.2002

Die Regelung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen über die Leistungspflicht für den Fall, daß weder von der Schulmedizin überwiegend anerkannte Methoden und Arzneimittel noch ebenso erfolgversprechende der Alternativmedizin zur Verfügung stehen, ist nicht zu beanstanden. Danach besteht bei unheilbaren und noch nicht erforschten Krankheiten dann ein Erstattungsanspruch, wenn eine medizinisch notwendige Heilbehandlung durchgeführt worden ist, und zwar unabhängig davon, ob ihr schulmedizinisch oder alternativmedizinische Ansätze zugrunde liegen.

Die Klausel entspricht den Grundsätzen, die in den Senatsentscheidungen vom 23.06.1993 [Az IV ZR 135/92] und vom 10.07.1996 [Az IV ZR 133/95] für die Leistungspflicht bei derartigen Krankheiten ausgesprochen worden sind.

LG Duisburg

Az 5 S 16/91

Urteil vom 04.06.1992

Eine Behandlungsmethode gilt dann als wissenschaftlich anerkannt, wenn sie sich in der Schulmedizin und in der Praxis so durchgesetzt hat, daß in der überwiegenden Zahl gleichartiger Fälle mit statistischer Wahrscheinlichkeit ein beliebig wiederholbarer therapeutischer Erfolg erzielt werden kann. Eine solche Methode ist selbst dann als allgemein anerkannt anzusehen, wenn sie vereinzelt Widerspruch erfährt.

Zuordnung von Gebührennummern durch Kostenerstatter

LG Köln
Az 25 S 40/92
Urteil vom 12.05.1993

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Köln
Az 115 C 193/91
Urteil vom 23.04.1992

Der Fall: Der anzuwendende Tarif der privaten Krankenversicherung sah im vorliegenden Fall vor, daß Kosten zu 100 Prozent, Kosten für "Zahnersatz (z.B. Prothesen, Brücken), Zahnkronen" aber nur zu 75 Prozent ersetzt werden. Weiter hieß es: "Als Zahnersatz gelten auch die vorbereitenden Maßnahmen." Nach Auffassung des Gerichts fallen jedoch die Leistungen nach den Nrn. 5, 517, 219 und 227 bei Einzelkronen nicht unter die Ausschlußklausel, weil diese nur für Zahnersatz, nicht aber für Zahnkronen ausgesprochen sind.

LG Memmingen
Az 3 O 1179/99
Urteil vom 16.08.2001

Das Gericht geht davon aus, daß es sich bei keramischen Verblendschalen, Eckzahnaufbauten und Teilkronen nicht um Zahnersatz, sondern um Zahnerhaltungsmaßnahmen handelt, bei denen die Krankenversicherung nach den Versicherungsbedingungen zu einer 100-prozentigen Erstattung verpflichtet ist.

Da die Versicherungsbedingungen Zahnkronen von der 100-prozentigen Erstattungsfähigkeit ausnehmen, argumentiert die Versicherung, daß Teilkronen unter den Begriff „Kronen“ zu subsumieren sind. Jedoch ist nach Auffassung des Gerichts die Teilkeramikkrone der Zahnerhaltung zugeordnet, so daß diese nicht – wie bei Vollkronen üblich als zahnersatzähnlich und deshalb nur zu 85 Prozent erstattbar – angesehen werden kann. Diese Unklarheit in der Formulierung in den Versicherungsbedingungen muß zu Lasten der Verwenderin der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gehen, so daß ein 25-prozentiger Abzug nicht vorgenommen werden kann.

AG Braunschweig
Az 1205-0-115 C 500/92 (1)
Urteil vom 02.06.1992

Der Fall: Eine Patientin verklagte ihr Versicherungsunternehmen, die bei ihr eingegliederten Teilkronen nach dem Tarif für konservierende Behandlung

mit 100 Prozent zu erstatten. Das Versicherungsunternehmen hatte für diese Behandlung nur eine Erstattung in Höhe von 80 Prozent vorgenommen, dies mit der Begründung: Nach den zutreffenden Versicherungstarifen (§ 4 (8) AVB des Versicherungsvertrages) zählen "Prothesen, Brücken, Kronen und Stiftzähne" zu den prothetischen Leistungen.

Das Gericht urteilte: "Der Begriff 'Krone' ist ein Oberbegriff. Er erfaßt alle Arten von Kronen, mit denen Zähne versorgt werden, mag es sich nun um Teil-, Voll- Jacket-Kronen u. ä. handeln. Eine andere Auslegung ist mit dem Wortlaut des § 4 (8) AVB nicht zu vereinbaren."

AG Düsseldorf
Az 54 C 8910/92
Urteil vom 09.10.1992

Die Zuordnung von Gebührennummern zum Kontingent "C. Konservierende Leistungen" in der Gebührenordnung ist für kostenerstattende Stellen auch hinsichtlich der tariflichen Erstattungskonsequenzen bindend.

Wird eine abweichende Erstattungsregelung in der Tarifbeschreibung nicht ausdrücklich verankert, so muß sich das Erstattungsunternehmen gemäß § 5 AGBG diese Unklarheit zu ihren Ungunsten anrechnen lassen.

AG Nürnberg
11 C 8516/93
Urteil vom 22.12.1994

Aufgrund der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu dem streitgegenständlichen Tarif steht fest, daß auch Kronen zum Zahnersatz gehören, die hierfür erforderlichen Begleitleistungen fallen jedoch mangels vertraglicher Regelung unter Zahnbehandlungsmaßnahmen.

AG Lüneburg
Az 10 C 459/94
Urteil vom 24.08.1995

Das Gericht bestätigte, daß entgegen der Auffassung des Krankenversicherers Leistungen nach 217 bis 227 im Erstattungsverfahren nicht den prothetischen Leistungen zuzurechnen seien, da diese Leistungen als Zahnbehandlung und nicht als Zahnersatz einzuordnen und demzufolge auch entsprechend tariflich zu erstatten sind.

AG Westerburg
Az 23 C 1605/99
Urteil vom 27.09.2001

Schließlich hat der Patient auch Anspruch auf eine 100 prozentige Erstattung der für die Versorgung mit Keramik-Veneers angefallenen Laborkosten. Dem stehen die allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung nicht entgegen. Darin ist der Erstattungssatz für Teilkronen nicht ausdrücklich auf 75 % reduziert. Lediglich für Zahnkronen, Zahnersatz etc. ist ausdrücklich ein Erstattungssatz von 75 % bestimmt.

Das Gericht folgte der Feststellung des Sachverständigen, wonach die Versorgung mit Teilkronen eine konservierende Maßnahme ist und nicht dem

Zahnersatz zugerechnet werden kann. Anders als Vollkronen, die allgemein als zahnersatzähnliche Maßnahme angesehen werden, gilt dies daher für Teilkronen - bei denen gerade nicht ein vollständiger Zahnersatz erfolgt, vielmehr der noch vorhandene Zahn geschützt und erhalten werden soll - nicht. Die daraus folgende Unklarheit, ob unter dem allgemeinen Begriff der Zahnkrone auch die zahnerhaltene Teilkrone fällt, geht nach § 5 AGB Gesetz zu Lasten der privaten Krankenversicherung als Verwenderin.

AG Frankfurt
Az.: 29 C 2794/99-11
Urteil vom 06.06.2002

Nach den Versicherungstarifen des beklagten Versicherungsunternehmens werden sonstige zahnärztliche Leistungen zu 100 Prozent erstattet, es sei denn, es handelt sich um Zahnkronen, Zahnersatz, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen, die lediglich zu 75 Prozent ersetzt werden.

Weder sind die im streitigen Fall erfolgten Keramikverblendschalen, noch der Zahnkantenaufbau und auch nicht die erfolgten Teilkronen als ausdrückliche Ausnahme von einer 100-prozentigen Erstattung aufgezählt. Soweit die Krankenversicherung die Leistungen unter den Begriff „Kronen“ zugeordnet wissen möchte, geht die Unklarheit in der Formulierung in den Versicherungsbedingungen des Tarifs, ob es sich bei den erbrachten Leistungen um eine zahnersatzähnliche und deshalb nur zu 75 Prozent erstattbare oder aber um eine Maßnahme der Zahnerhaltung und damit um eine zu 100 Prozent erstattungsfähige Maßnahme handelt, zu Lasten der Krankenversicherung als Verwenderin der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Siehe auch:

[Landgericht Memmingen - AZ 3 O 1179/99, Urteil vom 16.08.2001]

[AG Göttingen - AZ 30 C 389/99]



ZAHNÄRZTEKAMMER
NORDRHEIN

NEUE GOZ-URTEILE
UPDATE ZUR 7. AUFLAGE

AKTUALISIERUNG VOM 04.03.08

§ 1 - Notwendig

LG Köln
Az 23 O 269/03
Urteil vom 29.03.2006

Nach dem grundlegenden Urteil des BGH vom 12.03.2003 kommt es nicht mehr darauf an, ob eine kostengünstigere Behandlungsmethode zur Verfügung steht. Vor diesem Hintergrund ist der Einwand der privaten Krankenversicherung, die Zahnersatzbehandlung hätte auch mittels einer Modellgussprothese in Verbindung mit Teleskopkronen durchgeführt werden können, unerheblich. Die danach zentrale Frage des Rechtsstreits, ob die Behandlung mit sogenannten Disk-Implantaten eine medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne der AVB der privaten Krankenversicherung darstellt, ist zu Gunsten der Klägerin zu entscheiden.

Unter einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit ist nach ständiger Rechtsprechung zu verstehen, dass es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, die Maßnahme des Arztes als medizinisch notwendig anzusehen. Vertretbar ist eine Heilbehandlung dann, wenn sie in fundierter und nachvollziehbarer Weise das zugrunde liegende Leiden diagnostisch hinreichend erfasst und eine ihm adäquate, geeignete Therapie anwendet. Davon ist wiederum auszugehen, wenn eine Behandlungsmethode zur Verfügung steht und angewendet wird, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken.

Diese Voraussetzungen sind nach den überzeugenden Gutachten des Sachverständigen in Form der Zahnersatzbehandlung mit sogenannten Disk-Implantaten erfüllt. Der Sachverständige hat dabei entgegen dem Vorbringen der privaten Krankenversicherung nicht allein auf den Umstand abgestellt, dass der behandelnde Zahnarzt ein nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen in Verkehr gebrachtes Produkt innerhalb der vorgesehenen Indikation angewendet hat, dass also das Produkt einem ordentlichen Zertifizierungsprozess unterworfen war. Er hat auch immer wieder herausgestellt, dass die konkrete Behandlung sich in der Praxis als erfolgversprechend bewährt hat, dass also nennenswerte und erhebliche Rückmeldungen über Fehler des in Rede stehenden Medizinproduktes nicht festgestellt werden können.

§ 2 - Abweichende Vereinbarung

OLG Düsseldorf
Az I-8 U 153/04
Urteil vom 02.06.2005

bestätigendes Berufungsurteil zum

LG Düsseldorf
Az 3 O 218/04
Urteil vom 20.10.2004

Rechtlich zutreffend ist das Landgericht davon ausgegangen, daß die Honorarvereinbarung – die unstreitig vor Behandlungsbeginn getroffen wurde und auch inhaltlich den Anforderungen des § 2 genügt – wirksam ist, wenn es sich um eine Individualvereinbarung handelt. Dies wird vom Senat u.a. dann bejaht, wenn die Frage der vertragsgemäßen Gebührenregelung zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten im Einzelnen persönlich besprochen worden ist. Eine solche Erörterung ist geeignet, den von dem Arzt für eine Vielzahl von Behandlungsfällen vorgesehenen Vertragsbestimmungen ihre Allgemeinheit zu nehmen und die für ihre Rechtswirksamkeit erforderliche Individualität zu verleihen. Auf ein „Aushandeln“ im Sinne des § 1 (2) AGBG, d. h. ein Zur-Disposition-Stellen der Honorarvereinbarung, kommt es dann nicht an. Vorliegend muss nicht der beklagte Zahnarzt die Wirksamkeit der Honorarvereinbarung darlegen (und beweisen), sondern der klagende Patient, der einen Bereicherungsanspruch geltend macht, deren Unwirksamkeit. Dabei muss er zumindest die vom Zahnarzt geltend gemachten Gründe für eine Wirksamkeit widerlegen, ohne daß es drauf ankommt, ob diese Gründe im Prozess ordnungsgemäß vorgetragen sind oder sich nur aus – zur Akte gereichten – Schriftstücken ergeben. Im Übrigen ist das Landgericht mit Recht davon ausgegangen, daß bei einer auf einer wirksamen Honorarvereinbarung beruhenden Rechnung eine Begründung nach § 10 (3) nicht erforderlich ist, wie der Senat mehrfach entschieden hat.

Zwar wurde bis zur Entscheidung des BGH vom 12.03.2004 teilweise die Auffassung vertreten, dem Versicherer, der seine Leistungen für eine Heilbehandlung, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt, auf einen „angemessenen Betrag“ herabsetzen darf, müsse im Ergebnis die gleiche Befugnis zugbilligt werden, wenn für eine medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahme ein unangemessen hohes Entgelt berechnet worden sei. Wie der BGH in seiner Entscheidung klargestellt hat, erstreckt sich das Kürzungsrecht des Versicherers bei sogen. Übermaßbehandlungen jedoch nicht auf „Übermaßvergütungen“. Dass die aufgeführten Mehrfachberechnungen medizinisch notwendig waren, hat der Versicherer nicht bestritten und durch die grundsätzliche Erstattung des 2,3-fachen Satzes auch anerkannt. Danach oblag es ihm, die Voraussetzungen für die Übermaßregelung in Bezug auf die Honorarhöhe im Einzelnen darzulegen und zu beweisen.

OLG Hamm
Az 3 U 26/00
Urteil vom 06.02.2006

zurückweisendes Berufungsurteil zum

LG Hagen
Az 9 O 230/99
Urteil vom 09.11.1999

[Anmerkung:

Dieses Urteil des OLG Hamm erfolgte nach der Entscheidung des

Bundsverfassungsgericht
Az 1 BvR 1437/02
Beschluss vom 25.10.2004,

womit das Urteil des OLG Hamm vom 29.05.2002 (Az 3 U 26/00) aufgehoben wurde, weil diese Entscheidung den klagenden Zahnarzt in seinem Recht aus Artikel 12 (1) Grundgesetz verletzt.]

Einen Verstoß gegen § 9 (2) Nr. 1 AGBG kann der Senat nicht feststellen. Die Gebührenvereinbarung der Parteien unterliegt nicht der Inhaltskontrolle nach den §§ 9 ff. AGBG, denn es handelt sich um eine Individualvereinbarung. Der Kläger hat als ausschließlich privat tätiger Zahnarzt keine Möglichkeit, seine Leistungen außerhalb der GOZ anzubieten und abzurechnen. Soweit wegen des besonderen Aufwandes seiner zahnärztlichen Leistung durch den vorgegebenen Rahmen der GOZ eine angemessene Vergütung nicht mehr gewährleistet ist, bedarf es einer Öffnungsklausel, die im Einzelfall ein Abweichen von der Gebührenordnung erlaubt.

Eine Überschreitung des Gebührenrahmens des § 5 wird nach ständiger Rechtsprechung des BGH aber grundsätzlich als ein Verstoß gegen § 9 (2) Nr. 1 AGBG gesehen. Ein Zahnarzt kann deshalb eine Honorarvereinbarung oberhalb des gesetzlich vorgesehenen Gebührenrahmens nur in Form einer vor der Leistungserbringung des Zahnarztes getroffenen schriftlichen Individualabrede treffen. Die - zur Unwirksamkeit der Vereinbarung führende - Generalklausel greift folglich nur dann nicht ein, wenn zwischen dem Parteien eine solche Vereinbarung abgestimmt und damit gemäß § 1 (2) AGBG „ausgehandelt“ worden ist. Für ein Aushandeln in diesem Sinne ist erforderlich, dass der Kläger den in der Vereinbarung enthaltenen gesetzfremden Kerngehalt hat - das Überschreiten des in § 5 GOZ enthaltenen Gebührenrahmens - ernsthaft zur Disposition gestellt und der Beklagten eine Gestaltungsfreiheit zur Wahrung ihrer eigenen Interessen mit der realen Möglichkeit eingeräumt hat, die inhaltliche Ausgestaltung der Vertragsbedingungen beeinflussen zu können.

Auch das äußere Erscheinungsbild der Vereinbarung spricht nicht gegen die Annahme allgemeiner Geschäftsbedingungen im Sinne von § 1 AGBG. Denn unstreitig verwendete der Kläger einen Vertragsvordruck, der für eine Vielzahl von Patienten vorgesehen war und der die erforderliche Individualität auch nicht durch die handschriftlich eingetragenen Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis der GOZ und die einzelnen Steigerungssätze erhielt.

Dennoch geht das Gericht davon aus, dass hier eine Individualvereinbarung vorliegt, weil die Frage der vertragsgemäßen Gebührenregelung zwischen dem Kläger und der Beklagten im einzelnen persönlich besprochen und damit ausgehandelt worden ist. Eine solche Erörterung ist grundsätzlich geeignet, den für eine Vielzahl von Behandlungsfällen vorgesehenen Vertragsbestimmungen ihre Allgemeinheit zu nehmen und die für ihre Rechtswirksamkeit erforderliche Individualität zu geben. Dies schließt aber die Anwendung der Vorschriften des AGBG aus.

Der beanstandete Zusatz „Die Höhe der Gebühren richtet sich entsprechend § 5 (2) insbesondere nach der voraussichtlichen Schwierigkeit und dem voraussichtlichen Zeitaufwand der einzelnen Leistungen ist entgegen der Auffassung der Beklagten kein unzulässiger Zusatz, der gemäß § 2 (2) Satz 3 GOZ ohne weiteres zur Unwirksamkeit der Vereinbarung führt.

Durch die gesetzliche Regelung in § 2 soll verhindert werden, dass ein Patient in seiner Entscheidungsfreiheit eingeschränkt wird. Deshalb sind Erklärungen, die ihn von der Tragweite der Vergütungsvereinbarung ablenken können, untersagt. Andererseits ist es nicht untersagt, Hinweise zu geben, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Regelung der Vergütungshöhe stehen oder in angemessener Weise über den Inhalt und die Folgen der Absprache aufklären sollen.

Die vom Kläger verwendete Textpassage dient lediglich der Erläuterung, dass sich die unterschiedlichen Höhe der Multiplikatoren des Gebührensatzes insbesondere an der Schwierigkeit und dem Zeitaufwand der Behandlung orientiert. Ein Ablenken von der Tragweite der Vergütungsvereinbarung ist damit verbunden. Der Text ist folglich nicht zu beanstanden.

Auch der handschriftliche Eintrag in der Vereinbarung, dass „alle übrigen Leistungen“ nach einem Steigerungsfaktor von 5,9 berechnet werden sollen, stellt eine wirksame Vereinbarung im Sinne des § 2 (2) dar. Denn für die Beklagte als Patientin war trotz der allgemein gehaltenen Formulierung erkennbar, für welche Leistungen der vereinbarte Gebührensatz gelten sollte.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme kommt schließlich auch ein Verstoß gegen §§ 138, 139 BGB nicht in Betracht. Unabhängig von den weiteren Voraussetzungen liegt bereits kein auffälliges Missverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung vor. Denn nach den Ausführungen des Sachverständigen ist festzustellen, dass sich angesichts des absolut ungewöhnlichen Material- und Zeiteinsatzes, der weit überdurchschnittlichen Sorgfalt und des in jedem Behandlungsschritt auf ein qualitätsvolles Ergebnis abzielenden Praxisaufwandes insbesondere auch vor dem Hintergrund des tatsächlich erzielten und in allen Belagen hochwertigen Therapieresultats, für jeden einzelnen vereinbarten Steigerungssatz Leistung und Gegenleistung in einem angemessenen Verhältnis bewegen.

Auch einen Verstoß gegen § 2 (2) Satz 1 vermag der Senat nicht festzustellen. Denn die Vereinbarung, auf der Grundlage des Heil- und Kostenplans die Beklagte prothetisch zu versorgen, wurde entsprechend § 2 (2) Satz 1 vor der Erbringung dieser Leistungen getroffen. Insoweit ist der Begriff der Leistung nicht mit dem der Behandlung gleichzusetzen, so dass eine Gebührenvereinbarung auch noch während einer bereits laufenden Behandlung für zukünftige Leistungen getroffen werden kann.

LG Frankfurt
Az 2-21 O 39/00
Urteil vom 01.10.2004

Die Private Krankenversicherung kann sich nicht darauf berufen, dass der jeweils vereinbarte Steigerungssatz in den Honorarvereinbarungen im Hinblick auf die Vorschriften des AGBG nicht wirksam vereinbart werden konnte, denn die streitgegenständlichen Honorarvereinbarungen stellen keine formularmäßige Regelung, sondern eine Individualvereinbarung dar.

Das Gericht teilt insoweit die Auffassung der vom Patienten in Bezug genommenen weiteren Entscheidungen, nachdem der Charakter einer Formularvorgabe nicht schon deswegen erreicht wird, weil die Überschrift, der einleitende Satz und die Schlussformel durch den Zahnarzt wiederholte Verwendung finden. Denn aus den auch von der Privaten Krankenversicherung eingereichten weiteren Honorarvereinbarungen lässt sich ohne weiteres ersehen, dass die für Leistungsbestimmung maßgeblichen Aspekte, nämlich die im Einzelfall durchzuführenden Maßnahmen selbst und die hierfür in Ansatz

gebrachten Steigerungssätze jeweils auch unterschiedlich und fallbezogen geregelt werden. Es ist nicht ersichtlich, dass die so beschriebenen individuellen Tätigkeiten durch den behandelnden Arzt ihrerseits mit einem stets gleich bleibenden Steigerungsfaktor wiederholte Verwendung finden. Aus diesem Grunde ist hier eine Individualvereinbarung zu unterstellen. Damit findet das AGB Gesetz keine Anwendung.

AG Mannheim
Az 12 C 187/04
Urteil vom 18.07.2005

Die dem Rechtsstreit zugrundeliegende Honorarvereinbarung ist als wirksam anzusehen. Die beweisbelastete Private Krankenversicherung hat nicht bewiesen, dass es sich bei der Honorarvereinbarung um allgemeine Geschäftsbedingungen handelt. Die Honorarvereinbarung ist zwar auf einem vorgefertigten Muster geschlossen worden, allerdings sind die Gebührennummern und die jeweiligen Steigerungssätze handschriftlich in das vorgefertigte Muster eingefügt worden. Honorarvereinbarungen, die zwar auf einem vorgefertigten Muster getroffen werden, in welches aber je nach dem Einzelfall der Patientennamen, die anfallenden Leistungspositionen sowie die jeweils zugeordneten Multiplikatoren eingetragen werden, sind kein Formularvertrag im Sinne des AGB-Gesetzes. Die Private Krankenversicherung hat auch nicht substantiiert dargelegt und bewiesen, dass die vereinbarten Honorare, wenn man von einer wirksamen Honorarvereinbarung ausgeht, im Verhältnis zur erbrachten Leistung unangemessen anzusehen sind im Sinne des § 5 (2) MB/KK. Zu berücksichtigen ist, dass das Bundesverfassungsgericht gerade im Hinblick auf den Nebenintervenienten es für verfassungswidrig erklärt hat, wenn die Anforderungen an die Annahme und die Beweisbarkeit einer Individualvereinbarung zu hoch angesetzt werden. Zwar ist vorliegend für den umstrittenen Verhandlungszeitraum kein Heil- und Kostenplan vorgelegt worden. Jedoch spricht das handschriftlich ausgefüllte Rahmenformular insbesondere auch unter Berücksichtigung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes hinreichend eindeutig dafür, dass das Rahmenformular im Hinblick auf die konkrete Behandlung des Klägers ausgefüllt und mit diesem besprochen wurde. Gegenteiliges hat die Private Krankenversicherung jedenfalls nicht ausreichend behauptet und bewiesen. Sie ist daher zur Erstattung verpflichtet.

§ 3 - Auslagenersatz

LG Hannover
AZ 19 S 43/04
Urteil vom 21.10.2004

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Burgwedel
Az 70 C 40/03 (III)
Urteil vom 28.04.2004

Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes vom 27.05.2004 (Az. III ZR 264/03) sind die durch Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstehenden Kosten nach der GOZ mit den einzelnen Gebührensatziffern abgegolten. Eine analoge Anwendung von § 10 GOÄ kommt in Anbetracht der klaren gesetzgeberischen Entscheidung nicht in Betracht. Einmalbohrersätze sind deshalb gem. § 10 GOÄ nur dann erstattungsfähig, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung, die der Zahnarzt nach der GOÄ abrechnen kann, erbracht werden. Dies trifft hier auf die zwei berechneten Bohrersätze nicht zu. Vielmehr sind sie unstrittig – im Zusammenhang mit der Schaffung von Implantatkavitäten, einer Leistung nach der GOZ, benutzt worden.

Die Kosten für das OP-Set hält das Gericht allerdings für berechtigt. Der Inhalt diese OP-Sets ist nach Auffassung des Gerichts durch die Zeugenangabe – Abdecktücher, Hauben, Mützen, Überschuhe, Nahtmaterial, Handschuhe, Tupfer usw. – ausreichend konkretisiert. Da dieses Material allgemein im Zusammenhang mit der Operation, also zumindest auch im Zusammenhang mit den chirurgischen Maßnahmen, die nach der GOÄ abzurechnen sind, gebraucht wurde, kann die Abrechnung über § 10 GOÄ stattfinden.

LG Essen
Az 1 O 215/02
Urteil vom 10.01.2005

Kosten für
Aufbaufüllung,
Endfeilen,
Spüllösungen,
Injektionslösungen,
Guttapercha und
Kronentrenner
sind mit dem übrigen Honorar abgegolten und die Erstattung hierauf wird zu Recht verweigert.

AG Trier
Az 5 C 352/04
Urteil vom 04.05.2005

Die Zahnärztin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für provisorische Kunststoffkronen und Bissregistratmaterial. Nach dem zwischen den

Parteien bestehenden Behandlungsvertrag ist die Zahnärztin verpflichtet, zahnärztliche Leistungen zu erbringen, die nach der geltenden GOZ berechenbar sind, sowie zahntechnische Leistungen (Material und Laborkosten) zu üblichen Preisen. Nach der Rechtsprechung des BGH sind Materialien, soweit nicht § 9 eingreift, nach § 4 (3) mit den Gebühren abgegolten. Ein Ausnahmetatbestand des § 10 liegt nicht vor. Auf die Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer ist nicht abzustellen, wobei der Hinweis erlaubt ist, dass gerade das Material für die provisorischen Kunststoffkronen in dem vorgelegten GOZ-Beschlusskatalog nicht enthalten ist.

§ 5 - Gebührenbemessung

LG Essen
Az 1 O 215/02
Urteil vom 10.01.2005

Eine besondere Qualität in der Ausführung einer Leistung stellt keinen medizinisch irrelevanten Luxus dar, sondern vielmehr eine medizinisch sinnvolle Mühe, die sich langfristig auszahlt. Ein höherer Steigerungssatz kann daher nach Auffassung des Gerichts nicht in Frage gestellt werden.

VG Düsseldorf
Az 26 K 6832/04
Urteil vom 18.02.2005

In der zahnärztlichen Rechnung ist zur Überschreitung des Schwellenwertes von 2,3 folgende Begründung enthalten:
Erschwerung durch starke Schluckreflexe und erhöhte Salivation Erhöhter Zeitaufwand bei Parallelitätsfindung wegen starker Divergenzen Starker Zungendruck, dadurch häufige Unterbrechungen.
Das Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen hat unter anderem ausgeführt, dass die von einem Zahnarzt zu erstellende Begründung hinsichtlich des Überschreitens des Schwellenwertes den Zeitaufwand und den Schwierigkeitsgrad plausibel erläutern müsse. Der 3,5-fache Gebührensatz gelte nur in den Fällen, die in der ärztlichen Praxis außergewöhnliche Anforderungen stellen. Diese können sich nur daraus ergeben, dass die Verhältnisse des konkret zu beurteilenden Falles mit den Verhältnissen der vom Gebührentatbestand erfassten (normalen) Fälle verglichen werden (können). Dabei sei zunächst eine Darlegung des behandelnden Zahnarztes, welchen zeitlichen Rahmen (vom einfachen Fall bis hin zu den schwierigsten Fällen) der vorgenommene Eingriff in der ärztlichen Praxis in Anspruch nehme und inwieweit sich der Fall des konkreten Patienten unter Berücksichtigung der Schwierigkeit sowie der Umstände bei der Ausführung von einem normalen Fall unterscheide, erforderlich. Ferner müsse dargestellt werden, wie sich der konkrete Fall im Vergleich mit anderen Fällen verhalte und wieso er sich deutlich vom Durchschnitt unterscheide und abhebe. Vorliegend erhält die zahnärztliche Rechnung keine von vorgenannten Anforderungen entsprechende Begründung. Dass bei dem Kläger verstärkte Schluckreflexe sowie ein erhöhter Speichelfluss und ein starker Zungendruck aufgetreten sind, gehört zwar zu den Umständen, die eine Behandlung im Routinefall unterscheiden mögen, jedoch handelt es sich hierbei nicht um Umstände, die an den Zahnarzt außergewöhnliche Anforderungen i. S. der oben genannten Voraussetzungen stellen. Erschwernisse der in der zahnärztlichen Rechnung aufgeführten Art werden vielmehr noch mit dem Schwellenwert angemessen abgegolten.

§ 6 – GOÄ und Analogien

LG Hannover
AZ 19 S 43/04
Urteil vom 21.10.2004

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Burgwedel
Az 70 C 40/03 (III)
Urteil vom 28.04.2004

GOÄ 2442

Zu Nr. 2442 GOÄ (alloplastisches Material zur Weichteilunterfütterung):
Rechtlich zutreffend geht das Amtsgericht davon aus, dass diese Position als selbständige Leistung nicht neben plastisch-operativen Maßnahmen berechnet werden darf. Die Zahnärztin hat die Implantation alloplastischen Materials im Zusammenhang mit einer derartigen plastisch-operativen Maßnahme, nämlich der freien Verpflanzung eines Knochens bzw. von Knochenteilen (Knochenspänen) nach GOÄ 2255, die sie auch berechnet hat, durchgeführt. Dies ergibt sich, weil sie das alloplastische Material mit Knochenmaterial vermischt und diese Mischung in einem Arbeitsschritt in den Kieferknochen des Patienten implantiert hat. Einer weiteren Aufklärung des medizinischen Sachverhalts durch Einholung eines Sachverständigengutachtens bedarf es in Anbetracht dieser klaren Aussage nicht. Die Frage der Abrechnungsfähigkeit der Gebührennummer GOÄ 2442 neben GOÄ 2255 ist rein juristischer Natur, weshalb auch insoweit kein Sachverständigengutachten erforderlich ist. Nichts anderes ergibt sich aus der von der Zahnärztin angeführten Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 23.01.2003 (Az. III ZR 161/02). Keinesfalls fordert der Bundesgerichtshof darin grundsätzlich die Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens, bevor über die Berechtigung von Gebührenpositionen entschieden werden kann. Dies gilt vielmehr nur dann, wenn der medizinische Sachverhalt unklar ist oder es auf die Beantwortung Zahnmedizinischer Fachfragen ankommt. So liegt es hier aber gerade nicht. Auch die Hinweise im Gutachterhandbuch für Implantologie und in der GOZ-Fibel ändern an der juristischen Beurteilung nichts. Sie widersprechen bereits der Formulierung der Gebührennummer GOÄ 2442, derzufolge es sich bei der Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung um eine selbständige Leistung handeln muss. Dies ist dann gerade nicht der Fall, wenn die Implantation bereits über eine andere plastisch-operative Maßnahme berechnet wird.

GOÄ 2255

Zu Recht kommt das Amtsgericht zu dem Ergebnis, dass die Zahnärztin die Gebührennummer GOÄ 2255 (freie Verpflanzung eines Knochens) nicht fünfmalig sondern lediglich einmal und statt der weiteren 4 Fälle nur die Gebührennummer GOÄ 2254 (Implantation von Knochen) abrechnen durfte. Richtigerweise kommt eine Berechnung nach der Gebührennummer GOÄ 2255 nur dann in Betracht, wenn Knochen entnommen und dieser entnommenen Knochen wieder implantiert wird. Nach der Zeugenaussage steht fest, dass eine derartige Knochenentnahme lediglich einmal stattgefunden hat. Im Übrigen wurde lediglich Knochenmasse aufgetragen, die bei anderen Arbeiten gewissermaßen als Zufallsprodukt angefallen ist. Völlig zu Recht wertet das Amtsgericht dies nicht als eine eigenständige chirurgische Entnahme von

Knochenmaterial nach der Gebührennummer GOÄ 2255. Da auch hier der medizinische Sachverhalt bereits aufgrund der Zeugenaussage klar ist, muss – anders als die Berufung meint – kein Sachverständigengutachten eingeholt werden.

AG Köln
Az 116 C 110/02
Urteil vom 30.06.2003

Die Gebührennummer 2442 GOÄ ist im vorliegenden Fall abrechenbar. Nach den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen ging der Verordnungsgeber im Jahre 1988 entsprechend dem damaligen Stand der Wissenschaft von einem relativ geringen operativen Aufwand aus, der mit der Ziffer 411 abgegolten sein sollte. Wenn jedoch, wie vorliegend, durch volumenerhaltende Implantation alloplastischen Materials ein enormer Operationsaufwand gegeben ist, ist eine Abrechnung desselben mit der Gebührenziffer 2442 GOÄ möglich.

AG Kiel
Az 117 C 118/03
Urteil vom 02.03.2006

Rechtskraft nach Beschluss des
LG Kiel, Az 1 S 82/06, vom 06.06.2007)

Der Fall: Der Zahnarzt liquidierte für seine Behandlungen unter der jeweils angegebenen Gebührennummer analog 401 einen Betrag von jeweils 25,84 EUR mit der Leistungsbeschreibung „PA-Index analog § 6 (2) GOZ - Blutungsindex“, den die Patientin nicht bezahlte.

Das Gericht: Die zwischen den Parteien streitige Leistung des Arztes war unstrittig medizinisch notwendig. Die streitige Leistung ist auch eine selbstständige zahnärztliche Leistung im Sinne des § 4 (2) Satz 1. Denn sie ist im Sinne des § 4 (2) Satz 2 nicht Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung und auch nicht anderweitig im Sinne dieser Vorschrift schon berechnet worden. Insoweit folgt das Gericht dem Gutachter dahingehend, dass der PSI (Parodontaler Screening Index) zwar auch – wie die schon vor 1988 bekannten Plaque- und Blutungsindices – der Feststellung von bakteriellem Zahnbelag und/oder Blutungsneigung des Zahnfleisches dient, darüber hinaus aber auch zur Feststellung eines Krankheitsbildes, insbesondere, ob auch der Zahnhalteapparat (das Parodontium) betroffen ist durch die Erhebung der Sondentiefen pp. als Parameter zur Feststellung eines Erkrankungsbildes über die Feststellung des Mundhygienestatus hinaus. Die nach § 4 (2) Satz 2 erforderlichen Voraussetzungen für die Nichtabrechenbarkeit der streitigen Leistungen liegen danach nicht vor.

Das Gericht ist ferner davon überzeugt, dass der PSI im Sinne des § 6 (2) erst nach Inkrafttreten der neuen GOZ am 01.01.1988 entwickelt worden ist. Insoweit bestand zwar zwischen den Parteien im Laufe des Rechtsstreits ausgedehnter Streit zur Frage des Entwicklungszeitpunkts; dieser Streit hatte aber für das Gericht ersichtlich seine Ursache in der unterschiedlichen Verwendung und inhaltlichen Bedeutung der eingeführten Indices. Hinsichtlich des PSI hat der Gutachter aber eine eindeutige Aussage dahingehend getroffen, die insoweit auch nicht angegriffen worden ist dahin, dass die Diagnostik erst mit einer ersten Veröffentlichung von 1994 eingeführt worden ist und damit lange nach Inkrafttreten der GOZ.

Das Gericht hält schließlich eine Berechnung des PSI gemäß § 6 Abs. 2 über die Gebührennummer 401 analog für zulässig. Der PSI ist zur Überzeugung

des Gerichts von der Gebührennummer 100 nicht erfasst. Denn diese betrifft die Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, nicht aber, wie hier geltend gemacht und vom Gutachter bezeugt, der Feststellung eines Krankheitsbildes. Diese Feststellung hat mit der Erstellung eines Mundhygienestatus nichts zu tun.

Für das Gericht ist daher naheliegend, die Gebührennummer 401 analog anzuwenden, wie auch in Rechnung gestellt. Denn diese Position betrifft die „Anwendung elektromechanischer Verfahren zur Parodontaldiagnostik (z.B. Periotest) je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich.“ Die Gebührennummer 401 beinhaltet ebenfalls eine parodontaldiagnostische Leistung, die eine Unterteilung in Kieferhälften bzw. den Frontzahnbereich zulässt und damit im Inhalt und Umfang nach der Leistungsbeschreibung dem streitigen Verfahren recht ähnlich ist; es haben sich für das Gericht auch keine anderen vergleichbaren Nummern des Leistungsverzeichnisses aufgetan, die im Hinblick auf § 6 (2) GOZ gleichwertig wären, zumal der Sachverständige auch ausgeführt hat, dass je nach Einzelfall das Verfahren auch zeitlich umfangreich werden kann.

AG Prenzlau
Az 10 C 452/07
Urteil vom 06.03.2007

Der Zuschlag D der Anlage zur GOÄ kann für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen mit dem vollen Gebührensatz abgerechnet werden, da der Zahnarzt die Behandlung des Patienten nicht innerhalb einer Sprechstunde an einem Samstag durchgeführt hat.

Als eine Sprechstunde sind dabei nach Auffassung des Gerichtes nur solche Behandlungszeiten anzusehen, die regelmäßig und üblich von dem Arzt angeboten werden und grundsätzlich dem potentiellen Patientenkreis uneingeschränkt und allgemein offen stehen. Dabei ist jeweils eine Einzelfallbetrachtung vorzunehmen und zu vergleichen, wie die Behandlungspraxis des betroffenen Arztes grundsätzlich erfolgt. Der Angabe von Sprechzeiten auf dem Praxisschild o.ä. kann in dieser Hinsicht nur Indizcharakter zukommen.

§ 9 - Zahntechnische Leistungen

BUNDESGERICHTSHOF

Az IV ZR 244/04

Urteil vom 18.01.2006

Die Erstattungsfähigkeit zahnärztlicher Sachkosten [*Anmerkung:* Gemeint sind Leistungen/Kosten die von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin oder einem zahntechnischen Labor als Laborkosten nach § 9 berechnet werden.] kann durch Einführung von Höchstgrenzen unter Anknüpfung an bestimmte Leistungen in einer dem gewählten Tarif angehängten so genannten Sachkostenliste beschränkt werden.

OLG Koblenz

Az 10 U 90/04

Beschluss vom 23.09.2004

Das vorinstanzliche Gericht hat zu Recht angenommen, dass die abgerechneten Implantatkosten gemäß Eigenlaborrechnung fällig und mithin erstattungsfähig sind. Der Zahnarzt kann gemäß § 9 neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren die tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnischen Leistungen berechnen. Dazu zählen neben den handwerklichen Leistungen des Zahntechnikers auch die hierfür erforderlichen Materialien. Voraussetzung für die Fälligkeit der entsprechenden Vergütung ist nach § 10 (1) in Verbindung mit (2) Nr. 5, dass der Betrag und die Art der einzelnen Auslagen in der Rechnung bezeichnet werden. Dabei ist unerheblich, ob die Auslagen für zahntechnische Leistungen in einem Zahnarzlabor oder einem gewerblichen Labor angefallen sind. Erforderlich ist jedoch, dass die Auslagen im Einzelnen aufgeführt und genau bezeichnet werden. Die für jede Auslage maßgeblichen Beträge sind anzugeben. Es dürfen keine Pauschbeträge für zahntechnische Leistungen in Ansatz gebracht werden. Dabei ist ausreichend, wenn in der Rechnung des Zahnarztes der Gesamtbetrag für diese Leistungen angegeben und ein Beleg oder ein sonstiger Nachweis über die Auslagen der Rechnung beigelegt wird. In der Eigenlaborrechnung sind die einzelnen Auslagen konkret bezeichnet. Die verwendeten Materialien einschließlich der angesetzten Einzelpreise werden angegeben. Aufgrund dieser Angaben ist es der Privaten Krankenversicherung möglich, die Rechnung des Zahnarztes vollständig nachprüfen zu können, insbesondere auch deshalb, weil der Hersteller der Materialien angegeben ist. Für die Fälligkeit der Rechnung ist die Beifügung von Fremdbelegen nicht erforderlich. Denn auch in den Fällen, in denen der Zahnarzt Auslagen eines gewerblichen Fremdlabors abrechnet, wird die Vorlage entsprechender Lieferantenbelege nicht gefordert. Zu Recht führt das vorinstanzliche Gericht aus, dass kein Grund ersichtlich sei, dass für zahntechnische Leistungen, die in einem Zahnarzlabor anfallen, Fremdbelege gefordert werden. Entscheidend für die Fälligkeit der Vergütung ist, dass die Eigenlaborrechnung hinreichend spezifiziert und nachvollziehbar ist, was vorliegend der Fall ist. Soweit ausgeführt wird, dass das vorinstanzliche Gericht habe übersehen, dass Implantatteile nicht mit Eigen- oder Fremdlaborrechnungen abrechenbar seien, weil sie gar nicht im Eigen- oder Fremdlabor hergestellt, sondern industriell gefertigt und direkt vom Fachhandel bzw. großen Fachfirmen bezogen würden, ist dieser Einwand unerheblich. Gleiches gilt für das Argument, dem Zahnarzt sei es durchaus möglich, die Herstellungskosten für Implantate

anzugeben. Maßgebend ist hier ausschließlich die Auslagerung des Begriffs „angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen“. § 9 spricht in diesem Zusammenhang nur von Auslagen für zahntechnische Leistungen. Es wird nicht danach differenziert, wer diese Gegenstände hergestellt hat, ob der Zahntechniker diese selbst besorgt oder fertigt oder ob der Zahnarzt sie ihm zur Verfügung stellt. Es bleibt dem Zahnarzt überlassen, ob er entsprechende Materialien über einen Zahntechniker oder direkt vom Hersteller oder Großhändler bezieht. Es besteht auch keine Missbrauchsgefahr zum Nachteil der Privaten Krankenversicherung. Ihr ist es möglich, anhand von Preislisten zu prüfen, ob die berechneten Preise den dort enthaltenen Vorgaben entsprechen. Soweit sich die Berufung auf eine Entscheidung des OLG Köln vom 19.1.2000 (5 U 163/99) bezieht, ergeben sich aus dieser Entscheidung keine wesentlichen Aspekte für den hier zu entscheidenden Fall und die Frage der Auslegung der Bestimmungen des § 9. Das OLG Köln hat in dem dortigen Fall lediglich ausgeführt, dass die Vorlage eines allgemeinen Preisauszugs aus einem Katalog und auch eine Materialsammelrechnung an den behandelnden Zahnarzt grundsätzlich noch nicht als ausreichende Substanziierung einer diesbezüglichen Behandlungsrechnung ausreicht, vielmehr der Zahnarzt Belege vorzulegen habe, aus denen die für die individuelle Behandlung des Patienten erwachsenden Kosten ersichtlich und nachvollziehbar seien. Der Entscheidung lässt sich jedoch nicht entnehmen, dass der Zahnarzt verpflichtet wäre, seine Lieferantenbelege vorzulegen. Es sind auch keine Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass der Zahnarzt ihm vom Hersteller der Implantate möglicherweise gewährte Rabatte nicht an den Patienten weitergegeben habe und dadurch einen Gewinn erzielt hätte, der im Rahmen des Auslagensatzes nach § 9 unzulässig wäre. Der Zahnarzt hat diesbezüglich im Berufungsverfahren eine Bescheinigung des Herstellers der Materialien vorgelegt, aus der ersichtlich ist, dass dem Zahnarzt für den Bezug der Implantate keine Rabatte – mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten (Skonti) – gewährt worden sind. Zur Weitergabe dieser Barzahlungsrabatte an den Patienten ist der Zahnarzt aber nicht verpflichtet, da er für diese zahntechnischen Leistungen in Vorlage tritt und ihm durch die Vorfinanzierung ein eigener Zinsverlust bis zum Zeitpunkt der Erstellung bzw. Fälligkeit der gegenüber dem Patienten erteilten Rechnung entsteht. Letztlich steht hinter der Regelung des § 9, dass der Zahnarzt, der über ein Eigenlabor verfügt, nicht schlechter stehen soll, als der Kollege, der mit einem Fremdlabor zusammenarbeitet.

OLG Hamm
Az 3 U 26/00
Urteil vom 06.02.2006

zurückweisendes Berufungsurteil zum

LG Hagen
Az 9 O 230/99
Urteil vom 09.11.1999

[Anmerkung:

Dieses Urteil des OLG Hamm erfolgte nach der Entscheidung des

Bundsverfassungsgericht
Az 1 BvR 1437/02
Beschluss vom 25.10.2004,

womit das Urteil des OLG Hamm vom 29.05.2002 (Az 3 U 26/00) aufgehoben wurde, weil diese Entscheidung den klagenden Zahnarzt in seinem Recht aus Artikel 12 (1) Grundgesetz verletzt.]

Der Zahnarzt hat einen Anspruch gegen die Beklagte [**Anmerkung:** Vorliegend handelte es sich um die Patientin des Zahnarztes und um deren als Streithelferin agierende Private Krankenversicherung] auf Zahlung der Material- und Laborkosten in der geltend gemachten Höhe aus § 9 in Verbindung mit §§ 669, 670 BGB. Nach den Ausführungen des Sachverständigen ist davon auszugehen, dass diese Kosten als angemessen im Sinne von § 9 und damit als insgesamt berechnungsfähig anzusehen sind. Nach § 9 kann der Zahnarzt als Auslagen die ihm tatsächliche entstandenen, angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnen. Die Frage der Angemessenheit bestimmt sich – außer nach den örtlichen Verhältnissen – insbesondere nach dem besonderen Aufwand, den der Zahnarzt im Einzelfall von dem beauftragten Zahntechniker verlangt. Dabei ist darauf abzustellen, welcher Preis nach der Schwierigkeit, dem Zeitaufwand und den an den Zahntechniker gestellten Anforderungen angemessen ist. Der Sachverständige hat dazu ausgeführt, dass hier sowohl der Kläger an die zahntechnischen Leistungen besonders hohe Anforderungen gestellt als auch der Zahntechniker über ein übliches Maß hinausgehende Ergebnisse erzielt hat. Das Ergebnis der Zahnersatzversorgung ist in allen Belangen, also auch in zahntechnischer Hinsicht, als überdurchschnittlich und von üblichen Resultaten abweichend zu bezeichnen. Dies gilt sowohl für die ästhetischen Ergebnisse, bezogen auf Form und Farbe der Kronen und Brücken, als auch für die zahnmedizinischen Anforderungen. So ist der Randschluss der Kronen als perfekt zu bezeichnen. Die Formgebung im Bereich der Parodontien ist absolut korrekt. Auch die Kauflächengestaltung ist auf der Basis umfangreicher funktionsanalytischer Maßnahmen in Praxis und Labor in einer Art gelungen, die naturgesunden Verhältnissen sehr nahe kommt. Damit zeichnet sich die Leistung durch besonders hohe Qualität und Präzision aus. Dieser Aufwand wirkt sich zwangsläufig auf die Kostenberechnung aus und macht eine erhöhte Vergütung verständlich. Die Forderung des Zahnarztes ist angesichts dessen als durchaus angemessen zu bewerten. Entgegen der Auffassung der Beklagten können die zahntechnischen Leistungen nicht nach der für Kassenpatienten maßgeblichen BEL-Liste berechnet werden. Im vorliegenden Heil- und Kostenplan ist angegeben, dass die Kosten für zahntechnische Leistungen nicht nach dem für Gesetzliche Krankenkassen gültigen Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis (BEL) kalkuliert werden. Damit ist hervorgehoben, dass kassenärztliche Tarife für die zahntechnischen Leistungen bei der privatversicherten Beklagten keine Gültigkeit haben. Dementsprechend kann die Bundeseinheitliche Benennungsliste (BEB) Anwendung finden. Privatärztliche und kassenärztliche Leistungen können ohnehin nicht gleichgestellt werden. Denn für den Kreis der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht ein stringentes Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 (4) SGB V, welches auch und gerade im Zusammenhang mit prothetischen Versorgung anzuwenden ist. Bei der Beurteilung der von Privatpatienten zu zahlenden angemessenen Vergütung im Sinne des § 9 haben allgemeine wirtschaftliche Erwägungen aber keinen Platz, und es kommt allein auf die konkreten in Auftrag gegebenen Arbeiten und die hierfür angemessene Vergütung an. Mit der Rechnung des zahntechnischen Labors hat der Zahnarzt die Kosten der zahntechnischen Leistungen konkretisiert. Soweit die Beklagte nur einen „üblichen“ Preis behauptet, kommt es hierauf nicht an. Denn nach § 9 wird nicht auf die üblichen, sondern auf die tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten abgestellt. Begründete Einwendungen gegen die Angemessenheit der Kosten hat die Beklagte aber nicht erhoben, worauf der Zahnarzt sie insbesondere mit Schriftsätzen hingewiesen hat. Allein die Bezugnahme der Beklagten auf handschriftliche Kürzungen in der Rechnung genügt hierfür nicht.

LG München I
AZ 27 S 760/00
Urteil vom 05.06.2000

aufhebendes Berufungsurteil zum
AG München
Az 191 C 22074/99
Urteil vom 04.11.1999

Dem Zahnarzt sind die angemessenen Kosten im Rahmen des Üblichen zu erstatten. Zwar hat der Ordnungsgeber in der amtlichen Begründung zur GOZ die in der Gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labors und Praxislabor unterschiedlich vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen, damit im Ergebnis die BEL, für angemessen erklärt; dieser Wille des Ordnungsgebers hat jedoch in § 9 keinen Niederschlag gefunden, weshalb eine verbindliche Vorgabe nach BEL-Liste nicht besteht. Danach ist die zahntechnische Leistung gem. § 632 II BGB zu bestimmen, denn die zahntechnische Leistung folgt den Regeln des Werkvertrages. Die Werte des kassenzahnärztlichen Tarifs (BEL) können nicht als angemessenes und übliches Entgelt im Sinne des § 632 BGB in Verbindung mit § 9 herangezogen werden. Bei Privatpatienten ergibt sich die Leistungsbeschreibung aus der BEB und nicht aus der allein für gesetzliche Krankenkassen geltenden BEL. Dabei sieht die BEB höherwertige Leistungen vor. Bei den gesetzlich krankenversicherten Patienten muss den gesetzlichen Bestimmungen nach die Versorgung "notwendig, zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich" sein. Ausreichend bedeutet Schulnote 4. Ein Privatpatient hat Anspruch auf eine medizinisch indizierte sehr gute Versorgung. Hierbei kommt es im Verhältnis Zahnarzt - Patient nicht darauf an, wie der Krankenversicherungsvertrag Kasse - Patient hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit ausgestaltet ist. Im Streitgegenständlichen Fall hatte der Beklagte unstreitig Kenntnis von der beabsichtigten Abrechnung nach BEB, eine schriftliche Vereinbarung war, wie oben ausgeführt, nicht erforderlich. Der Zahnarzt hatte auch keine weitergehende wirtschaftliche Aufklärungspflicht. Es ist Sache des Patienten zu eruieren, wie sein Versicherungsvertrag ausgestaltet ist. Es besteht auch keine grundsätzliche Aufklärungspflicht darüber, daß die Kosten bei Privatpatienten höher sind als bei der Abrechnung mit einer gesetzlichen Kasse. Dies ist jedem Patienten bekannt, ebenso wie die zwar wirtschaftlich günstigere aber auch nicht so hochwertige kassenzahnärztliche Versorgung. Dass der Patient nur kassenzahnärztlichen Standard in der Versorgung erhalten hat, hat nicht einmal er vorgetragen.

LG Mannheim
Az 8 O 29/02
Urteil vom 17.10.2003

Bei der in der Rechtsprechung umstrittenen Frage der Erstattbarkeit von Laborkosten nach der sogenannten BEL-Liste oder nach der BEB-Liste hat das erkennende Gericht bereits in seiner Entscheidung vom 20.02.1998 unter Bezugnahme auf OLG Düsseldorf (VersR 1997, 280) nachhaltig darauf hingewiesen, dass eine rechtliche Bindung des im kassenärztlichen Bereich geltenden einheitlichen Verzeichnisses der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen für die Privatliquidation nicht besteht. In dieser Auffassung sieht sich das erkennende Gericht auch durch die Ausführungen des Sachverständigen bestätigt, wonach der Privatpatient in der Regel einen höheren, guten, bis sehr guten Behandlungsstandard erwarten darf, der dem Stand der heutigen modernen Zahnmedizin und Zahntechnik entspricht. Dieser Standard, der von hoher Qualität und Passgenauigkeit ist, übersteigt - so der Sachverständige - bei weitem die Richtlinien der vertragszahnärztlichen

Tätigkeit. Dem Anspruch der modernen Zahnbehandlung in Bezug auf Tragekomfort, Ästhetik, Funktionalität und Passgenauigkeit von individuell hergestelltem Zahnersatz wird das BEL nicht gerecht.

LG Köln
Az 23 S 42/04
Urteil vom 29.09.2004

abänderndes Berufungsurteil zum
AG Köln
Az 146 C 185/03
Urteil vom 30.03.2004

Das Leistungsverzeichnis (BEL) ist nach § 88 SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung geschaffen worden. Dementsprechend beruht es auf Gesichtspunkten, die mit den Maßstäben der Privatversicherung nicht einschränkungslos vereinbar sind. In der Amtlichen Begründung zu § 9 wird zwar ausgeführt, dass davon auszugehen sei, dass auch bei Privatpatienten die in der Gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labors und Praxislabors unterschiedlich vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen nicht überschritten werden dürften, da dies nicht angemessen wäre. Doch entfaltet diese vereinzelte Auffassung keine Bindungswirkung. Sie hat zudem im Text des § 9 keinen Niederschlag gefunden. Ebenso wenig findet sie in den vereinbarten Tarifbedingungen einen Ansatz. Dort ist von den in Deutschland üblichen Preisen die Rede. Daraus kann ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer einer Privatversicherung nicht ohne weiteres ableiten, dass lediglich das bei Gesetzlichen Krankenversicherungen geltende Qualitätsniveau von Laborleistungen im Sinne des BEL gelten soll. Dies gilt um so mehr, als Privatversicherungen in der Öffentlichkeit damit werben, dass sie eine bessere Versorgung als die der Gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen wollen. Die Auffassung, dass sich die Üblichkeit an den Maßstäben des BEL ausrichten müsse, ist schließlich nicht sachgerecht. Sie verkennt die Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die Beiträge und Leistungen werden in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung nach jeweils unterschiedlichen Gesichtspunkten errechnet und erbracht. Das BEL gilt zudem bundeseinheitlich, so dass örtliche Abweichungen aufgrund kalkulatorischer Besonderheiten der Zahnlabors nicht berücksichtigt werden können. Das Argument, 90 % aller zahntechnischen Leistungen würden im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und nach diesem Leistungsverzeichnis abgerechnet, verkennt, dass die Üblichkeit auf die jeweilige Leistung und Qualität des Produkts bezogen ist, und dass der Privatversicherte eine höhere Qualität der Leistung erwarten darf.

LG Frankfurt
Az 2-21 O 39/00
Urteil vom 01.10.2004

Die Private Krankenversicherung hat selbst eingeräumt, dass der Ausgangspunkt ihrer Berechnung, nämlich die „Bundeseinheitliche Benennungsliste“ nicht zwangsläufig als geeigneter Maßstab für die Bemessung der Kosten herangezogen werden kann. Dieser Auffassung schließt sich das Gericht an, und zwar auch unter Berücksichtigung des von dem Versicherungsunternehmen schon vorgenommenen, allerdings pauschal bezifferten Zuschlags. Die von der Privaten Krankenversicherung auf dieser Grundlage ermittelte „Kontrollrechnung“ ist für sich genommen wenig aussagekräftig. Es lässt sich daran nämlich nicht festmachen, welche Bewertungen im Einzelnen zu den

anweichend und durchweg niedrigen Berechnungsgrundlagen des Versicherungsunternehmens geführt habe. Eine Kostenvorgabe, die im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung erkennbar auch dem Zweck einer Begrenzung diesbezüglicher Ausgaben bedient, kann im Bereich der Privaten Krankenversicherung nur einen Anhaltspunkt für die Frage der „Angemessenheit“ bilden. Dies gilt der Natur der Sache nach auch dann, wenn die Private Krankenversicherung von sich aus zu den diesbezüglichen Werten einen – großzügig bemessenen – Zuschlag hinzu addiert. Abzustellen ist vielmehr auf die konkreten Aufwendungen, die die Labortechnik für den individuellen Einzelfall erbringen musste.

LG Essen
Az 1 O 215/02
Urteil vom 10.01.2005

Eine Tiefziehfolie ist entgegen der Auffassung der privaten Krankenversicherung nicht mit dem zahnärztlichen Honorar abgegolten, sondern gemäß § 9 zu erstatten. Hinsichtlich der Zahnfarbenbestimmung und der individuellen Charakterisierung der Keramik gilt: Zur notwendigen Heilmaßnahme gehört nicht nur das funktionell Unerlässliche, sondern auch die Diskretion der Prothetik. Ein deutlich sichtbar „falschen Gebiss“ entspricht nicht mehr dem Standard. Allerdings hat der Standard eine erhebliche Bandbreite von noch ausreichender bis zu sehr guter Leistung. Der Patient ist nicht pflichtversichert; er hat daher nicht nur Anspruch auf eine den medizinischen Standard ausreichend wahrende Leistung, sondern kann jede Leistung in Anspruch nehmen, soweit sie nicht über den Standard hinaus geht. Die vorliegende Leistung ist laut Gutachten sehr gut. Sie ist auch kein überflüssiger Aufwand, denn sie dient dem vernünftigen Zweck, die Prothetik zu kaschieren. Daher unterliegt sie der Erstattungspflicht der privaten Krankenversicherung. Die Arbeit unter dem Stereomikroskop war laut Gutachten lege artis, denn nur so konnte die Präparationsgrenze exakt angepasst werden. Eine ausreichende Leistung wäre wohl auch ohne diesen Aufwand ausgekommen, jedoch kann die private Krankenversicherung ihren Versicherungsnehmer, wie bereits ausgeführt, nicht auf eine medizinische Versorgung im unteren Bereich des Standards beschränken. Da der Aufwand nach Feststellung des Gutachters in einem entsprechend hochwertigen Arbeitsergebnis seinen Niederschlag gefunden hat und eine präzise Anpassung der Kronenränder medizinisch sinnvoll und gesundheitlich nachhaltig vorteilhaft ist, liegt ein ungerechtfertigter Aufwand nicht vor. Auch insofern ist daher Erstattung zu leisten.

AG Erlangen
Az 1 C 1062/01
Urteil vom 20.03.2002

Um auf die angeführte BEL-Liste einzugehen, so ist anzumerken, dass nach ständiger Rechtsprechung die BEL-Liste im privaten Krankenversicherungsvertrag gemäß § 9 nicht als übliche Vergütung gilt, es sei denn, sie wurde ausdrückliche einbezogen. Sie kann auch nicht als sonstiger Maßstab herangezogen werden.

AG Würzburg
Az 16 C 1428/01
Urteil vom 28.02.2003

Hinsichtlich der angemessenen Vergütungshöhe kann sich die Private Krankenversicherung nicht auf ihre eigene Mittelwertliste berufen, diese ist näm-

lich nicht Vertragsgrundlage. Soweit die Private Krankenversicherung fernerhin meint, zur Beurteilung der Angemessenheit sei die BEL-Liste heranzuziehen, kann dem nicht gefolgt werden. Zwischen den sozialen Sicherungssystemen der gesetzlich und der privat Versicherten bestehen erhebliche Unterschiede. Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherungen kommen Preise insbesondere durch Aushandeln zwischen Verbänden zustande, im Privatpatientenbereich hingegen durch Individualverträge zwischen Patient und Leistungserbringer. Dies macht bereits deutlich, dass Preissysteme der Gesetzlichen Krankenversicherungen nicht auf Selbstzahler übertragen werden können.

AG Köln
Az 116 C 110/02
Urteil vom 30.06.2003

Die Erstattungsfähigkeit zahntechnischer Laborleistungen und Materialien ist nach den AVB in Verbindung mit den Tarifen zu bejahen, soweit diese im Rahmen der üblichen Preise berechnet sind. Die mit der Sachkostenliste vom 1.07.1998 eingeführte Beschränkung auf die dort vorgegebenen Preise, welche sich am BEL nebst einem ca. 20%igen Zuschlag orientieren, ist im Verhältnis zur Patientin (Versicherungsnehmerin) nicht Vertragsinhalt geworden. Die Voraussetzungen einer einseitig wirksamen Vertragsänderungen sind von der Patientin bestritten worden, ohne dass das insoweit darlegungs- und beweisbelastete Versicherungsunternehmen dazu Stellung genommen hätte. Vertragsinhalt sind daher die AVB in der ursprünglichen Fassung.

Vorliegend sind die angefallenen Labor- und Materialkosten im Rahmen der üblichen Preise berechnet worden. Insoweit war die Krankenversicherung nicht dazu berechtigt, die Erstattung auf die nach der Sachkostenliste festgelegten Sätze zu reduzieren. Die Üblichkeit nach den Tarifen richtet sich in erster Linie nach § 9. Danach erstreckt sich der Ersatz auf die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen. Die in Rechnung gestellten Kosten für Laborleistungen sind dem Zahnarzt tatsächlich entstanden. Sie sind auch angemessen. Die Angemessenheit kann entgegen der Auffassung der Beklagten nicht anhand der Sachkostenliste und damit mittelbar anhand des BEL ermittelt werden. Dieses Leistungsverzeichnis ist nach § 88 SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung geschaffen worden. Dementsprechend beruht es auf Gesichtspunkten, die mit den Maßstäben der Privatversicherung nicht einschränkungslos vereinbar sind. In der amtlichen Begründung zu § 9 wird zwar ausgeführt, dass davon auszugehen sei, dass auch bei Privatpatienten die in der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerblich Labors und Praxislabors unterschiedlich vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen nicht überschritten werden dürften, da dies nicht angemessen sei. Doch entfaltet diese vereinzelte Auffassung keine Bindungswirkung; sie bezeichnet lediglich eine Meinung von vielen. Sie hat zudem in dem Text des § 9 keinen Niederschlag gefunden. Ebenso wenig findet sie in den vereinbarten Tarifbedingungen einen Ansatz. Dort ist von den üblichen Preisen die Rede. Daraus kann ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer einer Privatversicherung nicht ohne weiteres ableiten, dass lediglich das bei gesetzlichen Krankenversicherungen geltende Qualitätsniveau von Laborleistungen im Sinne der BEL gelten soll. Dies gilt umso mehr, als Privatversicherungen, wie auch die Beklagte, in der Öffentlichkeit damit werben, dass sie eine bessere Versorgung als die der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen wollen.

Die Auffassung, dass sich die Üblichkeit nach den Maßstäben des BEL ausrichten müsse, ist schließlich nicht sachgerecht. Sie verkennt die Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die Beiträge und Leistungen werden in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung nach jeweils unterschiedlichen Gesichtspunkten errechnet und er-

bracht. Das BEL gilt zudem bundeseinheitlich, so dass örtliche Abweichungen aufgrund kalkulatorischer Besonderheiten der Zahnlabors nicht berücksichtigt werden können.

Soweit die Beklagte meint, die Üblichkeit der Vergütung sei aus dem BEL deshalb abzuleiten, weil 90 % aller zahntechnischen Leistungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und nach diesem Leistungsverzeichnis angerechnet werden, verkennt sie, dass die Üblichkeit auf die jeweilige Leistung und Qualität des Produkts bezogen ist, und dass der Privatversicherte eine höhere Qualität der Leistung erwarten darf als der Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Leistungseinschränkung bei den Labor- und Materialkosten kommt schließlich nicht unter dem Gesichtspunkt des § 5 (2) AVB in Betracht. Hier hätte es der Krankenversicherung obliegen, im Einzelnen darzulegen, welche konkrete Abweichung von den Listenpreisen des BEL nicht mehr vertretbar und damit unangemessen sein soll. Die lediglich aufgestellte pauschale Behauptung bzw. einfaches Bestreiten reicht insoweit nicht aus.

AG Wuppertal
Az 39 C 325/05
Urteil vom 05.04.2007

Aufgrund des Versicherungsvertrages hat der Patient bei zahnärztlicher Behandlung auch Anspruch auf Erstattung der tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen gegenüber seiner Krankenversicherung. Ob Kosten für zahntechnische Leistungen als angemessen einzustufen sind, richtet sich entgegen der Auffassung des Versicherungsunternehmens nicht nach der „Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB)“ und festen Stundensätzen, sondern vielmehr nach den Umständen des Einzelfalls. Weder die „Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen“ noch sonstige Regelungen geben für das zwischen den Parteien bestehende Versicherungsverhältnis bindende Maßstäbe für die Ermittlung der erstattungsfähigen Kosten bei zahntechnischen Leistungen vor. Vielmehr ist die Angemessenheit der geltend gemachten Kosten im Einzelfall zu prüfen.

Aufgrund des eingeholten Sachverständigengutachtens steht fest, dass die in den Streitgegenständigen Rechnungen angesetzten zahntechnischen Kosten ortsüblich und angemessen sind. Der Sachverständige hat durch einen Vergleich mit den Kosten mehrerer anderer Labore im lokal zutreffenden Bereich festgestellt, dass sich die berechneten zahntechnischen Kosten im Rahmen des ortsüblichen Durchschnitts halten. Ohne Erfolg macht das Versicherungsunternehmen geltend, in einem anderen Bundesland lägen die Kosten einer Produktionsstunde unter den vom Sachverständigen zugrunde gelegten Kosten. Bei der Frage der Angemessenheit der Kosten ist auf den Bereich abzustellen, in dem der behandelnde Zahnarzt und das von diesem beauftragte Zahnlabor ansässig sind.

Überzeugend hat der Sachverständige weiter ausgeführt, dass überhöhte Preise nur dann anzunehmen gewesen wären, wenn es sich um ungewöhnlich einfache Arbeiten gehandelt hätte, wofür es indes keinen Anhaltspunkt gebe. Gegen die Annahme, es habe sich um unterdurchschnittlich einfache Arbeiten gehandelt, spricht überdies schon der Umstand, dass die Arbeiten unstreitig stets mit der Lupenbrille gefertigt werden, deshalb von sehr hoher Qualität sind und zudem auch stets von einem Meister ausgeführt oder beaufsichtigt werden.

Mit seiner Auffassung, zur Feststellung der Angemessenheit der Kosten müsse das zahntechnische Labor eine nachvollziehbare betriebswirtschaftliche Kalkulation vorlegen, dringt das Versicherungsunternehmen nicht durch. Das Labor hat die Vorlage einer solchen Kalkulation verweigert. Der Patient hat gegen das zahntechnische Labor keinen durchsetzbaren Anspruch auf Offen-

legung der innerbetrieblichen Kostenkalkulation. Ebenso wenig kann das Gericht dem Labor die Vorlage einer solchen Kalkulation aufgeben. Dies kann sich indes nicht auf den Erstattungsanspruch des Kläger auswirken. Vielmehr hat der Kläger Anspruch auf Ersatz der ortsüblichen und angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen.

§ 10 – Fälligkeit

Bundesgerichtshof
Az III ZR 117/06
Urteil vom 21.12.2006
(Urteil zur GOÄ)

Leitsätze:

Die ärztliche Vergütung wird fällig, wenn die Rechnung die formellen Voraussetzungen in § 12 (2) bis (4) GOÄ erfüllt; die Fälligkeit wird nicht davon berührt, dass die Rechnung mit dem materiellen Gebührenrecht nicht übereinstimmt.

Verzug tritt ein, wenn sich in einem laufenden Rechtsstreit herausstellt, dass eine in Rechnung gestellte Gebührenposition nicht begründet ist, der Klage aber auf der Grundlage einer anderen, nicht in Rechnung gestellten Gebührenposition (teilweise) entsprochen werden könnte. Denn unabhängig von dem Eintritt der Fälligkeit kommt ein Zahlungspflichtiger nicht in Verzug, solange die Leistung infolge eines Umstands unterbleibt, den er nicht zu vertreten hat [§ 286 (4) BGB]. Dem Zahlungspflichtigen obliegt es nicht, eine ärztliche Gebührenrechnung unter dem Gesichtspunkt zu prüfen, ob der verlangte Betrag auch nach anderen Gebührenpositionen begründet sein könnte.

LG Frankfurt (Oder)
Az 6a S 128/06
Urteil vom 26.06.2007

aufhebendes Berufungsurteil zum

AG Bernau
Az 12 C 12/06
Urteil vom 06.04.2006

Die Begründungen

- erhöhte Schwierigkeiten wegen einer ungünstigen Präparationsgrenze
- erhöhte Schwierigkeit und besonderer Zeitaufwand wegen verstärkter Papillenblutung

stellen inhaltlich nachvollziehbare Umstände dar, die eine Überschreitung des Durchschnittsatzes rechtfertigen

[Anmerkung: berechnet wurde der 2,6-fache Satz]

AG Leverkusen
Az 21 C 71/07
Urteil vom 22.06.2007

Der Fall: Insbesondere auf die Einwendungen von Patientenseite hin räumt der Gutachter mit seinem Ergänzungsgutachten ein, dass es der abgegebenen Ergänzungsbegründungen des Zahnarztes bedurfte, um eine ausreichende Begründung für den Ansatz der erhöhten Faktoren zu rechtfertigen. Daraus

folgt nach Auffassung des Gutachters, dass die ursprüngliche Begründung in der Streitgegenständlichen Rechnung nicht ausreichend war.

Das Gericht: Dem vermag das Gericht sich insoweit auch nur anzuschließen. Die aufgeführten Streitgegenständlichen Begründungen sind äußerst allgemein gehalten und lassen nicht erkennen, inwieweit eine Abweichung vom Normalfall bei der Behandlung des Beklagten vorgelegen haben soll. Dies wird deutlich bei den beispielsweise verwendeten Begriffen

- schwieriger Zungenturnus [gemeint ist wohl „Zungentonus“]
- erschwerte Retentionsgewinnung
- Würgereiz
- reduzierte Zugänglichkeit bei kleiner Mundöffnung im distalen Bereich
- Zeitaufwand

und dergleichen mehr. All diese Begriffe beinhalten lediglich eine Behauptung, dass eine Abweichung vom Normalfall vorliege, jedoch keine Begründung dafür. Einer solchen, wenn auch nur in Kurzform, jedoch in nachvollziehbarer Weise bedarf jedoch eine Rechnung, wenn ein erhöhter Faktor begehrt wird.

Das Gericht berücksichtigt bei seiner Entscheidung durchaus, welchen Aufwand es macht, einen erhöhten Faktor in einer Rechnung im Sinne dieser Entscheidung ordnungsgemäß zu begründen. Hier besteht jedoch kein Spielraum zu Gunsten des Zahnarztes, von den gesetzlichen Vorgaben abzuweichen. Der Gesetzgeber hat, wie in den zitierten obergerichtlichen Entscheidungen dargelegt, sich eindeutig im Hinblick auf die Notwendigkeit einer konkreten Begründungsangabe festgelegt. Auch wenn das Gericht dies für eine erhebliche Belastung, sogar möglicherweise für eine unzumutbare Zusatzverpflichtung ansehen würde, so würde dies ein Abweichen nicht rechtfertigen. Dies gebietet der Grundsatz der Gewaltenteilung. Andererseits ist die Zusatzarbeit des Zahnarztes im Verhältnis zu sehen zu den Interessen des Beklagten, von seiner Versicherung bzw. Beihilfeerstattung der vom Zahnarzt abgerechneten Kosten zu erhalten. Auch im Hinblick darauf ist es keineswegs gerechtfertigt, im Zweifelsfall dem Patienten die Zahlung aufzuerlegen mit der Folge, dass dieser sich nunmehr mit seiner Versicherung bzw. Beihilfestelle gerichtlich auseinandersetzen soll. In diesem Widerstreit zwischen den Interessen erscheint es daher durchaus für den Kläger zumutbar, mit einigen wenigen griffigen Formulierungen die Besonderheit des Einzelfalls zu begründen, ohne dabei sich auf formelhafte Ausführungen zu beschränken.

OLG Hamm
Az 3 U 26/00
Urteil vom 06.02.2006

zurückweisendes Berufungsurteil zum
LG Hagen
Az 9 O 230/99
Urteil vom 09.11.1999

[Anmerkung:

Dieses Urteil des OLG Hamm erfolgte nach der Entscheidung des

Bundesverfassungsgericht
Az 1 BvR 1437/02
Beschluss vom 25.10.2004,

womit das Urteil des OLG Hamm vom 29.05.2002 (Az 3 U 26/00) aufgehoben wurde, weil diese Entscheidung den klagenden Zahnarzt in seinem Recht aus Artikel 12 (1) Grundgesetz verletzt.]

Es handelt sich dabei um eine Zusammenfassung vieler verschiedenartiger Leistungen unter einer Gebührennummer; jede dieser besonderen Maßnahmen kann jeweils mit der Gebührennummer 203 pro Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abgerechnet werden. Es ist deshalb anerkannt, dass pro Sitzung für einen einzelnen Zahn durchaus mehrfach die Gebührennummer 203 anfallen und auch berechnet werden kann, wenn es sich bei den jeweiligen Maßnahmen insoweit um getrennte und selbständige Leistungen aus dem „Katalog“ der Gebührennummer 203 handelt. Entscheidend ist dabei, dass es sich um Einzelmaßnahmen in jeweils unterschiedlichen Behandlungsphasen und nicht um eine einheitliche Leistung handelt.

AG Köln
Az 116 C 110/02
Urteil vom 30.06.2003

Demgegenüber hat die Patientin gegenüber der Krankenversicherung keinen Anspruch auf Erstattung der Gebührennummern analog 216 und 217 im Zusammenhang mit den Mehrschichtrekonstruktionen an den behandelten Zähnen. Da es sich nach den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen bei diesen Tätigkeiten nur um eine Vorbehandlung zur Prothetik handelt, sind diese lediglich nach Ziffer 218 abrechenbar.

AG Trier
Az 5 C 352/04
Urteil vom 04.05.2005

Die Gebührennummer 223 kann nicht gesondert neben den Gebührennummern 227 und 221 erfolgen. Voraussetzung für die Anwendung der Gebührennummer 223 ist das Ende der Leistung mit der Präparation des Zahnes. Der Argumentation der Zahnärztin, wonach die Behandlung zur Neuregulierung des Bisses über einen längeren Zeitraum habe unterbrochen werden müssen, vermag nicht zu überzeugen. Welche Art der Behandlung im konkreten Fall erforderlich ist, unterliegt zwar ausschließlich der Beurteilung des behandelnden Zahnarztes, dennoch kann er nicht bestimmen, ob seine Leistung mit der Präparation eines Zahnes endet, also die Voraussetzungen für die Anwendung der Gebührennummer 223 vorliegen. Denn sonst wäre er in die Lage versetzt, seine Gebühren durch eine Aufteilung der Behandlung in zeitliche Abschnitte zu erhöhen. Selbst wenn eine medizinische Notwendigkeit für eine längere Unterbrechung der Behandlung vorgelegen hätte, würde dies die Anwendung der Gebührennummer 223 nicht rechtfertigen.

AG Landau
Az 2 C 1822/04
Urteil vom 23.05.2005

Die Gebührennummer 223 ist nicht gesondert neben der Gebührennummer 708 berechenbar, da kein Fall vorliegt, bei dem die prothetische Behandlung des Patienten aus unvorhersehbaren Gründen nicht abgeschlossen werden konnte. Schon deshalb scheidet ein Ansatz nach Gebührennummer 223 aus.

AG Köln
Az 116 C 110/02
Urteil vom 30.06.2003

Die Sachverständige hat hierzu überzeugend ausgeführt, dass die Gebührennummer 229 im Zusammenhang mit Langzeitprovisorien anfallen kann, wenn diese für eine notwendige, längere Tragedauer wie eine definitive Versorgung fest einzementiert werden. Dies ist vorliegend geschehen, so dass die Entfernung des Interimszahnersatzes einer Leistung nach der Gebührennummer 229 entspricht.

AG Bad Neuenahr-Ahrweiler
Az 3 C 396/04
Urteil vom 07.09.2005

Zu Unrecht hat der Zahnarzt dreimal die Gebührennummer GOÄ 2650 („Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen“) für die Zähne 28, 38 und 48 berechnet. Demgegenüber hat die beklagte Mutter des Patienten lediglich die Gebührennummer 327 „Germektomie“ berücksichtigt. Bei einer Germektomie handelt es sich um die Entfernung von Zahnkeimen. Nach der vorgerichtlichen Stellungnahme des Zahnarztes befanden sich die Weisheitszähne im Wurzelwachstum und waren noch nicht vollständig ausgewachsen. Unstreitig befanden sich die Weisheitszähne des Sohnes der beklagten Mutter nicht einmal auf dem Niveau des Kieferkamms. Die Zähne waren deshalb nicht bis in die Mundhöhle durchgebrochen. Begrifflich ist deshalb von einem Zahnkeim auszugehen, dessen Entfernung unter die Gebührennummer 327 fällt. Soweit der Sachverständige in seinen Gutachten die Auffassung vertritt, dass die Gebührennummern 326 bis 328 chirurgische Maßnahmen darstellten, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung durchgeführt werden, und sich deshalb auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zwischen dem 10. und 13. Lebensjahr bezögen, vermag das Gericht dieser Auffassung nicht zu folgen. Aus der Gebührennummer 327 ist nämlich nicht zu entnehmen, dass die Zahnkeimentfernung nur bis zu einem gewissen Alter nach der entsprechenden Position und sonst, über das Alter hinaus, als Zahnentfernung zu berechnen ist. Darüber hinaus entspricht es allgemeiner Erfahrung, dass Jugendliche oftmals bis zum 18. Lebensjahr kieferorthopädisch behandelt werden. Die Feststellung des Sachverständigen, dass das Wurzelwachstum an den behandelten Zähnen bereits ausgeprägt gewesen sei, ändert nichts daran, dass es sich um Zahnkeime im Sinne der GOZ gehandelt hat. Entscheidend für die rechtliche Einordnung ist nämlich, ob ein Durchbruch in die Mundhöhle vorliegt. Da nach der Gebührennummer GOÄ 2650 nur dann abgerechnet werden darf, wenn alle Tatbestandsvoraussetzungen kumulativ vorliegen, kann dahingestellt bleiben, ob eine umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen notwendig war. Die beklagte Mutter des Patienten war mithin berechtigt, solche Abzüge von der Rechnung des Zahnarztes vorzunehmen, die über die Gebühren der Gebührennummer 327 hinausgingen.

VG Düsseldorf
Az 26 K 3110/04
Urteil vom 23.09.2005

Aus der vorstehenden Beschreibung der allein den Ansatz der Gebührennummer 407 rechtfertigenden Gesamtheit zahnärztlicher Maßnahmen folgt ohne weiteres, dass diese vorliegend nicht erbracht worden sein können, weil diese an mehreren Zähnen ohne gleichzeitige Anästhesie nicht durchführbar sind. Denn es reicht für den Ansatz der Gebührennummer 407 nach Vorstehendem nicht aus, dass Ablagerungen in dem oberen Bereich unterhalb des Zahnfleischsaumes entfernt worden sind; eine solche Maßnahme unterfällt noch der Gebührennummer 405. Vielmehr sind tiefgreifende Eingriffe im Bereich der Zahnwurzeln erforderlich, die ausweislich einer amtzahnärztlichen Stellungnahme ohne Anästhesie nur an wenigen einzelnen Zähnen als Ausnahme bei Patienten mit einer enorm hohen Schmerzschwelle durchgeführt werden können. Nach alledem mögen vorliegend zwar Ablagerungen unterhalb des Zahnfleischsaumes entfernt worden sein. Diese Maßnahmen können jedoch nicht solche gewesen sein, die den Ansatz der Gebührennummer 407 rechtfertigen können.

AG Köln
Az 116 C 110/02
Urteil vom 30.06.2003

Die Gebührennummer 2442 GOÄ ist im vorliegenden Fall abrechenbar. Nach den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen ging der Verordnungsgeber im Jahre 1988 entsprechend dem damaligen Stand der Wissenschaft von einem relativ geringen operativen Aufwand aus, der mit der Ziffer 411 abgegolten sein sollte. Wenn jedoch, wie vorliegend, durch volumenerhaltende Implantation alloplastischen Materials ein enormer Operationsaufwand gegeben ist, ist eine Abrechnung desselben mit der Gebührenziffer 2442 GOÄ möglich.

LG Köln
Az 23 O 501/03
Urteil vom 11.01.2006

Die Gebührennummer GOÄ 2442 ist neben der Gebührennummer 413 ansetzbar, da nach der nachvollziehbaren Darlegung des Sachverständigen und der entsprechenden Beschreibung alloplastisches Material beidseitig zur Weichteilunterstützung und zum Knochenaufbau eingebracht wurde.

507 neben 521

--- contra ---

VG Potsdam
Az 2 K 2999/00
Urteil vom 23.02.2005

Die Gebührennummer 507 ist im Regelfall nicht neben der Gebührennummer 521 abrechenbar. Die Gebührennummer fällt nur an, wenn im Rahmen der Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese Verbindungen von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder oder Stege vorgenommen werden. Bei Kronen und Einlagefüllungen handelt es sich ebenso wie bei Brückengliedern und Stegen um im Mund festsitzenden Zahnersatz bzw. um sonstige festsitzende, der Wiederherstellung der Kaufähigkeit des Gebisses dienende Elemente.

508 neben 504

--- contra ---

OLG Köln
Az 5 U 57/01
Urteil vom 14.11.2001

teilweise abänderndes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 25 O 90/99
Urteil vom 07.02.2001

Mit der wohl deutlich überwiegenden Auffassung geht das Gericht zunächst davon aus, dass einer Teleskopkrone die Funktion eines Verbindungselementes immanent ist, und dies somit keine eigene Berechnung gestattet. Sachgerecht ist es hingegen, eine zusätzliche Vergütung nach Ziffer 508 zuzubilligen, wenn zusätzliche Vorrichtungen, insbesondere zusätzliche Retentionsmechanismen wie Riegel, Friktionsstifte, Federn usw. oder die Ausgestaltung als Resilienzteleskop hinzutreten.

LG Hamburg
Az 331 S 44/05
Urteil vom 23.12.2005

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Hamburg-Wandsbeck
Az 716 C 321/04
Urteil vom 14.02.2005

Die insoweit in der Gebührennummer 508 berechnete Leistung fällt nicht unter die Gebührennummer 504. Das Gericht folgt der herrschenden Auffassung darin, dass eine zusätzliche Vergütung nach der Gebührennummer 508 nur dann zuzubilligen ist, wenn zusätzliche Vorrichtungen zur Gebührennummer 504 hinzutreten. Vorliegend handelt es sich bei der eingesetzten Doppelkrone um eine Doppelkrone, bei welcher aufgrund einer etwa 10-Grad-Fräsung keine Haftwirkung vorhanden war, so dass die Außenkrone friktionslos auflag. Das Verbindungselement wurde daher zusätzlich geschaffen und konnte daher gesondert berechnet werden.

VG Potsdam
Az 2 K 2999/00
Urteil vom 23.02.2005

Die Gebührennummer 504 sieht eine mit 1.400 Punkten bewertete Gebühr vor. Die Gebührennummer 508 sieht eine mit 230 Punkten bewertete Gebühr für die „Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement“ vor. Teleskopkronen besitzen die Eigenschaft, zugleich Krone, Anker und Verbindungselement, bei-

spielsweise für Modellgussprothesen, zu sein. Die Teleskopkrone ist auf Grund ihrer Funktion als ein verbindendes Element gegenüber den anderen Kronenarten bereits deutlich höher bewertet und umfasst daher auch die Leistung nach der Gebührennummer 508. Eine Abrechnung der Gebührennummer 508 neben der Gebührennummer 504 ist demgemäss nach § 4 (2) Satz 2 ausgeschlossen.

600 und folgende

VG Minden
Az 4 K 2467/01
Urteil vom 29.09.2004

Die Gebührennummern 801, 802, und 804 für einen gnathologischen Positioner im Zusammenhang respektive zum Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung sind nicht beihilfefähig. Das Gericht erkennt zwar an, dass angesichts der langjährigen und damit umfangreichen kieferorthopädischen Behandlung der Positioner aus zahnmedizinischer Sicht zur Feineinstellung der Occlusion und der Bisslage erforderlich war, weshalb auch die labortechnischen Leistungen zur Anfertigung des Gerätes beihilferechtlich anzuerkennen sind, die erbrachten (zahnärztlichen/kieferorthopädischen) Leistungen unterfallen jedoch nicht dem Abschnitt J „Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen“, sondern dem Abschnitt G „Kieferorthopädische Leistungen“.

Vor diesem Hintergrund vertritt das Gericht die Auffassung, dass die vor der eigentlichen labortechnischen Herstellung dieses Gerätes vom Kieferorthopäden zu erbringenden Leistungen von der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 622 GOZ „Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z. B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer“ erfasst sind, zumal die Aufzählung der denkbaren vorbereitenden Maßnahmen erkennbar nicht abschließend ist. Auch wenn solche Vorbereitungshandlungen des Kieferorthopäden zugleich vom Wortlaut der Gebührennummer 801, 802, und 804 gedeckt sind, spricht für die Ansicht des Gerichts und des beklagten Landes (Beihilfestelle), dass derartige Leistungen im Zusammenhang mit dem bereits seit Jahrzehnten in der Kieferorthopädie bekannten Positioner auch vor Inkrafttreten der GOZ am 01.01.1988 nach dem damaligen Leistungskatalog für Kieferorthopädie abgerechnet wurden. Die Gebührennummern 800 ff. sind demgegenüber auf aufwändige prothetische Behandlungen und Kiefergelenksbeschwerden mit Schienentherapie zugeschnitten.

Dies mag wegen der fortgeschrittenen Entwicklung und Aufwändigkeit der Arbeitsschritte im Bereich des gnathologischen Positioners im Laufe der Zeit mitunter unbefriedigend sein, entspricht aber dem – zur Zeit noch – geltenden zahnärztlichen Gebührenrecht.

700 und folgende

AG Köln
Az 116 C 110/02
Urteil vom 30.06.2003

Die Gebührennummer 710 ist entgegen der Auffassung der Krankenversicherung 16mal ansatzfähig. Nach den Ausführungen der Sachverständigen, an denen das Gericht keinen Anlass zu zweifeln hat und die es sich insoweit zu eigen macht, sind auch die durchgeführten Bruchreparaturen, die Verlängerung eines Kronenrandes sowie Veränderungen am occlusalen Relief Maßnahmen der Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit eines Interimszahnersatzes, die nach der Gebührennummer 710 zu vergüten sind.

800 und folgende

OLG Hamm
Az 3 U 26/00
Urteil vom 06.02.2006

zurückweisendes Berufungsurteil zum

LG Hagen
Az 9 O 230/99
Urteil vom 09.11.1999

[Anmerkung:

Dieses Urteil des OLG Hamm erfolgte nach der Entscheidung des

Bundesverfassungsgericht
Az 1 BvR 1437/02
Beschluss vom 25.10.2004,

womit das Urteil des OLG Hamm vom 29.05.2002 (Az 3 U 26/00) aufgehoben wurde, weil diese Entscheidung den klagenden Zahnarzt in seinem Recht aus Artikel 12 (1) Grundgesetz verletzt.]

Dem Einwand, die Notwendigkeit der Registrierung mehrerer Unterkieferbewegungen sei mit dem nur einmaligen Ansatz der Gebührennummer 806 abgegolten, vermag das Gericht nicht zu folgen. Die Leistungsbeschreibung sieht vor, dass mit dieser Gebührennummer das Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und das Einstellen nach den gemessenen Werten abgerechnet werden kann.

Dabei ist zwar zuzugeben, dass der Wortlaut der Leistungsbeschreibung nicht eindeutig Auskunft über die Frage einer mehrfachen Berechnung von einzelnen Registrierungsvorgängen gibt. Andererseits ergibt sich aus dem Text auch nicht, dass eine zahlenmäßige Einschränkung, wie oft das Registrieren erfolgen kann, vorgesehen wäre.

Der Sachverständige hat dazu plausibel ausgeführt, dass der Zahnarzt sechs eigenständige Registrierungen jeweils sämtlicher relevanter Unterkieferbewegungen bei der Patientin vorgenommen hat. Dabei handelt es sich um die grafische Aufzeichnung der Grenzbewegungen des Unterkiefers in sagittaler, in latero- sowie in mediotrosiver Bewegung des jeweiligen Unterkiefergelenks. Diese Bewegungen können aber nicht gleichzeitig, sondern nur nacheinander erfolgen. Dementsprechend ist die Gebührennummer 806 auch pro Registrierung berechenbar. Gegen die Abrechnung des Zahnarztes bestehen daher keine Bedenken.

VG Minden
Az 4 K 2467/01
Urteil vom 29.09.2004

Die Gebührennummern 801, 802, und 804 für einen gnathologischen Positioner im Zusammenhang respektive zum Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung sind nicht beihilfefähig. Das Gericht erkennt zwar an, dass angesichts der langjährigen und damit umfangreichen kieferorthopädischen Behandlung der Positioner aus zahnmedizinischer Sicht zur Feineinstellung der Occlusion und der Bisslage erforderlich war, weshalb auch die labortechnischen Leistungen zur Anfertigung des Gerätes beihilferechtlich anzuerkennen

sind, die erbrachten (zahnärztlichen/kieferorthopädischen) Leistungen unterfallen jedoch nicht dem Abschnitt J „Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen“, sondern dem Abschnitt G „Kieferorthopädische Leistungen“.

Vor diesem Hintergrund vertritt das Gericht die Auffassung, dass die vor der eigentlichen labortechnischen Herstellung dieses Gerätes vom Kieferorthopäden zu erbringenden Leistungen von der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer 622 GOZ „Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z. B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer“ erfasst sind, zumal die Aufzählung der denkbaren vorbereitenden Maßnahmen erkennbar nicht abschließend ist. Auch wenn solche Vorbereitungshandlungen des Kieferorthopäden zugleich vom Wortlaut der Gebührennummer 801, 802, und 804 gedeckt sind, spricht für die Ansicht des Gerichts und des beklagten Landes (Beihilfestelle), dass derartige Leistungen im Zusammenhang mit dem bereits seit Jahrzehnten in der Kieferorthopädie bekannten Positioner auch vor Inkrafttreten der GOZ am 01.01.1988 nach dem damaligen Leistungskatalog für Kieferorthopädie abgerechnet wurden. Die Gebührennummern 800 ff. sind demgegenüber auf aufwändige prothetische Behandlungen und Kiefergelenksbeschwerden mit Schienentherapie zugeschnitten.

Dies mag wegen der fortgeschrittenen Entwicklung und Aufwändigkeit der Arbeitsschritte im Bereich des gnathologischen Positioners im Laufe der Zeit mitunter unbefriedigend sein, entspricht aber dem – zur Zeit noch – geltenden zahnärztlichen Gebührenrecht.

900 und folgende

OLG Koblenz
Az 10 U 90/04
Beschluss vom 23.09.2004

Das vorinstanzliche Gericht hat zu Recht angenommen, dass die abgerechneten Implantatkosten gemäß Eigenlaborrechnung fällig und mithin erstattungsfähig sind. Der Zahnarzt kann gemäß § 9 neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren die tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnischen Leistungen berechnen. Dazu zählen neben den handwerklichen Leistungen des Zahntechnikers auch die hierfür erforderlichen Materialien. Voraussetzung für die Fälligkeit der entsprechenden Vergütung ist nach § 10 (1) in Verbindung mit (2) Nr. 5, dass der Betrag und die Art der einzelnen Auslagen in der Rechnung bezeichnet werden. Dabei ist unerheblich, ob die Auslagen für zahntechnische Leistungen in einem Zahnarztlabor oder einem gewerblichen Labor angefallen sind. Erforderlich ist jedoch, dass die Auslagen im Einzelnen aufgeführt und genau bezeichnet werden. Die für jede Auslage maßgeblichen Beträge sind anzugeben. Es dürfen keine Pauschbeträge für zahntechnische Leistungen in Ansatz gebracht werden. Dabei ist ausreichend, wenn in der Rechnung des Zahnarztes der Gesamtbetrag für diese Leistungen angegeben und ein Beleg oder ein sonstiger Nachweis über die Auslagen der Rechnung beigelegt wird. In der Eigenlaborrechnung sind die einzelnen Auslagen konkret bezeichnet. Die verwendeten Materialien einschließlich der angesetzten Einzelpreise werden angegeben. Aufgrund dieser Angaben ist es der Privaten Krankenversicherung möglich, die Rechnung des Zahnarztes vollständig nachprüfen zu können, insbesondere auch deshalb, weil der Hersteller der Materialien angegeben ist. Für die Fälligkeit der Rechnung ist die Beifügung von Fremdbelegen nicht erforderlich. Denn auch in den Fällen, in denen der Zahnarzt Auslagen eines gewerblichen Fremdlabors abrechnet, wird die Vorlage entsprechender Lieferantenbelege nicht gefordert. Zu Recht führt das vorinstanzliche Gericht aus, dass kein Grund ersichtlich sei, dass für zahntechnische Leistungen, die in einem Zahnarztlabor anfallen, Fremdbelege gefordert werden. Entscheidend für die Fälligkeit der Vergütung ist, dass die Eigenlaborrechnung hinreichend spezifiziert und nachvollziehbar ist, was vorliegend der Fall ist.

Soweit ausgeführt wird, dass das vorinstanzliche Gericht habe übersehen, dass Implantatteile nicht mit Eigen- oder Fremdlaborrechnungen abrechenbar seien, weil sie gar nicht im Eigen- oder Fremdlabor hergestellt, sondern industriell gefertigt und direkt vom Fachhandel bzw. großen Fachfirmen bezogen würden, ist dieser Einwand unerheblich. Gleiches gilt für das Argument, dem Zahnarzt sei es durchaus möglich, die Herstellungskosten für Implantate anzugeben. Maßgebend ist hier ausschließlich die Auslagerung des Begriffs „angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen“. § 9 spricht in diesem Zusammenhang nur von Auslagen für zahntechnische Leistungen. Es wird nicht danach differenziert, wer diese Gegenstände hergestellt hat, ob der Zahntechniker diese selbst besorgt oder fertigt oder ob der Zahnarzt sie ihm zur Verfügung stellt. Es bleibt dem Zahnarzt überlassen, ob er entsprechende Materialien über einen Zahntechniker oder direkt vom Hersteller oder Großhändler bezieht. Es besteht auch keine Missbrauchsgefahr zum Nachteil der Privaten Krankenversicherung. Ihr ist es möglich, anhand von Preislisten zu prüfen, ob die berechneten Preise den dort enthaltenen Vorgaben entsprechen.

Soweit sich die Berufung auf eine Entscheidung des OLG Köln vom 19.1.2000 (5 U 163/99) bezieht, ergeben sich aus dieser Entscheidung keine wesentlichen Aspekte für den hier zu entscheidenden Fall und die Frage der Auslegung der Bestimmungen des § 9. Das OLG Köln hat in dem dortigen Fall lediglich ausgeführt, dass die Vorlage eines allgemeinen Preisauszugs aus einem Katalog und auch eine Materialsammelrechnung an den behandelnden Zahnarzt grundsätzlich noch nicht als ausreichende Substanziierung einer diesbezüglichen Behandlungsrechnung ausreiche, vielmehr der Zahnarzt Belege vorzulegen habe, aus denen die für die individuelle Behandlung des Patienten erwachsenden Kosten ersichtlich und nachvollziehbar seien. Der Entscheidung lässt sich jedoch nicht entnehmen, dass der Zahnarzt verpflichtet wäre, seine Lieferantenbelege vorzulegen.

Es sind auch keine Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass der Zahnarzt ihm vom Hersteller der Implantate möglicherweise gewährte Rabatte nicht an den Patienten weitergegeben habe und dadurch einen Gewinn erzielt hätte, der im Rahmen des Auslagenersatzes nach § 9 unzulässig wäre. Der Zahnarzt hat diesbezüglich im Berufungsverfahren eine Bescheinigung des Herstellers der Materialien vorgelegt, aus der ersichtlich ist, dass dem Zahnarzt für den Bezug der Implantate keine Rabatte – mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten (Skonti) – gewährt worden sind. Zur Weitergabe dieser Barzahlungsrabatte an den Patienten ist der Zahnarzt aber nicht verpflichtet, da er für diese zahn-technischen Leistungen in Vorlage tritt und ihm durch die Vorfinanzierung ein eigener Zinsverlust bis zum Zeitpunkt der Erstellung bzw. Fälligkeit der gegenüber dem Patienten erteilten Rechnung entsteht.

Letztlich steht hinter der Regelung des § 9, dass der Zahnarzt, der über ein Eigenlabor verfügt, nicht schlechter stehen soll, als der Kollege, der mit einem Fremdlabor zusammenarbeitet.

OLG Hamm
Az 3 U 26/00
Urteil vom 06.02.2006

zurückweisendes Berufungsurteil zum

LG Hagen
Az 9 O 230/99
Urteil vom 09.11.1999

[Anmerkung:

Dieses Urteil des OLG Hamm erfolgte nach der Entscheidung des

Bundsverfassungsgericht
Az 1 BvR 1437/02
Beschluss vom 25.10.2004,

womit das Urteil des OLG Hamm vom 29.05.2002 (Az 3 U 26/00) aufgehoben wurde, weil diese Entscheidung den klagenden Zahnarzt in seinem Recht aus Artikel 12 (1) Grundgesetz verletzt.]

Die Patientin kann sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, der Zahnarzt habe die Gebührennummer 905 nicht für das Auswechseln, sondern – fehlerhaft – nur für das Anpassen von Implantatanteilen abgerechnet. Die Leistungsbeschreibung für die Gebührennummer 905 sieht vor, dass das Auswechseln eines Sekundärteils bei einem zusammengesetzten Implantat abgerechnet werden kann. Der Sachverständige hat nach Auswertung der Behandlungsunterlagen festgestellt, dass das Erbringen von Leistungen nach der Gebührennummer 905 hier zahnmedizinisch notwendig war, gutachterlicherseits nachvollzogen werden kann und deshalb im Ergebnis nicht zu beanstanden ist.

Dabei hat der Sachverständige berücksichtigt, dass bereits mit der Gebührennummer 903, die für das Einbringen eines Zahnimplantats abgerechnet werden kann, alle in der Implantationsphase notwendigerweise anfallenden Leistungen erfasst und abgegolten werden. Dementsprechend sind Leistungen nach der Gebührennummer 905 bei einem zusammengesetzten Implantat erst in der rekonstruktiven Phase berechnungsfähig, denn es soll durch diese Position nicht ein bloßer Teilakt des Einbringens eines Implantats zusätzlich vergütet werden.

Nach den Ausführungen des Sachverständigen liegt hier im Ergebnis jeweils ein Auswechseln von Sekundärteilen im Sinne der Gebührennummer 905 vor. Denn der Zahnarzt hat die auf den Implantaten befindlichen Heilungsdistanzhülsen entfernt und durch neue Distanzhülsen ersetzt. Anschließend hat er Heilungskäppchen aufgeschraubt. Danach hat er die vorgenannten Heilungskäppchen abgeschraubt, konische Abdruckpfosten aufgeschraubt, dann quadratische Abdruckpfosten aufgeschraubt und schließlich erneut Heilungskäppchen auf den Implantaten befestigt. Hierbei handelt es sich jeweils um Leistungen, die nach der Einheilungsphase und nach dem Freilegen der Implantate erbracht worden sind, also um Leistungen in der rekonstruktiven Phase.

Für das nach chirurgischer Freilegung der Implantate erforderliche Öffnen des Implantatkörpers und das Einsetzen der erforderlichen Heilungskäppchen hatte der insoweit behandelnde Zahnarzt richtigerweise die Gebührennummer 904 abgerechnet. In der sich daran anschließenden prothetischen Restaurationsphase, bei der die Patientin nicht mehr vom implantologisch tätigen Zahnarzt sondern vom klagenden Zahnarzt behandelt wurde, war das weitere Auswechseln von Sekundärteilen bei einem zusammengesetzten Implantat fachlich zwingend erforderlich. Folglich bestand für den Zahnarzt, der den Leistungsinhalt der Gebührennummer 904 nicht erbracht hat und diese auch nicht abgerechnet hat, keine andere Möglichkeit, als die zahlreichen und aufwändigen – so der Sachverständige – Auswechslungen von Sekundärteilen bis zur entgeltigen prothetischen Versorgung mit der Gebührennummer 905 in Rechnung zu stellen.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Urteil des OLG Karlsruhe vom 11.01.200 – 17 U 176/98 -, denn in dem dort behandelten Fall ging es um das erstmalige Einfügen von Sekundärteilen, das nach der Gebührennummer 904 abzurechnen ist.

LG Essen
Az 1 O 215/02
Urteil vom 10.01.2005

Die Erstattung der in Rechnung gestellten Gebührennummer 905 für das „Auswechseln“ eines Sekundärteils kann nicht verlangt werden, denn insofern ist die Honorarforderung des Zahnarztes unbegründet. Die gleichzeitig in Rechnung gestellte Gebührennummer 904 honoriert das Freilegen eines Implantats und das Einfügen von Sekundärteilen bei einem zweiphasigen Implantationssystem. Die Gebührennummer 905 honoriert hingegen das Auswechseln eines Sekundärteils. Da das Implantat bereits vor einiger Zeit freigelegt wurde, kann es sich bei der Einbringung des Sekundärteils nicht um eine Auswechslung nach der Gebührennummer 905, sondern nur um eine (Erst-)Einbringung gehandelt haben, die mit dem Honorar gemäß Gebührennummer 904 mit abgegolten ist. Die Kosten für Kleinmaterialien, ausgenommen diejenigen für die Distanzhülse, für die auch eine Erstattung erfolgt ist, können nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.

LG Hamburg
Az 331 S 44/05
Urteil vom 23.12.2005

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Hamburg-Wandsbeck
Az 716 C 321/04
Urteil vom 14.02.2005

Der Wortlaut der Gebührennummer 905 ist dahingehend zu verstehen, dass ein Auswechseln im Sinne eines Austausches eines Sekundärteils stattgefunden haben muss und dass die hier geltend gemachte Tätigkeit des ein- oder mehrfachen Aus- und Wiedereinbauens derselben bereits vorhandenen Sekundärteile im Zuge der Versorgung mit der Suprakonstruktion nicht vom Wortlaut dieser Gebührennummer umfasst ist.

LG Köln
Az 23 O 501/03
Urteil vom 11.01.2006

Allerdings besteht kein Anspruch der Patientin auf Erstattung der Gebührennummer 905. Der Sachverständige hat zutreffend darauf hingewiesen, dass diese Gebühr nur bei Auswechseln eines Implantatteils zur Anwendung kommen kann, nicht aber, wenn lediglich im Rahmen der Freilegung eines Implantats eine vorübergehende Herausnahme erfolgt. Dies entspricht auch der ständigen Rechtsprechung des Gerichts. Da hier ein Auswechseln in diesem Sinne nicht erfolgt ist, entfällt die Erstattungsfähigkeit.

Adhäsive plastische Restaurationen

OVG Nordrhein-Westfalen

Az 6 A 1914/04

Beschluss vom 01.03.2006

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Minden

Az 4 K 3165/03

Nach dem Runderlass des Finanzministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen vom 06.07.2005 – B 3100 – 0.7 – IV A 4 – (dort Ziffer I. 9) können Kompositfüllung künftig grundsätzlich auch bei einer analogen Bewertung nach den Gebührennummern 215 bis 217 als beihilfefähig anerkannt werden. Demgemäß geht das beklagte Land (nunmehr) selbst davon aus, dass das Legen von Kompositfüllungen gerade nicht vom Leistungsinhalt der Gebührennummer 205, 207, 209 und 211 erfasst wird, anderenfalls es dieser Regelung im Runderlass vom 06.07.2005 nicht bedurft hätte.

Gleichermaßen unerheblich ist auch der Einwand, der o.g. Runderlass sehe höchstens den Steigerungssatz von 1,5 vor. Die Berechtigung des vom Zahnarzt angesetzten 1,9-fachen Gebührensatzes richtet sich nach den in § 5 (2) dargestellten Umständen des Einzelfalls. Das lässt sich nicht durch ministeriellen Runderlass außer Kraft setzen.

OVG Nordrhein-Westfalen

Az 6 A 2970/04

Beschluss vom 08.03.2006

bestätigendes Berufungsurteil zum

VG Minden

Az 4 K 5134/03

Gleichlautender Tenor wie im Beschluss des OVG Nordrhein-Westfalen vom 01.03.2006 (6 A 1914/04)

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof

Az 14 BV 02.2643

Urteil vom 30.03.2006

abänderndes Berufungsurteil zum

VG Regensburg

Az RN 3 K 02.1730

Urteil vom 17.09.2002

Die vom Beihilfeberechtigten für so genannte dentinadhäsive Kunststofffüllungen begehrte Beihilfe ist zwar analog den Gebührennummern 214 oder 215 bis 217 zu berechnen. Jedoch kann dem nicht ohne nähere Begründung ein 2,3-facher Steigerungssatz zu Grunde gelegt werden. Mangels besonderer Begründung erscheint die Anwendung eines höheren Steigerungssatzes als 1,5 nicht gemäß § 5 (2) Satz 1 nach billigem Ermessen bestimmt.

Bei der dentinadhäsiven oder auch multiadhäsiven Kompositrestauration, zu der die dentinadhäsiven Kunststofffüllungen gehören, handelt es sich um eine in diesem Sinn neue, selbstständige zahnärztliche Leistung. Zwar war die in Streit stehende Technik zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gebührenordnung bereits bekannt, jedoch nach den überzeugenden Ausführungen in dem zum Gegenstand des Verfahrens gemachten Gutachten noch nicht praxisreif und damit in der allgemeinen zahnärztlichen Praxis nicht indiziert. So wurde noch 1992 festgestellt, dass der klinische Einsatz von Dentinklebern noch nicht überzeugend gelöst sei. Der Verordnungsgeber, der mit den im Gebührenverzeichnis enthaltenen und nach § 6 (1) für abrechnungsfähig erklärten Leistung das Spektrum der wissenschaftlich allgemein anerkannten zahnärztlichen Leistung zum damaligen Zeitpunkt vollständig abdecken wollte, konnte deswegen die multiadhäsive Kompositrestauration noch nicht berücksichtigen.

Der Gutachter legt ferner nachvollziehbar und überzeugend dar, dass es sich um eine sowohl gegenüber den plastischen Füllungen gemäß Gebührennummer 205 ff. als auch gegenüber 214 oder 215 bis 217, die die Behandlung mit sog. Inlays zum Gegenstand haben, selbstständige zahnärztliche Leistung handelt. Durch die neue Technik wird ein viel größeres und teilweise ganz anderes Indikationsspektrum ermöglicht; nicht nur das Füllen von Löchern. Insbesondere aber ist diese Methode gegenüber den bisher angewandten wesentlich substanzschonender. Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass die multiadhäsive Kompositrestauration eine selbstständige Versorgungsart sei, die zwischen der direkten Standardfüllung und den sog. Inlays als selbstständige Leistung eingruppiert werden müsse. Dabei stehe sie vom Aufwand und den funktionellen Möglichkeiten gesehen den Direktinlays viel näher als der einfachen Standardfüllung. Es sei in allen Arbeitsschritten eine aufwändige und sorgfältige Bearbeitung zwingend erforderlich. Neben der Haftfestigkeit spielten eine Reihe weiterer Faktoren eine bedeutende Rolle. Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit von Aufwand, Kosten, Materialien und auch Technik liege die analoge Abrechnung nach 215 bis 217 oder auch 214 nahe. Dem folgt der erkennende Senat. Die Abrechnung der in Frage stehenden Leistungen über eine analoge Anwendung der Gebührennummern 215 bis 217 oder 214 und ihre Beihilfefähigkeit wird im Übrigen auch von der beklagten Stelle nicht mehr in Frage gestellt.

Indes bedeutet die analoge Anwendung der Gebührennummern 214 oder 215 bis 217 nicht ohne weiteres auch die Anwendung des sog. Schwellenwerts gemäß § 5 (1) Satz 2 2. Halbsatz BhV, § 5 (2) Satz 4, wonach erst ein Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes speziell zu begründen ist. "In der Regel" darf danach eine Gebühr nur zwischen dem einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden. Es handelt sich hierbei um eine grundsätzliche Regelung, die angesichts der Umstände des Einzelfalls aber auch insbesondere bei einer lediglich entsprechenden Anwendung von Positionen der Gebührenordnung Ausnahmen erfordert, um die Angemessenheit der nach § 5 (1) berechneten Gebühr sicherzustellen. Die Regelung des § 5 (2) Satz 4 findet ihre Rechtfertigung in der Festlegung der einzelnen Positionen der Gebührenordnung so, dass in der überwiegenden Zahl der individuellen zahnärztlichen Leistungen eine 2,3-fache Steigerung angemessen erscheint. Dies ist bei einer analogen Anwendung der Positionen der Gebührenordnung jedoch nicht gewährleistet, weil es sich dabei um Näherungswerte handelt, die nicht alle relevanten Kriterien wie Aufwand, Kosten, Materialien und auch Anwendungstechnik gleichermaßen berücksichtigen können. Dabei kann sich nicht nur eine Korrektur durch die Wahl eines höheren Steigerungssatzes als notwendig erweisen, sondern auch die Anwendung eines Steigerungssatzes von weniger als 2,3 geboten sein. So weist der Gutachter zur Frage der Vergleichbarkeit der zahnärztlichen Leistung, also der denti-

nadhäsiven Restauration einerseits und der Versorgung mit Inlays andererseits darauf hin, dass der Steigerungssatz je nach Aufwand unter dem 2,3-fachen Satz liegen könne.

LG Bonn
Az 5 S 216/04
Urteil vom 04.05.2005

bestätigendes Berufungsurteil zum

AG Bonn
Az 4 C 575/01
Urteil vom 16.09.2004

Sowohl für die streitgegenständlichen Leistungen im Front- als auch im Seitenzahnbereich besteht ein Vergütungsanspruch entsprechend den Gebührennummern 215 bis 217. Nach § 6 (2) können selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach dem Inkrafttreten dieser Gebührenordnung am 1. Januar 1988 (§ 12) aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt worden sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden. Diese Voraussetzungen sind vorliegend für eine Abrechnung der vom Beklagten erbrachten Leistungen entsprechend den Gebührennummern 215 bis 217 gegeben.

Das Dentinadhäsive Mehrschichtrekonstruktionsverfahren stellt sowohl im Front- als auch im Seitenzahnbereich eine Neuentwicklung dar. Dabei erkennt das Gericht nicht, dass es bereits vor dem Inkrafttreten der GOZ Kompositfüllungen im Frontzahnbereich gegeben hat und insbesondere auch das Bundesministerium für Gesundheit in einer Stellungnahme vom 22.01.1997 ausgeführt hat, dass sowohl die Kompositmaterialien als auch die Adhäsiv-Technik, insbesondere das Schmelz-Adhäsiv (sogenanntes Bonding), bei Erlass der Gebührenordnung seit längerem bekannt gewesen und klinisch auch eingesetzt worden seien. Hierauf kommt es aber nach Ansicht des Gerichts nicht an. Vielmehr ist eine Neuentwicklung nach Ansicht des Gerichts bereits dann anzunehmen, wenn zwar vor Inkrafttreten der GOZ bereits Kompositfüllungen als solche praxisreif erbracht werden konnten, diese jedoch zum damaligen Zeitpunkt noch nicht – jedenfalls nicht praxisreif – gemäß dem Dentinadhäsiven Mehrschichtrekonstruktionsverfahren angefertigt wurden. Insoweit stimmt das Gericht der Ansicht des Oberlandesgerichts München zu, wonach bei der Abgrenzung, ob eine neue selbständige Leistung gegeben ist, nicht auf das Ziel der Leistung abzustellen ist, da auch innerhalb der GOZ ein Behandlungsziel mit unterschiedlichen Leistungen erreicht werden kann. Entscheidend ist vielmehr nach den weiter überzeugenden Ausführungen des Oberlandesgerichts München, ob das Ziel durch eine neue Methode erreicht wird, wobei es sich insgesamt um eine neue Art der Leistungserbringung handeln muss, da ansonsten § 4 (2) entgegensteht, der verbietet, für Leistungen, die Bestandteil oder eine andere Ausführung einer anderen Leistung nach der GOZ sind, eine gesonderte Gebühr zu berechnen (OLG München a.a.O.).

Bei dem Dentinadhäsiven Mehrschichtrekonstruktionsverfahren handelt es sich weiter um eine selbständige Leistung. Eine solche liegt vor, wenn es sich nicht um einen Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis handelt, da derartige Leistungen nicht im Wege der Analogie berechnet werden dürfen. Dies ergibt sich aus § 4 (2), wonach für Leistungen, die Bestandteil oder eine andere Ausführung einer anderen Leistung nach der GOZ sind, keine besondere Gebühr berechnet werden kann.

Die Leistungen gemäß dem Dentinadhäsiven Mehrschichtrekonstruktionsverfahren sind, da sie den Gebührennummern 215 bis 217 vergleichbar sind, entsprechend diesen abrechenbar. Es kommt für die Frage der Vergleichbarkeit darauf an, dass die von dem Zahnarzt herangezogene Leistung nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertig ist. Bei der Bewertung der Gleichwertigkeit sind wiederum gleichrangig die Vergleichbarkeit der Art der ausgeführten Leistung, die Vergleichbarkeit des Kostenaufwands sowie die Vergleichbarkeit des Zeitaufwands zu berücksichtigen, da es bei der Analogberechnung darum geht, den Zahnarzt für eine nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistungen leistungsgerecht zu honorieren. Nach den Feststellungen der Sachverständigen besteht Gleichwertigkeit sowohl hinsichtlich der Art als auch der Kosten und des Zeitaufwandes mit einer indirekten Goldversorgung. In beiden Fällen muss das Material vorübergehend plastisch gemacht werden, um es in die entsprechende Form zu bringen. Diese plastische Masse wird schichtweise in Form gebracht, eingeklebt und ausgehärtet, mithin ist die Art der Leistung vergleichbar. Die Tatsache, dass bei den ursprünglichen Einlagefüllungen Labortätigkeiten notwendig waren, steht der Vergleichbarkeit nicht entgegen, da mittlerweile auch nicht laborgefertigte Einlagefüllungen existieren und die Gebührennummern 215 bis 217 nicht zwischen laborgefertigten und nicht laborgefertigten Einlagefüllungen unterscheiden. Auch der Zeitaufwand ist ähnlich: Die notwendigen Arbeitsschritte bei dem Dentinadhäsiven Mehrschichtrekonstruktionsverfahren nehmen nach den Ausführungen der Sachverständigen ungefähr so viel Zeit in Anspruch wie die einer Inlayversorgung – wobei einige Arbeitsschritte identisch sind, einige dagegen nur bei der einen oder anderen Verfahrensweise anfallen. Bei beiden Verfahren wird nicht nur ein Loch mit einem plastischen Material verschlossen, sondern eine Präparation durchgeführt und eine plastische Masse schichtweise in Form gebracht, eingeklebt und ausgehärtet. Soweit unterschiedliche Arbeitsschritte erforderlich sind, sind diese vom Zeitaufwand nach den Feststellungen der Sachverständigen denjenigen vergleichbar, die stattdessen bei einer indirekten Versorgung anfallen. So entsprechen nach den Ausführungen der Sachverständigen die Modellation der adhäsiven Mehrschichtrekonstruktion, die schichtweise Einbringung und Polymerisation des Kompositmaterials, das Einschleifen sowie das Polieren in etwa dem Zeitaufwand für Abformung und Provisorium bei einer Inlayversorgung. Da schließlich unstreitig ist, dass die Kosten einer Kompositfüllung weitaus höher sind als die einer "normalen" Füllung, erscheint dem Gericht eine Heranziehung der Gebührennummern 215 ff. auch unter diesem Gesichtspunkt gerechtfertigt.

VG Darmstadt
Az 5 E 787/05 (3)
Urteil vom 27.10.2006

Spätestens seit der grundlegenden, den Beteiligten bekannten Entscheidungen des LG Frankfurt vom 24.11.2004 – 2-16 S 173/99 – ist geklärt, dass die Versorgung eines Zahnes mit der dentin-adhäsiven Mehrschichttechnik in der gegenwärtig praktizierten Ausgestaltung erst nach In-Kraft-Treten der GOZ Mitte der 90er Jahre zur Praxisreife gelangte und vom Sach- und Zeitaufwand mit der einer Inlayversorgung eines Zahnes vergleichbar ist.

Hinsichtlich des weiter anhängigen Streits zur Schwellenwertbegrenzung auf den nach Auffassung der kostenerstattenden Stelle maximal zulässigen 1,5-fachen Wert führt das LG Frankfurt in seiner Entscheidungsbegründung aus, dass sich Inlayversorgung und dentinadhäsive Mehrschichttechnik vom Sach- und Zeitaufwand des Zahnarztes entsprechen:

Anhaltspunkte dafür, dass die dentinadhäsive Mehrschichttechnik eine generelle Beschränkung auf den 1,5-fachen Steigerungssatz rechtfertige, ergeben sich aus diesen Darlegungen nicht. Das Landgericht Frankfurt am Main weist

vielmehr darauf hin, dass es auch bei einer Inlayversorgung verschiedene Ausführungen gibt, nach denen die GOZ trotz unterschiedlicher Arbeitsschritte und Vorarbeiten nicht differenziert. Demzufolge genügt es für die Zulässigkeit einer Analogbewertung, dass die dentinadhäsive Mehrschichttechnik vom Sach- und Zeitaufwand im Wesentlichen der in der GOZ geregelten Leistungsbeschreibung entspricht. Das ist nach den Feststellungen des LG Frankfurt, auf die Bezug genommen wird und die vom erkennenden Gericht geteilt werden, der Fall.

Aus den Feststellungen des Landgerichts Frankfurt am Main ergibt sich ohne weiteres die Zulässigkeit einer analogen Abrechnung. Aus ihnen ergibt sich auch, dass der Zahnarzt wie bei einer Inlayversorgung einen Betrag bis zum 2,3-fachen Schwellenwert ohne weitere Begründung gemäß § 10 (3) berechnen darf. Die dem Erlass zugrunde liegende Differenzierung, die sich allein auf einem geringeren Zeitaufwand des Zahnarztes gründet, reicht für eine generelle Beschränkung auf den 1,5-fachen Steigerungssatz nicht aus. Denn auch eine einstündige Inlayversorgung würde den 2,3-fachen Steigerungssatz rechtfertigen. Die kostenerstattende Stelle müsste vielmehr plausibel geltend machen, dass der vom Zahnarzt gewählte Steigerungssatz jenseits des zulässigen Beurteilungsspielraums liegt und aus dem Gesichtspunkt des billigen Ermessens (§ 315 (3) BGB) schlechthin unvertretbar ist. Dafür sind ausreichende Anhaltspunkte nicht ersichtlich.

AG Köln
Az 116 C 110/02
Urteil vom 30.06.2003

Hinsichtlich der Kunststoff-Mehrschicht-Füllung im Zahn 16 ist entgegen der Auffassung der Krankenversicherung die Gebührennummer 216 analog berechenbar. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass die erbrachte Mehrschichtrekonstruktion zunächst einer definitiven konservierenden Versorgung diente und daher entsprechend einer Empfehlung der Bundeszahnärztekammer analog Gebührennummer 216 GOZ berechnet werden durfte.

Anspruch auf Erstattung

BUNDESGERICHTSHOF

Az IV ZR 244/04

Urteil vom 18.01.2006

Die Erstattungsfähigkeit zahnärztlicher Sachkosten [Anmerkung: Gemeint sind Leistungen/Kosten die von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin oder einem zahntechnischen Labor als Laborkosten nach § 9 berechnet werden.] kann durch Einführung von Höchstgrenzen unter Anknüpfung an bestimmte Leistungen in einer dem gewählten Tarif angehängten so genannten Sachkostenliste beschränkt werden.

OLG Köln

Az 5 U 144/04

Urteil vom 23.03.2005

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Köln

Az 3 O 431/02 [oder auch 3 O 341/02]

Urteil vom 27.07.2004

Es ist und bleibt zunächst Aufgabe des Patienten, sich um seine Versicherungsangelegenheiten zu kümmern. Wenn er selbst nicht die Stellungnahme des Versicherers abwartet, dem er ja immerhin den Heil- und Kostenplan zugesandt hat, ist dies ein grobes Verschulden gegen sich selbst. Auch wusste der Patient selbst besser als die behandelnde Zahnärztin, dass er Beamter war und damit nicht ohne weiteres einem sonstigen zu 100 % privat Versicherten vergleichbar. Es ist Allgemeinwissen, dass teure Zahnbehandlungen für Kassen- wie für Privatpatienten regelmäßig mit eigenen Kosten verbunden sind. Es ist auch dem durchschnittlichen Patienten klar, dass Versicherungsschutz höchst unterschiedlich ausgestaltet sein kann. Dass ein Arzt oder Zahnarzt, der dem Patienten eine aufwändige Behandlung empfiehlt, an der der Arzt nicht zuletzt auch selbst verdienen will und muss, nicht eine verlässliche Aussage zu jeder erdenklichen Form von privatem Versicherungsschutz treffen kann, insbesondere dann nicht, wenn beamtenrechtliche Besonderheiten eine Rolle spielen können, muss einem sorgfältig überlegenden und handelnden Patienten klar sein. Warum der Patient angesichts solcher sich aufdrängender Zweifel sich rundum auf die Einschätzung der Zahnärztin verlassen und noch nicht einmal die Antwort seines Versicherers abgewartet hat, ist nicht verständlich. Das hierin liegende Verschulden gegen sich selbst ist nicht geringer zu bewerten als dasjenige der behandelnden Ärztin, aber auch nicht höher.

Aufklärungspflicht

OLG Köln
Az 5 U 144/04
Urteil vom 23.03.2005

abänderndes Berufungsurteil zum

LG Köln
Az 3 O 431/02 [oder auch 3 O 341/02]
Urteil vom 27.07.2004

Der Patient kann von seiner Zahnärztin Freistellung von der Hälfte der ihn treffenden Honorarbelastung aus dem Gesichtspunkt der positiven Verletzung des Behandlungsvertrages verlangen, denn die Zahnärztin hat ihre Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung – eine vertragliche Nebenpflicht im Sinne von § 241 Abs. 2 BGB n.F. – schuldhaft verletzt, indem sie ohne genaue Kenntnis der Sachlage gegenüber dem Patienten äußerte, die umfangreiche Implantatbehandlung werde vollständig von seinem Versicherer getragen, und indem sie die Behandlung begann, ohne die Stellungnahme des Versicherers des Beklagten abzuwarten. Grundsätzlich gilt zwar, dass die Überprüfung der Erstattungspflicht des eigenen Versicherers Sache des Patienten und nicht die des Arztes ist. Die Pflicht zu wirtschaftlicher Aufklärung umfasst nicht die Aufgabe, anstelle des Patienten zu klären, ob und in welchem Umfang der Versicherer eintritt und demnach Kosten beim Patienten verbleiben. Der Arzt bzw. Zahnarzt ist nicht verpflichtet, von sich aus Details des Versicherungsschutzes eines Patienten zu erfragen. Es ist auch nicht grundsätzlich Pflicht des Arztes abzuwarten, bis die Frage der Kosten zwischen Patient und Versicherer geklärt ist. Aufklären muss der Arzt bzw. Zahnarzt nur über die anfallenden Kosten, hier durch Erstellen eines Heil- und Kostenplanes. Wenn zu befürchten ist, dass der Patient selbst Kosten zu tragen hat (was bei Implantatbehandlungen regelmäßig der Fall sein dürfte), besteht ferner eine entsprechende Hinweispflicht des Arztes jedenfalls dann, wenn Fehlvorstellungen des Patienten erkennbar sind. Insgesamt beurteilt sich die Pflicht zu wirtschaftlicher Aufklärung nach den Einzelfallumständen. Allerdings verhält sich ein Arzt/Zahnarzt fehlerhaft, wenn er quasi “ins Blaue hinein“ Auskünfte zur Frage der Erstattungsfähigkeit von bestimmten Kosten abgibt, ohne dass dies auf einer sorgfältigen Abklärung der individuellen Situation des Patienten beruht. Der Arzt/Zahnarzt ist aus Sicht des Patienten auch in versicherungstechnischen Dingen (in Grenzen) Fachmann. Er wird häufig recht gut einschätzen können, ob bestimmte Kosten von einer privaten Versicherung getragen werden oder nicht, und zwar möglicherweise besser als der Patient selbst, der bestimmte kostenträchtige Behandlungen nur einmal im Leben vornehmen wird. Gibt ein Arzt/Zahnarzt eine persönliche Einschätzung zur Kostenerstattung ab, stellt er sie gar als gesicherte Erfahrung oder Erkenntnis hin, muss er damit rechnen, dass der Patient sich auf ihn verlässt. Eine Auskunft muss daher entweder richtig sein oder unterbleiben. Eine insoweit falsche Auskunft muss umgekehrt zur Haftung führen. Gleiches gilt für den Beginn einer Behandlung, wenn er erkennt, dass die Kostenfrage noch nicht hinreichend geklärt ist, insbesondere eine Antwort auf einen eingereichten Heil- und Kostenplan noch nicht vorliegt, der Patient aber ersichtlich von einer vollen Kostenerstattung ausgeht, ohne dass dies auf sicherer tatsächlicher Grundlage beruht. Hier muss der Arzt/Zahnarzt auf

etwaige Risiken hinweisen und notfalls zu einer Verschiebung des Behandlungsbeginns raten. Keinesfalls aber darf er den Patienten in seiner Fehlvorstellung bestärken und seinerseits zu einem verfrühten Behandlungsbeginn raten.

Behandlungsunterlagen - Einsichtnahme und Aushändigung

Landgericht Stuttgart
Az 16 S 57/97
Urteil vom 17.07.1997

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Kirchheim/Teck
Az 1 C 706/96
Urteil vom 20.02.1997

Hinsichtlich der vorliegend allein streitigen Rechtsfrage, ob dem Patienten (bzw. einem von ihm benannten Arzt) gemäß § 178 m VVG ein Anspruch auf Einsichtnahme in die im Schreiben der Private Krankenversicherung erwähnte ärztliche Stellungnahme zusteht, teilt das Gericht im Prinzip die Auffassung des Amtsgerichts. Zu Recht bejaht das Amtsgericht einen sich aus § 178 m VVG ergebenden Anspruch des Patienten auf Einsichtnahme in die streitgegenständliche ärztliche Stellungnahme, auf die sich die Private Krankenversicherung bei der Ablehnung ihrer Leistungspflicht berufen hat. Denn die Voraussetzungen für einen Einsichtnahmeanspruch nach der genannten Vorschrift liegen vor.

Bereits nach dem Wortlaut der im Jahre 1994 in das Versicherungsvertragsgesetz aufgenommenen Vorschrift des § 178 m ist ein Einsichtnahmerecht des Patienten gegeben, da es sich bei der streitgegenständlichen, im Schreiben der Privaten Krankenversicherung erwähnten „Stellungnahme“ auch nach Auffassung des Gerichts um ein „Gutachten“ handelt, das die Private Krankenversicherung „bei der Prüfung ... (ihrer) Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat“.

Die Private Krankenversicherung beruft sich in diesem Zusammenhang zu Unrecht darauf, daß es sich bei der streitgegenständlichen ärztlichen Stellungnahme nicht um ein „Gutachten“ im Sinne des § 178 m VVG handele. Dem Vortrag der Privaten Krankenversicherung ist lediglich darin zuzustimmen, daß nicht entscheidend ist, ob die Stellungnahme ausdrücklich als „Gutachten“ bezeichnet ist oder nicht, sondern daß es darauf ankommt, welchen Inhalt die betreffende Stellungnahme hat; deshalb kommt dem Umstand, daß die Private Krankenversicherung selbst in ihren Schreiben von der Stellungnahme eines „unabhängigen Gutachters“ bzw. eines „neutralen Gutachters“ spricht, nach Auffassung des Gerichts keine entscheidende Bedeutung zu.

Entbindung von der Schweigepflicht

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT

Az 1 BvR 2027/02

Beschluss vom 23.10.2006

aufhebende und zurückverweisende Entscheidung
zum Urteil des

OLG Celle

Az 8 U 59/01

Urteil vom 28.02.2002

Tenor: Versicherte können zur Wahrung ihrer informationellen Selbstbestimmung die Unterzeichnung einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung verweigern.

In dem diesem Beschluss zu Grunde liegenden Verfahren war über die Beschwerde einer Versicherten zu entscheiden, die die Unterzeichnung einer allgemeinen Schweigepflichtentbindung gegenüber der Privaten Krankenversicherung verweigert hatte. Das Versicherungsunternehmen hatte hierauf Versicherungsleistungen abgelehnt. Das Angebot der Versicherten, statt der allgemeinen Schweigepflichtentbindung Einzelmächtigungen für jedes Auskunftersuchen zu erteilen, war der Versicherung nicht ausreichend. Gegen die Verweigerung der Versicherungsleistungen zog die Versicherte vor Gericht und unterlag damit vor den Instanzgerichten.

Das zuletzt angerufene Bundesverfassungsgericht sieht die Beschwerdeführerin in ihrem Recht auf informationelle Selbstbestimmung verletzt. Zugleich wurde mit diesem Beschluss auch das Recht der Versicherer bestätigt, für die Prüfung von Leistungsanträgen eine umfassende Mitwirkung des Versicherten einschließlich der Offenlegung aller sachdienlichen Informationen verlangen zu können.

Grundsätzlich ist die derzeit verwendete umfassende Schweigepflichtentbindungserklärung deshalb weiterhin zulässig. Allerdings muss dem einzelnen Versicherten zur Wahrung seiner informationellen Selbstbestimmung eine Alternative angeboten werden. Diese kann insbesondere darin bestehen, jeweils Einzelmächtigungen zur Entbindung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht zu erteilen.

Das Bundesverfassungsgericht hat dazu klargestellt, dass die z. B. mit Einzelfallermächtigungen verbundenen höheren Kosten und die Nachteile aus der Verzögerung der Leistungsprüfung letztlich von dem Versicherten zu tragen sind, der eine allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung ablehnt. Die Kosten dürften allerdings nicht so hoch sein, dass sie einen informationellen Selbstschutz unzumutbar machen. Verweigert der Versicherte darüber hinaus eine zur Leistungsprüfung nötige Schweigepflichtentbindung im Einzelfall bzw. die Übermittlung entsprechender Informationen, ist der Versicherer berechtigt, den Leistungsantrag abzulehnen.

Invisalign

LG Koblenz
Az 14 S 388/03
Urteil vom 16.03.2006

aufhebendes Berufungsurteil zum

AG Mayen
Az 2 C 652/03

Die Behandlung mit Invisalign-Schienen war nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme sowohl nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst eine medizinisch notwendige Versorgung nach § 1 (2) als auch nach § 6 (2) analog abrechenbar. Die kieferorthopädische Behandlung war zunächst an sich medizinisch notwendig gewesen, da es nach den objektiven medizinischen Befunden und anerkannten ärztlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als notwendig und geeignet anzusehen. Der Sachverständige hat hierzu in überzeugender Weise ausgeführt, dass die Klägerin nach den diagnostischen Unterlagen ein kieferorthopädisch relevantes Krankheitsbild mit den Leitsymptomen „Drehstände“, „Lückenbildung“ und „vergrößerte sagittale Stufe“ zeigte und mithin therapeutische Zahnbewegungen in Form leichter Retrusionen der Oberkiefer-Front zum Lückenschluss, leichte Protrusionen der Unterkiefer-Front, eine Derotation der Zähne sowie eine minimale Nivellierung der Zahnbögen im Rahmen der geplanten kieferorthopädischen Behandlung notwendig waren.

Für die Durchführung der Behandlung sind grundsätzlich zwei medizinische Behandlungsmethoden geeignet. Zum einen die im Leistungskatalog der GOZ aufgeführte Behandlung mit festsitzenden Behandlungsapparaturen (sogenannter Metallbrackets), zum anderen eine Behandlung mit Invisalign-Schienen. Eine solche mithin nach Erlass der Gebührenordnung für Zahnärzte am 22. Oktober 1987 neu entwickelte Leistung begründet die Leistungspflicht des Krankenversicherers in Form einer Analogberechnung nach § 6 (2), wenn die jeweilige Methode sich in der Praxis als erfolgversprechend bewährt hat, diese keine höheren Kosten verursacht als die Anwendung der bislang vorhandener schulmedizinischer Methoden und beim jeweiligen Patienten nicht kontraindiziert ist.

Sonstiges

Lagerhaltungskosten

LG Hannover
AZ 19 S 43/04
Urteil vom 21.10.2004

abänderndes Berufungsurteil zum

AG Burgwedel
Az 70 C 40/03 (III)
Urteil vom 28.04.2004

Es besteht kein Anspruch auf Erstattung von Lagerhaltungskosten für das restliche verbleibende Implantatmaterial, weil diese Positionen zu den allgemeinen Praxiskosten zählen, die gemäß § 4 (3) mit den Zahnarztgebühren abgegolten sind.

Notwendigkeit von Keramik- Verblendungen und -Inlays

LG Essen
Az 1 O 215/02
Urteil vom 10.01.2005

Der bisherigen Rechtsprechung des Gerichts entspricht es jedoch, die medizinische Notwendigkeit der Vollverblendung hinterer Backenzähne fallbezogen zu beurteilen. Das Argument, eine Verblendung von Zahnkronen ab Zahn 7 mit dem Ziel einer Angleichung der Kronen an die natürliche Farbe der eigenen Zähne erfüllte keine zahnmedizinische, sondern allein eine kosmetisch/ästhetische Funktion, trifft auf die Verblendung aller anderen Zähne im selben Maße zu. Auch die Verblendung von Frontzähnen hat im Wesentlichen ästhetische Funktion, dennoch steht deren Erstattung selbst im Rahmen der Pflichtversicherung außer jeder Diskussion. Die medizinische Notwendigkeit einer ärztlichen/zahnärztlichen Maßnahme umfasst nach zeitgemäßem Standard auch das Bemühen, die optisch störenden Folgen des Eingriffs bzw. eine erforderliche Prothetik im Rahmen des wirtschaftlich Vertretbaren möglichst wenig sichtbar werden zu lassen.

Hieraus folgt nach Auffassung des Gerichts für den Fall der privatärztlichen Zahnbehandlung, die sich nicht an der noch ausreichenden Wahrung des Standards orientieren muss, dass die prothetische Versorgung von Zähnen nicht auffallen soll; denn es ist ohne Weiteres und ohne deutlich übertriebenen Kostenaufwand möglich, die Überkronungen nicht sichtbar werden zu lassen. Das gilt für die Backenzähne wie für jeden anderen Zahn. Bezogen auf den konkreten Fall kommt es daher darauf an, ob die nicht (voll)verblendete Überkronung von Backenzähnen im Mund des Patienten unter gewöhnlichen Umständen auffiele. Auf Grund der Feststellungen des Gutachters wäre das hier aber der Fall. Der Gutachter führt hierzu auf Grund persönlicher Untersuchung des Patienten aus, dass er eine ziemlich große und breite Mundöffnung hat, so dass beim Sprechen, vor allem aber beim Lachen, auch die hinteren Backenzähne sichtbar werden. Eine Prothetik, durch die der Patient im Sinne einer Einsparung von maximal 130 Euro pro Krone fortan veranlasst würde, hinter vorgehaltener Hand zu lachen, entspräche nicht einem guten zahnärztlichen Standard, für dessen Kosten der Kläger Erstattung verlangen kann.

Hinsichtlich der Zahnfarbenbestimmung und der individuellen Charakterisierung der Keramik gilt: Zur notwendigen Heilmaßnahme gehört nicht nur das funktionell Unerlässliche, sondern auch die Diskretion der Prothetik. Ein deutlich sichtbar „falschen Gebiss“ entspricht nicht mehr dem Standard. Allerdings hat der Standard eine erhebliche Bandbreite von noch ausreichender bis zu sehr guter Leistung. Der Patient ist nicht pflichtversichert; er hat daher nicht nur Anspruch auf eine den medizinischen Standard ausreichend wahrende Leistung, sondern kann jede Leistung in Anspruch nehmen, soweit sie nicht über den Standard hinaus geht. Die vorliegende Leistung ist laut Gutachten sehr gut. Sie ist auch kein überflüssiger Aufwand, denn sie dient dem vernünftigen Zweck, die Prothetik zu kaschieren. Daher unterliegt sie der Erstattungspflicht der privaten Krankenversicherung.

LG Köln
Az 23 O 501/03
Urteil vom 11.01.2006

Schließlich steht nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme auch die medizinische Notwendigkeit der Zusatzleistungen im Bereich der Zahnfarbenbestimmung und Keramikverblendung fest. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten darauf hingewiesen, dass diese Maßnahmen letztlich einen hohen ästhetischen Standard des Zahnersatzes gewährleisten sollen. Dennoch kann die medizinische Notwendigkeit nicht mit dem Hinweis darauf verneint werden, dass es sich lediglich um eine kosmetische Behandlung gehandelt habe. Entscheidend ist, dass es sich bei der Implantatbehandlung selbst um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung gehandelt hat. Im Bereich des Zahnersatzes muss aber gewährleistet werden, dass der implantierte Zahnersatz zu einem einheitlichen, ästhetisch ansprechenden Gesamtbild führt. Dies wird als allgemein erwarteter und angemessener Standard einer zahnärztlichen Ersatzbehandlung angesehen. Der Patient hat einen Anspruch auf eine auch unter ästhetischen Gesichtspunkten einwandfreie Leistung. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Kosten dieser Zusatzleistung gegenüber den Gesamtbehandlungskosten relativ geringfügig sind.

AG Wuppertal
Az 39 C 325/05
Urteil vom 05.04.2007

Abzuweisen war die Klage, soweit der Patient von seiner Krankenversicherung Erstattung der anteiligen Kosten für die Verblendung des Zahnes 37 verlangt. Nach dem Versicherungsvertrag hat der Patient nur Anspruch auf Erstattung der Kosten einer notwendigen Heilbehandlung. Wie der Sachverständige ausgeführt hat, war die Verblendung des nicht sichtbaren Seitenzahnes 37 indes medizinisch nicht notwendig. Der Umstand, dass die Kosten der Verblendung möglicherweise unter den Kosten einer Vollgusskrone gelegen haben, führt nicht zur Erstattungsfähigkeit der Kosten für die Verblendung.

Sonstiges

Professionelle Zahnreinigung

VG Berlin
Az VG 36 A 161.06
Urteil vom 13.07.2007

Der beihilfeberechtigte (klagende) Patient hat keinen Anspruch auf die beantragte Beihilfe für Leistungen der professionellen Zahnreinigung (nach Gebührennummer 404 analog). Die Beihilfestelle hat diese Leistung zu Recht nach der Gebührennummer 405 abgerechnet.

Standardtarif - Beihilfe

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof
Az 14 BV 02.3276
Beschluss vom 30.03.2006

abänderndes Urteil zum

VG Regensburg
AZ RN 3 K 01.2269
Urteil vom 06.11.2002

Die Beihilfestelle verletzt durch die Anwendung des § 5a GOZ bei der Entscheidung über Beihilfeanträge des Beihilfeberechtigten dessen Rechte nicht. Die Beschränkung der Beihilfe gemäß § 5 (1) Satz 2 BhV für zahnärztliche Leistungen gemäß § 5a GOZ auf einen 1,7-fachen Steigerungssatz verstößt weder gegen das Alimentationsprinzip, noch die Fürsorgepflicht des Dienstherrn, noch den Gleichheitsgrundsatz.

Der beihilfekonforme Standardtarif, in dem der Kläger versichert ist, soll eine preiswerte Versicherungsmöglichkeit für Beamte ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens und ohne Risikozuschlag ermöglichen, die nach allgemeinen Aufnahmebedingungen der Krankenversicherungen aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten (§ 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V). Im beihilfekonformen Standardtarif sind nicht etwa gewisse Leistungen nicht versicherbar. Vielmehr ist die Versicherungsleistung gegenüber dem Normaltarif dadurch reduziert, dass anders als im Normaltarif nicht ein Schwellenwert, dem eine 2,3-fache, sondern nur 1,7-fache Steigerung zu Grunde liegt, erstattet wird. Gemäß § 5b GOÄ und § 5a GOZ darf aber auch der Arzt oder Zahnarzt nur bis zum 1,7-fachen des Gebührensatzes liquidieren, weshalb zugleich die Beihilfeleistungen auf einen 1,7-fachen Steigerungssatz beschränkt sind (§ 5 Abs.1 Satz 2 BhV i.V.m. § 5a GOZ). Insoweit sind die Kosten für ärztliche und zahnärztliche Leistungen durch die private Krankenversicherung im beihilfekonformen Standardtarif einerseits und die Beihilfe andererseits grundsätzlich abgedeckt. Es kann deshalb dahinstehen, ob dem Kläger vorgehalten werden kann, er hätte gegenwärtig nicht mehr realisierbare Versicherungsmöglichkeiten gehabt. In Betracht gekommen wäre die freiwillige gesetzliche Weiterversicherung in der DAK oder die auf die Zeit vom 1. Juli bis zum 31. Dezember 2000 begrenzte Öffnungsaktion der privaten Krankenversicherungsunternehmen zu erleichterten Bedingungen für einen Personenkreis, dem bislang der Wechsel in die private Krankenversicherung wegen Behinderung oder Vorerkrankungen verwehrt oder erschwert war, wobei ein möglicher Risikozuschlag auf maximal 30 % begrenzt war. Die private Krankenversicherung im beihilfekonformen Standardtarif stellt jedenfalls eine ausreichende Versicherungsmöglichkeit im Rahmen des Alimentationsprinzips dar.

Dies gilt auch, soweit der Kläger Schwierigkeiten hat, zu den Bedingungen des beihilfekonformen Standardtarifs gemäß § 5a GOZbehandlungsbereite Zahnärzte zu finden, und er gezwungen sein mag, sich auf Behandlungsverträge einzulassen, wonach eine dem Normaltarif entsprechende Honorarbe-

rechnung mit einem Steigerungssatz von gewöhnlich 2,3 vereinbart wird. Ihm verbleibt damit nicht etwa eine Belastung in der Höhe des Honorar abzüglich der Leistung der privaten Krankenversicherung, sondern lediglich in Höhe der Differenz zwischen einem mit einem Steigerungssatz von 2,3 berechneten Honorar und einem solchen, dem ein Steigerungssatz von 1,7 zu Grunde gelegt ist, wovon die Versicherungsleistungen wiederum abzuziehen sind. Diese Differenz liegt im Allgemeinen durchaus in einem Rahmen, der dem Kläger zumutbar ist und eine Einschränkung der Lebensführung nicht erforderlich macht.

Sonstiges

Zuordnung von Gebührennummern durch Kostenerstatter

LG Frankfurt
Az 2-21 O 39/00
Urteil vom 01.10.2004

Werden konservierende Maßnahmen (z.B. Tätigkeiten im Rahmen eines Stiftaufbaus) zum Zwecke einer nachfolgenden prothetischen Versorgung vorgenommen, so können diese Leistungen und die damit einhergehenden Laborkosten aus dem Segment „C. Konservierende Leistungen“ bei der tariflichen Erstattung vom Versicherungsunternehmen nicht dem Segment „F. Prothetische Leistungen“ mit tariflich anderer Erstattungshöhe zugerechnet werden.

LG Essen
Az 1 O 215/02
Urteil vom 10.01.2005

Obwohl es sich bei den Leistungen nach den Gebührennummern 218, 227 und 229 um konservierende Leistungen handelt, sind sie gemäß Versicherungsvertrag wie prothetische Leistungen zu erstatten, da vertraglich geregelt ist: „Als Zahnersatz gelten auch die vorbereitenden Leistungen.“