



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 gesetzefremden 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 Gebührensatznummern 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 dieser 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  
Aufbauauffüllung,  
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 selbständige 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 Rechtstreits 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 Streitgegenständen 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 unstrittig 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 Einzelfalles 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 Behandlungunterlagen 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 Restorationsphase, 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 unstrittig 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 Einzelermächtigungen 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 Einzelermächtigungen zur Entbindung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht zu erteilen.

Das Bundesverfassungsgericht hat dazu klargestellt, dass die z. B. mit Einzelermächtigungen 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.“