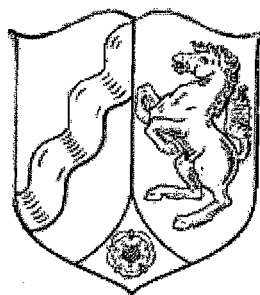


Vollstreckbare Ausfertigung



LANDGERICHT DUISBURG
IM NAMEN DES VOLKES
URTEIL

1 O 86/16

Verkündet am 14.02.2017
Laut Protokoll
[REDACTED] Justizhauptsekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

des Herrn Dr. [REDACTED] Mülheim an der Ruhr,

Klägers,

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte [REDACTED],
[REDACTED] Köln,

g e g e n

die [REDACTED] Krankenversicherung aG, [REDACTED]
[REDACTED] Mannheim,

Beklagte,

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] Köln,

hat die 1. Zivilkammer des Landgerichts Duisburg
durch den Vorsitzenden Richter am Landgericht Dr. [REDACTED] als Einzelrichter
auf die mündliche Verhandlung vom 13.12.2016

für Recht erkannt:

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 21.689,24 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 5.016,91 € seit dem 30.03.2012, aus weiteren 874,77 € seit dem 04.08.2012, weiteren 2.956,04 € seit dem 25.08.2013, weiteren 871,49 € seit dem 19.01.2014 und weiteren 3.366,69 € seit dem 07.03.2015 sowie aus weiteren 1.588,97 € seit dem 02.04.2012, weiteren 470,78 € seit dem 03.08.2012, weiteren 3.757,96 € seit dem 22.09.2012, weiteren 1.533,35 € seit dem 04.09.2013 und weiteren 1.252,28 € seit dem 14.01.2014 sowie aus 3.482,33 € vom 30.03. bis zum 14.05.2012, aus weiteren 587,98 € vom 04. bis zum 14.08.2012, aus weiteren 2.068,62 € vom 25.08. bis zum 20.10.2013, aus weiteren 479,32 € vom 19.01. bis zum 05.02.2014 sowie aus weiteren 2.573,32 € vom 07. bis zum 16.03.2015 und aus weiteren 1.667,17 € vom 02.04. bis zum 14.05.2012, aus weiteren 305,36 € vom 03. bis zum 14.08.2012, aus weiteren 6.545,87 € vom 22.09. bis zum 23.10.2012, aus weiteren 868,69 € vom 04.09. bis zum 20.10.2013 und weiteren 1.306,87 € vom 14.01. bis zum 05.02.2014 zu zahlen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die durch die Erhebung der Klage beim Landgericht Münster verursachten Mehrkosten hat der Kläger zu tragen. Die übrigen Kosten des Rechtsstreits werden zu 8 % dem Kläger und zu 92 % der Beklagten auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar, für den Kläger gegen Sicherheitsleistung von 110 % des zu vollstreckenden Betrages. Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung von 110 % des gegen ihn insgesamt vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

Tatbestand

Der Kläger schloss mit dem beklagten Versicherer 1982 eine Krankheitskostenversicherung für sich und seine Ehefrau ab. Nach den zugrundeliegenden Versicherungsbedingungen hat der Versicherer im Versicherungsfall, der medizinisch notwendigen Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen, unter anderem Ersatz von Aufwendungen für die Behandlung zu leisten. Erstattungsfähig sollten nur die Gebühren sein, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte bzw. Zahnärzte entsprechen. Eingeschlossen in den Vertrag ist der Tarif MZ. Die zur Zeit des Vertragsschlusses geltenden MB/KK 76 sehen in Teil II für den Tarif MZ die Erstattung von Aufwendungen für 1. konservierende Zahnbehandlung, 2. Extraktion, Zahnfleischbehandlung, 3. Krone, Brücke, Gussfüllung, 4. Zahnprothesen, 5. Zahn- und Kieferregulierung unter Ausschluss der Kosten für Immediatprothesen vor. Nach Teil III der Bedingungen beträgt die Erstattung für Krone, Brücke, Gussfüllung und Zahnprothesen, zusammengefasst als Leistungsposition B, 80 %, für die übrigen Maßnahmen, Leistungsposition A, 100 %.

Sowohl der Kläger als auch seine Ehefrau hatten im Jahre 2005 mit dem Zahnarzt Dr. M. [REDACTED] Vergütungsvereinbarungen geschlossen, nach denen für im Einzelnen aufgeführte Gebührensätze jeweils bestimmte Abrechnungssätze – zum Teil 5,9-fach, 7-fach und 8,2-fach – gelten sollten. 2012 wurden neue Gebührenvereinbarungen dieser Art getroffen. Der Kläger und seine Ehefrau schlossen im Jahre 2010 Gebührenvereinbarungen mit dem Oralchirurgen Dr. K. [REDACTED] ab, die ebenfalls Gebührensätze zum Teil oberhalb des 3,5-Fachen vorsehen. Für die Einzelheiten der Gebührenvereinbarungen wird auf die zur Akte gereichten Abschriften verwiesen.

Für die Behandlung des Klägers rechnete Dr. M. [REDACTED] am 22.02.2012 8.730,77 € ab. Die Rechnung reichte der Kläger mit Schreiben vom 27.02.2012 bei der Beklagten zur Erstattung ein. Die Beklagte rechnete mit Schreiben vom 15.05.2012 3.482,33 € ab, die sie an den Kläger erstattete. Am 29.06.2012 rechnete Dr. M. [REDACTED] 1.572,65 € für Behandlungen des Klägers ab. Der Kläger reichte die Rechnung unverzüglich bei der Beklagten ein. Mit Leistungsabrechnung vom 15.08.2012 erstattete die Beklagte 587,98 €. Weitere 5.174,28 € rechnete Dr. M. [REDACTED] am 15.07.2013 ab. Auch diese Rechnung reichte der Kläger unverzüglich zur Erstattung ein. Mit Abrechnung vom 21.10.2013 erstattete die Beklagte 2.068,62 €. Für weitere Behandlungen des Klägers stellte Dr. M. [REDACTED] am 12.12.2013 1.400,52 € in Rechnung. Der Kläger reichte die Rechnung

unverzüglich bei der Beklagten ein. Sie erstattete mit Abrechnung vom 06.02.2014 hierauf 479,32 €. Am 26.01.2015 berechnete Dr. M. [REDACTED] für Behandlungen des Klägers 5.979,63 €. Der Kläger reichte die Rechnung unverzüglich bei der Beklagten zur Erstattung ein. Die Beklagte erstattete mit Leistungsabrechnung vom 17.03.2015 2.573,32 €. Für Behandlungen der Ehefrau des Klägers berechnete Dr. M. [REDACTED] unter dem 22.02.2012 3.372,85 €. Der Kläger reichte die Rechnung mit Schreiben vom 29.02.2012 bei der Beklagten ein. Mit Schreiben vom 15.05.2012 rechnete die Beklagte ab und erstattete 1.667,17 €. Am 29.06.2012 rechnete Dr. M. [REDACTED] für Behandlungen der Ehefrau des Klägers 829,24 € ab. Der Kläger reichte die Rechnung unverzüglich bei der Beklagten ein, die unter dem 15.08.2012 305,36 € abrechnete und erstattete. Am 18.08.2012 rechnete Dr. K. [REDACTED] für Behandlungen der Ehefrau des Klägers insgesamt 11.254,13 € ab. Der Kläger reichte die Rechnungen unverzüglich zur Erstattung ein. Die Beklagte erstattete mit Leistungsabrechnung vom 24.10.2012 6.545,87 €. Am 31.07.2013 stellte Dr. M. [REDACTED] für Behandlungen der Ehefrau des Klägers 2.435,58 € in Rechnung. Nachdem der Kläger die Rechnung unverzüglich bei der Beklagten eingereicht hatte, rechnete diese am 21.10.2013 868,69 € ab, die sie an den Kläger erstattete. Am 12.12.2013 berechnete Dr. M. [REDACTED] für Behandlungen der Ehefrau des Klägers weitere 2.600,35 €. Der Kläger reichte die Rechnung unverzüglich bei der Beklagten ein. Die Beklagte erstattete mit Leistungsabrechnung vom 06.02.2014 1.306,87 €. Für die Einzelheiten der Rechnungen der Dres. M. [REDACTED] und K. [REDACTED] wird auf die zur Akte gereichten Abschriften verwiesen. Gleiches gilt für die Leistungsabrechnungen der Beklagten.

Mit der Klage verfolgt der Kläger die Zahlung der von der Beklagten nicht erstatteten Rechnungsbeträge. Der Kläger ist der Ansicht, dem Versicherungsverhältnis lägen weiter die bei dessen Zustandekommen geltenden MB/KK 76 in der Fassung aus 1982 zu Grunde. Nach diesen Bedingungen seien lediglich für Kronen, Brücken, Gussfüllungen und Zahnprothesen 80 % zu erstatten. Für die übrigen Leistungen betrage die Erstattung 100 %. Die Beklagte habe die Versicherungsbedingungen nicht einseitig ändern können. Die mit Dr. M. [REDACTED] und Dr. K. [REDACTED] getroffenen Gebührenvereinbarungen hält der Kläger nach Maßgabe des § 2 Abs. 1, 2 GOZ für wirksam. Die Beklagte habe die Rechnungsbeträge deshalb auch zu erstatten, soweit mehr als der 2,3-fache bzw. 3,5-fache Gebührensatz abgerechnet ist. Soweit die Beklagte für Zahnersatz nur 80 % der Aufwendungen erstattete, sei ihr aufzugeben, näher zu erläutern, welche Positionen sie kürzte.

Die einzelnen Gebührensatznummern seien in den Rechnungen zu Recht angesetzt. Ziffer 3 GOÄ / Ä3 könne bei Beratungen durch den Zahnarzt stets abgerechnet werden, weil der Zahnarzt die Beratung sonst nicht liquidieren könnte. Soweit Dr. M. [REDACTED] für Konsilien Ziffer 60 GOÄ / Ä60 abrechnete, seien Besprechungen mit anderen Ärzten tatsächlich geführt worden. Der Kläger vertritt die Ansicht, um welche Ärzte es sich handelte, müsse er nicht mitteilen. Er hat dann gleichwohl vorgetragen, mit welchen Ärzten die Konsilien gehalten worden sein sollen. Hierfür beruft sich der Kläger auf das Zeugnis des Herrn Dr. M. [REDACTED]. Ziffer 2290 GOZ könne neben anderen Gebührentatbeständen gesondert abgerechnet werden. Das ergebe sich aus dem zwischen den Parteien ergangenen Urteil des Landgerichts Münster vom 03.04.2012 zum Aktenzeichen 115 O 66/09. Die Abrechnungen bezögen sich auf die Entfernung von Kronen, nicht auf die Entfernung von mit Langzeitprovisorien versorgten Zähnen. Die Kürzung der Gebühr nach Ziffer 2030 GOZ – von Dr. M. [REDACTED] zum Teil mehrmals je Sitzung in Ansatz gebracht – hält der Kläger für unberechtigt. Insoweit trägt er jeweils eine Maßnahme je Sitzung vor, die der Abrechnung dieser Gebührensatznummer zugrunde gelegen haben soll. Ziffer 0070 GOZ könne für die elektromechanische Parodontaldiagnostik angesetzt werden, weil es sich um eine vergleichbare Leistung im Sinne des § 6 Abs. 1 GOZ handele. Die Abrechnung sei für jede Kieferhälfte möglich, weil Ziffer 401 GOZ alter Fassung, der früher die Vergütung der Parodontaldiagnostik regelte, dies so vorsah. Ziffer 3060 GOZ sei zu Recht in Ansatz gebracht, weil die Maßnahmen des Zahnarztes über eine gewöhnliche Wundversorgung hinausgingen. Soweit Ziffer 4050 GOZ neben Ziffer 4090 GOZ für denselben Behandlungstag abgerechnet ist, beruhe das darauf, dass es sich um unterschiedliche Sitzungen gehandelt habe. Die durch Dr. K. [REDACTED] für die Behandlung der Ehefrau des Klägers am 28.05.2010 abgerechnete Ziffer 2442 GOÄ / Ä2442 sei aufgrund medizinischer Notwendigkeit, die sich aus den Behandlungsunterlagen ergebe, zu Recht in Ansatz gebracht. Soweit die Beklagte hiergegen Einwendungen erhebt, hätte sie die Behandlungsunterlagen einsehen können und sei nun mit ihrem Einwand ausgeschlossen. Soweit die Beklagte die medizinische Notwendigkeit der mit Ä2700 für den 14.01.2011 abgerechneten Maßnahmen bestreitet, sei das nicht nachzuvollziehen. Die für den 02.09.2010 durch Dr. Kochhan abgerechnete Gebühr nach Ziffer 701 GOZ mit dem Leistungstext „Präop. Modelloperation zur zahnbezogenen Implantation gemäß § 6 Abs. 2 der GOZ entsprechend GOZ 701: Aufbissbehelf mit adjustierbarer Oberfläche“ sei so abzurechnen, weil die Maßnahme erst nach Inkrafttreten der GOZ entwickelt worden sei. Der Ansatz der Ziffer 614 GOÄ durch Dr. K. [REDACTED] sei berechtigt. Angesichts der Dauer der Behandlungssitzung sei eine Überwachung mittels Pulsoxymetrie

angezeigt gewesen. Der Kläger meint, Beweis müsse er insoweit nicht antreten, weil die Beklagte Übermaßbehandlung zu beweisen habe. Die mit Ziffer 701 b GOZ abgerechnete Bohrschablone sei im Rahmen der Behandlung erforderlich gewesen. Soweit die Beklagte die Abrechnung der Ziffer 2675 GOÄ für den 14.01.2011 beanstandet, sei diese beweisbelastet, weil sie Übermaßbehandlung behauptete. Die Abrechnung des Zuschlags D für die Ehefrau des Klägers am 25.10.2012 beruhe auf einem Fehler. Richtigerweise hätte Herr Dr. M. [REDACTED] einen Zuschlag B abrechnen müssen, den der Kläger nunmehr unter Rücknahme der Klage um 2,33 € geltend macht. Er behauptet, Herr Dr. M. [REDACTED] habe um 20.25 Uhr eine telefonische Beratung für seine Ehefrau durchgeführt.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an ihn 20.055,83 € nebst Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 8.730,77 € vom 30.03.2012 bis zum 14.05.2012 und dann aus 5.248,44 € seit dem 15.05.2012, aus weiteren 1.572,65 € vom 04.08.2012 bis zum 14.08.2012 und dann aus 984,67 € seit dem 15.08.2012, aus weiteren 5.174,28 € vom 25.08.2013 bis zum 20.10.2013 und dann aus 3.105,66 € seit dem 21.10.2013, aus weiteren 1.400,52 € vom 19.01.2014 bis zum 05.02.2014 und aus 921,20 € seit dem 06.02.2014, aus weiteren 3.372,85 € vom 26.03.2012 bis zum 14.05.2012 und aus 1.705,68 € seit dem 15.05.2012, aus weiteren 829,24 € vom 03.08.2012 bis zum 15.08.2012 und aus 523,88 € seit dem 16.08.2012, aus weiteren 11.254,13 € vom 22.09.2012 bis zum 23.10.2012 und aus 4.708,26 € seit dem 24.10.2012, aus weiteren 2.433,25 € vom 04.09.2013 bis zum 20.10.2013 und aus 1.564,56 € seit dem 21.10.2013, aus weiteren 2.600,35 € vom 14.01.2014 bis zum 05.02.2014 und aus 1.293,48 € seit dem 06.02.2014 sowie weitere 3.406,31 € nebst Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 5.979,63 € vom 07. bis zum 16.03.2015 und aus 3.406,31 € seit dem 17.03.2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte vertritt die Ansicht, der Erstattung müssten eigentlich die AVB jüngerer Fassung zugrundegelegt werden. In diesem Rechtsstreit mögen, entsprechend dem Vortrag des Klägers, dennoch die AVB und Tarifbestimmungen Stand 1982 zugrundegelegt werden. Nach diesen seien implantologische Leistungen wie auch funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nicht erstattungsfähig, weil sie in den Bedingungen nicht aufgeführt sind. Gleichwohl habe sie die Erstattung insoweit nach den jüngeren Bedingungen vorgenommen. Die Beklagte meint, mehr als den 2,3-fachen bzw. – bei besonderer Begründung – 3,5-fachen Satz der Gebühren müsse sie nicht erstatten. Das ergebe sich aus Teil II MB/KK 76, wonach erstattungsfähig nur die Gebühren sind, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen. Eine Abrechnung über den 2,3-fachen bzw. 3,5-fachen Satz entspreche der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht. Das ergebe sich schon daraus, dass § 2 Abs. 1 GOZ vorsehe, dass durch Vereinbarung eine von dieser Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden könne. Wenn die Vergütung von der GOZ abweiche, könne sie ihr nicht entsprechen. Überdies seien die vom Kläger und seiner Ehefrau mit Dr. M. [REDACTED] und Dr. K. [REDACTED] geschlossenen Honorarvereinbarungen unwirksam. Zum einen handele es sich nicht um individuelle Vereinbarungen; sie seien den Versicherten vielmehr durch die Ärzte einseitig vorgegeben worden. Zum anderen ergebe sich die Unwirksamkeit gemäß § 134 BGB daraus, dass ein Verstoß gegen § 8 Abs. 1 der Musterberufsordnung für Zahnärzte vorliege, wonach die Honorarforderung des Zahnarztes angemessen sein muss. Schließlich seien die Vereinbarungen nach § 138 Abs. 2 BGB unwirksam, weil sie den nach der GOZ höchsten denkbaren 3,5-fachen Gebührensatz um mehr als 100 % übersteigen. Die Beklagte vertritt weiter die Ansicht, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen seien, angesetzt höchstens mit dem 2,3-fachen Satz, entsprechend den Tarifbestimmungen zu 80 % zu erstatten.

Soweit sie für Gebühren nach Ziffer GOÄ / Ä3 keine Erstattung vorgenommen habe, sei die Gebühr nicht angefallen, weil sie neben anderen als den im Leistungstext genannten Gebühren nicht abgerechnet werden könne. Die Erstattung der Gebühren nach Ziffer 60 GOÄ / Ä60 sei jedenfalls nicht fällig, solange der Kläger nicht vorgetragen habe, mit welchem Arzt Dr. M. [REDACTED] eine konsiliarische Erörterung führte. Ziffer 2290 GOZ könne nicht für die Entfernung eines Provisoriums abgerechnet werden, weil diese bereits mit den Gebühren für die Eingliederung abgegolten sei. Diese könnten auch nur einmal für dasselbe Provisorium

abgerechnet werden, unabhängig davon, wie oft es eingegliedert und wieder entfernt wird. Die besonderen Maßnahmen, die den Anfall der Ziffer 2030 GOZ begründen könnten, habe der Kläger nicht dargelegt. Ziffer 0070 GOZ könne nicht für die elektromechanische Parodontaldiagnostik abgerechnet werden, allenfalls nur einmal pro Behandlung. Ziffer 3060 GOZ sei nicht gesondert anzusetzen, weil die Blutstillung stets integraler Bestandteil der zugrundeliegenden chirurgischen Leistungen sei. Ziffer 4050 GOZ könne nicht neben Ziffer 4090 GOZ berechnet werden. Die Kürzung der Erstattung hinsichtlich der Ziffer 4040 GOZ begründet die Beklagte damit, dass der Kläger den betroffenen Zahn – zunächst – nicht angab, was er im Laufe des Rechtsstreits nachgeholt hat. Die Beklagte wendet sich gegen den Ansatz der Ziffer 4000 GOZ mit der Begründung, ein Parodontalstatus könne in derselben Sitzung nur einmal abgerechnet werden. Die medizinische Notwendigkeit für den Ansatz der Ziffer 2442 GOÄ sei anhand der Rechnungen nicht nachzuvollziehen, weshalb insoweit die Fälligkeit der Erstattung nicht gegeben sei. Der Ansatz der Ziffern 2382 und 2675 GOÄ für den 28.05.2010 in der Rechnung Dr. K. [REDACTED] sei mit den Gebühren für die durchgeführte Behandlung abgegolten. Maßnahmen nach Ziffer 2700 GOÄ seien medizinisch nicht notwendig gewesen. Die mit Ziffer 701 GOZ abgerechneten Leistungen seien unselbständige Teilleistungen, die nicht gesondert zu vergüten seien. Die mit Ziffer 614 GOÄ abgerechnete Pulsoxymetrie sei medizinisch nicht notwendig gewesen. Die medizinische Notwendigkeit habe der Kläger darzulegen und zu beweisen, weshalb sie keinen Beweis antrete. Der wiederholte Ansatz der Ziffer 2254 GOÄ sei unberechtigt, weil dieser Gebührentatbestand, auch bei zweizeitigem Vorgehen, nur einmal abgerechnet werden könne. Das gelte auch für den Zuschlag nach Ziffer 443 GOÄ / Ä443. Ziffer 2381 GOÄ betreffe eine Maßnahme der Wundversorgung, die mit der Gebühr für die Zielleistung abgegolten sei. Der Ansatz der Ziffer 701 GOZ für eine Bohrschablone sei für den 30.09.2010 unberechtigt, nachdem bereits für den 02.09.2010 eine Bohrschablone abgerechnet worden war. Die Beklagte stellt überdies die mehrfach Erbringung der Leistung in Abrede. Für den 14.01.2011 könne Ziffer 2675 GOÄ nicht abgerechnet werden, sondern nur Ziffer 324 GOZ, weil es sich um eine Vestibulumplastik kleineren Umfangs gehandelt habe. Die Beklagte hat ferner Aufwendungen für Ultracain Forte und Eigenlabor vom 02. und 30.09.2010 nicht erstattet.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen und auf die Sitzungsprotokolle Bezug genommen. Zur Vermeidung von Wiederholungen sind umfangreiche Details des Parteivorbringens,

insbesondere zum Zahlenwerk und den einzelnen Gebührentatbeständen, erst in den folgenden Entscheidungsgründen dargestellt, soweit es für die Entscheidung des Rechtsstreits auf sie ankommt. Der Kläger hat die Klage zunächst beim Landgericht Münster erhoben; das Landgericht Münster hat sich mit Beschluss vom 18.03.2016 für örtlich unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das Landgericht Duisburg verwiesen. Das Gericht hat Beweis erhoben; für das Beweisergebnis wird auf die Niederschrift der Vernehmung des Zeugen Herrn Dr. [REDACTED] M [REDACTED] vom 13.12.2016 verwiesen.

Entscheidungsgründe

I.

Die zulässige Klage ist teilweise begründet.

1.

Auf die streitgegenständlichen Rechnungen des Zahnarztes Dr. M [REDACTED] und des Oralchirurgen Dr. K [REDACTED] hat die Beklagte dem Kläger aufgrund der zwischen den Parteien bestehenden Krankheitskostenversicherung nach §§ 1 Satz 1, 192 Abs. 1 VVG in Verbindung mit den von den Parteien in diesem Rechtsstreit übereinstimmend zugrunde gelegten MB/KK 76 in der Fassung aus 1982 noch 21.689,24 € zu erstatten.

a.

Die Beklagte ist zur Leistung auch insoweit verpflichtet, als Herr Dr. M [REDACTED] und Herr Dr. K [REDACTED] mehr als den 2,3-fachen Gebührensatz in Rechnung stellten.

aa.

Die der Abrechnung zugrundeliegenden Gebührenvereinbarungen sind wirksam.

Die Unwirksamkeit ergibt sich nicht nach §§ 307-309 BGB. Erstens hat die Beklagte schon nicht dargelegt, dass es sich bei den Gebührenvereinbarungen um allgemeine Geschäftsbedingungen im Sinne des § 305 Abs. 1 Satz 1 BGB handelt. Die Vereinbarungen mögen dem Kläger und seiner Ehefrau vorformuliert durch Dr. M [REDACTED] und Dr. K [REDACTED] vorgelegt worden sein. Das reicht jedoch für die Annahme, dass die Vertragsbedingungen einseitig gestellt wurden, nicht aus. Wie die Vereinbarungen im Einzelnen zustande kamen, ist nicht vorgetragen. Gegen die

Annahme einseitig gestellter Bedingungen spricht überdies, dass der Kläger und seine Ehefrau die Vereinbarung mit Herrn Dr. M. [REDACTED] aus dem Jahre 2005, teilweise mit Änderungen, im Jahre 2012 erneuerten. Angesichts der zahlreichen Kontakte zwischen Arzt und Patienten in der Zeit zwischen der Unterzeichnung der Vereinbarungen in den Jahren 2005 und 2012 und der in den Rechnungen dokumentierten wiederholten ausführlichen Beratungen spricht alles dagegen, dass die Gebührenvereinbarungen keiner individuellen Absprache entsprachen. Hinzu kommt im Falle des Klägers, dass dieser selbst Arzt ist und sich somit der Bedeutung einer Gebührenvereinbarung ebenso wie der Möglichkeit, eine andere Regelung zu treffen, bewusst war. Zweitens halten die Gebührenvereinbarungen einer Inhaltskontrolle am Maßstab der §§ 307-309 BGB stand. Die Tatbestände nach §§ 308 und 309 BGB sind schon nicht einschlägig. Eine unangemessene Benachteiligung im Sinne des § 307 BGB ergibt sich durch den Inhalt der Gebührenvereinbarungen nicht. Diese könnte sich allenfalls daraus ergeben, dass die vereinbarten Gebührensätze über die in der Gebührenordnung vorgesehenen Sätze und über das übliche Maß, zum Teil deutlich, hinausgehen. Das war dem Kläger und seiner Ehefrau bei Unterzeichnung der Vereinbarungen aber bewusst. In den Vereinbarungen wird ausdrücklich auf die Überschreitung der in der GOZ vorgesehenen Gebührensätze hingewiesen. Der Kläger und seine Ehefrau wussten um die Überschreitung auch deshalb, weil diese bereits mehrfach Anlass zu gerichtlichen Auseinandersetzungen mit der Beklagten gegeben hatte. Überdies sind im Urteil des Landgerichts Münster vom 03.04.2012 zum Aktenzeichen 115 O 66/09, auf das die Parteien wiederholt Bezug nehmen, die der Unterzeichnung der Vergütungsvereinbarungen vorausgegangenen Gespräche zwischen Herrn Dr. M. [REDACTED] einerseits und dem Kläger und seiner Ehefrau andererseits ausführlich niedergelegt. Der Darstellung ist zu entnehmen, dass insoweit eine eingehende Erörterung zwischen Herrn Dr. M. [REDACTED] und den Patienten stattfand. Unter solchen Umständen kann allein aufgrund der Überschreitung der Gebührensätze nach der GOZ, auch im gegebenen Ausmaß, nicht auf eine unangemessene Benachteiligung geschlossen werden. Die Vermutung des § 307 Abs. 2 Nr. 1 BGB wird vielmehr widerlegt.

Die Honorarvereinbarungen sind auch nicht nach § 134 BGB nichtig. Insbesondere ergibt sich die Nichtigkeit nicht wegen Verstoßes gegen § 8 Abs. 1 der Musterberufsordnung für Zahnärzte, wonach die Honorarforderung des Zahnarztes angemessen sein muss. Dass die vereinbarten Gebührensätze die in der Gebührenordnung vorgesehenen Sätze, teilweise um mehr als 100 %, übersteigen,

rechtfertigt für sich genommen eine Bewertung als unangemessen nicht. Selbst wenn durch die Festlegung der Gebührensätze in der GOZ das angemessene Maß indiziert wäre, ergäbe sich aus der Überschreitung nicht schon ohne Weiteres die Unangemessenheit, zumal § 2 Abs. 1 GOZ ausdrücklich Abweichungen zulässt, die zur Voraussetzung seines Tätigwerdens zu machen dem Zahnarzt schon aufgrund seiner durch Art. 12 Abs. 1 GG grundrechtlich gewährten Berufsfreiheit nicht verwehrt werden kann. Eine dahingehende, nach Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG grundsätzlich mögliche, Einschränkung der Berufsfreiheit des Arztes ließe sich vor dem Hintergrund einer Kollision mit Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG allenfalls rechtfertigen, wenn durch die Gebührenvereinbarung oder die Abhängigmachung des Tätigwerdens seitens des Arztes vom Treffen einer solchen Vereinbarung der Patient von ärztlicher Hilfe ausgeschlossen würde. Das war aber nicht der Fall. Der Kläger und seine Ehefrau hätten jederzeit einen Zahnarzt bzw. Arzt aufsuchen können, der zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte vorgesehenen Sätzen abgerechnet hätte. Irgendwelche konkreten Umstände, aufgrund derer sich die getroffenen Honorarvereinbarungen abgesehen von der Überschreitung der Sätze der GOZ bzw. der GOÄ als unangemessen darstellten, hat die Beklagte nicht vorgebracht.

Die Gebührenvereinbarungen sind auch nicht sittenwidrig im Sinne des § 138 BGB. Die Tatbestände des § 138 Abs. 2 BGB sind sämtlich nicht erfüllt. Der Kläger und seine Ehefrau befanden sich nicht in einer Zwangslage. Sie hätten einen anderen Zahnarzt bzw. einen anderen Oralchirurgen aufsuchen können. Der Kläger und seine Ehefrau waren auch nicht unerfahren. Der Kläger ist selbst Arzt und verfügt deshalb über ausreichende Kenntnisse im Gebührenrecht, um Bedeutung und Tragweite einer Gebührenvereinbarung erfassen zu können. Überdies waren beiden Versicherten die Auswirkungen der Gebührenvereinbarung, auch auf das Versicherungsverhältnis, aufgrund der mehrfachen vorangegangenen gerichtlichen Auseinandersetzungen mit der Beklagten bekannt. Schließlich findet sich in den Gebührenvereinbarungen ein Hinweis auf die Überschreitung der Gebührensätze und etwaige Schwierigkeiten bei der Erstattung durch den Krankenversicherer. Dass der Kläger oder seine Ehefrau an mangelndem Urteilsvermögen oder erheblicher Willensschwäche gelitten hätten, behauptet die Beklagte nicht, und dafür ist auch nichts ersichtlich. Auch ein auffälliges Missverhältnis der vereinbarten Gebührensätze zu den Leistungen von Dr. M. [REDACTED] und Dr. K. [REDACTED] kann nicht festgestellt werden. Allein die Überschreitung der in der Gebührenordnung vorgesehenen Gebührensätze führt zu einem solchen auffälligen Missverhältnis

nicht. Vielmehr sehen sowohl § 2 Abs. 1 GOZ als auch § 2 Abs. 1 GOÄ die Möglichkeit abweichender Honorarvereinbarungen vor. Allein solche Abweichungen vermögen auch keinen Verstoß gegen die guten Sitten im Sinne des § 138 Abs. 1 BGB zu begründen. Über die Überschreitung der in den Gebührenordnungen vorgesehenen Höchstsätze hinaus hat die Beklagte hierfür nichts dargelegt und ist auch sonst nichts ersichtlich.

bb.

Auch aus dem Versicherungsverhältnis ergeben sich keine Einschränkungen für die Erstattung über den 2,3-fachen bzw. 3,5-fachen Gebührensatz hinaus.

Insbesondere sind solche Einschränkungen den Versicherungsbedingungen nicht zu entnehmen. Die Tarifbedingungen in Teil II der MB/KK 76 sehen zu § 4 AVB Teil I in Nr. 2 Abs. 2 Satz 2 vor, dass erstattungsfähig nur die Gebühren sind, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen. Das schließt nach § 2 Abs. 1 GOZ – ebenso wie nach § 2 Abs. 1 GOÄ – zulässige Honorarvereinbarungen ein. Die Regelung in den Tarifbedingungen ist nicht dahin auszulegen, dass die Erstattung auf die in den Gebührenordnungen vorgesehenen Höchstsätze begrenzt werden sollte. Dafür spricht auch nicht, dass § 2 Abs. 1 GOZ die Vereinbarungen als Abweichung von der Gebührenordnung bezeichnet. Damit können nur die ohne abweichende Vereinbarung geltenden Höchstsätze gemeint sein. Soweit § 2 Abs. 1 GOZ eine abweichende Vereinbarung zulässt, besteht nämlich darüber hinaus keine Abweichung von der Gebührenordnung. Selbst wenn man dies anders sähe, ergäbe sich aus der Regelung in den Tarifbedingungen der Beklagten keine Leistungseinschränkung. Eine solche ist auch § 1 Abs. 2 MB/KK 76 nicht zu entnehmen (vgl. BGH, Urteil vom 12.03.2003, Aktenzeichen IV ZR 278/01). Die von der Beklagten gestellten Versicherungsbedingungen sind aus der Perspektive eines durchschnittlichen verständigen Versicherungsnehmers auszulegen. Leistungseinschränkungen müssen so klar formuliert sein, dass der Versicherungsnehmer durch ihre Lektüre bei Aufwendung üblicher Aufmerksamkeit in die Lage versetzt wird, von ihnen Kenntnis zu nehmen. Die Formulierung „Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen“ erfüllt diese Anforderungen nicht. Sie lässt unterschiedliche Interpretationen zu: Gemeint sein können entweder die bei Abrechnung nach den Vorgaben der Gebührenordnung zugelassenen Höchstsätze oder die Vergütung auf Grundlage nach den Gebührenordnungen zulässiger Honorarvereinbarungen. Damit fehlt der Regelung die erforderliche Eindeutigkeit. Der Versicherungsnehmer muss nicht beim Versicherer, der die Bedingungen gestellt

hat, nachfragen, was gemeint sein soll. Er darf erwarten, dass der Versicherer die Gebühren erstattet, die sich bei nach der Gebührenordnung unter Einschluss von dieser zugelassener Honorarvereinbarungen zulässiger Abrechnung ergeben.

Die Erstattungsfähigkeit ist auch nicht nach Treu und Glauben oder unter dem Gesichtspunkt des in § 315 Abs. 3 BGB zum Ausdruck kommenden Rechtsgedankens auf den 2,3-fachen bzw. 3,5-fachen Gebührensatz beschränkt. Die Versicherungsbedingungen der Beklagten mögen zur Folge haben, dass Versicherte nach freiem Belieben Honorarvereinbarungen mit Ärzten schließen und so den Versicherer zu gleichsam uferlosen Erstattungen von Behandlungskosten verpflichten können. Gegenstand der Versicherung sind nach § 1 MB/KK 76, Teil I, allerdings die Kosten einer notwendigen Heilbehandlung und nicht etwa die notwendigen Kosten einer notwendigen Heilbehandlung. Diese – übrigens mit § 192 Abs. 1 VVG gegenwärtiger Fassung übereinstimmende – Regelung verhindert, dass der Versicherte das Risiko zu tragen hat, sich zu marktgerechten Konditionen behandeln zu lassen. Der Möglichkeit des Versicherten, durch seine Entscheidung eine Erstattungspflicht des Versicherers für Behandlungskosten in das Marktübliche überschreitender Höhe herbeizuführen, sind nach Treu und Glauben Grenzen gesetzt. Diese werden aber nicht schon deshalb überschritten, weil eine – zumal nach § 2 Abs. 1 GOZ ausdrücklich zugelassene – Überschreitung der in der Gebührenordnung vorgesehenen Gebührensätze vereinbart wird. Hinzu kommen muss ein treuwidriges Verhalten des Versicherten oder des Versicherungsnehmers. Hierfür ist im Falle des Klägers und seiner Ehefrau nichts ersichtlich.

b.

Teilweise zu Recht erstattete die Beklagte Aufwendungen nur mit 80 %. Für die Bewertung der einzelnen im Streit stehenden Gebührensätzen wird auf die Ausführungen zu den Rechnungen unter d. verwiesen. Grundsätzlich gilt Folgendes:

aa.

Die tarifliche Leistung der Beklagten nach MB/KK 76, Teil II, Ziffer 5, die den Tarif MZ beschreibt, umfasst auch funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen ebenso wie Implantationsbehandlungen. Aufwendungen hierfür fallen in die Leistungsposition B nach Teil III, für die eine Erstattung mit 80 % vereinbart ist.

Dass Funktionsanalyse, Funktionstherapie und Implantatbehandlung in den MB/KK 76 nicht ausdrücklich genannt werden, hat weder, wie die Beklagte meint, zur Folge,

dass diesbezügliche Aufwendungen überhaupt nicht zu erstatten wären, noch, wie der Kläger meint, dass die Erstattung nicht auf 80 % der Aufwendungen beschränkt wäre. Denn diese Maßnahmen lassen sich unter die MB/KK 76, Teil II, Ziffer 5. b) 3. bis 5. genannten Behandlungen fassen.

Durch Implantate wird eine Verankerung von Zahnersatz im Kieferknochen ermöglicht. Dieser Zahnersatz wird dann entweder in Form von Kronen – für einzelne Zähne oder verblockt für mehrere Zähne – oder als Brücke – unter Auslassung der überbrückten Regionen – am Implantat befestigt. Krone und Brücke sind in MB/KK 76, Teil II, Ziffer 5. b) 3. genannt. Wenn Kronen oder Brücken nicht auf den natürlichen Zahn aufgesetzt werden, hat das nicht zur Folge, dass es sich nicht um Kronen oder Brücken im Sinne der tariflichen Regelung handelte. Zugleich stellen Kronen und Brücken, die mittels Implantat befestigt sind, zusammen mit diesem auch Zahnprothesen im Sinne von MB/KK 76, Teil II, Ziffer 5. b) 4. dar. Es handelt sich nämlich um Artefakte, die einen Zahn ersetzen sollen. Eine Einschränkung auf lose Zahnprothesen ist den Tarifbedingungen nicht zu entnehmen.

Auch die Implantation als solche ist als zahnärztliche Behandlung im Sinne der Tarifbestimmungen der MB/KK 76 zu qualifizieren. Die Implantation ist zwar eine kieferchirurgische Leistung. Sie steht aber im Zusammenhang mit dem Zahnersatz und wird, wenn nicht ohnehin durch den Zahnarzt, nur aufgrund der Arbeitsteilung der medizinischen Fachrichtungen durch einen Kieferchirurgen durchgeführt. Maßgeblich für die Einordnung ist insoweit der Versicherungsfall, der in § 1 Abs. 2 MB/KK 76, Teil I, als medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen definiert ist, der mit der Heilbehandlung beginnt und mit Beseitigung der Behandlungsbedürftigkeit endet. Implantatsetzung und Eingliederung des Zahnersatzes auf dem Implantat stellen in dieser Hinsicht einen einheitlichen Versicherungsfall dar.

Die Tarifbedingungen beziehen auch funktionstherapeutische Behandlungen ein. Es handelt sich hierbei um Maßnahmen der Zahn- und Kieferregulierung im Sinne von MB/KK 76, Teil II, Ziffer 5. b) 4. und nicht um konservierende Zahnbehandlungen gemäß MB/KK 76, Teil II, Ziffer 5. b) 1. Funktionstherapeutische Maßnahmen werden durchgeführt, wenn die Okklusion, das Ineinandergreifen der Zähne im Ober- und Unterkiefer, nicht oder nicht ausreichend zur Funktionalität des Kiefergelenks passt. Dadurch im Kiefergelenk auftretende Beschwerden lassen sich abstellen oder lindern, wenn die Kauflächen, z. B. temporär durch eine Aufbissschiene, verändert

werden. Das bedingt dann eine veränderte Position der Kiefergelenkskomponenten zueinander. Dass es sich hierbei um eine kieferorthopädische Maßnahme handelt, erschließt sich etwa durch einen Vergleich zu Einlegesohlen, mit denen die Positionen der Komponenten der Sprunggelenke, Kniegelenke und Hüftgelenke deren Funktionalität angepasst werden können. Eine dauerhafte Veränderung der Okklusion, wie sie etwa mit einer Zahnspange bewirkt werden kann, ist nicht Voraussetzung einer kieferorthopädischen Maßnahme.

Danach fallen auch funktionsanalytische Maßnahmen in den Tarif. Durch sie werden die Positionen der Kiefergelenkskomponenten zueinander und ihr Wechselspiel mit der Okklusion bestimmt. Das ist Voraussetzung für eine wirksame funktionstherapeutische Behandlung. Funktionsanalytische Maßnahmen können zudem auch im Rahmen der prothetischen Versorgung angezeigt sein. Zahnersatz kann Auswirkungen auf die Okklusion haben. Zur Vermeidung von Funktionsstörungen im Kiefergelenk kann es deshalb erforderlich sein, im Zuge der Planung des Zahnersatzes Okklusion und Funktionalität des Kiefergelenks zu untersuchen. Überdies ergeben sich im Zuge der prothetischen Versorgung Möglichkeiten, Störungen der Kiefergelenksfunktion durch Anpassung der Okklusion zu beseitigen. Auch dafür muss beides untersucht werden.

Es kann demnach – nicht nur weil die Parteien für diesen Rechtsstreit übereinstimmend die MB/KK 76 zugrundelegen – offen bleiben, ob sich die Erstattung nach neueren Bedingungen richten müsste, deren Anwendung nach der Darstellung dieser Bedingungen seitens der Beklagten zum selben Ergebnis führen würde.

bb.

Die Beschränkung der Erstattung auf 80 % der Aufwendungen setzt nicht voraus, dass die Beklagte für jede betroffene Gebührenziffer im Einzelnen darlegt, weshalb diese unter die Leistungsposition B nach MB/KK 76, Teil III fällt. Durch die Leistungsbeschreibungen in den Rechnungen und die Abrechnungsschreiben der Beklagten wird das Gericht ebenso wie der Kläger in die Lage versetzt, dies ohne ein solches Vorbringen zu prüfen. Die Beklagte geht durch den Verzicht auf eine nähere Darstellung freilich das Risiko ein, dass die Voraussetzungen für eine Einstufung einzelner Gebühren in die Leistungsposition B nicht deutlich wird. Mehr, als dies in der Erörterung, wie am 24.05.2016 geschehen, anzusprechen, war nach § 139 Abs. 1 ZPO nicht veranlasst. Insbesondere war nicht, wie vom Kläger gewünscht, der

Beklagten aufzugeben, für jede einzelne Rechnung darzulegen, wie sie den zwanzigprozentigen Eigenanteil für Zahnersatz errechnet hat.

c.

Hinsichtlich der zwischen den Parteien streitigen Gebühren gilt das Folgende, wobei – entsprechend dem Parteivorbringen – zunächst die Gebührensatznummern allgemein behandelt werden und für die einzelnen Rechnungen auf d. verwiesen wird.

aa.

Ziffer 3 GOÄ, auch bezeichnet als Ä3, ist in sämtlichen streitgegenständlichen Rechnungen durchgängig zu Recht in Ansatz gebracht.

Nach Ziffer 1 der allgemeinen Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses zur GOZ aller zu den Behandlungsdaten geltenden Fassungen ist Ziffer 3 GOÄ abrechnungsfähig als Einzelleistung neben Ziffer 0010 GOZ oder neben Ziffern 5 oder 6 GOÄ. Diese Regelung übersieht der Kläger in Anlehnung an das Urteil des Landgerichts Münster vom 03.04.2012, Aktenzeichen 115 O 66/09. Für die Vorstellung, dass Ziffer 3 GOÄ neben Leistungen nach der GOZ immer abrechnungsfähig sei, weil der Zahnarzt Beratungen sonst nicht liquidieren könnte, besteht angesichts der zitierten eindeutigen Regelung in der GOZ kein Raum. Die eingeschränkte Honorierung der Beratungsleistungen ist in der GOZ ausdrücklich vorgesehen und gewollt.

Ebenso unzutreffend ist die Ansicht der Beklagten, Ziffer 3 GOÄ könne vom Zahnarzt nur abgerechnet werden neben den in deren Leistungstext aufgeführten Gebühren aus der GOÄ. Gegenteiliges ergibt sich aus Ziffer 1 der allgemeinen Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses zur GOZ.

Danach ist der Ansatz der Ziffer 3 GOÄ in sämtlichen streitigen Fällen berechtigt. Für alle Behandlungstage, an denen Ziffer 3 GOÄ abgerechnet ist und die Beklagte die Erstattung verweigerte, ist auch Ziffer 6 GOÄ abgerechnet. Dass die zugrundeliegenden Maßnahmen vorgenommen wurden, stellt die Beklagte nicht in Abrede.

bb.

Die Abrechnung der Ziffer 60 GOÄ ist in sämtlichen streitgegenständlichen Fällen berechtigt.

Es bedarf keiner Entscheidung, ob die Fälligkeit der Erstattung die Benennung des Arztes voraussetzt, mit welchem Konsil gehalten wurde, oder ob der Versicherer auf die Behandlungsunterlagen verwiesen werden kann. Letztlich hat der Kläger insoweit doch noch vorgetragen.

Die Beweisaufnahme hat zweifelsfrei ergeben, dass das Vorbringen des Klägers, wonach Herr Dr. M. [REDACTED] am 23.10.2014 ein Konsil mit Herrn Dr. S. [REDACTED] gehalten habe und an den anderen in seinen Rechnungen genannten Terminen jeweils mit Herrn Dr. K. [REDACTED] Besprechungen durchführte, zutrifft. Herr Dr. M. [REDACTED] hat, als Zeuge vernommen, auf Grundlage der während der Vernehmung von ihm hinzugezogenen Dokumentation eingehend geschildert, wann die Gespräche jeweils geführt wurden, was Anlass und Inhalt der Gespräche war. Zum Teil hat sich der Zeuge noch an Details erinnern können, die von den üblichen Vorkommnissen in einer Zahnarztpraxis abwichen, weshalb nachvollziehbar ist, dass sie dem Zeugen im Gedächtnis geblieben sind. Im Wesentlichen hat er sich auf seine Unterlagen gestützt. Hieraus hat er so detailliert die Gesprächsgegenstände geschildert, dass kein Zweifel daran verbleibt, dass die Gespräche tatsächlich so geführt worden sein müssen. Die dargestellten Gesprächsinhalte passen auch zu dem sich aus den Rechnungen ergebenden Behandlungsverlauf. Details sind dem Protokoll vom 13.12.2016 zu entnehmen.

cc.

Hinsichtlich der für den 25.04.2012, 02.05.2015 und 03.04.2013 abgerechneten Ziffer 2290 GOZ besteht kein Anspruch des Klägers auf Erstattung.

Die Gebühr fiel jeweils nicht an. Ziffer 2290 GOZ kann nicht für die Entfernung eines Provisoriums abgerechnet werden. Diese ist vielmehr mit den Gebührentatbeständen für die Eingliederung – Ziffern 2260, 2270, 7080 und 7090 GOZ – abgegolten, die überdies auch nur einmal für dasselbe Provisorium abgerechnet werden können, unabhängig davon, wie oft es eingegliedert und wieder entfernt wird. Offen bleiben kann, ob, wie der Kläger anführt und das Landgericht Münster im Urteil vom 03.04.2012 unter Bezugnahme auf ein Sachverständigengutachten entschieden hat, die aufwendigere Entfernung eines zementierten Provisoriums gesondert abgerechnet werden könnte. Der Kläger trägt nämlich hier keinen vergleichbaren Sachverhalt vor. Er behauptet nicht einmal, dass ein vergleichbarer Sachverhalt

vorgelegen habe. Aus den Leistungstexten in den Rechnungen lässt sich darauf auch nicht schließen.

Bei der am 25.04.2012 entfernten Krone muss es sich um ein Langzeitprovisorium gehandelt haben, dessen Entfernung nach Vorstehendem nicht gesondert abzurechnen ist. Für den ausweislich der Rechnung betroffenen Zahn 27 war schon am 16.06.2010 die Wiederherstellung eines Langzeitprovisoriums abgerechnet worden, mithin der Gebührentatbestand, der bereits die spätere Entfernung beinhaltet. Auch für den 25.04.2012 rechnete Dr. M. [REDACTED] wiederum die Wiederherstellung eines Langzeitprovisoriums für Zahn 27 ab. Bei der an diesem Tag entfernten Krone kann es sich demnach nur um das Langzeitprovisorium vom 16.06.2010 gehandelt haben. Sonst hätte ein solches nicht wieder hergestellt werden können. Dass am selben Zahn ein Provisorium und eine anderweitige Krone vorhanden gewesen wären, behauptet der Kläger nicht, und der Sinn einer solchen Maßnahme erschlosse sich auch nicht. Dass, nachdem 2010 noch ein Langzeitprovisorium vorhanden war, zwischenzeitlich eine permanente Krone eingegliedert worden wäre, die dann am 25.04.2012 entfernt worden wäre, behauptet der Kläger auch nicht. Solches ergibt sich auch nicht aus den Rechnungen für die Zeit vom 16.06.2010 bis zum 25.04.2012.

Auch die am 02.05.2012 vom Zahn 24 entfernte Krone muss ein Langzeitprovisorium gewesen sein. Ein Langzeitprovisorium wurde am Zahn 24 am 25.04.2012 wieder hergestellt, wie sich der Rechnung von Dr. M. [REDACTED] entnehmen lässt. Die Entfernung ist dann zunächst für den 02.05.2012 – unberechtigt – abgerechnet. Die Wiederherstellung ist – richtiger Weise – nicht abgerechnet. Das Provisorium muss aber wieder hergestellt worden sein. Wurden doch am 23.05.2012 scharfe Kanten beseitigt. Das setzt voraus, dass der Zahn versorgt wurde. Die Versorgung mit einer permanenten Krone wäre abgerechnet worden. Eine dahingehende Position findet sich auf der Rechnung aber nicht. So kann es sich bei der am 02.05.2013 vom Zahn 24 entfernten Krone wiederum nur um das Langzeitprovisorium gehandelt haben.

Wenn für den 03.04.2013 für Zahn 24 wiederum Ziffer 2290 GOZ abgerechnet ist, so muss es sich wiederum um das Langzeitprovisorium handeln, das entfernt wurde. Auch für die Zeit bis dahin behauptet der Kläger nicht, dass eine permanente Krone eingegliedert worden wäre, und das ergibt sich auch nicht aus den vorliegenden Rechnungen.

Dem Beweisantritt des Klägers durch Zeugnis des Herrn Dr. M. [REDACTED] dafür, dass der Leistungstext nach Ziffer 2290 GOZ erfüllt sei, ist nicht nachzugehen. Die Beklagte stellt das nicht in Abrede, sondern wendet sich aus rechtlichen Gründen gegen den Anfall der Gebührenziffer. Dass das Langzeitprovisorium entfernt wurde und insoweit, wenn nicht bereits dessen Erstellung abgerechnet worden wäre, Ziffer 2290 GOZ abgerechnet werden könnte, steht außer Frage.

dd.

Auf die für den 04.07.2012, den 31.07.2013 sowie den 08.01. und den 04.06.2014 analog abgerechnete Ziffer 0070 GOZ waren dem Kläger jeweils 16,57 € zu erstatten.

Die jeweils unstreitig durchgeführte elektromechanische Parodontaldiagnostik konnte analog Ziffer 0070 GOZ abgerechnet werden, weil es sich um eine vergleichbare Leistung im Sinne des § 6 Abs. 1 GOZ handelte. Der Leistungstext der Ziffer 0070 GOZ lautet: Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest, je Sitzung. Zur Vitalitätsprüfung wird der Zahn in der Regel mit kalten oder warmen Substanzen oder Instrumenten in Kontakt gebracht. Ist das für den Patienten nicht spürbar, ergibt sich daraus ein Hinweis auf ein Vitalitätsdefizit, dessen Ursachen dann nachzugehen ist. Die durch Dr. M. [REDACTED] durchgeführte elektromechanische Parodontaldiagnostik mittels Periotest ist mit vergleichbarem zeitlichem und technischem Aufwand verbunden. Das elektrische Gerät, das die Beweglichkeit der Zähne prüft, wird zu diesem Zweck an jeden Zahn gehalten.

Soweit Ziffer 0070 GOZ mehr als einmal pro Sitzung angesetzt ist, widerspricht das dem Leistungstext des Gebührentatbestands, der lediglich „je Sitzung“ formuliert. Entgegen der Ansicht des Klägers ist Ziffer 401 GOZ alter Fassung, die eine Abrechnung je Kieferhälfte vorsah, insoweit nicht entsprechend heranzuziehen. Die zur Zeit der Behandlung geltende Gebührenordnung sieht in Ziffer 0070 die Abrechnung je Sitzung vor. Wenn der Zahnarzt analog zur in dieser Ziffer beschriebenen Leistung abrechnet, gilt auch dieser Teil der Regelung. Die Vergleichbarkeit der Behandlung, auf die der Kläger die analoge Anwendung der Ziffer 0070 GOZ stützt, impliziert, dass die Abrechnung auch vergleichbar zu erfolgen hat.

Für den 04.07.2012 erstattete die Beklagte ausweislich ihrer Berechnung in der Klageerwidlungsschrift 66,28 € - 55,93 € = 10,35 €, so dass noch 6,22 € fehlen. Für

den 31.07.2013 sind 6,47 € erstattet, es fehlen 10,10 €. Für den 08.01. und den 04.06.2014 sind 39,62 € gekürzt, mithin 92,94 € und damit jedenfalls der geschuldete Betrag erstattet.

ee.

Zu Recht macht die Beklagte geltend, Ziffer 4050 GOZ könne nicht neben Ziffer 4090 GOZ abgerechnet werden, wie es in der Rechnung des Herrn Dr. M. [REDACTED] für den Kläger vom 15.07.2013 für den 04.07.2012 geschehen ist. Dass Ziffer 4050 GOZ nicht abgerechnet werden kann, wenn bereits Ziffer 4090 angefallen ist, ergibt sich aus den Bestimmungen in der GOZ nach den Leistungstexten der Ziffern 4090 und 4100. Dass, wie der Kläger vorbringt, sich aus der Rechnung ergeben soll, dass die beiden Ziffern in unterschiedlichen Behandlungssitzungen angefallen seien, trifft nicht zu. Die Rechnung weist beide Ziffern für dasselbe Datum, nämlich den 04.07.2012 aus. Dass es an einem Tag zwei Behandlungssitzungen gegeben hätte, behauptet der Kläger nicht.

Die Erstattung ist allerdings nicht, wie die Beklagte meint, um 36,39 € zu kürzen. Wie dieser Betrag zustande kommt, lässt sich nicht nachvollziehen. Ziffer 4090 GOZ ist mit 70,84 € abgerechnet, Ziffer 4050 GOZ für 18 Zähne mit insgesamt 58,32 €. Richtiger Weise ist nur die Gebühr nach Ziffer 4050 GOZ für Zahn 13, auf den allein sich die mit der Ziffer 4090 GOZ abgerechnete Behandlung bezog, nicht zu erstatten. Diese Gebühr beläuft sich auf $58,32 \text{ €} : 18 = 3,24 \text{ €}$.

ff.

Die Versagung der Erstattung der Gebühren nach Ziffer 2030 GOZ ist nur teilweise berechtigt.

Die Ziffer kann nur abgerechnet werden, wenn besondere Maßnahmen beim Reparieren oder Füllen eines Zahns erforderlich waren. Diese Maßnahmen sind auf Anforderung des Versicherers darzulegen. Anderenfalls kann er nicht prüfen, ob der Gebührentatbestand erfüllt ist.

Der Kläger hat denn auch in der Replik vom 07.01.2016 teilweise die abgerechneten besonderen Maßnahmen kundgetan, allerdings nicht für alle abgerechneten Positionen. Für den 03.04.2013 ist Ziffer 2030 GOZ dreimal abgerechnet. Die Beklagte erstattete die Gebühr einmal. Der Kläger hat zwei Maßnahmen vorgetragen, so dass es hinsichtlich einer Gebühr dabei zu verbleiben hat, dass

diese nicht erstattet wird. Für den 03.12.2014 rechnete Herr Dr. M. [REDACTED] zweimal eine besondere Maßnahme nach Ziffer 2030 GOZ ab. Der Kläger hat die Maßnahmen in seiner Replik benannt. Eine Gebühr hatte die Beklagte bereits erstattet, so dass weitere 21,59 € zu erstatten sind. Für den 14.01.2015 weist die Rechnung Dr. M. [REDACTED] zwar die Durchführung von drei besonderen Maßnahmen aus. Die Ziffer 2030 GOZ ist aber ausdrücklich nur zweimal angesetzt. Der Kläger hat zwei besondere Maßnahmen vorgetragen. Die dritte Maßnahme musste er nicht vortragen, weil er insoweit keine Erstattung verlangt. Noch zu erstatten ist damit eine Gebühr in Höhe von 21,59 €.

Dass die Beklagte hilfsweise bestreitet, dass ein mehrfacher Ansatz der Ziffer notwendig gewesen sei, ist unerheblich. Die Durchführung der besonderen Maßnahmen hat der Kläger darzulegen und – mangels Bestreitens nicht – zu beweisen. Er hat auch zu beweisen, dass die Heilbehandlung insgesamt notwendig war, was nicht in Frage steht. Demgegenüber muss die Beklagte darlegen und erforderlichenfalls beweisen, dass die Voraussetzungen des § 5 Abs. 2 MB/KK 76, Teil I, vorliegen, wonach, wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt, der Versicherer seine Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen kann. Das hat sie, indem sie die medizinische Notwendigkeit lediglich bestreitet, nicht getan.

gg.

Die am 15.07.2013 von Herrn Dr. M. [REDACTED] für den 03.04.2013 abgerechnete Ziffer 4040 GOZ ist zur Erstattung fällig. Nachdem der Kläger auf die Einwendung der Beklagten, die Zahnangabe fehle, zunächst noch vorgebracht hat, Gegenstand der Maßnahme sei die Behandlung des Gebisses gewesen, weshalb die Angabe eines Zahnes weder möglich noch nötig sei, ist ihm diese mit Schriftsatz vom 25.11.2016 doch noch gelungen. Dass, wie der Kläger nunmehr behauptet, Zahn 13 behandelt wurde, stellt die Beklagte nicht in Abrede.

hh.

Ziffer 4000 GOZ, abgerechnet durch Herrn Dr. M. [REDACTED] für die Behandlung der Ehefrau des Klägers am 09.02.2012, erstattete die Beklagte zu Recht nicht.

Grund hierfür ist allerdings nicht der Einwand der Beklagten, ein Parodontalstatus könne in derselben Sitzung nur einmal abgerechnet werden. Das trifft zwar zu. Der zweite, hier streitgegenständliche Ansatz der Gebühr für den 09.02.2012 betrifft aber

nicht die – der Sache nach in der Tat sinnlose – zweite Erhebung eines Parodontalstatus am selben Tag, sondern die analoge Anwendung der Ziffer auf die elektromechanische Parodontaldiagnostik. Dass diese durchgeführt wurde, bestreitet die Beklagte nicht. Es handelt sich hierbei nicht um einen Bestandteil des Parodontalstatus, sondern um eine selbständige Leistung. Die Beklagte hat denn auch die Abrechnung der elektrochemischen Parodontaldiagnostik analog Ziffer 0070 GOZ in anderen Rechnungen richtiger Weise nicht unter dem Gesichtspunkt der gleichzeitigen Abrechnung von Ziffer 4000 GOZ in Frage gestellt.

Erfolg hat die Beklagte allerdings, soweit sie sich gegen die analoge Abrechnung der Ziffer 4000 GOZ für die elektromechanische Parodontaldiagnostik wendet. Der Kläger hat nicht dargetan, dass es sich bei der am 09.02.2012 durchgeführten elektromechanischen Parodontaldiagnostik um eine der Erhebung eines Parodontalstatus, auf den sich Ziffer 4000 GOZ originär bezieht, im Sinne des § 6 Abs. 1 GOZ vergleichbare Leistung handelte. Weder das schriftsätzliche Vorbringen des Klägers noch die Stellungnahme der Zahnärztekammer Nordrhein, auf die der Kläger Bezug nimmt, enthalten eine Beschreibung der von Herrn Dr. M. [REDACTED] erbrachten Leistung, die einen Vergleich zum Leistungstext der Ziffer 4000 GOZ ermöglichen könnte. So gibt es keine Anhaltspunkte über Schwierigkeit, Zeitaufwand und Material- sowie Geräteinsatz der am 09.02.2012 durchgeführten Maßnahme. Anders als in den Fällen, in denen Herr Dr. M. [REDACTED] die mittels Periotest durchgeführte elektromechanische Parodontaldiagnostik abrechnete (dazu oben, unter dd), ist die Art der Durchführung in der Rechnung für den 09.02.2012 nicht näher beschrieben. Sie wird auch sonst nicht von den Parteien konkret dargestellt. Das ist indes Voraussetzung für eine Prüfung der Vergleichbarkeit mit der Erstellung eines Parodontalstatus nach Ziffer 4000 GOZ. Sie ergibt sich nicht bereits auf Grundlage des Rechnungstextes möglich, der nur auf die elektromechanische Parodontaldiagnostik verweist. Für die elektromechanische Parodontaldiagnostik stehen unterschiedliche Methoden zur Verfügung, die sich hinsichtlich Erkenntnisziel und Aufwand unterscheiden. Ohne Wissen darum, welche Methode Anwendung fand, kann die Vergleichbarkeit zum Parodontalstatus nicht beurteilt werden.

Eines Hinweises auf den fehlenden Sachvortrag bedurfte es nicht. Insbesondere war der Kläger nicht nach § 139 Abs. 2 ZPO hierauf hinzuweisen. Der insoweit darlegungsbelastete Kläger hat nicht etwa übersehen, dass zu den Voraussetzungen der Vergleichbarkeit nicht vorgetragen ist. Das ist ihm bewusst gewesen. Die Beklagte hat die Vergleichbarkeit der Leistungen in Abrede gestellt. Der Kläger ist

daraufhin in einen Streit mit der Beklagten über die diesbezügliche Darlegungslast eingetreten. Im Rahmen dieses Streits hat der Kläger bewusst nicht zur Sache vorgetragen. Aus demselben Grund ist auch kein Hinweis auf das Fehlen eines Beweisantritts veranlasst gewesen.

Darlegungs- und beweisbelastet für die tatsächlichen Umstände, aus denen sich die Vergleichbarkeit der vorgenommenen Maßnahme mit der Leistung nach dem analog angewandten Gebührentatbestand ergibt, ist der Kläger. Das folgt zum einen aus der Formulierung in MB/KK 76, Teil II, Nr. 2 Abs. 2 Satz 2 zu § 4 AVB Teil I, wonach erstattungsfähig nur die Gebühren sind, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen. Wenn die der Gebührenordnung entsprechende Vergütung zu erstatten ist, muss der Erstattungsberechtigte darlegen, dass die Vergütung der Gebührenordnung entspricht, was nicht zwingend bedeutet, dass sie vom Behandler der Gebührenordnung entsprechend abgerechnet sein muss. Das entspricht dem Grundsatz, wonach der Anspruchsteller die Voraussetzungen seines Anspruchs darlegen und beweisen muss. Nichts Abweichendes gilt für die Erstattung in der Krankheitskostenversicherung. Voraussetzung für einen Anspruch gegen den Versicherer ist, dass dem Versicherungsnehmer Verbindlichkeiten für eine Heilbehandlung entstanden sind (BGH, Urteil vom 12.03.2003, Aktenzeichen IV ZR 278/01). Das ist nur der Fall, soweit dem Behandler eine Vergütung zusteht. Dem Versicherungsnehmer ist die Darlegung der tatsächlichen Voraussetzungen des Honoraranspruchs des Behandlers auch ohne weiteres möglich und zumutbar. Er muss hierfür lediglich mitteilen, welche Maßnahmen der Behandler ausführte. Medizinisches Fachwissen ist hierfür nicht nötig.

Die durchgeführte elektromechanische Parodontaldiagnostik kann auch nicht, wie in den oben (dd) behandelten Fällen, analog Ziffer 0070 GOZ zur Erstattung angesetzt werden. Umstände, aus denen geschlossen werden könnte, dass die Maßnahme vom 09.02.2012 der Vitalitätsprüfung nach Ziffer 0070 GOZ vergleichbar gewesen wäre, sind ebenfalls nicht vorgetragen.

ii.

Die von Dr. K. [REDACTED] für die Behandlung der Ehefrau des Klägers am 28.05.2010 abgerechnete Gebühr nach Ziffer 2442 GOÄ / Ä2442 hat die Beklagte dem Kläger zu erstatten, weil sie im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung anfiel und keine Übermaßbehandlung darstellte. Der Erstattungsanspruch ist fällig.

Der Kläger hat für die medizinische Notwendigkeit der durchgeführten Behandlungsmaßnahme keinen Beweis angetreten. Die Beklagte hat keinen Beweis dafür angetreten, dass die Maßnahme das medizinisch notwendige Maß überstieg. Die Beweislast für die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung trägt der Versicherungsnehmer (vgl. BGH, Beschluss vom 28.04.2004, Aktenzeichen IV ZR 42/03; OLG Frankfurt, Urteil vom 22.09.2010, Aktenzeichen 3 U 15/10). Dem entspricht die Formulierung in § 1 Abs. 1, 2 MB/KK 76, Teil I, der die insoweit maßgeblichen Anspruchsvoraussetzungen enthält. Davon abzugrenzen ist der Fall, dass die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung feststeht und die Parteien über die medizinische Notwendigkeit einer Einzelmaßnahme streiten. In diesem Fall hat der Versicherer das Vorliegen der Voraussetzungen eines Leistungsausschlusses nach § 5 Abs. 2 MB/KK 76, Teil I, zu beweisen.

Die medizinische Notwendigkeit der durchgeführten Heilbehandlung steht fest. Die Beklagte hat die medizinische Notwendigkeit zwar im Hinblick auf die nach Ziffer 2442 GOÄ abgerechnete Maßnahme bestritten. Bei dieser Maßnahme handelt es sich aber nicht um eine Heilbehandlung, sondern nur um eine Einzelmaßnahme im Rahmen einer solchen. Für die Abgrenzung, ob eine ärztliche Maßnahme eine Heilbehandlung darstellt oder lediglich eine Einzelmaßnahme im Rahmen einer Heilbehandlung ist auf § 1 Abs. 2 MB/KK 76, Teil I, abzustellen. Danach ist Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Alle medizinischen Maßnahmen, die der Behandlung derselben Krankheit dienen, stellen damit eine einheitliche Heilbehandlung dar. Die am 28.05.2010 durch Dr. K. [REDACTED] durchgeführten Maßnahmen dienten der Kieferknochenaugmentation. Das gilt für die Knochentransplantationen, für welche die Beklagte Erstattung vornahm, ebenso wie für die im Streit stehende Implantation alloplastischen Materials mit Replantation von gesplittetem Knochen. Es handelte sich auch nicht um Behandlungen in unterschiedlichen Regionen. Die Knochentransplantation wurde auch in den Regionen 38 und 48 durchgeführt, auf die sich die Abrechnung der Ziffer 2442 GOÄ bezieht.

Dass die Knochenaugmentation medizinisch notwendig war, hat die Beklagte nicht in Abrede gestellt. Ihr Bestreiten bezieht sich nur auf die Notwendigkeit der nach Ziffer 2442 GOÄ abgerechneten Maßnahmen. Im Übrigen erkannte die Beklagte die medizinische Notwendigkeit der Knochenaugmentation an, indem sie die dafür angefallenen Aufwendungen teilweise erstattete. Unter diesen Umständen wär es

Sache der Beklagten gewesen, Beweis für eine Übermaßbehandlung anzutreten.
Das hat sie nicht getan.

Die Beklagte ist durch das Verhalten des Klägers nicht daran gehindert worden, zur Behandlung vorzutragen und Beweis anzutreten. Der Kläger hat die Notwendigkeit der Defektauffüllung am Kieferknochen dargelegt. Er hat zwar insoweit keine Einzelheiten geschildert, aus denen sich hätte ergeben können, dass auch die im Streit stehende Einzelmaßnahme medizinisch notwendig war. Der Kläger ist insoweit aber auch nicht darlegungsbelastet. Vielmehr hat er allein, wie geschehen, die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung insgesamt darzulegen. Mehr muss er auch im Rahmen der sekundären Darlegungslast nicht vortragen. Der Versicherte ist in der Regel nicht in der Lage, medizinische Sachverhalte so präzise zu erfassen und darzustellen, dass allein auf dieser Grundlage beurteilt werden könnte, ob eine medizinische Einzelmaßnahme notwendig war oder nicht. Er hat den Versicherer freilich in die Lage zu versetzen, das seinerseits zu prüfen, indem er sich mit der Einsichtnahme der Behandlungsunterlagen durch den Versicherer einverstanden erklärt. Die Ehefrau des Klägers erklärte ihr Einverständnis mit der Einsichtnahme der Beklagten in die Behandlungsunterlagen, so dass kein Anlass besteht, dem Kläger weitergehende Darlegungslast aufzuerlegen.

Die Erstattung ist auch fällig. Der Versicherer mag eine Erstattung von Krankheitskosten so lange zurückhalten dürfen, bis er durch den Versicherten oder den Versicherungsnehmer in die Lage versetzt wird, die Voraussetzungen für eine Erstattung zu prüfen. Durch Erteilung des Einverständnisses mit der Einsichtnahme der Behandlungsunterlagen durch die Beklagte hat die Ehefrau des Klägers insoweit alles auf Versicherungsnehmerseite Erforderliche getan.

jj.

Die nach Ziffern 2382 und 2675 durch Dr. K. [REDACTED] für die Behandlung der Ehefrau des Klägers am 28.05.2010 abgerechneten Gebühren sind dem Kläger ebenfalls zu erstatten.

Sie fielen im Rahmen der medizinisch notwendigen Knochenaugmentation an. Übermaßbehandlung behauptet die Beklagte insoweit nicht.

Entgegen der Auffassung der Beklagten sind die Leistungen nach Ziffern 2382 und 2675 GOÄ nicht durch die übrigen für die Behandlung am 28.05.2010 abgerechneten Gebühren abgegolten. Eine dahingehende Bestimmung trifft die Gebührenordnung für diese Ziffern nicht. Auch aus dem Leistungsinhalt der Gebührentatbestände ergibt sich nicht, dass die Maßnahmen nach Ziffern 2382 und 2675 stets Bestandteile der im Übrigen abgerechneten kieferchirurgischen Maßnahmen sind. Diese beinhalten, wie die Beklagte zutreffend ausführt, stets die Wundversorgung und Blutstillung. Die nach Ziffer 2382 GOÄ abgerechnete Hautlappenplastik geht allerdings über die normale Wundversorgung und Blutstillung weit hinaus. Sie ist kein typischer Bestandteil der durchgeführten Transplantationsmaßnahmen. Die mit Ziffer 2675 GOÄ abgerechnete Mundbodenplastik ist ebenso wenig regulärer Bestandteil einer Transplantation von Knochenmaterial zur Kieferaugmentation.

kk.

Die Beklagte hat dem Kläger ferner die Gebühren gemäß Ziffer 2700 GOÄ für den 28.05.2010 und gemäß Ziffer 614 GOÄ für den 02.09.2010 zu erstatten.

Auch insoweit streiten die Parteien um die Beweislast für die medizinische Notwendigkeit. In beiden Fällen handelt es sich um unselbständige Einzelmaßnahmen, die im Rahmen der Kieferaugmentationsbehandlung (28.05.2010) und der Implantatbehandlung (02.09.2010) – deren medizinische Notwendigkeit nicht im Streit steht – erbracht wurden. Die medizinische Notwendigkeit hätte von der Beklagten demnach nur unter dem Gesichtspunkt der Übermaßbehandlung in Frage gestellt werden können. Beweisbelastet ist insoweit die Beklagte, die ausdrücklich keinen Beweis angetreten hat.

Bei dem mit Ziffer 2700 GOÄ für den 28.05.2010 abgerechneten Anlegen von Schutz-, Halte- und Hilfsvorrichtung handelt es sich nicht um eine eigenständige Heilbehandlung. Irgendeine Krankheit wird durch die Maßnahme nicht adressiert. Es handelt sich vielmehr um eine untergeordnete Hilfsmaßnahme im Rahmen der Kieferaugmentation.

Entsprechendes gilt für die mit Ziffer 614 GOÄ für den 02.09.2010 abgerechnete Pulsoxymetrie. Zwar hat die Überwachung der Sauerstoffsättigung den Kreislauf des Patienten zum Gegenstand, nicht die Zähne. Es geht auch nicht, wie etwa beim Anlegen von Schutz-, Halte- und Hilfsvorrichtungen oder der Anästhesie, um eine begleitende Maßnahme, die die Zahnbehandlung vereinfacht oder ermöglicht. Durch

die Pulsoxymetrie sollte aber einem durch die Zahnbehandlung gesetzten Risiko begegnet werden. Es handelt sich um eine flankierende, nicht von der zahnmedizinischen Behandlung eigenständige Maßnahme.

II.

Die Beklagte hat dem Kläger auch die durch Dr. K. [REDACTED] für seine Ehefrau analog Ziffer 701 GOZ abgerechnete präoperative Modelloperation zur zahnbezogenen Implantation zu erstatten.

Der Kläger bringt vor, Ziffer 701 GOZ sei für die durchgeführte präoperative Modelloperation zur Implantation analog anwendbar. Das beinhaltet die Behauptung einer der in Ziffer 701 GOZ vorgesehenen Maßnahme vergleichbaren Leistung. Dem ist die Beklagte insoweit nicht entgegengetreten, weshalb es einer Substantiierung des Vorbringens des Klägers nicht bedarf.

Die Beklagte wendet sich gegen die Abrechnung analog Ziffer 701 GOZ vielmehr mit der Behauptung, es handele sich um eine unselbständige Teilleistung. Es ist freilich nicht ersichtlich, dass eine präoperative Modelloperation regelmäßig Bestandteil einer Implantation wäre. Nur dann könnte es sich um eine unselbständige Teilleistung handeln, die nicht gesondert zu vergüten wäre. Irgendwelche dafür sprechenden Umstände hat die Beklagte nicht vorgebracht. Es ist dem Gericht zudem bekannt, dass Implantationen nicht stets vorab am Modell simuliert werden.

mm.

Die Beklagte hat dem Kläger auch die mit der Ziffer 2254 für den 02.09.2010 abgerechneten Gebühren zu erstatten.

Zwar trifft die Rechtsauffassung der Beklagten zu, dass die Implantation von Knochenmaterial, auch bei zweizeitigem Vorgehen, nur einmal abgerechnet werden kann. Das ergibt sich aus den allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt L des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ. Danach sind operative Einzelschritte, die notwendiger Bestandteil der Zielleistung sind, neben dieser nicht gesondert abzurechnen. Nichts anderes kann gelten, wenn die Zielleistung in mehreren Schritten ausgeführt wird. Auch unter Zugrundelegung dieser Rechtsauffassung ergibt sich aber der Anfall der abgerechneten Gebühren.

Ziffer 2254 GOÄ ist für den 02.09.2010 für Regiones 35 bis 36 und für den 30.09.2010 für Regio 46 abgerechnet. Es handelte sich insoweit nicht um Maßnahmen im Rahmen derselben Behandlung. Die behandelten Regiones liegen nicht einmal benachbart.

Für alle drei Regiones ist die Knochentransplantation zwar schon am 28.05.2010 abgerechnet, wie sich der Rechnung Dr. K. [REDACTED] vom 18.08.2012 entnehmen lässt. Die Maßnahmen vom 02. und 30.09.2010 sind aber nicht Bestandteil der am 28.05.2010 begonnenen Behandlung. Der Kläger trägt unwidersprochen vor, dass nach der Implantation vom 28.05.2010 zwischenzeitlich abgebautes Knochenmaterial aufgefüllt werden musste. Dabei handelt es sich um eine neue Heilbehandlung. Mit der Implantation vom 28.05.2010 war die Behandlung des ursprünglich bestehenden Knochendefizits abgeschlossen. Dass erneut Knochen abgebaut wurde, stellt eine neue Krankheit im Sinne von § 1 Abs. 2 MB/KK 76, Teil I, dar.

Der von der Beklagten angetretene Sachverständigenbeweis war insoweit nicht zu erheben. Die Beklagte hat für ihre Behauptung, dass es sich bei den Maßnahmen vom 02. und 30.09.2010 um unselbständige Teilleistungen handele, Beweis durch Sachverständigengutachten angetreten. Dass die Implantation von Knochenmaterial eine unselbständige Teilleistung im Rahmen einer Kieferknochenaugmentation ist, unterliegt keinem Zweifel und kann als wahr unterstellt werden. Das gilt aber nur, wenn durch alle Maßnahmen dasselbe Knochendefizit behandelt wird. Das war nach dem unstreitig gebliebenen Vorbringen des Klägers aber offenkundig nicht der Fall.

nn.

Damit ist auch der Zuschlag analog Ziffer 443 GOÄ jeweils zu Recht in Rechnung gestellt und von der Beklagten an den Kläger zu erstatten.

oo.

Die für den 02. und 30.09.2010 mit der Ziffer 2381 GOÄ abgerechnete Hauptlappenplastik ist gesondert abzurechnen und nicht, wie die Beklagte meint, als Maßnahme der Wundversorgung mit der Gebühr für die Zielleistung abgegolten. Die Hauptlappenplastik geht über die normale Wundversorgung und Blutstillung, die im Zuge einer Knochenimplantation vorzunehmen sind, weit hinaus.

pp.

Zu Unrecht wendet sich die Beklagte gegen die Berechnung einer Bohrschablone für den 30.09.2010, nachdem bereits für den 02.09.2010 eine Bohrschablone abgerechnet worden war. Es handelt sich insoweit nicht um eine doppelte Berechnung, wie die Beklagte meint. Ziffer 701 B GOZ ist am 02.09. für Regio 36 und am 30.09.2010 für Regio 45 abgerechnet. Es liegt auf der Hand, dass beide Regiones nicht mit derselben Schablone bearbeitet werden konnten.

qq.

Die Beklagte hat dem Kläger die für den 14.01.2011 abgerechnete Gebühr nach Ziffer 2675 GOÄ in vollem Umfang zu erstatten. Die Erstattung ist nicht auf Ziffer 324 GOZ beschränkt.

Die Ansicht der Beklagten, es habe sich um eine Vestibulumplastik kleineren Umfangs gemäß Ziffer 324 GOZ gehandelt, trifft nicht zu. Nach dem unbestritten gebliebenen Vortrag des Klägers betraf die Vestibulumplastik die Regionen 34 bis 37 und 45 bis 47. Ziffer 324 GOZ gilt nach dem Leistungstext für eine Vestibulumplastik im Bereich von bis zu zwei nebeneinander liegenden Zähnen. Behandelt wurden am 14.01.2011 demgegenüber einmal vier und einmal drei Regiones.

rr.

Die für den 14.01.2011 abgerechnete Ziffer 3060 GOZ ist zu Recht angesetzt und daher von der Beklagten dem Kläger zu erstatten.

Nach den allgemeinen Bestimmungen zu Teil D des Gebührenverzeichnisses zur GOZ ist Ziffer 3060 GOZ nur abzurechnen, wenn die Tätigkeit über die primäre Wundversorgung hinausging. Das ist entgegen der Ansicht des Klägers nicht deshalb der Fall, weil das Blutstillen erhebliche Zeit in Anspruch genommen habe. Auf diesen Gesichtspunkt kommt es nicht an. Die primäre Wundversorgung fällt in den Gebührentatbestand der Ziffer 3060 nicht deshalb, weil dafür mehr Zeit als üblich anfiel. Die Gebühren nach der GOZ sind unter anderem am durchschnittlichen Zeitaufwand orientiert. Das bringt es zwangsläufig mit sich, dass dieser Durchschritt überschritten werden kann. Diese Wertung ist auch Ziffer 3050 GOZ zu entnehmen, nach der die Blutstillung ausdrücklich nur als selbständige Leistung vergütet wird. Die behandlungsbedingte Blutung zu stillen, gehört zur primären Wundversorgung.

Der Kläger trägt allerdings auch – unbestritten – vor, dass am 14.01.2011 eine Umstechung durchtrennter Gefäße erforderlich war. Auf dieser Grundlage ist Ziffer

3060 GOZ nach ihrem Leistungstext abzurechnen. Die Umstechung von Gefäßen ist nicht bei jeder Schleimhauttransplantation, die hier Zielleistung war, erforderlich. Bei Schleimhauttransplantationen kommt es nicht zwangsläufig zur Durchtrennung von Gefäßen in einem Ausmaß, dass eine Umstechung erforderlich macht.

ss.

Die Aufwendungen für Ultracain Forte und die Eigenlaborkosten vom 02. und 30.09.2010 sind dem Kläger zu erstatten.

Die Beklagte teilt nicht mit, was gegen die Abrechnung dieser Aufwendungen sprechen soll. Hierfür ist auch nichts ersichtlich: Ultracain ist ein Lokalanästhetikum, das bei der Infiltrationsanästhesie Anwendung findet. Die Kosten des Lokalanästhetikums sind gemäß § 4 Abs. 3 GOZ nicht mit der Gebühr nach 0100 GOZ abgegolten, wie der Gebührentext klarstellt. Auslagen für zahntechnische Leistungen, die das Eigenlabor erbrachte, sind nach § 9 Abs. 1 GOZ zu vergüten.

tt.

Für den 25.10.2009 ist dem Kläger schließlich ein Zuschlag B in Höhe von 10,49 € zu erstatten.

Dem Einwand der Beklagten, es habe sich beim 25.10.2012 nicht um einen Feiertag gehandelt, so dass der zunächst abgerechnete Zuschlag D nicht angefallen sein könne, ist der Kläger dadurch begegnet, dass er dargelegt hat, dass die Rechnung einen Fehler enthalte und tatsächlich ein Zuschlag B abzurechnen gewesen wäre. Die Beratung sei abends durchgeführt worden, nämlich um 20.25 Uhr.

Dieses Vorbringen hat der Zeuge Herr Dr. M. ████████ bestätigt. Er hat ausgesagt, dass die Ehefrau des Klägers ihn am 25.10.2012 um 20.25 Uhr anrief. Er hielt sich zu dieser späten Stunde noch, wie häufig, in der Praxis auf. Die Gesprächsdauer hat der Zeuge mit etwa fünf Minuten angegeben. Der Zeuge hat auf Grundlage seiner Notizen mitteilen können, was Gegenstand des Gesprächs war.

d.

Auf Grundlage der vorstehenden Ausführungen zu a. bis c. ergibt sich damit, ausgehend von den in der Klageerwiderung unter II. zusammengestellten Kürzungen, die folgende Berechnung:

aa.

Auf die Rechnung Dr. M. [REDACTED] für den Kläger vom 22.02.2012, Rechnungsnummer 1306/120215 sind noch 5.016,91 € zu erstatten.

Die Rechnung ist in voller Höhe von 8.730,77 € begründet. Sämtliche von der Beklagten gegen die Rechnung erhobenen Einwände bleiben ohne Erfolg. Ziffer 3 GOÄ ist durchgängig neben Ziffer 6 GOÄ abgerechnet und damit nach Ziffer 1 der allgemeinen Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses zur GOZ zu Recht angesetzt (siehe oben, c.aa). Die Beweisaufnahme hat für sämtliche abgerechneten Konsilien ergeben, dass diese wie abgerechnet durchgeführt wurden (c.bb). Herr Dr. M. [REDACTED] hat hierzu Einzelheiten aus seiner ausführlichen Dokumentation berichtet.

Die Honorarsätze sind auf Grundlage der Gebührenvereinbarung ebenso wenig wie die Erstattung auf Grundlage des Versicherungsvertrages einschließlich der Bedingungen und Tarifbestimmungen auf den 2,3-fachen Gebührensatz begrenzt (dazu unter a), weshalb auch die insoweit vorgenommene Kürzung seitens der Beklagten unberechtigt war.

Richtiger Weise nahm die Beklagte eine nur 80 %ige Erstattung vor, soweit Herr Dr. M. [REDACTED] am 22.02.2012 Maßnahmen abrechnete, die unter die Leistungsposition B nach MB/KK 76, Teil III, fallen. 20 % der Summe dieser Positionen erreicht mindestens den von der Beklagten mit dieser Begründung nicht erstatteten Betrag. Unter Leistungsposition B fällt zum einen die Wiederherstellung der Langzeitprovisorien am 17.03. und 16.06.2010, bei denen es sich nach dem Vorbringen des Klägers um Kronen handelte (vgl. c.cc), ferner die zugehörigen Laborkosten. Zum anderen fallen die Einlagenfüllungen am 13.10.2010 und am 13.07.2011 unter Leistungsposition B. Bei einer Einlagenfüllung handelt es sich um eine Gussfüllung. Die Begriffe werden synonym gebraucht und bezeichnen Füllungen, die außerhalb des Mundes, z. B. durch Abguss, vorgeformt und dann in den Zahn eingelegt und befestigt werden – im Unterschied zu so genannten plastischen Füllungen, bei denen das flüssige Füllmaterial in den Zahn eingebracht wird und dort aushärtet. Allein die für diese Maßnahmen abgerechneten Ziffer 710 GOZ (Wiederherstellung Langzeitprovisorium), diesbezügliche Laborkosten und Ziffern 215 und 217 GOZ (Einlagenfüllung) summieren sich auf 1.377,16 €. 20 % hiervon sind 275,43 € – mehr als der von der Beklagten insoweit nicht erstattete Betrag, so dass offen bleiben kann, ob etwa auch Nebenleistungen bei Einbringen

der Einlagenfüllungen wie etwa besondere Maßnahmen nach Ziffer 203 GOZ mit nur 80 % hätten erstattet werden können.

bb.

Auf die Rechnung Dr. M. [REDACTED] vom 29.06.2012 über 1.572,65 €, Rechnungsnummer 1306/120617, sind dem Kläger noch 874,77 € zu erstatten.

Für die Behandlungen hätten nur 1.499,79 €, also 72,86 € weniger als abgerechnet, in Rechnung gestellt werden dürfen. Die Leistungen nach Ziffer 2290 GOZ, die für den 25.04.2012 und den 02.05.2012 abgerechnet sind, sind bereits mit den Gebühren für die erstmalige Eingliederung der Kronen abgegolten (Einzelheiten unter c.cc).

Die Kürzung der Erstattung durch die Beklagte über den 2,3-fachen Gebührensatz hinaus mit insgesamt 874,77 € ist unberechtigt (vgl. a).

Richtiger Weise erstattete die Beklagte für die Wiederherstellung des Langzeitprovisoriums, für die am 28.03.2012 199,11 € abgerechnet sind und die unter Leistungsposition B fällt, wiederum nicht mehr als 80 %, so dass die Kürzung in Höhe von 37,04 € jedenfalls berechtigt ist.

cc.

Auf die Rechnung Dr. M. [REDACTED] für den Kläger vom 15.07.2013 über 5.174,28 €, Rechnungsnummer 1306/130720, sind noch 2.956,04 € zu erstatten.

Die Rechnung ist in Höhe von 5.063,31 € berechtigt. Ziffer 0070 GOZ ist für den 04.07.2012 nur mit 16,57 € anzusetzen (vgl. c.dd). Die Beklagte kürzte die Erstattung um 55,93 € von abgerechneten 66,28 €, so dass dem Kläger weitere 16,57 € - (66,28 € - 55,93 €) = 6,22 € zustehen. Ziffer 4050 GOZ ist für Zahn 13 neben Ziffer 4090 nicht abzurechnen, so dass 3,24 € abzuziehen sind (vgl. c.ee). Ziffer 60 GOÄ ist jeweils berechtigt abgerechnet, weil, wie die Beweisaufnahme ergeben hat, dass die Konsilien mit Herrn Dr. K. [REDACTED] am 10.07. und 25.10.2012 wie abgerechnet stattfanden (vgl. c.bb). Herr Dr. M. [REDACTED] hat Dauer, Gegenstand und Ergebnis der Gespräche auf Grundlage seiner Notizen dargestellt. Die mit Ziffer 2290 für den 03.04.2013 abgerechnete Entfernung des Langzeitprovisoriums ist bereits mit der Gebühr für dessen Eingliederung abgegolten (vgl. c.cc). Hinsichtlich einer der beiden besonderen Maßnahmen im Sinne der Ziffer 2030 GOZ für den 03.04.2013 fehlt die

Mitteilung, worin die Leistung bestand, hinsichtlich einer besonderen Maßnahme hat der Kläger dies dargelegt. Zu kürzen sind deshalb nur 21,59 € für eine Maßnahme nicht, wie die Beklagte meint, 43,18 € für beide abgerechneten Maßnahmen. Die Erstattung der Gebühr nach 4040 GOZ für den 03.04.2013 ist fällig. Der Kläger hat die Angabe des betroffenen Zahns unterdessen mit Schriftsatz vom 25.11.2016 nachgeholt (vgl. c.gg).

Die Abrechnung über den 2,3-fachen Gebührensatz hinaus ist berechtigt und unterfällt der Erstattungspflicht der Beklagten (a).

Soweit Leistungen aus der Leistungsposition B in Rechnung gestellt sind, hat die Beklagte nur 80 % zu erstatten. Der nicht erstattete Betrag von 38,65 € ergibt sich mindestens unter Zugrundelegung der für den 03.04.2013 abgerechnete Ziffer 7080 für die therapeutische Restauration in Höhe von 199,12 € und der zugehörigen Laborkosten von 115,62 €. Dass sich die Kürzungen der Beklagten auf diese Positionen beziehen, ist der Leistungsabrechnung vom 21.10.2013 zu entnehmen. Die Beklagte ordnete die Gebühren zu Recht der Leistungsposition B zu. Bei der vorgenommenen therapeutischen Restauration handelte es sich um Maßnahmen nach Ziffer 3. der Beschreibung des Tarifes MZ in den MB/KK 76, Teil II. Dass eine Krone oder Gussfüllung eingegliedert worden sein muss, ist daran zu erkennen, dass das einzugliedernde Präparat im Labor vorgefertigt wurde. Das wäre bei einer in die Leistungsposition A gehörenden plastischen Füllung nicht der Fall gewesen.

dd.

Auf die Rechnung Dr. M. [REDACTED] für den Kläger vom 12.12.2013 über 1.452,00 €, Rechnungsnummer 1329/131204 hat die Beklagte dem Kläger noch 871,49 € zu erstatten.

Die Rechnung ist bis auf den mehr als einmaligen analogen Ansatz der Ziffer 0070 GOZ für den 31.07.2013 berechtigt. Für die elektromechanische Parodontal-diagnostik konnte Ziffer 0070 GOZ nur einmal analog abgerechnet werden, weil die Gebühr nur einmal je Sitzung angesetzt werden kann (vgl. c.dd). Die Beklagte nahm in Höhe von 59,81 € von in Rechnung gestellten 66,28 € keine Erstattung vor. Erstattet werden müssen aber 16,57 €, so dass noch 16,57 € - (66,28 € - 59,81 €) = 10,10 € fehlen. Ziffer 60 GOÄ fiel an. Das Konsil am 01.10.2013 wurde, wie die Beweisaufnahme ergeben hat, der Rechnung des Herrn Dr. M. [REDACTED] entsprechend durchgeführt (vgl. c.bb).

Die Honorarforderung des Herrn Dr. M [REDACTED] ist auch insoweit berechtigt, als mehr als der 2,3-fache Gebührensatz abgerechnet ist. Auch insoweit besteht eine Erstattungspflicht der Beklagten (vgl. a).

ee.

Auf die Rechnung Dr. M [REDACTED] Nr. 1306/150122 für den Kläger vom 26.01.2015 über 5.979,63 € sind weitere 3.366,69 € zu erstatten.

Auch insoweit können für die elektromechanische Parodontaldiagnostik richtiger Weise nur jeweils 16,57 € in Rechnung gestellt werden, eine Gebühr je Sitzung (c.dd). Die Beklagte regulierte bis auf einen Betrag von 39,62 €, mithin in Höhe von 92,94 €. Das war bereits mehr als die zweimal 16,57 €, die hätten abgerechnet werden dürfen. Die für den 13.01., 19.02., 27.03., 22.09., 23.10. und 04.12.2014 abgerechneten Konsilien fanden statt (c.bb). Herr Dr. M [REDACTED] hat auch die für die Gespräche mit Herrn Dr. K [REDACTED] am 22.09. und 04.12.2014 angegebene Dauer bestätigt, die er in seiner Dokumentation vermerkte bzw. die sich aus dort vermerktem Anfang und Ende des Gesprächs ergibt. Für den 22.09.2014 waren es demnach sogar 25 Minuten, also jedenfalls die in der Abrechnung angegebenen mindestens 15 Minuten. Die für den 03.12.2014 und 14.01.2015 abgerechneten besonderen Maßnahmen hat der Kläger sämtlich dargelegt, so dass die Erstattung fällig ist (vgl. c.ff).

Abrechnungs- und erstattungsfähig sind wiederum auch die über den 2,3-fachen Satz hinausgehenden Gebühren (a).

ff.

Auf die Rechnung Dr. M [REDACTED] für die Ehefrau des Klägers vom 22.02.2012 über 3.372,85 €, Rechnungsnummer 1574/120204, hat die Beklagte dem Kläger noch 1.588,97 € zu erstatten.

Die abgerechneten Gebühren sind in vollem Umfang angefallen. Soweit Ziffer 3 GOÄ entsprechend angesetzt ist, ist das angesichts der jeweils für denselben Behandlungstag abgerechneten Maßnahmen nach Ziffer 6 GOÄ berechtigt (vgl. c.aa).

Die Honorarforderung ist auch berechtigt, soweit mehr als der 2,3-fache Gebührensatz abgerechnet ist. Auch insoweit besteht die Erstattungspflicht der Beklagten (a).

Ein Teilbetrag von 116,71 € ist dem Kläger nicht zu erstatten, weil insoweit eine Erstattung nur mit 80 % vereinbart ist. Es handelt sich um die für Einlagenfüllungen am 18.10.2011 abgerechneten Gebühren nach Ziffer 217 GOZ, besondere Maßnahmen beim Füllen nach Ziffer 203 GOZ sowie das Honorar für die Wiedereingliederung einer Krone am selben Tag. Diese Gebühren machen zusammen 583,53 € aus. 20 % hiervon sind 116,71 €. Dass weitere Maßnahmen aus der Rechnung vom 22.02.2012 unter Leistungsposition B nach MB/KK 76, Teil III, fallen, lässt sich den Leistungstexten nicht entnehmen. In Betracht kommen insoweit allenfalls die funktionsanalytischen Maßnahmen. Diese wären der Leistungsposition B zuzuordnen, wenn sie der Vorbereitung zahnersetzer Maßnahmen gedient hätten. Das ergibt sich aus der Rechnung aber nicht. Vielmehr ist für den 10.11.2011 ein Aufbissbehelf abgerechnet. Dabei handelt es sich um eine kieferorthopädische Maßnahme (vgl. b). Hinzu kommt, dass zwar grundsätzlich der Kläger die Voraussetzungen einer hundertprozentigen Erstattung darzulegen hat. Bei der 80 %igen Erstattung handelt es sich nicht um eine Leistungseinschränkung, deren Voraussetzungen die Beklagte darlegen müsste. Die Beklagte hat den Kläger allerdings nicht dadurch, dass sie – auf mehrfache Aufforderung des Klägers – mitgeteilt hätte, welche Positionen sie mit nur 80 % erstattete, in die Lage versetzt, zu den Voraussetzungen der vollen Erstattung für die von der Beklagten gekürzten Positionen vorzutragen. Der Kläger hätte seiner Darlegungslast unter diesen Umständen nur genügen können, wenn er zu sämtlichen Positionen der Rechnung vom 22.02.2012 die tatsächlichen Voraussetzungen der hundertprozentigen Erstattung vorgetragen hätte. Das ist unzumutbar. Ohnehin ergibt sich auf Grundlage der Leistungstexte in der Rechnung des Herrn Dr. M. [REDACTED], dass über die oben genannten Positionen hinaus keine Maßnahmen aus der Leistungsposition B vorgenommen wurden, so dass es auch deshalb keiner weiteren Darlegung durch den Kläger bedarf.

gg.

Auf die Rechnung Dr. M. [REDACTED] für die Ehefrau des Klägers vom 29.06.2012, Rechnungsnummer 1626/120603, über 829,04 € sind noch 470,78 € zu erstatten.

Die Rechnung ist bis auf Ansatz der Ziffer 4000 GOZ für den 09.02.2012 begründet. Ziffer 3 GOÄ kann wiederum neben Ziffer 6 GOÄ abgerechnet werden (vgl. c.aa). Für die Abrechnung der elektromechanischen Parodontaldiagnostik analog Ziffer 4000 GOZ fehlt die Darlegung der Voraussetzungen der Vergleichbarkeit mit der nach Ziffer 4000 GOZ regulär abgerechneten Leistung (vgl. c.hh).

Die über den 2,3-fachen Satz hinausgehenden Gebühren sind wiederum angefallen und unterfallen der Erstattungspflicht der Beklagten (a).

hh.

Auf die Rechnung des Herrn Dr. K. [REDACTED] vom 18.08.2012 für die Behandlung der Ehefrau des Klägers über 11.254,13 €, Rechnungsnummer 3365, hat die Beklagte dem Kläger noch 4.163,58 € zu erstatten.

Die Rechnung ist in vollem Umfang begründet. Für den 28.05.2010 sind die Ziffern 2382 und 2675 GOÄ neben der Gebühr für die Zielleistung abgerechnet. Die durchgeführten Maßnahmen gingen über die im Rahmen der Zielleistung typischerweise anfallenden Maßnahmen hinaus (dazu oben unter c.jj). Dasselbe gilt für die Abrechnung der Ziffer 2381 GOÄ für den 02. und den 30.09.2010 (vgl. c.oo). Ziffer 701 GOZ konnte für die am 02.09.2010 erbrachten Leistungen analog abgerechnet werden. Die präoperative Modelloperation ist nicht zwingend Bestandteil einer Implantation (c.ll). Ziffer 2254 GOÄ war für den 02. und den 30.09.2010 abzurechnen, auch wenn bereits am 28.05.2010 Maßnahmen der Knochenaugmentation vorgenommen und abgerechnet worden waren. Im September wurde ein erneut aufgetretenes Knochendefizit behandelt, so dass es sich um eine weitere Heilbehandlung handelte, die wiederum abgerechnet werden konnte, nicht um die Fortsetzung der Behandlung aus Mai 2010 (dazu c.mm). Auch der Zuschlag nach Ziffer 443 GOÄ ist damit berechtigt (c.nn). Eine Bohrschablone konnte für den 30.09.2010 abgerechnet werden, auch wenn bereits für den 02.09.2010 eine Bohrschablone abgerechnet wurde. Es wurden jeweils unterschiedliche Regionen behandelt (c.pp). Für die am 14.01.2011 durchgeführte Vestibulumplastik ist Ziffer 2675 GOÄ angesichts des Umfangs der Maßnahme zu Recht in Ansatz gebracht (vgl. c.qq). Gründe für die Kürzung der Erstattung von Ultracain Forte und der Eigenlaborkosten sind nicht ersichtlich (c.ss).

Die Gebühren konnten über den 3,5-fachen Satz hinaus abgerechnet werden. Eine entsprechende Vergütungsvereinbarung war geschlossen worden. Die Vereinbarung ist wirksam. Die Beklagte ist auch insoweit zur Erstattung verpflichtet (vgl. a).

Die angefallenen Gebühren sind von der Beklagten dem Grunde nach zu erstatten. Das gilt auch für die für den 28.05.2010 abgerechneten Ziffern 2442 und 2700 GOÄ sowie die für den 02.09.2010 abgerechnete Ziffer 614 GOÄ. Die Beklagte hat nicht bewiesen, dass insoweit eine Übermaßbehandlung im Sinne des § 5 Abs. 2 MB/KK 76, Teil I, vorgelegen hätte (c.ii und kk).

Hinsichtlich der unter Leistungsposition B nach MB/KK 76, Teil III, fallenden Maßnahmen beträgt die Erstattung nur 80 %. Die Beklagte macht insoweit eine Kürzung um insgesamt 544,68 € geltend. Für Maßnahmen nach Leistungsposition B abgerechnetes Honorar und Auslagen betragen mindestens das Fünffache hiervon, so dass die Kürzung in vollem Umfang berechtigt ist. Die von Dr. K [REDACTED] abgerechneten Gebühren sind der Leistungsposition B zuzuordnen, soweit sie im Zusammenhang mit Implantationen anfielen. Diese werden im Rahmen der Überkronung und der Zahnprothetik durchgeführt. Beide sind in der Beschreibung der Leistungsposition B in MB/KK 76, Teil III, genannt. Im Zusammenhang mit den Implantationen stehen Gebühren in Höhe von insgesamt mindestens 1.091,70 €, nämlich am 02.09.2010 Ziffer 701 GOZ analog – Modelloperation zur zahnbezogenen Implantation, Ziffer 900 GOZ – implantatbezogene Analyse und Vermessung, Ziffer 701 b GOZ analog – Eingliederung einer Operationsschablone zur Übertragung der Modelloperation – und Ziffer 903 GOZ – Einbringen eines enossalen Implantates. Am 30.09.2010 fielen für die Implantation jedenfalls Ziffern 701 b GOZ analog – Eingliederung einer Operationsschablone zur Übertragung Modelloperation – und Ziffer 903 GOZ – Einbringen eines enossalen Implantates – an. Ebenfalls im Zusammenhang mit den Implantationen standen die für den 01.03.2011 abgerechneten Ziffern 904 GOZ – Implantat eröffnen / Einfügen von Sekundärteilen. Hinzu kommen Labor- und sonstige Materialkosten für die Implantationen: aus der Eigenlaborrechnung vom 02.09.2010 das Festlegen der Implantatposition und -richtung am Modell, die Nobel Biocare Twist- und die NobelActive Internal-Produkte, insgesamt 1.077,79 €. Aus der Rechnung der Dentaltechnik Stefan Lukoschus vom 02.09.2010 entfällt jedenfalls die Bohrschablone mit 69,65 € zuzüglich Mehrwertsteuer auf die Implantation. Die Eigenlaborrechnung vom 30.09.2010 verhält sich wiederum über Nobel Biocare Twist- und NobelActive Internal-Produkte, die für die Implantationen Verwendung

fanden, für zusammen 588,14 €. Insgesamt sind damit Aufwendungen in Höhe von 2.840,51 € der Implantation, damit der Leistungsposition B zuzuordnen. 20 % hiervon sind 568,10 €, mehr als die Beklagte insoweit nicht erstattete.

ii.

Auf die Rechnung des Herrn Dr. M. [REDACTED] für die Ehefrau des Klägers vom 31.07.2013 über 2.435,58 €, Rechnungsnummer 1626/130706, begehrt der Kläger nach Rücknahme der Klage um 2,33 € noch 1.533,35 € sowie 31,21 €, die zur hundertprozentigen Erstattung fehlen. Hiervon hat die Beklagte dem Kläger 1.533,35 € zu erstatten.

Die Rechnung des Herrn Dr. M. [REDACTED] vom 31.07.2013 ist bis auf den Ansatz des Zuschlags D für den 25.10.2012 mit 12,82 € anstelle eines Zuschlag B mit 10,49 € begründet. Die abgerechneten Konsilien fanden statt, wie die Beweisaufnahme ergeben hat (vgl. c.bb). Die Beweisaufnahme hat auch ergeben, dass Herr Dr. M. [REDACTED] die Ehefrau des Klägers am 25.10.2012 telefonisch ab 20.25 Uhr beriet (a.tt), so dass der Zuschlag B anfiel.

Wiederum konnten die angefallenen Gebühren über den 2,3-fachen Satz hinaus abgerechnet werden und sind auch insoweit von der Beklagten zu erstatten (vgl. a).

Hinsichtlich der unter Leistungsposition B fallenden Maßnahmen beträgt die Erstattung vereinbarungsgemäß 80 %. Unter Leistungsposition B fallen die für den 10.07.2012 mit der Ziffer 2320 GOZ abgerechnete Wiederherstellung einer Krone und die zugehörigen Laborkosten in Höhe von 38,09 € zuzüglich 7 % Mehrwertsteuer, insgesamt 178,52 €. Weitere Maßnahmen nach Leistungsposition B sind der Rechnung nicht zu entnehmen. Insbesondere fällt die für den 27.11.2012 mit der Ziffer 2120 GOZ abgerechnete Komposit-Restauration nicht hierunter. Eine Komposit-Füllung ist keine Gussfüllung, die durch Abguss im Labor hergestellt werden. Vielmehr wird der Kunststoff in formbarem Zustand in den Zahn eingebracht und härtet dort erst aus. 20 % der Aufwendungen, die unter Leistungsposition B fallen, sind 35,70 €, mehr, als die Beklagte insoweit nicht erstattete.

jj.

Auf die Rechnung des Herrn Dr. M. [REDACTED] vom 12.12.2013 über 2.600,35 € für die Behandlung der Ehefrau des Klägers, Rechnungsnummer 1626/131208, hat die Beklagte noch 1.252,28 € zu erstatten.

Die Rechnung ist in vollem Umfang berechtigt. Die Beweisaufnahme hat ergeben, dass das für den 01.10.2013 mit Ziffer 60 GOÄ abgerechnete Konsil stattfand (c.bb). Aufgrund der wirksamen Gebührenvereinbarung konnte der Zahnarzt mehr als den 2,3-fachen Gebührensatz abrechnen (a).

Die Erstattungspflicht der Beklagten erstreckt sich auf die angefallenen Gebühren auch insoweit, als mehr als der 2,3-fache Satz abgerechnet ist (a).

Vom durch Herrn Dr. M. [REDACTED] in Rechnung gestellten Honorar fallen 206,02 € in die Leistungsposition B nach MB/KK 76, Teil III, so dass insoweit nur 80 % von der Beklagten zu erstatten sind. In Höhe von 41,20 € besteht keine Erstattungspflicht. Es handelt sich um die für den 09.10.2013 mit Ziffer 9050 GOÄ abgerechnete Auswechslung eines Implantatteils sowie die mit Ziffer 2310 abgerechnete Wiedereingliederung einer Krone. Dies sind Maßnahmen der Prothetik, die zur Leistungsposition B gehören. Dass weitere am 12.12.2013 in Rechnung gestellte Maßnahmen in die Leistungsposition B fielen, hat sich nicht feststellen lassen. In Frage kommen insoweit die mit Ziffer 5170 für den 09. und den 21.10.2013 abgerechneten Abformungen einschließlich Material, ferner die für den 21.10.2013 mit Ziffer 7080 GOZ abgerechnete therapeutische Restauration. Dass sich die Regulierung der Beklagten in Höhe von nur 80 % auf diese Positionen bezieht, hat die Beklagte allerdings nicht dargelegt. Der Kläger hat deshalb Gegenteiliges nicht vortragen müssen. Aufgrund der in der Rechnung benannten Leistungen spricht auch alles dagegen, dass es sich insoweit um Maßnahmen der Prothetik handelte. Vielmehr liegt nahe, dass kieferorthopädische Maßnahmen durchgeführt wurden. Diese fallen in die Leistungsposition A. Die Abformungen dienten, soweit das aus der Rechnung beurteilt werden kann, der Bisskorrektur. Das folgt aus der Durchführung einer therapeutischen Restauration. Ferner ist für den 04.12.2013 die Kontrolle eines Aufbissbehelfs abgerechnet.

2.

Der Zinsanspruch folgt aus §§ 286 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 Satz 1, 1. HS., 288 Abs. 1 BGB. Die Frist des § 286 Abs. 3 Satz 1, 1. HS. BGB begann jeweils mit Eingang der zur Erstattung eingereichten Rechnungen bei der Beklagten. Mangels näheren Vorbringens des Klägers hierzu ist von einem gewöhnlichen Postlauf von zwei Werktagen auszugehen. Der Kläger hat nicht dargetan, dass er die Rechnungen auf schnellerem Wege übermittelt hätte. Soweit der Kläger vorträgt, die Rechnungen

unverzüglich bei der Beklagten eingereicht zu haben, ist von einer Absendung per Rechnungsdatum auszugehen. Das diesbezügliche in der begehrten Verzinsung implizierte Vorbringen des Klägers bestreitet die Beklagte nicht.

Hinsichtlich der Rechnung Dr. M. [REDACTED] für die Ehefrau des Klägers vom 22.02.2012 ist Verzinsungsbeginn erst der 02.04.2012. Der Kläger übersandte die Rechnung nicht per Rechnungsdatum sondern, wie er unbestritten vorgetragen hat, mit Schreiben vom 29.02.2012. Die dreißigtägige Frist kann dann erst mit dem 01.04.2012 abgelaufen sein. Hinsichtlich der Rechnung des Herrn Dr. M. [REDACTED] vom 12.12.2013 für die Ehefrau des Klägers ist bei unstreitig unverzüglicher Absendung von einem Eingang bei der Beklagten am 14.12.2013 auszugehen. Die dreißigtägige Frist lief dann mit dem 13.01.2014 ab, so dass Verzug ab dem 14.01.2014 bestand.

II.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 281 Abs. 3 Satz 2, 92 Abs. 1 Satz 1, 2. Fall ZPO. Die durch die Erhebung der Klage bei dem Landgericht Münster, das sich mit Beschluss vom 18.03.2016 für örtlich unzuständig erklärt hat, angefallenen Mehrkosten sind dem Kläger angesichts der Rechtskraft dieses Beschlusses unabhängig von dessen sachlicher Richtigkeit aufzuerlegen.

Die vorläufige Vollstreckbarkeit richtet sich für den Kläger nach § 709 Sätzen 1 und 2 ZPO, für die Beklagte nach §§ 708 Nr. 11, 711 Sätzen 1 und 2, 709 Satz 2 ZPO.

Streitwert:

bis zur Teilklagerücknahme mit Schriftsatz vom 07.01.2016: 23.464,47 €,

für den weiteren Rechtsstreit: 23.462,14 €.

[REDACTED]
Ausgefertigt

[REDACTED] Justizhauptsekretär
als Urkundsbeamter der Geschäftsstelle

