

L 12 KA 523/00

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 39 KA 5076/99

Datum

27.06.2000

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 523/00

Datum

15.05.2002

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 27. Juni 2000 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die mit Disziplinarbescheid der Beklagten vom 3. März 1999 gegen ihn verhängte Geldbuße in Höhe von DM 20.000,-.

Der Kläger ist als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen und in N. niedergelassen.

Der geschäftsführende Vorstand der Beklagten hat in seiner Sitzung am 30. April 1997 beschlossen, dem Vorstand die Einleitung eines Disziplinarverfahrens gegen den Kläger wegen Abrechnung nicht erbrachter Leistungen bzw. unzulässiger Doppelabrechnung in den Behandlungsfällen R. , K. , W. und G. vorzuschlagen.

Mit Schreiben der Beklagten vom 2. September 1997 wurde der Kläger um Stellungnahme zu den genannten 4 Behandlungsfällen W. R. , F. K. , M. W. und P. G. gebeten. Darüber hinaus wurden dem Kläger die Schreiben der AOK Bayern vom 3. Juli 1997 und 19. August 1997 in den Behandlungsfällen B. E. und A. W. zur Kenntnis gebracht, die ggf. in das bereits anhängige Disziplinarverfahren miteinzubeziehen seien.

Hierzu hat der Kläger mit Schreiben vom 16. September 1997 Stellung genommen. Im Fall F. K. seien sämtliche abgerechneten Leistungen erbracht worden. Die Versorgung kariöser Läsionen sei zunächst durch Füllungen mit plastischem Material erfolgt. Anschließend seien Goldfüllungen angefertigt und eingegliedert worden. Dieses Vorgehen sei zwar insgesamt nicht besonders wirtschaftlich, sei aber gewählt worden, um besonders substanzschonend bei unter sich gehenden Läsionen das notwendige Maß des Aufziehens der Kavitäten zu verringern. Es habe eine saubere Trennung zwischen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbrachten Kassenleistungen, auf die der Patient Anspruch habe, und anschließenden Privatleistungen, für die das RVO- Wirtschaftlichkeitsgebot nicht gelte, stattgefunden.

Im Behandlungsfall M. W. sei die F 2 am Zahn 33 zur Vorbereitung des Zahnes zur Eingliederung der Krone am 31. Januar 1996 durch den Vorbereitungsassistenten erfolgt. An der Abrechnung dieser Maßnahme könne er nicht erkennen, was den Verdacht auf eine Unkorrektheit erregen könnte. Die Zähne 31 und 32 seien allerdings im abgerechneten HKP tatsächlich fälschlich als von ihm ersetzt mit eingetragen worden, aber ohne Kostenfolge, da die BEMA-Position 96 c ohnehin anzusetzen gewesen sei und im Labor-Beleg keine Kosten für diese Zähne aufgeführt worden seien. Mit einer Kostenfolge von zu viel berechneten knapp DM 200,- sei allerdings der zweite Fehler bei dieser Abrechnung erfolgt, den er zunächst gar nicht habe glauben wollen. Normalerweise verwende er bei Verbindungselementen nach BEMA-Position 93/3 immer Schubverteilungsarme mit gefrästem Lager. Mittlerweile habe er durch eigene Inaugenscheinnahme erkennen müssen, dass diese an Frau W. Zahn 33 in der Tat fehlen würden. Wie dies geschehen habe können, sei bis heute nur lückenhaft zu erklären. Aus nicht ersichtlichem Grund habe der damalige Techniker die Arbeit so angefertigt und der damalige Vorbereitungsassistent so eingegliedert. Er habe die Abweichung von den sonstigen Gepflogenheiten nicht bemerkt. Die erste Abrechnungshelferin habe sich im Mutterschutz befunden. Ihre von ihr eingewiesene Vertreterin sei wohl von der Ausführung in der sonst üblichen Weise mit den Schubverteilungsarmen an allen Verbindungselementen nach 93/3 ausgegangen und habe den Laborbeleg entsprechend erstellt. Natürlich enthebe diese Erklärung ihn nicht von der Verantwortung für die Abrechnung zweier nicht erbrachter Laborleistungen. Er hoffe auf Glaubhaftigkeit, dass zumindest kein Vorsatz vorgelegen habe.

Im Fall P. G. sei diese am 7. Juni 1995 mit einem Defekt an der Schneidekante des Zahnes 11 erschienen, der zu Lasten der Krankenkasse korrekt mit einer F 4 versorgt worden sei. Darüber hinaus habe sie sich als Privatleistung das Aussehen des ganzen Zahnes mit adhäsiv aufgeschichtetem Kunststoff neu gestalten lassen. Hierfür seien entgegen der Auffassung der Beklagten keine Füllungen berechnet worden.

Mit der Patientin B. E. sei die Liquidation ihrer Inlay-Brücke zu GOZ-Bedingungen vorab vereinbart worden. Zum Rechnungsbetrag sei der Kassenanteil sehr wohl angerechnet worden, ebenso die geleistete Anzahlung von DM 1.000,-. Frau E. habe am 12. März 1997 DM 1.000,- angezahlt und am 16. Mai 1997 den nach Anrechnung des Kassenanteils von DM 1.020,49 nach ausstehenden Restbetrag von DM 1.932,81 auf die Rechnungen über DM 55,66 für den Privat-HKP und DM 3,897,76 für die Brücke beglichen.

Im Falle der Patientin A. W. sei ebenfalls eine Vereinbarung über die GOZ-Liquidation getroffen worden und der Patientin der Kassenanteil angerechnet worden. Mit Schreiben vom 13. Oktober 1997 hat der Kläger seine erste Stellungnahme noch ergänzt, weil er von der Patientin G. (ausgebildete Zahnarzthelferin) mittlerweile gehört habe, dass sie den Hergang um seine Leistungen an dem Zahn 11 im Jahr 1995 etwas anders in Erinnerung habe als er. Die Patientin habe keine Krone oder Facette gewollt, habe jedoch von seinem Angebot Gebrauch gemacht, außer dem medizinisch notwendigen bloßen Auffüllen des Defekts - abgerechnet über die Krankenkasse - sich den Zahn in der gleichen Sitzung als Privatleistung mit farblich individuell angepasstem Kunststoff weiter ästhetisch aufbauen zu lassen. Für die dort angekreuzte Position GFS 901 kalkuliere er normalerweise über eine Stunde ein. Diese Sonderleistung sei privat in Rechnung gestellt worden. Nach seiner Auffassung beinhalte ein Eckenaufbau die Entfernung kariös erweichter oder brüchiger Substanz, die Schaffung von Retentionen und die Konditionierung des Dentins. Diese Verrichtungen seien bei Frau G. nicht in der privat berechneten Position "GFS 901" miteinkalkuliert worden, weil er sie als wesentliche Bestandteile einer gesonderten Leistung, nämlich des Eckenaufbaus gemäß der bei Frau G. über Kasse abgerechneten BEMA-Nr.13 d ansehe.

Der Vorstand der Beklagten hat in seiner Sitzung vom 17./18. Februar 1998 beschlossen, gegen den Kläger ein Disziplinarverfahren wegen der mit Schreiben vom 2. September 1997 bereits mitgeteilten Vorwürfe einzuleiten.

Der Disziplinarausschuss der Beklagten hat mit Bescheid vom 3. März 1999 dem Kläger eine Geldbuße in Höhe von DM 20.000,- auferlegt und Verfahrenskosten in Höhe von DM 1.000,- festgesetzt. Der Kläger habe in den Behandlungsfällen K. , W. , G. , E. und W. seine vertragszahnärztlichen Pflichten schuldhaft verletzt. Im Behandlungsfall K. habe der Kläger unter dem Datum 7. Dezember 1995 gemäß seinem eigenen Eintrag in der Karteikarte an den Zähnen 14, 26, 27, 36 und 37 eine Inlay-Präparation vorgenommen und nach indirekter Überkappung der Zähne (BEMA-Nr.25) die Kavitäten mit einflächigen (Zahn 37), zweiflächigen (Zähne 14, 26 und 27) oder dreiflächigen (Zahn 36) Füllungen versehen, wobei letztere über Krankenschein abgerechnet worden seien. Die am 18. Dezember 1995 eingesetzten Inlays seien dem Patienten darüber hinaus mit privatärztlicher Liquidation (Rechnung vom 18. Dezember 1995) in Rechnung gestellt worden. Der Disziplinarausschuss stelle fest, dass hinsichtlich der Zähne 14, 26, 27, 36 und 37 eine Doppelabrechnung vorliege. Entweder seien am 7. Dezember 1995 von vorneherein Inlays präpariert und am 18. Dezember eingesetzt worden, dann könne eine privatärztliche Liquidation erfolgen, aber keine gleichzeitige Abrechnung von Füllungen nach den BEMA-Nrn.13 a bis c. Oder die gelegten Füllungen nach den BEMA-Nrn.13 a bis c seien im Sinne der Abrechnungsbestimmungen der BEMA-Nr. 13 tatsächlich gelegt und dann sofort wieder durch die Inlays ersetzt worden. Dies rechtfertige entgegen der Auffassung des Klägers aber ebenfalls keine Doppelabrechnung und sei nicht nur - wie er ausführe - als unwirtschaftlich zu bezeichnen. Vielmehr stehe einer Abrechnung dieser "vorübergehenden Füllungen" entgegen, dass gemäß Karteikarteneintrag von vornherein Inlays präpariert hätten werden sollen; dann seien allerdings auch keine Füllungen indiziert gewesen.

Im Behandlungsfall M. W. habe der Kläger eingeräumt, dass die Zähne 31, 32 von ihm im abgerechneten Heil- und Kostenplan tatsächlich fälschlicherweise als ersetzt eingetragen worden seien. Zudem habe der Kläger die fehlerhafte Berechnung eines zweiten Schubverteilungsarmes mit gefrästem Lager eingeräumt. Es sei dem Kläger damit die Abrechnung nicht erbrachter, zahntechnischer Leistungen sowie ein Verstoß gegen die ZE-Richtlinien (Ziff.I 5 - Befunderhebung) vorzuwerfen.

Im Behandlungsfall P. G. habe der Kläger eine mehr als dreiflächige Füllung nach der BEMA-Nr.13 b über Krankenschein abgerechnet. Gleichzeitig habe er der Patientin unter dem Datum 9. Juni 1995 den "definitiven Kunststoffaufbau eines Zahnes mit individueller Farbanpassung" (nach seinem Gebührenverzeichnis GFS 901) in Rechnung gestellt. Der Disziplinarausschuss stelle fest, dass die Abrechnung der BEMA-Nr.13 b auch einen Kunststoffaufbau mit Farbanpassung beinhalte. Es sei in diesem Zusammenhang auf die Abrechnungsbestimmungen Nr.1 zur BEMA-Nr.13, wonach eine Zuzahlung durch die Versicherten nicht zulässig sei, zu verweisen. Die vorgenommene Trennung einer Leistung in einen "vertraglichen Teil" und einem "außervertraglichen Teil" finde in geltendem Recht keine Stütze. Entweder sei eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung des Zahnes 11 mit einer Füllung nach der BEMA-Nr.13 d angezeigt oder die Patientin entscheide sich in Übereinstimmung mit dem Behandler für eine privatärztliche Behandlung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

Im Behandlungsfall B. E. rechne der Kläger unter dem Datum 16. Mai 1997 eine Inlay-Brücke von Zahn 34 bis 36 über Heil- und Kostenplan ab. Gleichzeitig stelle er diese Behandlungsleistung unter dem Rechnungsdatum 15. Mai 1997 der Patientin auch nach der Gebührenordnung für Zahnärzte in Rechnung. Soweit der Betroffene hierbei auf die von der Patientin unterzeichnete Erklärung vom 29. Oktober 1996 verweise, beziehe sich diese zum einen nur auf Einlagefüllungen (Inlays), zum anderen hätte der Betroffene dann von einer Abrechnung des Heil- und Kostenplanes am 16. Mai 1997 Abstand nehmen müssen. Dies umso mehr, als der Heil- und Kostenplan keinerlei Hinweis darauf enthalte, dass die Patientin (teilweise) eine privatärztliche Behandlung gewünscht habe. Auch hier liege eine Doppelabrechnung einer Leistung vor.

Im Behandlungsfall A. W. rechne der Kläger unter dem 31. Juli 1997 die umfangreiche Versorgung der Klägerin mit Zahnersatz im Ober- und Unterkiefer ab. Unter dem Datum 31. Juli 1997 erstelle er für die prothetische Versorgung der Patientin im Oberkiefer eine privatärztliche Liquidation nach der Gebührenordnung für Zahnärzte, die die im Heil- und Kostenplan geplante Versorgung mitumfasse. Auch hier ändere die vorgelegte Erklärung der Patientin (Muster 3) über eine privatärztliche Behandlung mit dem Datum 18. März 1997 nichts daran, dass bei der Versorgung im Oberkiefer entweder eine Abrechnung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung oder eine privatärztliche Liquidation hätte erfolgen dürfen. Der Heil- und Kostenplan enthalte auch hier keinerlei Hinweis darauf, dass von der Patientin eine privatärztliche Behandlung gewünscht worden sei. Deutlich werde die gleichzeitige Doppelabrechnung auch anhand der Eintragungen in der Karteikarte des Klägers. So würden unter dem Datum 3. Juni 1997 unter anderem

die Entfernung von Kronen, die Infiltrationsanästhesie und die Exzision sowohl nach BEMA als auch nach der GOZ dokumentiert und insoweit innerhalb einer Behandlung einzeln willkürlich aufgeteilt. Zusammenfassend stelle der Disziplinausschuss fest, dass der Kläger in allen fünf streitgegenständlichen Behandlungsfällen zum Teil umfangreiche Doppelabrechnungen vorgenommen habe. Der Disziplinausschuss gehe aufgrund der Einlassung des Klägers davon aus, dass er sich dieser Problematik auch durchaus bewusst gewesen sei. Bei der Festlegung von Art und Höhe des Disziplinarmaßnahme sei zu Gunsten des Klägers zu berücksichtigen gewesen, dass er bislang disziplinarrechtlich nicht in Erscheinung getreten sei. Zu seinen Lasten sei zu bemerken, dass es sich um ein erhebliches Fehlverhalten handele, das in den bezeichneten fünf Behandlungsfällen dazu führe, dass Versicherte bzw. Kostenträger in nicht unerheblicher Größenordnung mit Forderungen konfrontiert worden seien, die unberechtigt gewesen seien und diese auch entsprechende Zahlungen geleistet hätten. Eine Verwarnung oder ein Verweis kämen als vergleichsweise milde Disziplinarmaßnahme angesichts dieses Fehlverhaltens nicht mehr in Betracht. Auch bei der Auferlegung der Geldbuße sei angesichts der finanziellen Folgen für Patienten und Kostenträger das zulässige Höchstmaß zu wählen. Der Disziplinausschuss sei der Überzeugung, dass nur durch diese massive disziplinarrechtliche Intervention der Kläger zukünftig zu einem vertragsgerechten Verhalten veranlasst werden könne. Er weise zudem darauf hin, dass im Wiederholungsfall ein Ruhen der Zulassung im Raum stehe.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers zum Sozialgericht München vom 30. März 1999, die mit Schriftsatz vom 9. Juni 2000 näher begründet wurde. Im Fall K. sei zu erläutern, dass es sich bei seinen nach BEMA-Nr.13 a bis c abgerechneten Leistungen sowohl um selbständige Leistungen neben der Versorgung mit Einlagefüllungen gehandelt habe als auch, dass sie indiziert gewesen seien und dem Leistungsinhalt der entsprechenden BEMA-Positionen entsprochen hätten. Die Vorteile beider Füllungstherapien - Substanzschonung auf der einen und die gute Verträglichkeit, hohe Festigkeit und Oberflächengüte auf der anderen Seite - ließen sich vereinen, indem man zunächst nur die Kariessubstanz schonend entferne und die so erhaltene Kavität mit plastischem Material fülle, anschließend eine möglichst kleine Inlay-Präparation vornehme und diese schließlich mit einer Einlagefüllung versorge, gerade so groß, dass sie überall ausreichend in stabiler Zahnschicht gefasst sei und nirgends mehr etwas von dem plastischen Füllungsmaterial bis zur Zahnoberfläche reiche. Dieses Vorgehen könne als zweckmäßig und damit sehr wohl indiziert angesehen werden. Dies sei auch in dem Standardwerk von Ketterl so beschrieben. Bei Herrn K. sei es so praktiziert worden. Werde wie bei Herrn K. aus einem vernünftigen Grund vor der Versorgung mit Einlagefüllungen plastisches Füllungsmaterial in zuvor hierfür präparierte Kavitäten gefüllt, so handele es sich um gesonderte Leistungen vorab, die auch folglich gesondert abzurechnen seien. Da sie exakt die Beschreibungen der GOZ-Nrn.205, 207, 209 und 211 sowie der BEMA-Nrn.13 a-d erfüllten, seien diese Positionen dafür anzuwenden. Die Richtigkeit dieses Vorgehens bestätige auch die Abrechnungsbestimmung Nr.2 zu BEMA-Nr.13, nach der dem Legen von Gussfüllungen vorausgegangene Behandlungen der betroffenen Zähne ausdrücklich über den Behandlungsausweis abrechnungsfähig seien. Der Vorwurf einer Doppelabrechnung im Falle K. sei also nicht zu halten.

Im Falle W. hingegen räume er nach wie vor eine versehentlich falsche Abrechnung ein.

Bezüglich des Falles G. stelle der Disziplinausschuss zutreffend fest, dass die BEMA-Nr.13 auch einen Kunststoffaufbau mit Farbanpassung beinhalte. Die weiteren Ausführungen des Ausschusses seien allerdings falsch. Sie bauten auf der unrichtigen Verallgemeinerung auf, dass jeder Kunststoffaufbau mit Farbanpassung in der BEMA-Nr.13 enthalten sei. Das sei natürlich falsch. Denn abgesehen davon, dass der einzige Aufbau, den man in den Leistungsbeschreibungen der BEMA-Nr.13 finde, der Eckenaufbau sei, gelte für diese BEMA-Positionen wie für andere Kassenleistungen, dass sie keine Leistungen beinhalten, die über eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und zugleich vollwertige Versorgung hinausgehen. Genau dies habe aber bei der Patientin G. vorgelegen. Der Kläger legt hierzu als Anlage 3 eine schematische farbige Darstellung vor. Der hier dargestellte wesentlich umfangreichere Aufbau überschreite sowohl bei weitem die medizinischen Notwendigkeiten als auch die Leistungsbeschreibungen der BEMA-Nr.13. Es habe deshalb nur privat abgerechnet werden dürfen. Auf die Abrechnung des darunter befindlichen Eckenaufbaus über die Kasse habe die Patientin einen Anspruch gehabt. Von zwei verschiedenen Leistungen habe er die eine über die Kasse und die andere privat abgerechnet. Doppelt berechnet worden sei nichts.

Im Fall E. liege auch keine Doppelabrechnung vor, sondern eine Privatabrechnung (weil die Patientin eine über eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und zugleich vollwertige Versorgung hinausgehende Versorgung mit Zahnersatz gewählt habe), von der entgegen der irrümlichen Darstellung der AOK vom 3. Juli 1997 der mit HKP vom 6. November 1996 abgerechnete Kassenanteil sehr wohl in Abzug gebracht worden sei. Der Kläger legt hierzu noch eine klarstellende Berechnung vor. Unzutreffend sei, dass bei privatärztlicher ZE-Behandlung die Abrechnung des Kassenanteils über den Kassen-HKP verboten gewesen sei. Gemäß § 30 SGB V und der Vereinbarung zwischen der KZBV und den Kassenverbänden über die Abgrenzung von Fällen gemäß § 182 c Abs.5 RVO sei dies bei Überschreitung des der Notwendigkeit entsprechenden Versorgungsniveaus auf Verlangen des Patienten vielmehr ausdrücklich zulässig. Aus dem gleichen Grunde sei auch die teilweise privatärztliche Abrechnung der auf ihren Wunsch über eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und zugleich vollwertige Versorgung hinausgehenden ZE-Versorgung der Patientin W. bei gleichzeitiger Kassenabrechnung des dem Kassenvertrag entsprechenden Anteils der Versorgung zulässig. Es erfolge keine Doppelabrechnung, sondern mit der Kasse sei der Kassenanteil abgerechnet worden und von der Patientin der vertragliche Eigenteil zuzüglich der vereinbarten Mehrkosten vereinnahmt worden. Hierzu erfolge wiederum die Vorlage einer klarstellenden Rechnung. Da die die Disziplinarmaßnahme begründenden Vorwürfe nun widerlegt seien, erübrige sich eigentlich eine Erörterung der festgelegten Art und Höhe. Der Vollständigkeit halber sei darauf hinzuweisen, dass es sich nicht um eindeutige Übertretungen für jeden Vertragszahnarzt klar und eindeutig formulierter Verbote gehandelt habe, sondern um nachvollziehbare Fehlinterpretationen einer sehr komplizierten juristischen Materie. Dann hätte es sich um einen nicht zurechenbaren Verbotsirrtum gehandelt. Nach wie vor sei er jedoch überzeugt, die Vorschriften richtig ausgelegt zu haben.

Hierzu hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 21. Juli 2000 Stellung genommen. Die Ausführungen des Klägers hinsichtlich der Vorwürfe in den einzelnen Behandlungsfällen könnten nicht überzeugen. Im Fall K. gehe aus den Eintragungen des Klägers in der Karteikarte eindeutig hervor, dass Inlays präpariert worden seien. Entgegen seinem Antrag in der Klagebegründung seien aber nicht kleine, sondern zwei-, drei- und mehrflächige Inlays präpariert worden. Gegen die Darstellung des Klägers spreche auch, dass sich in der Karteikarte die Anmerkung finde "erschwerter Zugang, indirekte Präparation". Nicht nachvollziehbar sei auch der Hinweis des Klägers auf die Abrechnungsbestimmung Nr.2 zu den BEMA-Nrn.13 a bis g. Die Abrechnungsbestimmung stelle im Gegenteil klar, dass das Legen einer Gussfüllung und die gegebenenfalls im Zusammenhang hiermit erbrachte Anästhesie oder durchgeführten Maßnahmen nach BEMA-Nr.12 über den Behandlungsausweis nicht abrechnungsfähig seien. Als "vorausgegangene Behandlung des Zahnes" im Sinne dieser Abrechnungsbestimmung könne die vom Kläger dargestellte "vorbereitende Füllung" nicht angesehen werden. Der Kläger habe die in Rechnung gestellten Leistungen auch nicht nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sondern anhand seines eigenen Gebührenverzeichnisses berechnet.

Im Behandlungsfall W. wiederhole der Kläger, dass eine Falschabrechnung vorliege. Die Tatsache, dass es sich hierbei möglicherweise um ein Versehen gehandelt habe, ändere nichts an der schuldhaften fahrlässigen Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten.

Im Behandlungsfall G. versuche der Kläger erneut, die vorgenommene Versorgung des Zahnes 11 in einen vertragszahnärztlichen und einen privat Zahnärztlichen Teil zu splitten. Dies sei nicht nachvollziehbar. Abgesehen davon, dass die von der Patientin am 7. Juni abgegebene Erklärung zum Behandlungsvertrag sehr unbestimmt und wenig konkret sei, die Rechnung vom 9. Juli 1995 in unzutreffender Weise auf die GOZ bzw. GOÄ Bezug nehme und die Eintragungen in der Karteikarte die Erläuterung des Klägers nicht stützten, sei das Zuzahlungsverbot im Sinne der Abrechnungsbestimmung Nr.1 zu den BEMA-Nrn.13 e bis g nicht beachtet. Im Behandlungsfall E. bestätige der Kläger selbst, dass die Patientin eine privat Zahnärztliche Versorgung gewählt und hierüber auch eine Rechnung erhalten habe. Warum dann zugleich der Heil- und Kostenplan vom 6. November 1996 zur Abrechnung gekommen sei, sei auch unter Berücksichtigung der Ausführungen des Klägers nicht verständlich. Dieser Heil- und Kostenplan enthalte keinerlei Hinweis darauf, dass es sich ggf. um einen "Alternativplan" handeln könnte. Unabhängig davon, was die Patientin letztlich selbst für die Zahnärztliche Versorgung gezahlt habe, liege eine Doppelabrechnung ein- und derselben Leistung vor. Nirgendwo in den zur Verfügung stehenden Unterlagen finden sich Hinweise darauf, dass lediglich Mehrkosten berechnet worden seien. Weder enthalte der abgerechnete Heil- und Kostenplan einen solchen Vermerk noch liege diesbezüglich eine Mehrkostenvereinbarung im Sinne von [§ 30 Abs.4 SGB V](#) vor.

Auch im Behandlungsfall W. versuche der Kläger darzustellen, es habe sich um eine vertragszahnärztliche Versorgung einschließlich Mehrkostenabrechnung gehandelt. Auch dieser Einschätzung stehe bereits der Umstand entgegen, dass die von der Versicherten abgegebene Erklärung keine Mehrkostenvereinbarung im Sinne von [§ 30 Abs.4 SGB V](#) darstelle. Die Patientin habe vielmehr zum Ausdruck gebracht, dass sie eine privat Zahnärztliche Behandlung auf eigene Kosten außerhalb des Leistungsanspruchs der gesetzlichen Krankenversicherung wähle.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 27. Juni 2000 die Klage abgewiesen. In dem Urteil wird die Rechtsprechung zur Funktion der Abrechnungs-Sammelerklärung als Voraussetzung der Vergütung der vom Vertragsarzt abgerechneten Leistungen referiert und gefolgert, dass die Beklagte vorliegend zu Recht daher davon ausgehe, dass der Kläger seine vertragszahnärztlichen Pflichten zur "peinlich genauen" Abrechnung gröblich verletzt habe. Im Übrigen schließe sich die Kammer der Begründung des Widerspruchsbescheides der Beklagten vom 3. März 1999 voll inhaltlich an.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 15. November 2000, die er mit Schriftsatz vom 25. März 2001 näher begründete. Die umfangreichen Darlegungen in erster Instanz würden zeigen, auch wenn man ihnen inhaltlich letztlich nicht folge, dass er stets gewissenhaft um eine korrekte Abrechnung bemüht gewesen sei. Der erhobene Vorwurf "Doppelabrechnung" bedeute nicht, dass er in den betreffenden Fällen bestimmte Leistungen zweifach abgerechnet und erhalten hätte. Bei näherem Hinsehen werde klar, dass der Vorwurf dahin gehe, dass er neben den an sich unbeanstandeten Kassenabrechnungen bestimmte Leistungen den Patienten privat noch ein zweites Mal berechnet habe. Abgesehen davon, dass dies - wie ausführlich dargelegt - nicht zutrefte, falle die Würdigung der außervertraglichen Beziehungen zu seinen Patienten nicht in den Zuständigkeitsbereich der Beklagten. Die von der Beklagten diesbezüglich eingeschaltete Staatsanwaltschaft Nürnberg/Fürth habe das Verfahren gegen ihn eingestellt (Az.: 509 Js 817/97). Der einzig vom Disziplinarausschuss erhobene Vorwurf, der in seine Zuständigkeit falle, sei die eingeräumte fehlerhafte Abrechnung im Fall W ... Die Fehler seien aber nicht von ihm selber gemacht worden, sondern von einer Angestellten, die noch dazu in Vertretung für die zuständige Stammkraft tätig geworden sei. Als Beweis werden als Zeuginnen E. S. und S. T. angeboten. Im Falle K. sei unbestritten eine Füllungstherapie angezeigt gewesen, für die Maßnahmen nach BEMA-Nr.13 zur Verfügung gestanden hätten. Er habe nicht - wie von der KZVB vorgebracht - von "kleinen" Inlays gesprochen, sondern von "möglichst kleinen Inlay-Präparationen" berichtet, zu deren Erzielung er unterminierende Karies nachgewiesen lehrbuchgerecht mit plastischen Füllungen versorgt habe. Es werde nicht bezweifelt, dass er plastische Füllungen vor den Einlagefüllungen gelegt habe. Dass sie dennoch nicht als "vorausgegangene Behandlung des Zahnes" im Sinne dieser Abrechnungsbestimmung (Nr.2 zu den BEMA-Nrn.13 a bis g) angesehen werden könnten, widerspreche allen Gesetzen der Logik bzw. des herrschenden Sprachgebrauchs.

Im Falle G. zeige seine Illustration in Farbe räumlich, worin der vertragszahnärztliche (grün) und worin der darüber hinausgehende privat Zahnärztliche Teil (gelb) seiner Versorgung bestanden habe. Er räume ein, dass der Text der Vereinbarung mit der Patientin von einem Zahnarzt, der selber regelmäßig Aufbauten im Sinne der BEMA-Nr.13 d vornehme, leicht dahingehend mißverstanden werden könne, es handele sich um nichts anderes. Was er jedoch gemeint und durchgeführt habe, gebe es in keiner offiziellen Gebührenordnung und es bestehe auch keine allgemein gültige offizielle Bezeichnung. Manchmal werde "Bonding" genannt. "Bonding" sei jedoch nur die Technik, mit der der Aufbau am Zahn befestigt werde. Mit der Position "GFS 901" sei gemeint gewesen, einen eigentlich nicht behandlungsbedürftigen Zahn "also ohne kariöse Läsionen oder sonstige Defekte" als Verlangensleistung durch Aufbauen von Kunststoff eine neue Form zu geben. Dem besonderen Anspruch eines Patienten, der so etwas wünsche, könne man nur durch eine das bei Füllungen als notwendig anzusehende Maß weit überschreitende Hinwendung an die Anpassung der Farbe und Lichtdurchlässigkeit der verwendeten Kunststoffe Rechnung tragen, wofür er normalerweise über eine Stunde pro Tag benötige. Für eine Füllung nach der BEMA-Nr.13 hingegen müsse zunächst eine Kavität präpariert werden, d.h. die Karies müsse entfernt und anschließend der Defekt in einer möglichst retentiven Form zum Halt der Restauration gebracht und die Schmelzränder für die Endtechnik angeschrägt und evtl. eine Unterfüllung gelegt werden. Keine der beiden erbrachten Leistungen - BEMA-Nr.13 d und GFS 901 - beinhalte also die andere mit. Da hier erneut mit dem "Zuzahlungsverbot im Sinne der Abrechnungsbestimmung Nr.1 zu den BEMA-Nrn.13 e bis g argumentiert werde, benenne er hiermit den KZVB-Vertreter selbst als Zeugen zum Beweis, dass dieses erstens auch die BEMA-Nr.13 a bis d betreffe (Nebensache) und zweitens (Hauptsache) sich auf den ersten Satz der gleichen Bestimmung und nicht auf die komplette Zahnheilkunde beziehe. Eine Zuzahlung für Leistungen außerhalb des Kassenvertrages sei sehr wohl zulässig. Dies gelte auch, wenn an dem betroffenen Zahn in der gleichen Sitzung eine Kassenfüllung gelegt werde. Im Falle E. frage er sich, ob man dem KZVB-Vertreter tatsächlich erklären müsse, warum eine Patientin, die eine Versorgung auf privat Zahnärztlichem Niveau wünsche, von ihrer Krankenkasse, in die sie regelmäßig nicht unerhebliche Beträge einzahle, einen Zuschuss haben möchte. Es liege entgegen den vorliegenden Urkunden auch keine "Doppelabrechnung" vor. Auf der Rechnung vom 15.05.1997 fehle fatalerweise nämlich der Hinweis auf eine Anrechnung des Kassenzuschusses auf den Rechnungsbetrag. Ebenso wie auf die Anrechnung einer Anzahlung. In Wirklichkeit habe die Patientin, wie in der Klageschrift dargelegt, aber nur DM 1.952,81 bezahlt.

Im Falle W. sei nochmals darauf hinzuweisen, dass diese mit der Akzeptanz des Heil- und Kostenplanes vom 18.03.1997 zwar zum Ausdruck gebracht habe, dass sie eine Versorgung auf GOZ-Niveau wünsche, jedoch keineswegs, dass sie auf ihren Anspruch auf Kassenleistungen verzichten wolle. Im Gegenteil, der HKP habe den ihren Rechnungsbetrag mindernden Kassenanteil ausdrücklich ausgewiesen. Er wende

sich im Übrigen gegen die Verhältnismäßigkeit der Disziplinarmaßnahme. Bei vorsätzlicher Steuerhinterziehung werde die Strafe in der Regel doppelt so hoch bemessen wie die Hinterziehungssumme.

Mit weiterem Schriftsatz vom 27. Januar 2002 hat der Kläger mitgeteilt, dass gegen ihn ein weiteres Disziplinarverfahren eingeleitet worden sei. Im Übrigen würden die Bayerischen Zahnärzte mit ihren Vertretungen seit 1 1/2 Jahrzehnten einen erbitterten Krieg gegen ihn führen.

Auf Anforderung des Senates hat der Kläger mit Schreiben vom 1. Mai 2000 noch einen Kassenbuchauszug sowie eidesstattliche Erklärungen von Frau M. und Frau S. zur Abrechnung im Behandlungsfall E. übersandt, zudem eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und der Hochschullehrer für Zahnerhaltung.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 27. Juni 2000 und den Bescheid der Beklagten vom 3. März 1999 aufzuheben.

Der Vertreter der Beklagten beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte der Beklagten, die Klageakte (Az.: [S 39 KA 5076/99](#)) sowie die Berufsakten (Az.: [L 12 KA 523/00](#)) vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist unbegründet.

Das Sozialgericht (SG) hat mit dem angefochtenen Urteil vom 27. Juni 2000 die Klage gegen den Disziplinarbescheid der Beklagten vom 3. März 1999 im Ergebnis zu Recht abgewiesen.

Rechtsgrundlage des angefochtenen Bescheides vom 3. März 1999 sind die [§§ 75 Abs.2 Satz 2, 81 Abs.5 SGB V](#) i.V.m. § 18 der Satzung der Beklagten und den Bestimmungen der Disziplinarordnung der Beklagten. Nach [§ 75 Abs.1 SGB V](#) haben die Kassen- (zahn)ärztlichen Vereinigungen u.a. den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung den gesetzlichen oder vertraglichen Erfordernissen entspricht. Aus dieser Gewährleistungspflicht ergibt sich auch die Aufgabe, die Erfüllung der den Vertrags(zahn)ärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und einzelne Vertrags(zahn)ärzte, soweit nötig, durch Disziplinarmaßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten ([§ 75 Abs.2 Satz 2 SGB V](#)). Als Disziplinarmaßnahmen bei nicht oder nicht ordnungsgemäßer Erfüllung vertrags(zahn)ärztlicher Pflichten sieht der Katalog des [§ 81 Abs.5 SGB V](#) je nach Schwere der Verfehlung eine Verwarnung, einen Verweis, eine Geldbuße bis zu DM 20.000,- oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung bis zu 2 Jahren vor. Diesen gesetzgeberischen Auftrag hat die Beklagte in § 18 ihrer Satzung umgesetzt. Tatbestandsvoraussetzung für die Verhängung einer Disziplinarmaßnahme ist nach § 18 Abs.1 der Satzung der Beklagten, dass Mitglieder "ihre im Rahmen der vertrags-(zahn)ärztlichen Versorgung kraft Gesetzes, Satzung oder Vertrages obliegenden Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen". Bei der Beklagten ist gemäß § 18 Abs.2 der Satzung ein Disziplinarausschuss gebildet worden. Das Nähere über die Einrichtung des Disziplinarausschusses, das Verfahren vor dem Disziplinarausschuss und die anzuwendenden Disziplinarmaßnahmen sind in einer Disziplinarordnung geregelt. Nach § 1 der Disziplinarordnung in Verbindung mit § 18 Abs.1 der Satzung kann die Beklagte Mitgliedern, die ihre vertrags(zahn)- ärztlichen Pflichten nicht ordnungsgemäß erfüllen, eine Verwarnung, einen Verweis oder eine Geldbuße bis zu DM 20.000,- auferlegen oder das Ruhen der Zulassung bis zu zwei Jahren anordnen. Die Tatbestandsvoraussetzung der (schuldhaften) nicht ordnungsgemäßen Erfüllung der vertrags(zahn)ärztlichen Pflichten kann vom Gericht voll überprüft werden, ohne dass ein Beurteilungsspielraum besteht. Demgegenüber hat die Beklagte bei der Auswahl der möglichen Disziplinarmaßnahmen und der Festsetzung ihrer Höhe einen Ermessensspielraum, der gemäß [§ 54 Abs.2 Satz 2 SGG](#) vom Gericht nur eingeschränkt nachgeprüft werden kann (BSG SozR 2200 § 368 m Nr.3 S.3).

Zur Überzeugung des Senats steht fest, dass der Kläger mit seiner Abrechnungsweise in den fünf streitgegenständlichen Fällen schuldhaft gegen vertrags(zahn)ärztliche Pflichten verstoßen hat.

Im Behandlungsfall K. hat der Kläger unter dem Datum 7. Dezember 1995 gemäß dem Eintrag in der Karteikarte an den Zähnen 14, 26, 27, 36 und 37 eine Inlay-Präparation vorgenommen und nach indirekter Überkappung der Zähne (BEMA-Nr.25) die Kavitäten mit einflächigen (Zahn 37), zweiflächigen (Zähne 14, 26 und 27) und dreiflächigen (Zahn 36) Füllungen versehen, wobei letztere über Krankenschein abgerechnet wurden. Die am 18. Dezember 1995 eingesetzten Gold-Inlays wurden dem Patienten mit privat Zahnärztlicher Liquidation (Rechnung vom 18. Dezember 1995) in Rechnung gestellt. Auf der Grundlage der Ausführungen des Klägers ist davon auszugehen, dass der Kläger zunächst nur die Kariessubstanz schonend entfernt und die so erhaltene Kavität mit plastischem Material gefüllt hat, anschließend eine möglichst kleine Inlay-Präparation vorgenommen und diese nunmehr mit einer Einlagefüllung versorgt hat, gerade so groß, dass sie überall ausreichend in stabiler Zahnschicht gefasst war. Vor diesem zahnmedizinischen Hintergrund teilt der Senat die Auffassung des Disziplinarausschusses der Beklagten, dass die Versorgung mit Gold-Inlays vom Kläger zu Recht privat(zahn)ärztlich abgerechnet wurde, daneben aber nicht auch eine Abrechnung der BEMA-Nrn.13a bis c über die Kasse erfolgen konnte. Hierzu ist zunächst festzustellen, dass erst zum 1. November 1996 durch Art.1 des 8.SGB V-Änderungsgesetzes vom 28 Oktober 1996 (BGBl I S.1559) durch Einfügung der Sätze 2 bis 5 in [§ 28 Abs.2 SGB V](#) eine Mehrkostenregelung auch bei zahnerhaltenden Maßnahmen analog zu [§ 30 Abs.4 SGB V](#) (in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes - ursprünglich Abs.6 - vom 20. Dezember 1988, BGBl I S.2477) erfolgt ist. Nach dem - hier einschlägigen - bis zum 31. Oktober 1996 geltenden Recht hatten Versicherte, die eine über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehende Füllungsalternative (wie hier Gold-Inlay an Stelle plastischem Füllungsmaterial) wollten, die hierdurch verursachten Kosten in vollem Umfang selbst zu tragen. Von der GKV war auch der Betrag, den die vergleichbare preisgünstigste Füllung gekostet hätte, nicht zu übernehmen (vgl. Gesetzesbegründung zum 8. SGB V-Änderungsgesetz, [BT-Drucksache 13/3695](#) S.4, Besonderer Teil zu Art.1). Daher bestand vorliegend rechtskonform nur die Möglichkeit einer Füllung mit plastischem Füllmaterial (als vertrags(zahn)ärztliche Leistung) oder einer Füllungsalternative in Form eines Gold-Inlays als privat Zahnärztliche Leistung. Abgesehen davon ergeben die vom Kläger erfolgten

Füllungen der Kavitäten für sich alleine keinen Sinn, sondern nur im Zusammenhang mit den anschließenden Gold-Inlays. Sie stellen sich, wenn man die Gold-Inlays wegdenkt, keine ausreichende vertrags(zahn)ärztliche Versorgung dar. Genau davon ist die Krankenkasse, der gegenüber die tatsächlich erfolgte Versorgung mit Gold-Inlays nicht offen gelegt wurde, was als zusätzlicher Verstoß gegen vertrags(zahn)ärztliche Pflichten zu werten ist, aber ausgegangen, dass die Zähne insgesamt mit plastischem Material gemäß den Bema-Nrn.13 a bis c ausreichend und abschließend vertragszahnärztlich versorgt wurden. Insgesamt ist festzustellen, dass es sich bei den plastischen Füllungen um vorbereitende Füllungen bzw. Unterfüllungen handelt, die nach Auffassung des mit zwei Zahnärzten als ehrenamtliche Richter fachkundig besetzten Senates in Übereinstimmung mit dem Disziplinarausschuss nicht noch zusätzlich zu den gelegten Gold-Inlays über die Krankenkasse abgerechnet werden können.

Die dargelegten Grundsätze bei zahnerhaltenden Maßnahmen vor dem 1. November 1996 mussten dem Kläger als Vertragszahnarzt geläufig sein, zumal es sich um einen wesentlichen Bestandteil der vertragszahnärztlichen Tätigkeit insgesamt handelt. Dem Kläger ist daher jedenfalls grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen.

Im Behandlungsfall M. W. wurde im Behandlungszeitraum 17. Januar bis 5. Februar 1996 an Zahn 33 eine zweiflächige Füllung (F 2) abgerechnet. Mit Heil- und Kostenplan vom 4. Dezember 1995 wird bei der Versicherten ein Zahnersatz im Unterkiefer einschließlich einer Überkronung des Zahnes 33 geplant und die Eingliederung am 31. Januar 1996 bestätigt. Darüber hinaus wird in diesem Heil- und Kostenplan der Ersatz der Zähne 31 und 32 geplant und bestätigt. Nach der Untersuchung der Patientin am 13. Dezember 1996 durch die Beklagte wurden diese Zähne aber tatsächlich nicht ersetzt. Schließlich ist entgegen der Eigenlaborrechnung lediglich ein Schubverteilungsarm mit gefrästem Lager am Zahn 33 vorhanden, abgerechnet wurden aber zwei Schubverteilungsarme und zwei gefräste Lager. Diesen Sachverhalt räumt der Kläger ein. Er lässt sich hierzu dahingehend ein, dass er die Abweichung von den sonstigen Gepflogenheiten nicht bemerkt habe. Aus nicht ersichtlichem Grunde habe sein damaliger Techniker die Arbeit so angefertigt und sein damaliger Vorbereitungsassistent so eingeliefert. Die erste Abrechnungshelferin sei in Mutterschutz gewesen. Die von ihr eingewiesene Vertreterin habe den Laborbeleg entsprechend falsch ausgefüllt. Dies enthebe ihn zwar nicht von der Verantwortung für die Abrechnung zweier nicht erbrachter Leistungen. Er hoffe jedoch auf Glaubhaftigkeit, dass zumindest kein Vorsatz vorgelegen habe. Die Beklagte wirft dem Kläger demzufolge zu Recht die Abrechnung nicht erbrachter zahntechnischer Leistungen vor sowie einen Verstoß gegen die Zahnersatz-Richtlinien (Ziff.1 5/Befunderhebung). Der Einvernahme der vom Kläger im Berufungsverfahren angebotenen Zeugen - Abrechnungsassistent und deren Vertreterin - kann vor dem genannten Hintergrund entfallen, da dem Kläger von der Beklagten ein Vorsatz nicht zur Last gelegt wurde, ein fahrlässiges Verhalten aber in jedem Fall vorliegt. Die Beklagte hat zu Recht darauf verwiesen, dass der Kläger in seinem Schreiben vom 16. September 1997 die fehlerhafte Abrechnung eingeräumt hat. Der Kläger hat in demselben Schreiben weiter eingeräumt, dass er hierfür - auch wenn andere Personen (damaliger Techniker, Vertreterin der ersten Abrechnungshelferin) gehandelt hätten - die Verantwortung trägt. Dem ist zuzustimmen, weil es der Kläger hinsichtlich der für ihn handelnden Personen an der notwendigen Überwachung hat fehlen lassen.

Im Behandlungsfall P. G. hat der Kläger zum einen am Zahn 11 eine mehr als dreiflächige Füllung nach der BEMA-Nr.13d über Krankenschein abgerechnet. Darüber hinaus stellte er der Patientin P. G. unter dem Datum 9. Juni 1995 "den definitiven Kunststoffaufbau eines Zahnes mit individueller Farbanpassung" nach seiner eigenen Gebührenordnung ("GFS 901") in Rechnung. Die Patientin G. hatte mit dem Kläger am 7. Juni 1995 folgende Vereinbarung getroffen: "Abweichend von der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte wünsche ich, von Herrn Dr.S. Leistungen gemäß der umseitigen Gebührenaufstellung zu erhalten, wenn Herr Dr.S. diese für angezeigt hält. Mir ist bekannt, dass die vollständige Erstattung der zugehörigen Gebühren durch etwaige Erstattungsstellen nicht gewährleistet ist." In der Sache selbst lag bei der Patientin G. ein Defekt an der Schneidekante am Zahn 11 vor, wobei der Zahn 11 überdies verkürzt war. Der Kläger hat sich dahingehend eingelassen, dass das, was er der Klägerin privat und der Kasse gegenüber berechnet habe, zwar in einer Sitzung am gleichen Zahn und beides durch Aufschichten von Kunststoff erfolgt sei, dennoch aber nicht dasselbe gewesen sei. Letzteres sei die medizinisch notwendige Defektauffüllung, ersteres der darüber hinausgehende weitere ästhetische Zahnaufbau. Hierzu hat der Kläger auch ein Schaubild vorgelegt. Ausgehend von diesem Sachverhalt teilt der Senat nachdrücklich die Auffassung der Beklagten, dass die vom Kläger vorgenommene Aufteilung in einen "vertraglichen Teil" und einen "außervertraglichen Teil" im geltenden Recht keine Stütze findet und nur die Möglichkeit bestand, entweder die vertragszahnärztliche Leistung einer Füllung nach der BEMA-Nr.13d oder die außervertragliche Leistung eines definitiven Kunststoffaufbaus eines Zahnes nach dem eigenen Gebührenverzeichnis des Klägers für Spezialbehandlungen (GFS) - hier: GFS 901 - in Anspruch zu nehmen. Bei dem definitiven Kunststoffaufbau am Zahn 11, für den sich die Patientin G. auf Anraten und im Einverständnis mit dem Kläger ausgehend von dem vorliegenden Befund am Zahn 11 entschieden hat, handelt es sich unstreitig um eine außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung liegenden Leistung. Die Abrechnung der BEMA-Nr.13d daneben und zusätzlich zum "definitiven Kunststoffaufbau" ist nicht möglich, weil beide Leistungen nicht - wie der Kläger glauben machen will - in einem Verhältnis einer vertragszahnärztlichen Leistung und privaten Mehrleistung stehen, sondern in einem Aliud-Verhältnis. Nur so kann die Vereinbarung des Klägers mit der Patientin vom 7. Juni 1995 verstanden werden. Abgesehen davon wird bei der Vorgehensweise der Leistungsinhalt der BEMA-Nr.13d nach Auffassung des fachkundig besetzten Senates nicht vollständig erfüllt. Nach Angaben des Klägers im Schriftsatz vom 13. Oktober 1997 erfolgt sowohl die Defektauffüllung wie der weitere Zahnaufbau durch Aufschichten von Kunststoff, was der sachkundige besetzte Senat ohne Weiteres bestätigen kann. Das Aufschichten von Kunststoff erfüllt aber nicht schon den Leistungsinhalt der BEMA-Nr.13d, insbesondere fehlt es hier an einer endgültigen Formgebung der Füllung und der Politur. Letzteres ist für den weiteren Schichtaufbau mit Kunststoff geradezu kontraindiziert. Der Kläger trägt in seinem Schriftsatz vom 25. März 2001 diesbezüglich selbst vor, dass er bei seinem "definitiven Kunststoffaufbau" manchmal sogar Zahnschmelze entfernen müsse, jedenfalls aber die Zahnoberfläche durch Ätzen und anderes für die Haftung des Kunststoffes konditioniert werden müsse. Die Aufteilung der Behandlung des Klägers in einem vertragszahnärztlichen und in einem privat Zahnärztlichen Teil ist nach Auffassung des Senates auch vor diesem Hintergrund abwegig. Dies musste nach alledem auch dem Kläger bekannt sein, so dass auch hier die teilweise Abrechnung über Krankenschein als schuldhafter Verstoß gegen vertragszahnärztlichen Pflichten anzusehen ist.

Im Behandlungsfall B. E. wirft die Beklagte dem Kläger im Ergebnis zu Recht eine Doppelabrechnung einer Leistung vor. Bei dieser Patientin, einem 100-%igen Zuschussfall, rechnete der Kläger unter dem Datum 16. Mai 1997 eine Inlay- Brücke vom Zahn 34 bis 36 über Heil- und Kostenplan ab (BEMA- Nrn.3, 19b, 89, 92a, 91a, 24c). Gleichzeitig stellt er dieselbe Behandlungsleistung unter dem Rechnungsdatum 15. Mai 1997 der Patientin auch nach der Gebührenordnung für Zahnärzte in Rechnung (GOZ-Nrn.217, 507, 512, 514). Wenn man die beiden Kostenaufstellungen - privat Zahnärztlich (GOZ-Nrn. 217, 507, 512, 514) und vertragszahnärztlich (BEMA-Nrn. 3, 19b, 89, 92a, 91a, 24c) - hinsichtlich der zahnärztlichen Leistungen vergleicht, ergibt sich, dass es sich hierbei tatsächlich um die gleiche Behandlungsleistung - Inlay-Brücke im linken Unterkiefer Zähne 34 bis 36 handelt. Das fiktive vertragszahnärztliche Honorar beläuft sich auf DM 472,31, während das privat Zahnärztliche Honorar DM 1.209,56 ausmacht. Die "fiktive" vertragszahnärztliche Laborrechnung ergibt einen Betrag in Höhe von DM

666,26, während die privat Zahnärztliche Laborrechnung (aus dem Eigenlabor des Klägers), die das vertrags Zahnärztliche Labor mitumfasst, aber noch darüber hinausgehende Leistungen enthält, sich auf DM 2.688,08 summiert. Ein solches Vorgehen wäre allenfalls dann gerechtfertigt, wenn die Voraussetzungen einer Mehrkostenvereinbarung im Sinne des hier einschlägigen [§ 30 Abs.4 Satz 1](#) i.V.m. Satz 4 SGB V a.F. vorliegen würden. Dies aber nicht der Fall. Gemäß [§ 30 Abs.4 Satz 1](#) i.V.m. Satz 4 SGB V a.F. (in der vom 1. März 1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz - GSG - vom 21. Dezember 1992, BGBl I S.2266 eingeführten und bis 1. Februar 1998 geltenden Fassung - insoweit geändert durch Gesetz vom 23. Juni 1997, BGBl I S.1520) haben Versicherte die Mehrkosten selbst zu tragen, wenn sie aufwendigeren Zahnersatz wählen als notwendig. In diesem Fall ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten zu treffen. Dabei muss der Umfang der beabsichtigten Mehrleistung vor Beginn der Behandlung eindeutig festgelegt sein und der Krankenkasse mitgeteilt werden. In [§ 30 Abs.4 Satz 4 SGB V](#) geht es um die vor der Behandlung erforderliche Klärung, welcher abgrenzbare Teil der geplanten Behandlung den Regeln des SGB V und damit dem Verantwortungsbereich der Krankenkasse als Sachleistungsträger unterfällt und welcher Teil von der privaten Rechtsbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient erfasst wird. Diesen Vorgaben einer Mehrkostenregelung im Sinne des [§ 30 Abs.4 Satz 1](#) i.V.m. Satz 4 SGB V a.F. entspricht die Vorgehensweise des Klägers auf der Grundlage der Vereinbarung mit der Patientin E. vom 29. Oktober 1996 in zwei zentralen Punkten nicht. Es fehlt zum einen an einer irgendwie gearteten Abgrenzung zwischen vertrags Zahnärztlichen und privat Zahnärztlichen Leistungen und zum anderen an der Offenlegung der privat geplanten Behandlung gegenüber der Krankenkasse. Die vom Kläger hierzu vorgelegte Vereinbarung mit der Patientin E. vom 29. Oktober 1996 hat folgenden Wortlaut: "Unabhängig von meiner Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse und abweichend von der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte wünsche ich, bei Dr.W. S. , Einlagefüllungen (Inlays) als Privatleistung gemäß umseitigen Gebührenverzeichnis zu erhalten. Mir ist bekannt, dass die vollständige Erstattung der Gebühren durch etwaige Erstattungsstellen nicht gewährleistet ist." Dieser Vereinbarung, die sich dem Wortlaut nach nur auf Einlagefüllungen (Inlays) bezieht, während es in Wirklichkeit um eine Inlay-Brücke an deren Zähnen 34 bis 36 ging, lässt nicht andeutungsweise erkennen, dass es sich hier um eine Vereinbarung über privat Zahnärztliche Mehrkosten handelt, eine Abgrenzung zwischen dem dem Verantwortungsbereich der Krankenkassen zuzuordnenden vertrags Zahnärztlichen Bereich und dem der privaten Vereinbarung unterfallenden Privatbehandlung findet nicht statt. Vielmehr kann die Vereinbarung aufgrund der Formulierung "als Privatleistung" nur so verstanden werden, dass die Behandlung insgesamt als Privatbehandlung gewollt war. Vor diesem tatsächlichen und rechtlichen Hintergrund ist der Vorwurf der Beklagten einer unzulässigen Doppelabrechnung nach Auffassung des Senats gerechtfertigt und zwar unabhängig davon, ob die Vorauszahlungen der Patientin E. und der Kassenanteil in Höhe von 1.020,49 DM im Rahmen der Privatabrechnung verrechnet wurden. Von Letzterem geht der Senat zugunsten des Klägers aus. Dem Kläger ist auch schuldhaftes - zumindest grob fahrlässiges - Verhalten vorzuwerfen. Als an der vertrags Zahnärztlichen Versorgung teilnehmendem Zahnarzt hätte dem Kläger die grundsätzliche Frage der Abgrenzung der vertrags Zahnärztlichen Versorgung und der privat Zahnärztlichen Versorgung und die Notwendigkeit der strikten Einhaltung der Regeln bei Abschluss privat Zahnärztlicher Vereinbarungen im Sinne des [§ 30 Abs.4](#) Sätze 1, [4 SGB V](#) bekannt sein müssen.

Ähnlich liegen die Verhältnisse im Behandlungsfall A. W ... Hier rechnet der Kläger unter dem 31. Juli 1997 eine umfangreiche Versorgung der Patientin mit Zahnersatz im Ober- und Unterkiefer vertrags Zahnärztlich ab. Unter dem gleichen Datum 31. Juli 1997 erstellt er für die prothetische Versorgung der Patientin W. im Oberkiefer eine privat Zahnärztliche Versorgung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte, die die im Heil- und Kostenplan vom gleichen Tage enthaltene Versorgung mitumfasst. Dies wird bestätigt bei einem Vergleich der privat Zahnärztlichen (GOZ-Nrn. 229, 009, 408, 219, 221, 501, 407, 227, 512, 514, 521, 508 mit einem privat Zahnärztlichen Honorar in Höhe von DM 3.809,35) und der fiktiven vertrags Zahnärztlichen Leistungspositionen (BEMA-Nr.3, 19b, 20b, 89, 91b, 93/3, 96c, 98a, 98g, 98h, 93/1, 19b, 93/3, 18, 24c mit einem vertrags Zahnärztlichen Honorar in Höhe von DM 2.296,38). Den privat Zahnärztlich abgerechneten Laborleistungen (aus dem Eigenlabor des Klägers) mit Kosten in Höhe von 8.373,30 DM stehen fiktive vertrags Zahnärztliche Laborkosten in Höhe von DM 4.596,76 gegenüber. Die Patientin hat am 18. März 1997 - vor Beginn der Behandlung - folgende Erklärung abgegeben: "Losgelöst von den Gebührenvereinbarungen zwischen Krankenkassen-/Verbänden und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wünsche ich eine prothetische Versorgung entsprechend dem beiliegenden Heil- und Kostenplan." Diese Erklärung nimmt Bezug auf den Heil- und Kostenplan vom 18.03.1997 über eine prothetische Versorgung im Oberkiefer nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)-Nrn.003, 221, 501, 507, 508, 227, 512, 514, 219, 521). Dieser Vereinbarung haften die gleichen Mängel im Hinblick auf [§ 30 Abs.4](#) Sätze 1 und [4 SGB V](#) a.F. an wie im Falle der Patientin E ... Auch hier wird aus der Erklärung der Patientin in keiner Weise deutlich, dass überhaupt und ggf. was Gegenstand einer vertrags Zahnärztlichen Behandlung sein soll und damit dem Verantwortungsbereich der Krankenkasse unterliegt und welche darüber hinausgehende Leistungen von der privaten Vereinbarung der Patientin mit dem Kläger umfasst wird. Vielmehr ist aus der alleinigen Bezugnahme auf die Gebührenordnung für Zahnärzte auch hier zu schließen, dass die Patientin W. ausschließlich nach privaten Zahnärztlichen Grundsätzen behandelt werden wollte. Dem durch die Erklärung der Patientin W. in Bezug genommenen privaten Heil- und Kostenplan fehlt jeglicher Hinweis dafür, dass es sich um eine Mehrkostenvereinbarung im Sinne von [§ 30 Abs.4](#) Sätze 1, [4 SGB V](#) handeln könnte. Vor diesem Hintergrund durfte der Kläger die im Wesentlichen gleiche Leistung im Oberkiefer nicht auch noch über die Krankenkasse abrechnen, zumal hier das weitere schwerwiegende Fehlverhalten des Klägers hinzukommt, dass er gegenüber der Krankenkasse nicht offen legt, dass er über diese Leistungen eine private Vereinbarung mit der Klägerin getroffen hat. Demnach ist auch hier - unabhängig von der Frage der Verrechnung der vereinnahmten Geldbeträge - der Vorwurf der Doppelabrechnung gerechtfertigt. Aus denselben Gründen wie im Fall E. liegt auch hier ein schuldhaftes Verhalten des Klägers vor.

Die vom Disziplinarausschuss der Beklagten angenommenen schuldhaften Pflichtenverstöße des Klägers in den streitgegenständlichen fünf Behandlungsfällen liegen nach alledem zur Überzeugung des Senats vor.

Der Senat kann schließlich auch nicht erkennen, dass die Art der gewählten Disziplinarmaßnahme (= Geldbuße) und deren Höhe (= DM 20.000,-) in Anbetracht der Schwere der Verfehlung unter Zugrundelegung der von der Beklagten angestellten Abwägungsgesichtspunkte, insbesondere die Wertung als erhebliches Fehlverhalten, das in den streitgegenständlichen Behandlungsfällen dazu geführt habe, dass Versicherte bzw. Kostenträger in nicht unerheblicher Größenordnung mit Forderungen konfrontiert worden seien, die unberechtigt gewesen seien, und auch entsprechende Zahlungen tatsächlich geleistet worden seien, ermessensfehlerhaft gewesen wären.

Aus diesen Gründen war die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 27. Juni 2000 zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten ergibt sich aus [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision nach [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.
Rechtskraft

Aus
Login
FSB
Saved
2004-02-02