

L 11 KA 113/13

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 KA 124/10
Datum
02.10.2013
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 113/13
Datum
04.02.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 02.10.2013 abgeändert und der Bescheid der Beklagten vom 19.08.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.02.2010 hinsichtlich der Feststellung zur kieferorthopädischen Behandlung der Patientin Q aufgehoben. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die als Kieferorthopädin in X niedergelassene und zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Klägerin wendet sich gegen die Rückforderung von Honorar sowie Material- und Laborkosten.

Unter dem 02.08.2002 erstellte sie für die Behandlung des Kindes K Q einen kieferorthopädischen Behandlungsplan, der von der Beigeladenen genehmigt wurde. Unter der Rubrik "Therapie" ist in dem Behandlungsplan aufgeführt: "OK u. UK: Extraktion von 25, 35, 45, symmetr. u. mittengleiche Ausformung d. Zahnbogen, Einordnen u. Nivellieren aller Zähne in den ZB unter Korrektur von Zahnfehlstellungen, Schließen der Lücken, Okkl.: Herst. einer Normokkl. mit max. Interkuspitation, Heben des Bisses, Bißlage: Einstellen der Regelbißlage, Verwend. Geräte: herausnehm. Geräte, MB, Hg, Ret.-geräte".

Mit Schreiben vom 19.03.2007 teilte die Klägerin der Beigeladenen mit, dass die Behandlung der Patientin nicht planungsgemäß verlaufe. Die Patientin habe die vereinbarten Termine wiederholt nicht eingehalten; sie sei vom 29.08.2006 bis zum 07.03.2007 nicht erschienen. Mit weiterem Schreiben vom 31.12.2007 teilte die Klägerin der Beigeladenen den Abbruch der kieferorthopädischen Behandlung mit. Die Patientin sei zuletzt am 16.08.2007 in der Praxis erschienen; sie habe wiederholt Termine nicht eingehalten; die Extraktion sei nicht gewünscht worden.

Die Beigeladene übersandte der Beklagten unter dem 26.06.2008 ein Schreiben der Eltern der Patientin vom 23.06.2008, mit dem diese um Prüfung der ihnen durch die Klägerin in Rechnung gestellten Leistungen für das Entfernen der Brackets bat. Sie hätten sich entschlossen, die Behandlung bei der Klägerin abzuberechnen. Ihnen sei nicht bekannt gewesen, dass die Klägerin die kieferorthopädische Behandlung ihrer Tochter bereits abgebrochen habe.

Zur Klärung des Sachverhalts lud die Beklagte die Klägerin mehrfach zu einem persönlichen Gespräch; alle Termine sagte die Klägerin unter Hinweis auf gesundheitliche Gründe ab.

Mit Bescheid vom 19.08.2009 berichtigte die Beklagte daraufhin die in den Quartalen III/2002 bis III/2007 abgerechneten kieferorthopädischen Maßnahmen. Für diese Maßnahmen fehle die vertragliche Grundlage, da die im KFO-Behandlungsplan beantragte Therapie "Extraktion von 25, 35, 45" nicht durchgeführt und eine Therapieänderung nicht beantragt worden seien. Die Höhe der Berichtigung gab die Beklagte mit 4.619,81 EUR an; in dem Betrag sind auf die Quartale IV/2000 bis II/2001 entfallende 567,40 EUR enthalten.

Mit ihrem Widerspruch trug die Klägerin vor, die Beigeladene sei mit Schreiben vom 26.07.2005 darüber aufgeklärt worden, dass bei der Patientin der Zahn 36 vom Zahnarzt aus Gründen der Nichterhaltungsfähigkeit extrahiert werden müsse und dass daher die ursprünglich gemäß Behandlungsplan geplante Extraktionsmaßnahme in der Form keine Gültigkeit mehr habe. Im weiteren Verlauf der Behandlung hätten nach Anfertigung von Zwischenunterlagen die Zähne 25 und 45 extrahiert werden sollen. Aufgrund der verzögerten Eruption der Zähne 25 und 45 - die Extraktion von 35 sei durch die Extraktion von 36 durch den Hauszahnarzt hinfällig geworden - seien die Zwischenunterlagen am 13.03.2007 angefertigt und die Extraktionsanweisung für die nunmehr eruptierten Zähne ausgestellt worden. Die

nächsten beiden Termine habe die Patientin versäumt. Am 12.06.2007 habe deren Mutter erklärt, sie wünsche keine Extraktion. In den darauffolgenden Gesprächen sei die Mutter über die Notwendigkeit der Ausgleichsextraktion aufgeklärt und auf die mögliche Folge eines Abbruchs bei Verweigerung der Extraktion hingewiesen worden. Die Patientin sei erneut zur Extraktion überwiesen worden. Der Abbruch sei mit Mitteilung vom 31.12.2007 an die Beigeladene erfolgt, die Gründe seien benannt worden. Eine ihr zu Lasten zu legende Therapieänderung, die sie nicht beantragt haben solle, sei damit in keiner Weise gegeben gewesen. Die vertragliche Grundlage sei damit von ihr eingehalten worden. Im Übrigen würden Kosten für die Quartale IV/2000 bis II/2001 zurückgefordert, die mit dem Behandlungsplan nicht in Zusammenhang stünden.

Die Beklagte gab dem Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22.02.2010 i.H.v. 587,40 EUR statt und wies ihn im Übrigen zurück. Der Betrag von 587,40 EUR sei zu Unrecht erhoben; der Bescheid vom 19.08.2009 werde daher insoweit aufgehoben. Im Übrigen, d.h. i.H.v. 4.032,41 EUR, sei der Honorarberichtigungsbescheid jedoch zu Recht ergangen. Die für eine kieferorthopädische Behandlung abgerechneten Leistungen müssten grundsätzlich mit den Eintragungen auf dem kieferorthopädischen Behandlungsplan übereinstimmen. Werde ein kieferorthopädischer Behandlungsplan ergänzt oder geändert, sei die entsprechende Ergänzung/Änderung schriftlich bei der Krankenkasse zu beantragen. Ein Ergänzungs-/Änderungsantrag unterliege einer leistungsrechtlichen Prüfung durch die Krankenkasse und müsse von dieser genehmigt werden. Ausweislich des Schreibens der Klägerin vom 31.12.2007, mit dem sie der Beigeladenen den Abbruch der kieferorthopädischen Behandlung anzeigt habe, sei die im KFO-Behandlungsplan vom 02.08.2002 beantragte Therapie "Extraktion von 25, 35, 45" nicht durchgeführt worden. Eine Therapieänderung habe die Klägerin zu keinem Zeitpunkt bei der Beigeladenen beantragt. Durch die Nichtbeachtung der vertraglichen Regelungen habe der am 08.02.2002 ausgestellte kieferorthopädische Behandlungsplan seine anspruchsbegründende Wirkung verloren. Damit habe für die in den Quartalen III/2002 bis III/2007 durchgeführten kieferorthopädischen Maßnahmen die vertragliche Grundlage gefehlt. Die entsprechenden Honorarabrechnungen seien daher ohne Rechtsgrund erfolgt. Die Material- und Laborkosten würden auch nicht ein zweites Mal zurückgefordert; sie seien von einem vorhergehenden Rückforderungsbescheid nicht erfasst. Eine Doppelbelastung aufgrund Punktwertdegression und HVM-Einbehalt bestehe ebenfalls nicht.

Mit ihrer Klage vom 23.03.2010 hat die Klägerin vorgetragen, sie habe keine Therapieänderung vorgenommen. Sie habe während des gesamten Behandlungszeitraums die gleiche Therapie, und zwar eine Extraktionstherapie verfolgt. Die medizinisch notwendige, unvorhergesehene Extraktion des Zahnes 36 durch den behandelnden Hauszahnarzt habe keine Therapieänderung, sondern lediglich zur Folge gehabt, dass der daneben liegende Zahn 35 aus medizinischer Sicht nicht mehr habe gezogen werden dürfen. Darüber habe sie die Beigeladene unterrichtet. Es habe keine Notwendigkeit bestanden, einen Therapieänderungsantrag zu stellen. Auch die Krankenkasse habe sie auf die Mitteilung, dass statt des Zahnes 35 der Zahn 36 extrahiert worden sei, nicht zu einem Therapieänderungsantrag aufgefordert. Im Übrigen sei der Behandlungsplan weiter ausgeführt worden. Nach verzögerter Eruption der Zähne 25 und 45 seien weitere Zwischenunterlagen erstellt und sei eine weitere Extraktionsanweisung ausgesprochen worden. Die Extraktionsanweisung sei erst zu dem von ihr angegebenen Zeitpunkt sinnvoll gewesen; die Phase des Lückenschlusses habe aufgrund der vorliegenden individuellen Gegebenheiten bei dem zugrundeliegenden Behandlungskonzept erst zu jenem Zeitpunkt vorgenommen werden können. Nachfolgend habe die Patientin die Therapie abgebrochen. Im Übrigen liege hinsichtlich der Material- und Laborkosten ein unzulässiger doppelter Abzug vor. Es würden Laborkosten der Quartale I/2000 bis IV/2004 zurückgefordert, die die Beklagte bereits mit Bescheid vom 15.02.2006 zurückgefordert habe. Zudem sei ihr das nunmehr zurückgeforderte Honorar aufgrund von Budget- und Degressionseinbehalten nie in dieser Höhe ausgezahlt worden.

Die Klägerin hat beantragt,

den Honorarberichtigungsbescheid der Beklagten vom 19.08.2009 betreffend die kieferorthopädische Behandlung der Patientin K Q, geb. 00.00.1992, in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.02.2010 aufzuheben.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat vorgetragen, die am 02.08.2002 beantragte Therapie unter Einschluss einer Extraktion der Zähne 25, 35, 45 sei nicht durchgeführt worden. Damit fehle es an der Kongruenz zwischen leistungsrechtlicher Genehmigung und der von der Klägerin erbrachten Leistungen. Der Honoraranspruch der Klägerin sei aufgrund der nicht genehmigten Therapieänderung entfallen. Ergebe sich durch Veränderung der Zahn-, Kieferverhältnisse aufgrund der nicht vorhersehbaren Extraktion oder des Verlustes von Zähnen eine notwendige Änderung der kieferorthopädischen Behandlung im Vergleich zur ursprünglich geplanten und genehmigten, bedürfe es nämlich einer neuerlichen Behandlungsplanung und Genehmigung. Es sei auch nicht nachvollziehbar, dass die Extraktionsanweisung für die Zähne 25 und 45 erst ca. 4 ½ Jahre nach Behandlungsbeginn gegeben worden sei.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage mit Urteil vom 02.10.2013 abgewiesen. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung sei zu Recht erfolgt, weil die Klägerin bundesmantelvertragliche Bestimmungen nicht eingehalten und damit zu Unrecht Honorare und Kostenerstattungen erlangt habe. Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung und bei einer Therapieänderung sei ein Behandlungsplan aufzustellen und der zuständigen Ersatzkasse zur Genehmigung vorzulegen. Vorliegend sei die geplante Extraktionsmaßnahme nicht durchgeführt worden und habe in der genehmigten Weise auch nicht mehr durchgeführt werden können, nachdem der Zahn 36 gezogen worden sei. Durch den Verlust eines Zahnes im Kauzentrum habe sich eine neuartige Situation ergeben, die eine Therapieänderung notwendig gemacht habe. Diese habe die Klägerin jedoch nicht geplant und beantragt. Die Höhe des Rückforderungsbetrages unterliege keinen Beanstandungen. Hinsichtlich der Laborkosten liege kein doppelter Abzug vor; die Honorarrückforderung sei auch nicht auf die Höhe der durch HVM- und Degressionseinbehalte reduzierten Summen zu begrenzen.

Gegen das ihr am 08.11.2013 zugestellte Urteil hat die Klägerin am Montag, dem 09.12.2013, Berufung eingelegt und zu deren Begründung vorgetragen, das SG gehe apodiktisch davon aus, dass sich durch den Verlust des Zahnes 36 eine neuartige Situation ergeben habe, die eine Therapieänderung notwendig gemacht habe. Eine Begründung dafür gebe das SG jedoch nicht. Tatsächlich sei die anzuwendende Therapie mit Ausnahme der Extraktion des Zahnes 35 identisch geblieben; die im Behandlungsplan gewählte Therapie sei weiterhin maßgeblich und zutreffend gewesen. Dass der Hauszahnarzt im Sommer 2005 den Zahn 36 entfernt habe, bewirke hinsichtlich der anzuwendenden Therapie lediglich, dass die im Plan vorgesehene Extraktion des Zahnes 35 entfallen sei, wie sie der Beigeladenen

mitgeteilt habe. Eine andere Therapie als die im Behandlungsplan vorgestellte sei nicht angezeigt bzw. nicht erforderlich gewesen; es werde auch weder von der Beklagten noch vom SG angegeben, welche geänderten Therapiemaßnahmen sie denn hätte planen und beantragen sollen. Unabhängig hiervon seien die für die Mitglieder der Beklagten verbindlichen, von der Beklagten herausgegebenen Informationen zu beachten. Nach dem Informationsdienst der Beklagten 5/2003 vom 15.05.2003 setze der Begriff der Kfo-Therapieänderung eine grundlegende Änderung der anzuwendenden therapeutischen Maßnahmen voraus. Darüber hinaus sei bestimmt, dass nur solche Leistungen nachträglich zu beantragen seien, die über den bewilligten Kfo-Erstbehandlungsplan hinausgingen. Die Information laute: "Bei einer Kfo-Therapieänderung, beispielsweise Umstellung von Non-Ex auf Ex, Einsatz von Multiband, hat der behandelnde Zahnarzt/Kieferorthopäde dies mittels des Kfo-Behandlungsplanes mit dem Kreuz im Feld 'KfoTherapieänderung' bei der Krankenkasse zu beantragen. Hierbei sind alle erforderlichen Angaben zu den Gründen der Therapieänderung anzugeben. Im Leistungskamm sind nur die Leistungen nachträglich zu beantragen, die über den bewilligten Kfo-Erstbehandlungsplan hinausgehen. Der Erstbehandlungsplan behält seine Gültigkeit." In dem von dem Vorstand der Beklagten herausgegebenen Ratgeber - Band III Abrechnung, gültig ab dem 01.01.2004 - werde auf der Seite III-70 genau dasselbe formuliert. Dem entspreche auch die Beschlusslage bei der Arbeitsgemeinschaft KZBV-VdAK/AEV. Im Beschluss Nr. 110 vom 30.05.1989 heiße es: "Erkennt der Vertragszahnarzt jedoch während einer begonnenen Behandlung, dass zusätzliche Behandlungsmaßnahmen erforderlich werden, so hat er der Vertragskasse von der Änderung seiner ursprünglichen Behandlungsplanung Mitteilung zu machen." Im Informationsdienst der Beklagten 04/2002 vom 05.08.2002 werde dementsprechend ausgeführt "Wir weisen darauf hin, dass die Beantragung einzelner zusätzlicher Gebührenpositionen nicht auf dem KFO-Behandlungsplan "Therapieänderung", sondern formlos bei den Krankenkassen beantragt werden sollte."

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 02.10.2023 abzuändern und im Fall Q ([L 11 KA 113/13](#)) den Honorarberichtigungsbescheid der Beklagten vom 19.08.2009 betreffend die kieferorthopädische Behandlung der Patientin Q in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.02.2010 aufzuheben

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückweisen.

Sie hält das Urteil des SG unter Hinweis auf eine von ihr schriftsätzlich wiedergegebene Stellungnahme des Facharztes für Kieferorthopädie Dr. C, die nach Angaben der Beklagten lediglich den zahnmedizinischen Hintergrund beleuchten, nicht aber dem Bescheid eine andere Begründung geben soll, für zutreffend. Die beantragte und durchgeführte Therapie wichen voneinander ab. Damit sei die leistungsrechtliche Genehmigung entfallen. Ihre, der Beklagten, eigenen Veröffentlichungen stünden ebenso wie die Dritter dem nicht entgegen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist begründet.

Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen. Die Klägerin ist durch den Bescheid der Beklagten vom 19.08.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.02.2010 beschwert ([§ 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)); denn ihre Honorarabrechnungen im Behandlungsfall Q sind nicht zu berichtigen.

Die Beklagte ist berechtigt, die Abrechnungen der Vertragszahnärzte sachlich und rechnerisch zu berichtigen. Dieses Recht ergab sich bislang aus den bundesmantelvertraglichen Regelungen über sachlich-rechnerische Richtigstellungen (vgl. [§ 19 Buchst. a Bundesmantelvertrag-Zahnärzte](#) und [§ 12 Abs. 1 Satz 1 Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag \(EKV-Z\)](#) in der vom 01.01.2002 bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung). Mit Wirkung ab 01.01.2004 ist die Beklagte aufgrund von [§ 106a Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), gesetzlich berechtigt und verpflichtet, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragszahnärzte festzustellen. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragszahnarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen, mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots, abgerechnet worden sind. Festzustellen ist, ob die Abrechnungen mit den Abrechnungsvorgaben des Regelwerks, also mit den einheitlichen Bewertungsmaßstäben, den Honorarverteilungsverträgen sowie weiteren Abrechnungsbestimmungen übereinstimmen oder ob zu Unrecht Honorare angefordert werden. Bei Fehlern in der Abrechnung des Vertragszahnarztes berichtigt die Beklagte dessen Honoraranforderung. Dies kann auch im Wege nachgehender Richtigstellung erfolgen (s. dazu BSG, Urteile vom 05.11.2008 - [B 6 KA 1/08 R](#) - und vom 19.10.2011 - [B 6 KA 30/10 R](#) -).

Diese Voraussetzungen für eine sachlich-rechnerische Berichtigung sind vorliegend nicht erfüllt. Die Klägerin hat entgegen der Auffassung der Beklagten und des SG bei ihren kieferorthopädischen Honorarabrechnungen insbesondere nicht gegen die Vorgaben des [§ 14 EKV-Z](#) verstoßen; deshalb ist auch nicht die Grundlage für die Honorierung der Kfo-Behandlung entfallen.

[§ 14 Abs. 3 Nrn. 1 und 4, Abs. 6 und 7 EKV-Z](#) bestimmen u.a.:

(3) BEMA-Teil 3:

1. Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Anlage 8 a) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Ersatzkasse zu.

...

4. Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Ersatzkasse eine Kostenübernahmeerklärung auf dem Behandlungsplan abgegeben hat.

...

(6) Behandlungen, für die die Ersatzkasse auf Grund des Heil- und Kostenplanes, des KFO-Behandlungs-, Therapieänderungs- oder Verlängerungsantrages und des Parodontalstatus die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

(7) Kieferorthopädische Maßnahmen (einschließlich zahntechnischer Leistungen), die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, sind durch den Vertragszahnarzt der Ersatzkasse anzuzeigen und von der Ersatzkasse zu genehmigen. Die genehmigten Leistungen unterliegen nicht der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit. Im Übrigen gilt § 14 Absatz 6.

Daraus ergibt sich, dass sowohl vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung als auch bei einer Therapieänderung ein Behandlungsplan aufzustellen und der Krankenkasse zur Genehmigung (Kostenübernahmeerklärung) vorzulegen ist. Die Bewilligung der Krankenkasse zur Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung nach vorgelegtem ärztlichem Behandlungsplan umfasst die gesamte Maßnahme im vorgesehenen Umfang. Als Verwaltungsakt erlangt sie bindende Wirkung, sie steht lediglich unter der Bedingung, dass die Behandlung planmäßig durchgeführt wird (BSG, Urteil vom 10.10.1979 - [3 RK 3/78](#) -). Der gesetzlich Versicherte kann nach Genehmigung von der Krankenkasse die Übernahme von Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung verlangen, die von einem Vertragszahnarzt durchgeführt wird (BSG, Urteil vom 18.01.1996 - [1 RK 22/95](#) -). Dementsprechend ist der Vertragszahnarzt nunmehr berechtigt bzw. verpflichtet, die kieferorthopädische Behandlung nach dem ärztlichen Behandlungsplan durchzuführen, aber auch abzurechnen. Eine Unterbrechung erfolgt bei einer Therapieänderung, da nun nicht mehr nach dem ärztlichen Behandlungsplan behandelt wird. Insoweit sieht § 14 Abs. 3 Satz 1 EKV-Z einen neuen Behandlungsplan vor, der zur weiteren Genehmigung bei der Krankenkasse einzureichen ist. Mithin besteht auch die weitere Behandlung unter dem Vorbehalt der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse.

Die Beklagte geht zunächst in ihrer Argumentation fehl, eine den Honoraranspruch der Klägerin beeinflussende Therapieänderung liege darin, dass keine Extraktion der Zähne 25 und 45 erfolgt ist. Dass die Zähne 25 und 45 nicht gezogen worden sind, ist keine Frage der Therapieänderung, sondern schlicht Konsequenz der vorzeitigen Behandlungsbeendigung, für die § 16 Abs. 6 EKV-Z regelt "Wird die kieferorthopädische Behandlung abgebrochen oder entfällt die Leistungspflicht der Ersatzkasse, so erhält der Vertragszahnarzt die bis zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs bzw. des Wegfalls der Leistungspflicht fällig gewordene Vergütung." Das Vorbringen der Beklagten trägt mithin insoweit ihre Entscheidung nicht.

§ 16 Abs. 6 EKV-Z weist zudem darauf hin, dass der Auffassung der Beklagten, durch die Extraktion des Zahnes 36 und einen nachfolgend unterlassenen Änderungsantrag sei der Honoraranspruch der Klägerin auch rückwirkend entfallen, kaum beigetreten werden kann. § 16 Abs. 6 EKV-Z stellt auf den Zeitpunkt des Wegfalls der Leistungspflicht ab und schließt damit an die Vorgaben des [§ 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch an, nach der ein Verwaltungsakt frühestens mit Wirkung des Zeitpunkts der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden kann. Der erste danach in Betracht kommende Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse ist der Zeitpunkt der Extraktion des Zahnes 36. Nicht einmal ansatzweise erschließt sich, aus welchen Rechtsgründen darüber hinaus Änderungen der geplanten, d.h. im Behandlungsplan prognostisch vorgesehenen Therapie dann, wenn sie nicht zur Genehmigung gestellt werden, zu einem rückwirkenden Wegfall des Honoraranspruchs des Vertragsarztes von Anfang an führen sollen.

Darauf kommt es aber im Ergebnis nicht an, denn die Extraktion des Zahnes 36 bzw. der dadurch bedingte Entfall der ursprünglich vorgesehenen Extraktion des Zahnes 35 stellen keine einer Genehmigung bedürftige Therapieänderung dar. Die von der Klägerin verfolgte Therapie war nicht nur nach ihrem unbestrittenen Vorbringen, sondern auch aus dem Behandlungsplan selbst ersichtlich eine sog. Extraktionstherapie, d.h. durch die Entfernung von Zähnen aus einer Zahnreihe sollte durch die entstehenden Lücken mehr Raum für die verbleibenden Zähne geschaffen werden. Weder an diesem Behandlungsziel noch an dem zugrundeliegenden Behandlungskonzept sind durch die Extraktion des Zahnes 36 Änderungen eingetreten. Geändert hat sich allein eine einzelne im Rahmen des kieferorthopädischen Behandlungskonzepts vorgesehene Maßnahme, die beabsichtigte Extraktion des Zahnes 35 war nicht mehr erforderlich. Dass nicht jedwede Änderung zu einer Genehmigungspflicht führt, ergibt sich bereits aus dem Erfordernis der Therapieänderung in § 14 Abs. 3 Nrn. 1 EKV-Z. Dementsprechend haben die Vertragsparteien des EKV-Z auch ergänzend vereinbart, dass lediglich kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich zahntechnischer Leistungen, die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, durch den Vertragszahnarzt der Ersatzkasse anzuzeigen und von dieser zu genehmigen sind (§ 14 Abs. 7 EKV-Z). Die Vertragsparteien haben damit u.a. auch deutlich gemacht, dass die Erstellung eines Behandlungsplans und dessen Genehmigung durch die Krankenkasse kein Selbstzweck sind. Der Behandlungsplan und dessen Prüfung dienen vielmehr u.v.a. der Prüfung der Wirtschaftlichkeit einer kieferorthopädischen Versorgung und sind in der vorliegenden Konstellation einer schon genehmigten Behandlung im Wesentlichen dann von Bedeutung, wenn - anders als vorliegend - zusätzliche Maßnahmen erforderlich werden, die Kosten verursachen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Danach trägt der unterliegende Teil die Kosten.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2015-06-30