

L 5 KA 18/16

Land

Hamburg

Sozialgericht

LSG Hamburg

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

5

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

S 27 KA 229/13

Datum

17.08.2016

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

L 5 KA 18/16

Datum

18.10.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger ist seit 1981 als Arzt für Kieferorthopädie im Bezirk der Beklagten zur vertragszahn-ärztlichen Versorgung zugelassen.

Nachdem es bereits 2005 ein Gespräch mit dem Kläger über die aus Sicht der Beklagten vom Kläger versäumte Stellung von Verlängerungsanträge gegeben hatte, fand im November 2007 auf Beschluss des Vorstandes der Beklagten ein "kollegiales Beratungsgespräch" mit dem Kläger wegen "Auslegung der Abrechnungsbestimmungen" statt, an welchem u.a. auch ein Vorstandsmitglied der Beklagten sowie der damalige Vorsitzende des Kieferorthopädischen Beratungsausschuss (KFO-Ausschuss), Dr. B., teilnahmen. In dem im Anschluss an das Gespräch gefertigten Gesprächsvermerk heißt es unter anderem:

"Dr. B. schildert die von den Ersatzkassen festgestellten Auffälligkeiten in der Abrechnung, insbesondere die Abrechnung der Positionen 126a (Eingliedern eines Brackets oder Attachments einschließlich Material- und Laboratoriumskosten) und 126d (Entfernen eines Bandes, Brackets oder Attachments) während der Retentionsphase. Dr. S. wird gebeten, den Hintergrund dieser Abrechnungsweise darzulegen. Er teilt mit, dass Retainer nachgeklebt worden wären. Dies wäre in der Abrechnung auch so gekennzeichnet worden. Dass die Reparatur von Retainern mit dem neuen Bema ab 2004 nicht mehr als vertragszahnärztliche Leistung abzurechnen sei, wäre Dr. S. nicht bewusst gewesen. Erst als die DAK hierauf rechnerische Berichtigungsanträge gestellt hat, wäre er darauf aufmerksam geworden. Dr. B. kann die Ausführungen nicht nachvollziehen. Ein einseitiges Entfernen und Kleben eines Retainers erscheine nicht sinnvoll. Wenn sich Brackets immer wieder lösen würden, sollte möglicherweise die Klebetechnik überprüft werden. Ebenso stelle das kontinuierliche Entfernen und Kleben von Brackets eine unwirtschaftliche Behandlungsweise dar. Näher liege allerdings der Verdacht, dass der HVM geschickt ausgeschöpft würde. Dem KZV-Vorstand liegen zurzeit zwei Widersprüche auf rechnerische Berichtigungsanträge vor. Dr. B. bringt deutlich zum Ausdruck, dass eine Bereitstellung sämtlicher Behandlungsunterlagen (Modelle, Röntgenaufnahmen, Fotos, Karteikarten et cetera) erforderlich sei, um den Behandlungsverlauf nachvollziehen zu können."

Am 15. Januar 2010 beschloss der Vorstand der Beklagten auf eine Information der AOK S1 (unter vorsorglicher Anmeldung von Erstattungsansprüchen) hin, es habe bei dem Kläger massive Überschreitungen der Kostenpläne gegeben, 50 Behandlungsfälle des Klägers durch den KFO-Ausschuss überprüfen zu lassen. Grund hierfür sei, dass der Kläger sich trotz mehrerer Beratungsgespräche uneinsichtig gezeigt habe bezüglich seiner Behandlungs- und Abrechnungsweise besonders im Hinblick auf die Stellung von Verlängerungsanträgen. Unter dem 1. Februar 2010 übersendete die Beklagte dem Kläger eine Patientenliste (von den 50 Behandlungsfällen waren drei im Jahre 2009 abgeschlossen worden, 47 im Jahre 2010) und forderte die vollständigen Patientenunterlagen an, sowie eine Erklärung warum bei der Abrechnung von Kleberetainern diese als Kassenleistung abgerechnet worden seien. Mit Schreiben vom 28. Februar 2011 teilte der Kläger mit, dass bei einigen Fällen leider nicht alle Modelle auffindbar seien. Bei abgeschlossenen Fällen lägen oft nur Anfangs- und Endmodelle vor. Fotos der Modelle existierten gar nicht. Reparaturen von Kleberetainern seien bis zum Gespräch im November 2007 berechnet worden, Kleberetainer bis zum September 2009, danach nur noch Kleberetainer bei E3 oder E4 im Unterkiefer.

Nach Anhörung vom 2. Mai 2012 führte die Beklagte mit Bescheid vom 14. Dezember 2012 eine sachlich-rechnerische Berichtigung durch. Wegen fehlender Unterlagen berichtigte sie in allen Fällen die abgerechnete Gebührennummer 7/7a (4.156,34 EUR) und die dazugehörige BEL-Nummer (2.702,20 EUR) sowie in fast allen Fällen wegen Überschreitens der genehmigten Heil- und Kostenplans im Bereich Honorar (insgesamt 8.859,85 EUR) und im Bereich Material- und Laborkosten (19.727,50 EUR, vgl. zu alledem, die als Seite 2a in das erstinstanzliche Urteil eingefügte Aufstellung der Beklagten) die Abrechnungen des Klägers und forderte insgesamt 35.445,89 EUR vom Kläger zurück. Der

Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 13. November 2013).

Die hiergegen gerichtete Klage hat das Sozialgericht mit Urteil vom 17. August 2016 abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, zwar sei die nachträgliche Korrektur eines Honorarbescheides nach den Vorschriften über die sachlich-rechnerische Richtigstellung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht mehr möglich, wenn die Frist von vier Jahren seit Erlass des betroffenen Honorarbescheides bereits abgelaufen sei. Dabei werde aber den Besonderheiten der kieferorthopädischen Behandlung und ihrer Abrechnung nicht ausreichend Rechnung getragen. Ebenso wie die Unwirtschaftlichkeit einer kieferorthopädischen Behandlung erst nach dem Ende der Behandlung festgestellt werden könne, könne auch die sachlich-rechnerische Berichtigung erst nach Abschluss der Behandlung vorgenommen werden. Erst zu diesem Zeitpunkt könnten die tatsächlich im Laufe der Behandlung erbrachten Leistungen den im Behandlungsplan genehmigten Leistungen inklusive der später im Rahmen von Verlängerungsanträgen genehmigten Leistungen gegenüber gestellt werden und gegebenenfalls sachlich-rechnerisch berichtigt werden. Gerade in einer über mehrere Jahre laufenden kieferorthopädischen Behandlung obliege es unter Umständen der Entscheidung des Behandlers, in welchem Quartal er welche genehmigten Leistungen erbringe. Den einzelnen im Quartal (zusätzlich) abgerechneten Leistungen unabhängig vom Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung eine vierjährige Ausschlussfrist zukommen zu lassen, würde in weiten Teilen zu einem Verlust der sachlich-rechnerischen Berichtigung führen.

Der Kläger habe auch seine Aufbewahrungs- bzw. Dokumentationspflichten verletzt und damit die Erbringung von abgerechneten Leistungen nicht nachweisen können, denn er sei nicht in der Lage gewesen, die den Leistungen der Gebührenpositionen 7a und 117 BEMA-Z zu Grunde liegenden kieferorthopädischen Planungsmodelle vorzulegen. Nach § 5 Abs. 1 BMV-Z sei der Kläger aber verpflichtet, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und, soweit erforderlich, die Diagnose sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen. § 5 Abs. 2 BMV-Z verlange darüber hinaus, dass nicht nur die Aufzeichnungen nach § 5 Abs. 1 BMV-Z sondern auch die diagnostischen Unterlagen bei der kieferorthopädischen Behandlung mindestens drei Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren seien. Die zahnärztlichen Aufzeichnungen und sonstige Behandlungsunterlagen, Kiefermodelle, ggf. Fotografien, und bei kieferorthopädischen Maßnahmen HNO-Befunde, dessen Einholung der Vertragszahnarzt bei Mundatmung veranlassen könne, seien drei Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Aufbewahrungsfristen vorgesehen seien (§ 7 Abs. 3 Satz 2 EKV-Z). § 7 Abs. 3 Satz 4 regelt eindeutig, dass Kiefermodelle für die Anwendung von Analysen, insbesondere in Verbindung mit der Nr. 117 von Teil 3 BEMA, sowie Anfangsmodelle ausnahmslos der Aufbewahrungspflicht unterlägen.

Die Beklagte habe bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ausschließlich Fälle geprüft, in denen der Kläger die Gebührenposition Nr. 117 des Teil 3 BEMA abgerechnet habe. Diese laute wie folgt: "Zusätzliche Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale Analyse, graphische oder metrische Analyse) je Nr. 7 a. Eine Leistung nach Nr. 117 ist bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig". Diese drei Mal habe die Beklagte dem Kläger auch ohne Vorlage der Modelle in allen Fällen zugestanden und nur darüber hinaus gehenden Gebührenpositionen der Nr. 117 des Teil 3 BEMA der sachlich-rechnerischen Richtigstellung unterworfen. Ob vorsätzliches Verhalten oder Unkenntnis der einschlägigen Regelungen des § 5 Abs. 2 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 3 EKV-Z beim Kläger vorliege, sei für die sachlich-rechnerische Berichtigung nicht entscheidend.

Auch die Berichtigung des zahnärztlichen Honorars sowie der Material- und Laborkosten sei zu Recht erfolgt. Vor Beginn der Behandlung sei vom Zahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z) zu erstellen (vgl. § 1 Anlage 6 zum BMV-Z). Nur soweit sich der Vertragszahnarzt an die im genehmigten Behandlungsplan angegebenen Behandlungsmaßnahmen halte und der genehmigte Schätzbetrag für Material- und Laborkosten nur unwesentlich überschritten würde, sei eine Prüfung durch die sonst zuständigen Prüfinstanzen ausgeschlossen. Sei aber eine Prüfung nach [§ 106 SGB V](#) in diesen Fällen nur in Bezug auf den genehmigten Behandlungsplan und eine unwesentliche Überschreitung des Schätzbetrags für Material- und Laborkosten ausgeschlossen, sei es erst recht möglich, eine sachlich-rechnerische Berichtigung vorzunehmen, wenn der behandelnde Kieferorthopäde den genehmigten Behandlungsplan und die Material- und Laborkosten überschreite. Obwohl es sich hier nicht um eine Prüfung nach [§ 106 SGB V](#) handle, habe die Kammer auch überprüft, ob in den 50 Behandlungsfällen nur unwesentliche Überschreitungen der geschätzten Material- und Laborkosten vorliegen. Dies sei nicht der Fall. Die durchschnittliche Überschreitung der Material- und Laborkosten liege in den 50 Behandlungsfällen bei 37,8%, in Spitzenfällen sogar bei 90,6%, 75,3 % bzw. 73,3%. Die Überschreitungen beruhten im Wesentlichen darauf, dass der Kläger in einer Vielzahl der 50 Behandlungsfälle Maßnahmen nach den Gebührenpositionen 126 a (Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments inkl. Material- und Laboratoriumskosten), 126 b (Eingliedern eines Bandes inkl. Material- und Laboratoriumskosten), 126 c (Wiedereingliederung eines Bandes) und 126 d (Entfernen eines Bandes, Brackets oder Attachments) außerhalb des Behandlungsplans bzw. des Nachtrags abgerechnet habe. Wenn der Kläger jetzt vortragen lasse, diese Maßnahme seien notwendig gewesen, weil seine Patienten nicht sorgfältig mit ihren Apparaten umgingen und er immer wieder Reparaturen habe vornehmen müssen, für die er nicht zuvor die Zustimmung der Krankenkasse habe einholen können, so sei darauf hinzuweisen, dass auch im Falle von notwendigen Reparaturen nichts einer Genehmigung durch die Krankenkasse entgegenstehe. Dies sei in dringenden Fällen auch nachträglich möglich.

Gegen das am 25. August 2016 zugestellte Urteil hat der Kläger am 22. September 2016 Berufung eingelegt, mit welcher er weiter geltend macht, die Frist von vier Jahren seit Erlass des jeweils betroffenen Honorarbescheides sei abgelaufen, der Erlass des Honorarbescheides stelle nämlich den Zeitpunkt für den Beginn der Ausschlussfrist dar. Im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung sei ausschließlich zu prüfen, ob eine abgerechnete Leistung tatsächlich erbracht und unter Beachtung der Abrechnungsbestimmungen ordnungsgemäß abgerechnet worden sei bzw. ob die abgerechneten Festzuschüsse den bewilligten Heil- und Kostenplänen entsprächen. Diese Berichtigung könne daher bereits vor Abschluss der Behandlung eindeutig festgestellt und vorgenommen werden und sei von der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit zu unterscheiden. Die Beklagte selbst habe den Maßstab der von ihr durchzuführenden Prüfung, nämlich den der sachlich-rechnerischen Berichtigung vorgegeben. Sie habe daher ausschließlich prüfen dürfen, ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht worden seien. Die Überschreitung des genehmigten Behandlungsplans sei indessen gerade nicht Teil der sachlich-rechnerischen Berichtigung. Wäre auch die Überprüfung von im Behandlungsplan nicht vorgesehenen Mehrleistungen bei der sachlich-rechnerischen Berichtigung zu berücksichtigen und würde dabei der Beginn der Ausschlussfrist von der Beendigung der Behandlung abhängen, sei für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung kein Raum mehr. Eine Vermischung der Prüfungsmaßstäbe sei gesetzgeberisch ersichtlich nicht gewollt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 17. August 2016 sowie den Bescheid der Beklagten vom 14. Dezember 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. November 2013 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und trägt vor, maßgebender Prüfungsgegenstand sei die Frage gewesen, ob es der Kläger unterlassen habe, den Krankenkassen die Überschreitung des ursprünglich geplanten Behandlungsumfangs anzuzeigen und hierüber entsprechende Genehmigungen einzuholen, wozu er verpflichtet gewesen sei. Dies lasse sich jedoch erst mit Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung feststellen. Der einzelne Honorarbescheid könne für diese Prüfung nicht herangezogen werden. Der Honorarrückforderung habe insoweit ein Verstoß gegen einen gesamtvertraglich vereinbarten Genehmigungsvorbehalt zugrunde gelegen. Dass dies kein Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung sei, müsse nicht näher ausgeführt werden.

Hinsichtlich des weiteren Vorbringens der Beteiligten und des Sachverhalts im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der ausweislich der Sitzungsniederschrift vom 18. Oktober 2018 zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemachten Akten und Unterlagen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist statthaft (§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht erhoben. Sie ist jedoch unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 14. Dezember 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. November 2013 ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Regelungsgehalt des Bescheides, mit welchem die Beklagte für die in der Anlage zum Bescheid aufgeführten 50 Behandlungsfälle unter der Überschrift "sachlich-rechnerische Berichtigung" eine Berichtigung um 35.445,89 EUR von dem Kläger vorgenommen hat, sind drei verschiedene Komplexe:

Zum einen (1.) hat die Beklagte die Gebührennummern 7/7a und 117 BEMA-Z wegen fehlender Vorlage der Modelle berichtigt. Die Gebührezziffern lauten im Einzelnen:

"7 Vorbereitende Maßnahmen a) Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidimensional orientierten Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung b) Abformung, Bissnahme für das Erstellen von Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung 1. Eine Leistung nach den Nrn. 7 a oder b ist bei allen nach der Planung notwendig werdenden Abformungsmaßnahmen nur dann abrechnungsfähig, wenn mit der Herstellung der Modelle eine diagnostische Auswertung und Planung verbunden ist. Für die Erstellung von Arbeitsmodellen können nur Material- und Laboratoriumskosten abgerechnet werden. 2. Die vorbereitenden Maßnahmen (Nr. 7 a) sind nur im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung abrechnungsfähig. Sie sind bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischer Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig. Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen. 3. Die vorbereitenden Maßnahmen (Nr. 7 b) sind nur im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels abrechnungsfähig. 4. Im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind Leistungen nach der Nr. 7 b neben alleinigen Maßnahmen nach Nrn. 20 und 100 in der Regel nicht abrechnungsfähig. 5. Leistungen nach der Nr. 7 a oder b sind nach dem für die Kieferorthopädie und zahnprothetische Behandlung geltenden Punktwert abzurechnen, soweit sie im Zusammenhang mit diesen Leistungen erbracht werden.

117 Modellanalyse Zusätzliche Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale Analyse, graphische oder metrische Analyse, Diagramme), je Nr. 7 a Eine Leistung nach Nr. 117 ist bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei einer kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig. Dies gilt nicht bei der frühen Behandlung einer Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder anderer kraniofacialer Anomalien, eines skelettal-offenen Bisses, einer Progenie oder verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen."

Des Weiteren hat die Beklagte (2.) die Überschreitung des vertragsärztlichen Honorars gegenüber dem jeweils genehmigten KFO-Behandlungsplan berichtigt. Und schließlich (3.) erfolgte eine Berichtigung der Überschreitung der Material- und Laborkosten gegenüber dem genehmigten KFO-Behandlungsplan.

Entgegen der Auffassung des Klägers handelt es sich bei diesen drei Regelungsgehalten jeweils um sachlich-rechnerische Berichtigungen.

Nach § 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V in der hier noch maßgebenden Fassung vom 26. März 2007 stellt die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung (KZV/KÄV) die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung der Vertrags(zahn)ärzte fest. Die Prüfung erfolgt von Amts wegen. Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honoraranforderung auf bundesmantelvertraglicher Rechtsgrundlage (hier: § 19 BMV-Z und § 12 EKV-Z) besteht nicht nur im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler, sondern erfasst auch Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat (BSG, Urteil vom 22. März 2006 – B 6 KA 76/04 R – juris). Die Beklagte hat die Honorarberichtigung unter dem Gesichtspunkt (zu 1.) des Verstoßes gegen die Aufbewahrungs- und Dokumentationspflicht des § 5 Abs. 2 BMV-Z bzw. § 4 Abs. 2 EKV-Z bzw. dem des Überschreitens der Behandlungspläne ohne Genehmigung (zu 2. und 3.) vorgenommen.

Zu 1.: Hinsichtlich der Verletzung der Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten des Klägers schließt sich der Senat den erschöpfenden und zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts im Urteil vom 17. August 2016 an und sieht insoweit nach eigener Überprüfung der Sach- und Rechtslage nach § 153 Abs. 2 SGG von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Derartige auf pflichtwidriger Verhaltensweise beruhende bzw. unter Verstoß gegen vertragliche Bestimmungen aufgrund der fehlenden Einhaltung der Aufbewahrungsfristen erhaltene Honoraranteile darf die KZV sachlich-rechnerisch richtig stellen und insoweit bereits ausgezahltes Honorar

zurückfordern. Sie ist nicht darauf beschränkt, den Pflichtenverstoß disziplinarisch zu ahnden und/oder auf die Entziehung der Zulassung hinzuwirken. Ist nämlich das Erfordernis einer Dokumentation normiert, so muss die Dokumentation erfolgt sein – und dies auch entsprechend den Anforderungen an eine ordnungsgemäße Dokumentation, damit der Leistungstatbestand erfüllt und die Vergütung verdient ist (Clemens in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 106d SGB V](#), Rn. 136). Dabei ist es unerheblich, ob dies im Leistungstatbestand selbst erfolgt ist – was man den Gebührennummern 7/7a und 117 BEMA-Z nur mittelbar entnehmen kann – oder ob die Dokumentationspflichten in allgemeinen Bestimmungen geregelt sind, wie dies hier in § 5 Abs. 2 BMV-Z bzw. § 4 Abs. 2 EKV-Z niedergelegt ist. Besteht ein solches Erfordernis und ist dagegen verstoßen worden, so handelt es sich um einen Fall sachlich-rechnerischer Berichtigung.

Zu 2. und 3.: Soweit die mit dem Bescheid getroffene Regelung die Abweichungen von den KFO-Behandlungsplänen betrifft und insoweit sachlich-rechnerisch berichtigt, ist der Beklagten darin zu folgen, dass es sich in Anlehnung an die insoweit für (andere) Heil- und Kostenpläne geltende Auffassung um einen "klassischen Fall" der sachlich-rechnerischen Richtigstellung handelt (Clemens in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 106a SGB V](#), Rn. 91). Dies gilt grundsätzlich auch für eine erhebliche Überschreitung der veranschlagten Material- und Laborkosten, wobei sich der Senat der Auffassung des BSG anschließt, dass Reparaturen von Brackets oder anderen im Zuge der kieferorthopädischen Behandlung beim Patienten eingegliederten Materialien grundsätzlich keinem besonderen Genehmigungsvorbehalt unterliegen. Sind sie für die Fortführung der Behandlung im Rahmen des genehmigten Behandlungsplanes notwendig, muss der Zahnarzt sie umgehend durchführen (BSG, Beschluss vom 20. März 2013 – [B 6 KA 56/12 B](#) –, juris). Dies hindert indes nicht die Notwendigkeit des Einholens einer nachträglichen Genehmigung oder wenigstens der Anzeige einer Änderung des Behandlungsplanes. Dies folgt bereits daraus, dass sich die vorherige Genehmigung nur auf die bereits im KFO-Behandlungsplan angegebenen Leistungen beziehen kann. Gerade weil die KÄV und die Krankenkassen, solange keine konkreten Verdachtsgründe vorliegen, kaum die Möglichkeit haben, die abgerechneten Leistungen daraufhin zu überprüfen, ob sie tatsächlich erbracht worden sind, müssen KÄV bzw. KZV und Krankenkassen sich unbedingt auf die Ehrlichkeit und Sorgfalt des Kassenarztes verlassen können. Die Beantragung oder im Falle der unverzüglichen Behandlungsnotwendigkeit die nachträgliche Anzeige von über den Behandlungsplan hinausgehenden und später abzurechnenden Leistungen gehört deshalb ebenso wie die gewissenhafte, peinlich genaue Leistungsabrechnung selbst zu den Grundpflichten des Kassenarztes. Ihre Verletzung kann keinesfalls, etwa weil sie nur den "administrativen" Bereich der kassenärztlichen Tätigkeit betrifft, als weniger schwerwiegend als die Verletzung sonstiger Pflichten oder gar als "Kavaliersdelikt" angesehen werden (vgl. BSG, Urteil vom 18. August 1972 – [6 RKA 28/71](#) –, Rn. 11, juris). Entgegen der vom Kläger in der mündlichen Verhandlung geäußerten Auffassung genügt es nicht, schlicht in der Honorarabrechnung die zusätzlichen Leistungen in Rechnung zu stellen, ohne dass auf die Abweichung vom KFO-Behandlungsplan hingewiesen worden wäre. Denn die Genehmigung durch die Krankenkasse ist bereits Voraussetzung für die ordnungsgemäße Rechnungslegung dieser Leistungen. Abweichungen vom Plan muss die Kasse nicht hinnehmen, sie bereiten Raum für eine sachlich-rechnerische Berichtigung. Eine nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung würde sowohl was die Leistung selbst angeht, als auch soweit Material betroffen ist, den Vereinbarungen dagegen widersprechen (BSG, Urteil vom 20. November 1986 – [6 RKA 14/85](#) – juris).

Entgegen der Auffassung des Klägers ist der angefochtene Bescheid auch hinreichend bestimmt, obwohl die Beklagte die beanstandeten Honorarbescheide nicht ausdrücklich bezeichnet und aufgehoben, sondern ausschließlich die aus ihrer Sicht überzahlte Summe zurückgefordert hat. Denn im Falle von Honorarberichtigungen müssen die berichtigten Beträge nicht einem Honorarbescheid zuordenbar sein, sondern vielmehr konkreten Behandlungsfällen zugeordnet werden können (vgl. LSG NRW, Urteil vom 29. Oktober 1997 – [L 11 Ka 94/97](#) – juris und LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 2.7.1991 – [L 6 Ka 15/90](#) – juris). Insoweit ist der Regelungsgehalt des Bescheides indes eindeutig, weil der Kläger diesem unschwer entnehmen konnte, welche Abrechnungspositionen in welchen Behandlungsfällen die Beklagte nicht akzeptiert hat, sowie aus welchem Grund und in welcher Höhe. Damit war für den Kläger deutlich, welche konkreten Positionen sachlich-rechnerisch berichtigt wurden und dies in einem erheblich eindeutigerem Umfang als bei bloßer Angabe des Datums der Honorarbescheide, weshalb der Bescheid ausreichend bestimmt ist. Das Bestimmtheitsgebot dient nämlich nicht bloßer "Förmelei", sondern soll den Kläger konkret in die Lage versetzen zu erkennen, aus welchem Grund in welchem Behandlungsfall welche Beträge zurückgefordert werden. Dies ist aus dem angefochtenen Bescheid ohne weiteres ersichtlich.

Sind mithin alle von der Beklagten berichtigten und ausreichend bestimmt bezeichneten Regelungsgehalte der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zugänglich, so hat die Beklagte diese auch im Ergebnis beanstandungsfrei vorgenommen. Allerdings beträgt die Frist, binnen derer ein Bescheid ergehen muss, der sachlich-rechnerische Richtigstellungen vornimmt, grundsätzlich vier Jahre. Für den Beginn der Frist gilt dabei: Die Frist läuft ab Zugang des Honorarbescheids. (Clemens in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 106a SGB V](#), Rn. 59 f. mit ausführlichen Nachweisen zur gefestigten Rechtsprechung des BSG). Rechtsprechung oder Literatur, welche im Bereich kieferorthopädischer Behandlung den Lauf der Frist erst ab Abschluss der Behandlung beginnend annimmt, gibt es nicht und der Senat vermag sich insoweit der Auffassung des Sozialgerichts auch nicht anzuschließen. Soweit das Sozialgericht Entscheidungen des Sozialgerichts Marburg zitiert, ist festzustellen, dass sich diese auf eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ([S 12 KA 73/09](#)) bzw. auf einen Regress wegen fehlerhafter Behandlung ([S 12 KA 114/07](#)) bezogen. Es mag sein, dass sich die Fehlerhaftigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer kieferorthopädischen Behandlung erst nach Abschluss derselben feststellen lassen. Für die Frage der Überschreitung des Behandlungsplanes gilt dies aber nicht gleichermaßen. Wenn der KFO-Behandlungsplan eine gewisse Anzahl an Leistungen einer Gebührenziffer nach BEMA-Z vorsieht, ist in dem Moment, in welchem der Zahnarzt erstmals eine darüber hinausgehende Leistung abrechnet, ohne einen Nachtrag angefordert zu haben, die Überschreitung grundsätzlich erkennbar. Dass die Beklagte insoweit vorgetragen hat, ein entsprechendes Computerprogramm zum Abgleich existiere noch nicht, es gebe Abstimmungsschwierigkeiten mit der Krankenkasse und vertraglich sei der Austausch von Daten aus dem Behandlungsplan auch erst nach dem streitigen Zeitraum geregelt worden, ist insoweit nicht von Belang. Hierbei handelt es sich um organisatorische Mängel, die in die Sphäre der Beklagten fallen und die den betroffenen Zahnärzten in ihrem Vertrauen darauf, grundsätzlich vier Jahre nach Erhalt des Honorars nicht mehr mit einer Honorarkorrektur rechnen zu müssen, nicht zur Last gelegt werden dürfen.

Ausgehend von der o.g. Rechtsprechung des BSG ist danach eine vierjährige Frist ab Zugang des jeweiligen Honorarbescheides für die sachlich-rechnerische Richtigstellung zu Grunde zu legen, mit der Folge, dass hier ein Großteil der Berichtigungen außerhalb der Frist läge. Jedoch sieht die Rechtsprechung des BSG, der sich der Senat auch insoweit anschließt, durchaus unter engen Bedingungen Ausnahmen von der vierjährigen Frist vor, nämlich, wenn die Frist gehemmt ist, oder wenn das Vertrauen auf den Bestand der Honorarabrechnung gemäß [§ 45 Abs. 2 Satz 3](#) i.V.m. Abs. 4 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) wegen Bösgläubigkeit ausgeschlossen ist. Anhaltspunkte dafür, dass vorliegend der Ablauf der Frist (möglicherweise auch nur in Bezug auf einzelne Behandlungsfälle) wegen anhängiger Widersprüche, Wirtschaftlichkeitsprüfungen etc. gehemmt gewesen sein könnte, sind nicht ersichtlich, auch obläge es der Beklagten dergleichen

vorzutragen. Grundsätzlich käme damit eine sachlich-rechnerische Berichtigung also nur noch für die Quartale in Betracht, in denen die Honorarbescheide nicht vor Ablauf von mehr als vier Jahren vor dem Zugang des Bescheides vom 14. Dezember 2012 zugegangen waren.

Jedoch hat der Kläger zur Überzeugung des Senats die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide zumindest infolge grober Fahrlässigkeit nicht gekannt ([§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X](#)). Das BSG prüft insoweit ausschließlich den Ausschluss eines Vertrauensstatbestandes, so dass dieser Rechtsprechung folgend nur die tatbestandlichen Voraussetzungen des [§ 45 Abs. 2 Satz 3 SGB X](#) (ausschließlich diese prüfend: BSG, Urteil vom 23. Juni 2010 – [B 6 KA 7/09 R](#) – juris) und ggfs. auch noch die Voraussetzung der eingehaltenen Jahresfrist (so BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012 – [B 6 KA 35/12 R](#) vorliegen müssen.

Grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn nach dem individuellem Verständnishorizont des Betroffenen im Rahmen einer "Parallelwertung in der Laiensphäre" (BSG, Urteil vom 6. Mai 2009, [B 11 AL 10/08 R](#) – juris) dieser weiß oder wissen muss, dass ihm die zuerkannte Leistung oder anderweitige Begünstigung so nicht zusteht. Der Fehler muss dem Begünstigten bei seinen subjektiven Erkenntnismöglichkeiten geradezu in die Augen springen. Das ist der Fall, wenn er aufgrund einfachster und ganz nahe liegender Überlegungen die Rechtswidrigkeit hätte erkennen können oder er das nicht beachtet hat, was im gegebenen Falle jedem hätte einleuchten müssen (st. Rspr. des BSG, vgl. nur Urteil vom 12. Februar 1980, [7 RAR 13/79](#), juris). Diese Voraussetzungen sind vorliegend bezogen auf die drei Regelungsgehalte des Bescheides zur Überzeugung des Senats bei dem Kläger gegeben. Dass bei Herstellung weiterer Modelle als der vorgegebenen drei bzw. vier diese zum Nachweis aufzubewahren sind, ist ohne weiteres naheliegend. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund der Regelungen in § 5 Abs. 2 BMV-Z und § 7 Abs. 3 Satz 2 EKV Z sowie unter Berücksichtigung der bereits mit dem Kläger in den Jahren 2005 und 2007 geführten Gespräche, die ausdrücklich auch die "Bereitstellung sämtlicher Behandlungsunterlagen" einschließlich der Modelle zur Nachvollziehbarkeit des Behandlungsverlaufs zum Gegenstand hatten. Dass Abweichungen vom Behandlungsplan nicht ohne weiteres honoriert werden, sondern zu genehmigen sind, sei es im planbaren Fall im Vorwege, sei es bei Reparaturen, die sofort vorzunehmen sind, in Form einer nachträglichen Genehmigung, erschließt sich ebenfalls ohne weiteres aus dem Umstand der Genehmigungspflicht des KFO-Behandlungsplanes selbst und aus dem Umstand, dass bereits der Vordruck des KFO-Behandlungsplanes eine erneute Beantragung im Falle von Therapieänderungen und -Verlängerungen vorsieht. Hieraus ergibt sich nach Auffassung des Senats selbst bei Anstellung allereinfachster, ganz naheliegender Überlegungen, dass Abweichungen vom Behandlungsplan - von ganz unerheblichen Abweichungen vielleicht einmal abgesehen - zu beantragen, im Falle unverzüglicher Reparaturpflichten zeitnah und ohne schuldhaftes Zögern anzuzeigen sind. Ob die KZV Berlin ihren Ärzten gegenüber andere Verfahrensweisen beschreibt, wie der Kläger geltend macht, kann jedenfalls im Verhältnis des Klägers zur Beklagten keine Berücksichtigung finden. Wenn der Kläger meinte, hieraus Hinweise für seinen Umgang mit der Beklagten entnehmen zu können, wäre es an ihm gewesen, sich diesbezüglich bei der Beklagten rückzuvergewissern. Dies gilt umso mehr angesichts der bereits zwischen dem Kläger und dem KFO-Beratungsausschuss geführten Gespräche.

Dies gilt auch hinsichtlich der Material- und Laborkosten, die mit knapp 20.000 EUR mehr als die Hälfte des geforderten Betrages ausmachen. Zwar handelt es sich bei der Angabe der Material- und Laborkosten im KFO-Behandlungsplan lediglich um Schätzungen. Indes gilt der Genehmigungsvorbehalt nach Auffassung des Senats erkennbar auch, sofern und sobald für den Behandler absehbar ist, dass die beantragte geschätzte Summe der Material- und Laborkosten um einen nicht unerheblichen Betrag überschritten werden wird. Ansonsten wäre das Genehmigungserfordernis für die geschätzten Kosten obsolet. Im Übrigen hat der Kläger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens ausreichend Gelegenheit gehabt, die geltend gemachten und abgerechneten Material- und Laborkosten zu belegen, was bei einer ordnungsgemäßen Buchführung und Rechnungslegung zu erwarten gewesen wäre. Die Beklagte hat nämlich insoweit lediglich den Differenzbetrag zwischen der Überschreitung der genehmigten Leistungen und den nicht durch Unterlagen belegten Kosten sachlich-rechnerisch berichtigt, was sowohl der Anhörung als auch dem Bescheid über die sachlich-rechnerische Richtigstellung ohne Weiteres zu entnehmen war.

Entgegen der Auffassung des Klägers ist auch die Jahresfrist eingehalten. Diese beginnt im Falle des [§ 45 Abs. 4 S. 2 SGB X](#) mit Kenntnis der Tatsachen, die die Rücknahme des Bescheides – hier mit Bescheid vom 14. Dezember 2012 – für die Vergangenheit rechtfertigen. Im Falle der sachlich-rechnerischen Richtigstellung kann die Jahresfrist daher erst beginnen, sobald der KÄV/KZV alle Tatsachen bekannt sind, die die Befugnis zur Richtigstellung begründen. Dies ist regelmäßig erst mit der Anhörung der Fall (vgl. BSG, Urteil vom 22. August 2012 – [B 14 AS 103/11 R](#) – juris), weil erst nach der Anhörung – hier am 2. Mai 2012 – die Tatsachen für die Voraussetzungen für die Berichtigung umfassen bekannt sind. Darüber hinaus waren vorliegend auch erst mit Eingang aller Behandlungsunterlagen die Umstände bekannt, die objektiv die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Ausgangsbescheide in Frage stellten und die Beklagte zu einer Korrektur ermächtigten.

Liegen damit die Voraussetzungen des [§ 45 Abs. 2 Satz 3 SGB X](#) vor, so steht die vierjährige Ausschlussfrist der Richtigstellung nicht entgegen. Die rückwirkende Aufhebung der Honorarbescheide und die Pflicht zu vollständiger Erstattung der zu Unrecht erhaltenen Honorare ist auch (im engeren Sinne) verhältnismäßig, da bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit gewahrt ist. Bei der Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht des öffentlichen Interesses an der Erhaltung des Systems der vertragsärztlichen Versorgung ist zunächst zu berücksichtigen, dass die Rechtsfolge nicht aus Umständen resultiert, die vom Kläger nicht zu beeinflussen waren. Vielmehr hat der Kläger die Ursache selbst gesetzt, indem er gegen seine Aufbewahrungspflichten verstoßen und die KFO-Behandlungspläne fortgesetzt überschritten hat, ohne sich dies im Vorherein oder nachträglich genehmigen zu lassen ...

Zudem ist die Rechtsfolge unvermeidlich, um die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG haben Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, innerhalb dieses Systems die Funktion zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Das wird dadurch erreicht, dass dem Vertragsarzt für Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, auch dann keine Vergütung zusteht, wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht wurden. Daher steht dem Vertragsarzt für Leistungen, die nicht gemäß den Bestimmungen des Vertragsarztrechts erbracht worden sind, auch kein Vergütungsanspruch auf bereicherungsrechtlicher Grundlage zu. Denn die Bestimmungen des Leistungserbringungsrechts über die Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen der Leistungserbringung könnten ihre Steuerungsfunktion nicht erfüllen, wenn der Vertragsarzt die rechtswidrig bewirkten Leistungen über einen Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung im Ergebnis dennoch vergütet bekäme. Diese Aussagen gelten auch für den vorliegenden Fall. Könnten Verstöße gegen die für die Leistungserbringung maßgeblichen Bestimmungen nur mit Wirkung für die Zukunft sanktioniert werden, ginge deren Steuerungsfunktion verloren, weil für Vertragsärzte jeglicher Anreiz fehlte, sich normgemäß zu verhalten.

Im Gegenteil bestünde gerade ein Anreiz zu normwidrigen Verhalten, wenn die Früchte des Handelns dem Arzt verblieben (BSG, Urteil vom 23. Juni 2010 – [B 6 KA 7/09 R](#) –, Juris).

Schließlich ist der Rückforderungsbetrag auch der Höhe nach nicht zu beanstanden. Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Berechnung sind weder vorgetragen noch sonst ersichtlich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2018-11-19