

## L 3 KA 510/02

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

3  
1. Instanz  
SG München (FSB)  
Aktenzeichen  
S 22 KA 5212/00  
Datum

05.02.2002  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 3 KA 510/02  
Datum

07.07.2004  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 05.02.2002 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Im Übrigen sind keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist (noch) die sachlich-rechnerische Richtigstellung von Honorarabrechnungen der Klägerin in drei Behandlungsfällen streitig. Die abgesetzten Leistungen reduzieren das Honorar der Klägerin (noch) um 10.171,69 DM.

Mit Schreiben vom 03.11.1997 bat die Beklagte die Klägerin in sechs Behandlungsfällen Röntgenaufnahmen, vorhandene Modelle, Kopien der Karteikarten, aus der alle Behandlungsmaßnahmen ab 1994 ersichtlich sind und, sofern im genannten Zeitraum eine systematische Parodontosebehandlung durchgeführt wurde, um Zusendung des Originalparstatuts mit den Planungsmodellen. Zur Begründung der Anfrage wurde ausgeführt, es erfolge eine stich- probenartige Überprüfung, da die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gemäß § 75 Abs.1 Sozialgesetzbuch (SGB) V gegenüber den Krankenkassen die Gewähr zu übernehmen hätten, dass die Kassenzahnärztliche Versorgung durch ihre Mitglieder den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entsprechend durchgeführt werde.

Es handele sich dabei nicht um eine Maßnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#). Vielmehr werde eine schriftliche oder mündliche Beratung durchgeführt, wenn Unrichtigkeiten festgestellt werden sollten. Die KZVB sei aber auch verpflichtet, Abrechnungen von Leistungen zu berichtigen, die vom Leistungsinhalt her nicht fach- oder vertragsgerecht erbracht worden seien.

Die Klägerin übersandte bis zum 15.09.1998 die angeforderten Unterlagen und gab nach mehrmaliger Aufforderung am 02.08.1999 eine schriftliche Stellungnahme ab, nachdem der Fachausschuss "Q" mit Bescheid vom 07.07.1999 eine Berichtigung in Höhe von 28.716,40 DM angekündigt hatte. Am 13.10.1999 kam es zu einem Beratungsgespräch zwischen den Beteiligten und im Anschluss daran führte die Beklagte mit Bescheid vom 13.10.1999 eine Gesamtberichtigung in Höhe von 14.127,23 DM durch. Zu den einzelnen Behandlungsfällen wurden folgende Beanstandungen getroffen:

H. E. , geb. 1939

Die mit BEMA Nr.89 berechnete Beseitigung von Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung des Zahnersatzes sei nicht dokumentiert, jedoch abgerechnet.

Die BEMA Nr.25 müsse viermal berichtigt werden. Die Zähne 11, 21, 25 und 34 waren karies- und füllungsfrei. Der Ansatz der BEMA Nr.25 sei nur möglich, wenn eine profunde Karies vorliege. Die Dokumentation gebe keinen Aufschluss über die tatsächlich vorgenommenen Leistungen. Die Abrechnung des Heil- und Kostenplans allein genüge nicht. Eine prothetische Gesamtplanung sei nicht vorgenommen worden. Die Extraktion des Zahnes 35 sei aufgrund der Röntgenaufnahme nicht nachvollziehbar. Es sei aus der Karteikarte nicht ersichtlich, dass eine Vorbehandlung im Sinne einer Schienentherapie zur Erhöhung der vertikalen Relation vorausgegangen sei. Bei der Parodontosebehandlung sei nicht dokumentiert, ob sie notwendig gewesen sei. Ein Betrag in Höhe von 3.870,96 DM werde berichtigt.

K, , F. , geb. 1921

Die Position BEMA Nr.89 sei zu berichtigen, weil die Beseitigung von Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung des Zahnersatzes nicht dokumentiert sei. Es fehle die vollständige Dokumentation der tatsächlich vorgenommenen prothetischen Leistungen. Die Abrechnung des Heil- und Kostenplanes allein genüge nicht. Die Zähne 43 und 23 wurden überkront, obwohl sie röntgenologisch nicht mehr als erhaltungswürdig anzusehen waren. Eine prothetische Gesamtplanung sei nicht vorgenommen. Entgegen den Angaben aus den Heil- und Kostenplänen seien nicht Metallkeramik-Kronen, sondern Teleskop-Kronen an den Zähnen 13, 12 und 43 gefertigt worden. Ein Betrag in Höhe von 4.149,39 DM werde berichtigt.

N. , H. , geb. 1926

Die BEMA Nr.89 sei nicht dokumentiert, jedoch abgerechnet. Es fehle die vollständige Dokumentation der tatsächlich vorgenommenen prothetischen Leistungen. Die Abrechnung des Heil- und Kostenplans allein genüge nicht. BEMA Nr.25 sei zweimal zu berichtigen, denn die Zähne 23 und 24 seien röntgenologisch karies- und füllungsfrei gewesen. Ein Hinweis auf eine Mehrkostenvereinbarung fehle, obwohl eine Präparation für Teleskopkronen an den Zähnen 12, 11, 21, 22, 23, 24 und 26 erfolgt sei. Ein Betrag in Höhe von 2.171,61 DM sei zu berichtigen.

Die weiteren berichtigten Behandlungsfälle E. , Z. , N. haben sich erledigt und zwar durch Einverständnis der Klägerin im Fall E. und Verzicht auf Berichtigung durch die Beklagte in den Fällen Z. und N. in der heutigen mündlichen Verhandlung. Somit ist der zuletzt noch streitig gewesene Betrag in Höhe von 13.570,86 DM zu reduzieren um die Beträge DM 945,15, (Z.) und DM 2.454,02 (N.), so dass der nunmehr noch streitige berichtigte Betrag 10.171,69 DM beträgt.

Gegen den Bescheid vom 13.10.1999 legte die Klägerin Widerspruch ein. Zur Begründung verwies sie auf ihr Schreiben vom 02.08.1999, in dem sie zum Behandlungsfall H. vorgetragen hatte, die vollständige Dokumentation der prothetischen Leistungen sei aus der ZE-Kartei einzusehen. Es sei, weil die Pulpen gefährdet waren, eine indirekte Überkappung durchzuführen gewesen, so dass BEMA Nr. 25 zu Recht anzuwenden sei. Die Paradontalbehandlung sei gleichzeitig mit der Präparation durchgeführt worden. Die Behandlung mit Brückenersatz im Oberkiefer und TK Ersatz im Unterkiefer sei befürwortet worden. Eine prothetische Gesamtsanierung habe der Patient abgelehnt. Im Fall K. hat sie vorgetragen, die vollständige Dokumentation der tatsächlich vorgenommenen prothetischen Leistungen sei der ZE Kartei zu entnehmen. Die Patientin habe eine Gesamtsanierung im Ober- und Unterkiefer abgelehnt. Zum Fall N. trug sie vor, die Dokumentationen seien vollständig durchgeführt. An den Zähnen ergab sich eine Gefährdung der Pulpen, so dass der Ansatz von BEMA Nr.25 gerechtfertigt sei.

Die Beklagte wies mit Bescheid vom 14.07.2000 den Widerspruch zurück und verwies zur Begründung auf die Niederschrift der Sitzung der Widerspruchsstelle vom 05.07.2000, die dem Bescheid beilag. Sie führte aus, es sei im Fall H. vor der Zahnersatzbehandlung keine richtliniengemäße systematische Par-Behandlung durchgeführt worden. Es fehle an einer Gesamtplanung und es habe keine Vorbehandlung im Sinne einer Schienentherapie zur Erhöhung der vertikalen Relation stattgefunden. Eine Kariesprofunda sei an den Zähnen 11, 21, 25 und 34 nicht zu behandeln gewesen. Im Falle K. fehle es an der vollständigen Dokumentation der tatsächlich vorgenommenen prothetischen Leistungen. Das Röntgenbild zeige an Zahn 43 eine distale unbehandelte Karies bis zum Knochenniveau. Die Erhaltungswürdigkeit hätte überprüft werden müssen, in dem eine Vorbehandlung durchgeführt wurde. An Zahn 23 sei eine mesiale Knochentasche bis in das apicale Drittel erkennbar, so dass dieser Zahn nicht erhaltungswürdig gewesen sei. Es fehle an einer Gesamtplanung. Im Fall N. sei die BEMA Nr.89 abgerechnet, jedoch nicht dokumentiert worden. Es fehle die vollständige Dokumentation der tatsächlich vorgenommenen prothetischen Leistungen. Zahn 37 sei nicht im Sinne der notwendigen konservierenden Vorbehandlung versorgt worden. An den Zähnen 23 und 24 fehle es an einer Karies profunda, so dass BEMA Nr. 25 zweimal zu berichtigen sei. Die Zähne 12, 11, 21, 22, 23 und 24 waren nicht überkronungswürdig. Es fehle an einer Mehrkostenvereinbarung (obwohl Präparationen für Teleskopkronen an 12, 11, 21, 22, 23, 24 und 26 erfolgten).

Gegen den Bescheid vom 16.02.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2000 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben. Sie hat auf ihre Stellungnahme vom 02.08.1999 und Widerspruchsbegründung vom 30.06.2000 Bezug genommen und darauf hingewiesen, ihre Behandlungen hätten im Einklang mit den geltenden Richtlinien gestanden. Da das vorliegende Verfahren das erste dieser Art für sie sei, hätte es zunächst eines Beratungsgesprächs bedurft bevor Berichtigungen mit finanzieller Auswirkung erfolgten.

Das SG hat mit Urteil vom 05.02.2002 die Klage abgewiesen und sich auf die Begründung im Widerspruchsbescheid der Beklagten bezogen.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin am 04.04.2002 Berufung eingelegt und diese nicht begründet.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß), das Urteil des SG München vom 05.02.2002 sowie den Bescheid vom 16.02.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14.07.2000 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt, die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 05.02.2002 zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der vorliegenden Verwaltungsakte der Beklagten und die Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, jedoch unbegründet, soweit Streitgegenstand noch die sachlich-rechnerische Richtigstellung in den Behandlungsfällen H. , K. und N. ist. Bezüglich der Behandlungsfälle N. und Z. ist die Beklagte an den in der heutigen mündlichen Verhandlung ausgesprochenen Verzicht auf eine sachlich-rechnerische Richtigstellung gebunden, so dass ein Regress in Höhe von 945,- DM (Z.) und 2.454,02 DM (N.) nicht stattzufinden hat.

Die von der Beklagten durchgeführten sachlich-rechnerischen Richtigstellungen in den Fällen, H. , K. und N. erweisen sich als gerechtfertigt.

Nach [§ 75 Abs.1 SGB V](#) haben die Kassen (Zahn-)ärztlichen Vereinigungen die Vertrags (Zahn-)ärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die Vertrags-(Zahn)ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs.2 Satz 2 erster Halbsatz](#) haben die Kassen (Zahn-)ärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertrags (Zahn-)Ärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertrags (Zahn-)Ärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Es obliegt deshalb nach [§ 19 des Bundesmantelvertrages Zahnärzte \(BMV-Z\)](#) bzw. [§ 12 Abs.1 des Ersatzkassenvertrags Zahnärzte \(EKV-Z\)](#) der Beklagten, die vom Zahnarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG kann eine Berichtigung der Honorarabrechnung eines Vertragszahnarztes auch dann noch erfolgen, wenn aufgrund der eingereichten Honorarabrechnung bereits eine Auszahlung an den Vertragszahnarzt erfolgt ist. Der Vertragszahnarzt hat dann das zuviel erhaltende Honorar zurückzuzahlen bzw. die Beklagte ist dann berechtigt, Überzahlungen bei einer späteren Honorarabrechnung eines Vertragszahnarztes aufzurechnen. Die Beklagte hat dabei allerdings keine "Zuständigkeit" Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise vorzunehmen. Die Prüfung der Honoraranforderung wegen Unwirtschaftlichkeit und die Festsetzung von Honorarkürzungen aus diesem Grund fällt in die ausschließliche Zuständigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfungsgremien des [§ 106 SGB V](#) (BSG, [SozR 3-2500 § 75 Nr.10](#)). Nach [§ 11](#) der Satzung der Beklagten können zur Bearbeitung bestimmter Aufgaben von der Vertreterversammlung oder vom Vorstand Ausschüsse eingesetzt werden.

Wenn der Vorstand der Beklagten einen Fachausschuss "Q" eingesetzt hat, dessen Aufgabe es ist, zu prüfen, ob die vertragsärztliche Versorgung durch die Mitglieder der Beklagten den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht, so ist dies nicht zu beanstanden. Es handelt sich dabei um ein Verwaltungsinternum, denn der Fachausschuss "Q" ist nach außen hin nicht tätig geworden.

Nach [§ 5 Abs.1 des BMV-Z](#) bzw. [§ 4 Abs.2 des EKV-Z](#) ist der Vertragszahnarzt 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. Sind von einem Zahnarzt abgerechnete Leistungen aus den Krankenblättern nicht ersichtlich, so ist zunächst davon auszugehen, dass er diese Leistungen tatsächlich nicht erbracht hat. Es obliegt dann dem Zahnarzt, die Erbringung der von ihm abgerechneten Leistungen nachzuweisen. Aufgabe der Beklagten ist es, die von den Vertragszahnärzten eingereichten Abrechnungen unter anderem daraufhin zu prüfen, ob die berechneten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen mit Ausnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) als abrechnungsfähig anzuerkennen sind und ob Abweichungen von einer bewilligten bzw. bezuschussten Planung bestehen. Die Beklagte hat nicht abrechnungsfähige Leistungen zu berichtigen ([§ 16 Abs.2 c](#) und [Abs.3 des Bayerischen Gesamtvertrages](#)).

Wendet man diese Grundsätze auf den vorliegenden Fall an, so bestehen im Fall H. mehrere Beanstandungen zu Recht, wie der fachkundig besetzte Senat feststellte. So handelt es sich bei den Zähnen 11, 21, 25, 34 nicht um eine Karies profunda, so dass der Ansatz von 4 x BEMA Nr.25 zu berichtigen ist. Auch fehlt die entsprechende Dokumentation in der Karteikarte. BEMA Nr.89 ist abzusetzen, weil die Beseitigung von Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung nicht dokumentiert wurde. Eine Indikation für die untere Brücke ist nicht nachgewiesen. Auch ist aus der Karteikarte nicht ersichtlich, dass eine Vorbehandlung in Form einer Paradontalbehandlung stattgefunden hat und dass vor der umfangreichen Arbeit eine Schientherapie zur Erhöhung der vertikalen Relation durchgeführt wurde. Auch fehlt es an einem Gesamtplan.

Im Fall K. hat ebenfalls keine Gesamtplanung stattgefunden, der Zahn 43 wurde ohne Vorbehandlung überkront. Zahn 23 wurde teleskopüberkront, obwohl er nicht erhaltungswürdig war. Im Fall N. wurde wiederum BEMA Nr. 89 zu Recht korrigiert, weil nicht dokumentiert. Die BEMA Nr. 25 ist zweimal zu berichtigen, weil die Zähne 22 und 24 röntgenologisch Karies und füllungsfrei waren, so dass eine Karies profunda nicht zu behandeln war. Ein Gesamtplan wurde nicht erstellt, ohne dass Gründe hierfür in der Karteikarte aufgezeigt wurden. Die Notwendigkeit der Überkronung entgegen dem Heil- und Kostenplan vom 10.06.1997 ist nicht nachgewiesen. Auch fehlt es am Hinweis auf eine Mehrkostenvereinbarung, obwohl eine Präparation für Teleskopkronen an den Zähnen 12, 11, 21, 22, 23, 24, 26 stattfand.

Da somit von der Klägerin die gebührenordnungsgemäßen Leistungen und Abrechnungsvoraussetzungen nicht eingehalten worden sind, die Behandlungsdokumentation der Klägerin Vollständigkeit vermissen lässt und Richtlinienverstöße vorliegen, die im Hinblick auf die Qualitätssicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung zu beachten und einzuhalten sind, sind die sachlich- rechnerischen Richtigstellungen durch die Beklagte - nach Verzicht auf eine sachlich-rechnerische Richtigstellung in den Fällen der Patienten Z. und N. - insgesamt gerechtfertigt. Die Berufung der Klägerin war deshalb als unbegründet zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten gemäß [§ 193 SGG](#) beruht auf der Erwägung, dass die Berufung der Klägerin überwiegend erfolglos ist.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 SGG](#) bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-11-15