
S 2 KA 124/10

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	11
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 KA 124/10
Datum	02.10.2013

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KA 16/14
Datum	04.02.2015

3. Instanz

Datum	-
-------	---

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 des Patienten X 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 22.12.2003 erstellte sie für die Behandlung des Kindes T X einen kieferorthopädischen Behandlungsplan, der von der Beigeladenen genehmigt wurde. Unter der Rubrik "Therapie" ist in dem Behandlungsplan aufgeführt: "OK u. UK: transv. und sag. Nachentwicklung des OK, Hemmen der sag. Entw. im UK, Distalisiern der Seitenzähne und Einordnen von 13, 23, Ausformen der Frontzähne unter Ber. der m-d Inkl. u. d. korrekten Achspos., Derotieren der Zähne, Schließen der Lücken. Okkl.: Herst. einer Normokkl. mit max. Interkuspitation, Heben des

Bisses, Bißlage: Einstellen der Regelbißlage und Korrektur der ML, Öffnen der skel. tiefen basalen Strukturen, Verwend. Geräte: herausnehm. App., Headgear, SZ-Bänder zur Derotation, Retentionsgeräte".

Die Klägerin stellte unter dem 18.03.2008 einen KFO-Verlängerungsantrag, über den die Beigeladene nicht mehr entschied, da zwischenzeitlich die Kieferorthopäden Dres. T und D die Fortführung der bei der Klägerin begonnenen Behandlung des Patienten X angezeigt hatten. Deren KFO-Verlängerungsantrag genehmigte die Beigeladene, die sich nachfolgend unter dem 26.06.2008 an die Beklagte wandte und um Prüfung der Behandlungsweise der Klägerin bat.

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 IV/2003 bis IV/2007 abgerechneten kieferorthopädischen Maßnahmen i.H.v. 2.556,54 EUR. Ab dem Quartal IV/2003 seien die im KFO-Behandlungsplan vom 22.12.2003 beantragten Maßnahmen nach BEMA-Pos. 127b (bis 31.12.2003) bzw. BEMA-Pos. 130 (ab 01.01.2004) für einen Headgear nicht erbracht und sei eine Therapieänderung nicht beantragt worden. Damit fehle für die durchgeführten kieferorthopädischen Maßnahmen die vertragliche Grundlage; der am 22.12.2003 erstellte kieferorthopädische Behandlungsplan habe insofern seine Gültigkeit verloren.

Mit ihrem Widerspruch trug die Klägerin vor, mit einem Behandlungsplan würden die im Rahmen der Therapie voraussichtlich benötigten Positionen beantragt. Der Einsatz dieser Positionen, hier Headgear, erfolge nach Bedarf und Notwendigkeit. Das bedeute aber auch, dass sie, falls sie eine Position nicht benötige, dies nicht anzeigen müsse, sofern sich ihr Therapieziel und die eingesetzten Mittel nicht änderten, d.h. sofern sie nicht zusätzlich andere Mittel einsetze oder ihr Therapieziel ändere. Insbesondere im Rahmen einer nicht abgeschlossenen Behandlung – eine solche habe hier vorgelegen – sei die Argumentation der Beklagten nicht nachzuvollziehen; der Einsatz der beantragten Positionen richte sich nach dem Behandlungsverlauf. Hierbei spielten multiple Faktoren wie Wachstum, individuelle Knochenreaktionen, Zahndurchbruch, psychische Konstitutionen etc. eine Rolle. Werde während der Behandlung eine der Positionen zunächst nicht benötigt, sei damit keine Therapieänderung verbunden. Dies sei nicht vorhersehbar. Ansonsten wäre jeder nicht benötigte Voll- oder Teilbogen bei einer Multibandbehandlung ein Grund dafür, anschließend sämtliche Behandlungskosten zurückzufordern.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22.02.2010 zurück. Der Honorarberichtigungsbescheid sei rechtmäßig. 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 der ab dem Quartal IV/2003 erbrachten und abgerechneten Leistungen seien die im KFO-Behandlungsplan vom 22.12.2003 beantragten Maßnahmen nach BEMA-Pos. 127b bzw. BEMA-Pos. 130 für einen Headgear nicht erbracht worden. Eine Therapieänderung sei jedoch von der Klägerin zu keinem Zeitpunkt bei der Beigeladenen beantragt worden. Durch die Nichtbeachtung der vertraglichen Regelungen habe der am 22.12.2003 ausgestellte kieferorthopädische Behandlungsplan seine anspruchsbegründende Wirkung verloren. Damit habe für die in den Quartalen IV/2003 bis IV/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 ergänzend vorgetragen, eine Therapieänderung sei nicht erfolgt; sie habe das verfolgte Therapieziel zu keinem Zeitpunkt geändert. Darin, dass der im kieferorthopädischen Behandlungsplan als voraussichtlich verwendet aufgeführte Headgear bis zum Quartal IV/2007 nicht benötigt worden sei, liege keine Therapieänderung. Der Headgear werde als ergänzende Hilfsapparatur zur Verankerung der Backenzähne im Oberkiefer und zur Wachstumsbeeinflussung des Oberkiefers eingesetzt, sofern andere Verankerungsmaßnahmen nicht ausreichen. Beim Patienten X sei der Einsatz des Headgears für die Einordnung der Eckzähne vorbehalten gewesen, da im Oberkiefer eine sagittale Verkürzung mit Platzmangel vorgelegen habe. Die Eckzähne hätten jedoch im Behandlungsverlauf ohne Einsatz eines Headgears eingeordnet werden können. Damit seien die ursprünglich beantragten Leistungen sogar unterschritten worden, so dass für einen Therapieänderungsantrag erst recht keine Veranlassung bestanden habe. Der Hinweis der Beklagten, ihre Abrechnung sei auffällig, weil die Eingliederung von Bändern nach Nr. 126b BEMA-Z abgerechnet worden sei, obwohl dies nur im Zusammenhang mit Bögen Sinn mache, sei nicht haltbar. Der Einsatz von Bändern sei medizinisch sinnvoll und auch im Behandlungsplan unter "SZ-Bänder zur Derotation" aufgeführt worden. Im Übrigen sei eine Honorarrückforderung i.H.v. 2.556,24 EUR bei einem Wert der beanstandeten Position von 33,68 EUR unverhältnismäßig. Schließlich 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 des Patienten T X, geb. 00.00.1993, in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.02.2010 aufzuheben.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat vorgetragen, die Leistungslegende der Nr. 130 BEMA-Z beinhalte die Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen. Diese Leistung habe die Klägerin aber nicht erbracht, so dass die durchgeführte Therapie von der beantragten bzw. genehmigten abweiche. Der fünfmalige Ansatz der Nr. 126b BEMA-Z sei nicht nachvollziehbar. Da keine Bögen abgerechnet worden seien, mache das Einsetzen von Bändern zahnmedizinisch keinen Sinn. Eine konsequente Behandlungsführung sei nicht zu erkennen.

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. Die im Behandlungsplan beantragten und von der Beigeladenen genehmigten Maßnahmen für einen Headgear habe die Klägerin nicht erbracht. Deren Begründung für ihr Vorgehen könnte durch die spätere Behandlungsplanung seitens der Kieferorthopäden Dres. T und D widerlegt sein. Jedenfalls sei die der Klägerin genehmigte Behandlung von der tatsächlich durchgeführten Behandlung abgewichen und sei die Beklagte damit zur vollen Rückforderung geleisteter Honorare und Laborkosten berechtigt. 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, unstrittig sei eines der im Behandlungsplan vorgesehenen Geräte, ein Headgear, noch nicht eingesetzt worden. Es handele sich hierbei um einen Gesichtsbogen aus Metall, der als Hilfsmittel zum Verschieben von Zähnen diene. Ob ein Headgear einzusetzen sei, wisse der behandelnde Kieferorthopäde in der Regel erst in der Schlussphase der Behandlung. Hierzu sei sie ohne ihre Veranlassung nicht mehr gekommen. Denn ihr Verlängerungsantrag von März 2008 sei nicht mehr beschieden worden, nachdem sich der Patient in die Behandlung anderer Kieferorthopäden begeben habe. Die bloße Annahme, der Nichteinsatz eines Hilfsmittels führe zum Wegfall des Anspruchs auf erarbeitete Honorare und erbrachte Laborkosten, sei evident falsch. Ansonsten würde das über Jahre verdiente Honorar z.B. auch dann entfallen, wenn der Kieferorthopäde ein Separiergummi, ein Hilfsmittel zum Preis von ca. 5,00 EUR, nicht anwende, weil es im Laufe der Behandlung nicht mehr notwendig sei. Alle befragten Krankenkassen und sieben befragte Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hätten auch bestätigt, dass genehmigte, aber nicht benötigte Leistungen während einer kieferorthopädischen Behandlung nicht gemeldet werden müssen. Selbst die Beigeladene habe dies bestätigt. 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 X ([L 11 KA 16/14](#)) den Honorarberichtigungsbescheid der Beklagten vom 19.08.2009 betreffend die kieferorthopädische Behandlung des Patienten X 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 Widerspruchsbescheids vom 22.02.2010 beschwert ([§ 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)); denn ihre Honorarabrechnungen im Behandlungsfall X sind nicht zu berichtigen.

Streitgegenstand ist ausschließlich die Frage, ob die Beklagte zu einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarabrechnungen der Klägerin aufgrund einer von der Beklagten angenommenen Therapieänderung berechtigt ist. Allein dies ist Gegenstand der angefochtenen Entscheidung der Beklagten; dies hat die Beklagte auch durch ihre Erklärung, dem Bescheid solle keine andere Begründung gegeben werden, bestätigt.

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.

Unerheblich für die Entscheidung des Rechtsstreits ist zunächst, dass die Behandlung durch die Klägerin aufgrund des Arztwechsels des Patienten vorzeitig beendet worden ist. Insoweit regelt nämlich § 16 Abs. 6 EKV-Z " 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."

§ 16 Abs. 6 EKV-Z weist zudem darauf hin, dass der Auffassung der Beklagten, durch den Nichteinsatz eines Headgears bzw. einen 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 von der Beklagten im Übrigen nicht benannte Zeitpunkt, zu dem der Headgear hätte eingesetzt werden müssen. 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 der von der Beklagten zeitlich nicht bestimmte Entfall des Einsatzes eines Headgears stellt keine einer Genehmigung bedürftige Therapieänderung dar. Die von der Klägerin verfolgte Therapie hat nicht nur nach ihrem unbestrittenen Vorbringen, sondern auch aus dem Behandlungsplan selbst ersichtlich weder in ihrem Behandlungsziel eine Änderung erfahren noch sind hinsichtlich des zugrundeliegenden Behandlungskonzepts Änderungen eingetreten. Geändert hat sich allein eine einzelne im Rahmen des kieferorthopädischen Behandlungskonzepts vorgesehene Maßnahme, der unter der Überschrift "Verwendete Geräte" beabsichtigte Einsatz eines Headgears war zumindest bis zum Zeitpunkt der Beendigung der Behandlung seitens der Klägerin nicht 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](#)).

Erstellt am: 30.06.2015

Zuletzt verändert am: 30.06.2015