

L 4 KA 40/14

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4

1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 610/13

Datum
07.05.2014

2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 40/14

Datum
07.03.2018

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 7. Mai 2014 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine sachlich-rechnerische Berichtigung der KB-Monatsabrechnungen für Juli 2009 im Behandlungsfall C., C. (KKH), geb. 1980, und hierbei um die Absetzung von Leistungen nach Nr. 2, (schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplans) (1x), Nr. 51a (Pla1) (2x), Nr. 60 (Pla3) Tuberplastik, einseitig) (2x) BEMA sowie Nr. 2255 (freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)) (1x) und Nr. 2702 GOÄ-82 (Wiederanbringen einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerungen von Schienen oder Stützapparaten auch Entfernungen von Schienen oder Stützapparaten – je Kiefer) (11x) im Rahmen einer Dysgnathie-Operation im Wert von insgesamt 801,92 Euro.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt. Herr Dr. Dr. A. ist Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Zahnarzt, die übrigen Mitglieder sind Zahnärzte. Sie sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 7. August 2009 die streitgegenständlichen Absetzungen vor.

Hiergegen legte die Klägerin am 26. August 2009 Widerspruch ein. Sie trug vor, immer dann, wenn eine Kieferhöhlenrevision über einen separaten Zugang erfolge, sei auch die gleichzeitige Abrechenbarkeit einer plastischen Deckung der Kieferhöhle in anderer Lokalisation gegeben. Im vorliegenden Fall habe es sich um zwei verschiedene Lokalisationen gehandelt. Aus diesem Grund sei die Nr. 51a BEMA zweimal zu erstatten. Sie bitte die Nr. 60 in die Nr. 58 BEMA zu wandeln. Das stereotype Absetzen der Leistungsziffer Nr. 272 GOÄ-82 mit dem Hinweis darauf, dass diese Ziffer nicht für Kontrollbehandlungen ansetzbar sei, entbehre des Bezuges zum vorliegenden Behandlungsfall. Hier seien umfangreiche Änderungen an Apparaturen durchgeführt, Abdeckung mit Kunststoff etc. Der Ansatz der Nr. 2255 GOÄ-82 sei gerade im Rahmen von Dysgnathieoperationen häufig und medizinisch nachvollziehbar. Nämlich immer dann, wenn große Knochendefekte auftreten, müssten diese augmentiert werden. Im vorliegenden Fall handele es sich aber zudem um den Zugang zur Kieferhöhle mittels Knochendeckel.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 23. Oktober 2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, die Nr. 51a (Pla1) BEMA komme als selbständige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Extraktion zur Abrechnung. Die Wundreinigung und Wundversorgung (Wundtoilette) nach der Operation sei mit der Gebühr für die Operation mit abgegolten. Die Tuberplastik nach Nr. 60 (Pla3) BEMA diene der Verbesserung des Prothesenlagers und ermögliche so die Eingliederung eines funktionell verbesserten Zahnersatzes. Neben der Tuberplastik seien zur Ausgestaltung einer für Prothesen geeigneten Tuberregion noch weitere chirurgische Maßnahmen möglich. Diese seien z. B.

- die modellierende Knochenresektion nach Nr. 58 (KnR) BEMA,
- die Entfernung eines Schlotterkamms nach Nr. 57 (SMS) BEMA oder
- die Entfernung eines lappigen Fibroms/Prothesenreizfibroms nach Nr. 50 (Exc2) BEMA.

Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung sei die Knochentransferchirurgie nur selten notwendig. Die Defektfüllung kleiner Zysten Hohlräume (Durchmesser bis ca. 1 cm) sei in der Regel nicht erforderlich. Bei größeren Zysten (Durchmesser über ca. 1 cm) im Bereich der Alveolarfortsätze seien funktionelle oder ästhetische Störungen jedoch häufiger zu erwarten, daher komme die Defektfüllung mit autologem (autogenem) Knochen oder Knochenspänen, lyophilisiertem allogenen Knochen oder Knorpel in Betracht, ggf. auch in Kombination mit künstlichen (alloplastischen) Materialien. Die Beimischung alloplastischer Materialien zur Volumenvergrößerung der einzubringenden autologen Knochenspäne löse keine gesonderte abrechnungsfähige Leistung aus. Für eine notwendige Lagerbildung (Knochenbett) am Kieferknochen zur Aufnahme des einzubringenden Knochens oder der Knochenspäne seien gesonderte Leistungen in Abhängigkeit der Größe des Operationsgebietes abrechenbar. Eine selbständige Vorbereitung des Lagers für ein Knochen- oder Knorpeltransplantat sei bei ausgedehnten Kieferdefekten nur abrechenbar, wenn die Kieferdefekte durch

- die Behandlung von Tumoren,
- durch Osteomyelitis,
- durch ein entsprechendes Trauma oder
- durch eine Fehlbildung

entstanden seien. Für die alleinige Knochenentnahme sei Nr. 2253 GOÄ-82 (Knochenspanentnahme) abrechnungsfähig. Für die alleinige Knocheneinpflanzung sei Nr. 2254 GOÄ-82 (Implantation von Knochen) abrechnungsfähig. Für die freie Knochenverpflanzung (Entnahme und Einpflanzung) innerhalb eines operativen Eingriffs bei nichts ortsgleicher Entnahme und Implantationsstelle sei Nr. 2255 GOÄ-82 abrechnungsfähig. Die Entfernung von Schienen und Stützapparaten sei nur dann nach Nr. 2702 GOÄ-82 abrechenbar, wenn es sich um festsitzende intra- oder extraorale Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen oder von fest eingegliederten Verbandsplatten handle. Kontrollsitzen und mundhygienische Leistungen bei angelegten Schienungsmaßnahmen seien nicht nach Nr. 2702 GOÄ-82 abrechenbar. Die Leistung sei auch nicht abrechenbar für die Wiederherstellung einer semipermanenten Schienung unter Anwendung der Ätztechnik nach Nr. K4 BEMA. Die Nr. 2 BEMA könne nur im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nrn. K1 bis K4 BEMA in Ansatz gebracht werden. Im Zusammenhang mit anderen Positionen aus dem BEMA Teil 2 sei die Abrechnung nur dann möglich, wenn die schriftliche Niederlegung des Heil- und Kostenplans auf Wunsch der Krankenkasse vorgelegt werden solle. Für die Leistung nach Nr. 51a BEMA sei eine Indikation nicht dokumentiert worden. Im Widerspruch sei die Leistung als selbständige Leistung unplausibel dargestellt worden. Eine Dysgnathie-OP nach Nr. 2640 GOÄ-82 enthalte bereits den Verschluss der Wunde bzw. die Deckung eines entstehenden Defekts. Da im Rahmen einer Dysgnathieoperation keine Zahnextraktionen oder dergleichen anfielen, sei Nr. 51a (Pla1) BEMA unplausibel und daher nicht abrechenbar. Auch bei Nr. 58 (KnR) BEMA handle es sich um eine präprothetische Maßnahme. Eine Umwandlung der Leistung nach Nr. 60 BEMA in Nr. 58 BEMA sei daher nicht möglich. Eine Knochenresektion im Zusammenhang mit einer Dysgnathie-OP sei zudem nicht nachvollziehbar. Die Leistung sei nicht abrechenbar. Für die Leistung nach Nr. 2255 GOÄ-82 sei im Widerspruch keine Indikation dokumentiert worden. Es liege kein OP-Bericht vor, der den Nachweis für die Durchführung eines Knochendeckels dokumentiere. Die Leistung sei daher nicht nachgewiesen. Der pauschale Widerspruchsvortrag hinsichtlich der umfangreichen Änderungen sei nicht ausreichend für die elfmalige Abrechnung der Leistung. Im Widerspruch seien keine Indikation und/oder Materialkosten für die Leistung dokumentiert worden. Die Leistung sei daher nicht nachgewiesen.

Gegen den am 28. Oktober 2013 zugestellten Widerspruchsbescheid hat die Klägerin am 28. November 2013 Klage beim Sozialgericht Marburg erhoben und vorgetragen, immer dann, wenn eine Kieferhöhlenrevision über einen separaten Zugang erfolge, sei auch die gleichzeitige Abrechnung einer plastischen Deckung der Kieferhöhle in anderen Lokalisationen gegeben. Hier handle es sich um zwei verschiedene Lokalisationen. Die Nr. 60 sei in die Nr. 58 BEMA umzuwandeln. Ferner hat sie ihre Ausführungen zu den Nrn. 2702 und 2255 GOÄ-82 wiederholt.

Die Beklagte hat auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid verwiesen und ergänzend vorgetragen, die Klägerin habe in einem einheitlichen Behandlungsfall gegen das Splittingverbot verstoßen. Die KV Hessen habe den Behandlungsfall bereits mit Bescheid vom 24. Mai 2013 abgesetzt. Auch liege für die Quartale II-IV/09 eine KCH-Abrechnung vor. Der Fall sei erst jetzt nach Vorlage der gesamten Abrechnung nachvollziehbar. Unterlagen, welche die Umstellungsosteomie dokumentierten, lägen ihr nicht vor. Nach der KCH-Abrechnung seien im Quartal II/09 prächirurgische Maßnahmen, im Quartal III/09 ein chirurgischer Eingriff und seien im Quartal IV/09 postchirurgische Maßnahmen abgerechnet worden. Ferner hat sie zu den einzelnen Leistungen ausgeführt

Mit Urteil vom 7. Mai 2014 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 7. August 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Oktober 2013 sei rechtmäßig. Die Beklagte sei nach [§§ 75, 160a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung. Es obliege ihr deshalb nach § 19 BMV-Z bzw. § 12 Abs. 1 Satz 1 EKV-Z, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Zum Zeitpunkt des Zugangs des angefochtenen Bescheids sei die Ausschlussfrist von vier Jahren noch nicht verstrichen gewesen.

Der angefochtene Berichtigungsbescheid sei auch materiell-rechtlich nicht zu beanstanden. Die Beklagte habe die Nr. 51a (Pla1) BEMA (Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion, 80 Punkte) zu Recht abgesetzt. Die Beklagte habe bereits im Ausgangsbescheid dargelegt, dass der Verschluss eines Kieferhöhlenfensters im Zusammenhang eines OP-Eingriffs nicht gesondert nach Nr. 59 oder 51a BEMA abrechenbar sei, da der Wundverschluss Bestandteil der chirurgischen Hauptleistung sei. Dies sei für die Kammer nachvollziehbar. Die Klägerin habe lediglich mit dem Widerspruch und der Klage behauptet, die Kieferhöhlenrevision sei über einen separaten Zugang erfolgt, es handle sich um zwei verschiedene Lokalisationen. Einen Nachweis hierfür habe sie nicht geführt. Auch sei das von der Klägerin behauptete Vorgehen für die fachkundig mit zwei Zahnärzten besetzte Kammer zahnmedizinisch nicht nachvollziehbar.

Die Beklagte habe die Leistungen nach Nr. 60 (Pla3) BEMA (Tuberplastik, einseitig, 80 Punkte) zu Recht abgesetzt. Die Begründung für die Absetzung der Nr. 60 BEMA sei für die Kammer gleichfalls nachvollziehbar. Hiermit habe sich die Klägerin nicht auseinandergesetzt. Mit dem Widerspruch habe sie die Umwandlung dieser Leistung in die Leistung nach Nr. 58 (KNR) BEMA beantragt. Damit räume sie letztlich ein, dass der Ansatz der Leistung nach Nr. 60 BEMA fehlerhaft gewesen sei. Die Klägerin sei aber für die richtige Abrechnung selbst verantwortlich. Es bestehe kein Anspruch auf Umwandlung einer fehlerhaft abgerechneten Leistung in eine andere Leistung. Im Übrigen habe die Klägerin auch nicht dargelegt, aus welchen Gründen eine Umwandlung erfolgen sollte. Zudem habe die Beklagte dargelegt, weshalb eine Umwandlung Leistung nach Nr. 58 (KnR) BEMA (Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im

Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbständige Leistung, je Sitzung 48 Punkte) nicht in Betracht komme, womit sich die Klägerin nicht auseinandergesetzt habe.

Die Beklagte habe die Leistung nach Nr. 2255 GOÄ-82 (Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne), 165 Punkte) zu Recht abgesetzt, weil es an einer Dokumentation der Indikation fehle und kein OP-Bericht vorliege, der den Nachweis für die Durchführung eines Knochendeckels dokumentiere. Die Leistung sei daher nicht nachgewiesen. Im Gerichtsverfahren habe die Klägerin sich damit nicht auseinandergesetzt und auch keine Nachweise nachgereicht.

Die Beklagte habe die Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 (Wiederanbringen einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerungen von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernungen von Schienen oder Stützapparaten – je Kiefer) zu Recht abgesetzt. Auch über die Voraussetzungen zur Abrechnung der Nr. 2702 GOÄ-82 habe die Kammer wiederholt entschieden. Die Kammer habe bereits zwischen den Beteiligten mit Urteilen vom 7. Juli 2010 - [S 12 KA 212/10](#) und 440/10 -, Nichtzulassungsbeschwerden jeweils zurückgewiesen durch Beschluss des LSG Hessen vom 11. November 2011 - [L 4 KA 62/10](#) und 63/10 NZB -, entschieden, dass ein Vertragszahnarzt für die Erbringung der Leistung nach Nr. 2702 GOÄ-82 nachweis- und dokumentationspflichtig ist. Der Hinweis auf umfangreiche Änderungen an den Apparaturen reiche nicht aus. Es obliege dem Vertragszahnarzt, durch substantiierten Vortrag und Nachweis wenigstens einer Dokumentation zu belegen, dass er den Inhalt der Leistungslegende erfüllt habe. Der Vortrag, es seien umfangreiche Änderungen an Apparaturen vorgenommen worden, reiche hierfür nicht aus.

Die Beklagte habe die Leistungen nach Nr. 2 BEMA (schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplans) zu Recht aus den im Widerspruchsbescheid genannten Gründen abgesetzt. Einwände hiergegen habe die Klägerin nicht geltend gemacht.

Soweit die Beklagte im Gerichtsverfahren auf einen Verstoß gegen das Splittingverbot hingewiesen habe, komme es hierauf nicht weiter an, da die Leistungen bereits aus den genannten Gründen abzusetzen gewesen seien. Im Übrigen habe die Kammer bereits entschieden, dass die Beklagte wegen Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot berechtigt sei, alle Leistungen abzusetzen. Von daher sei es auch unerheblich, dass die KV Hessen bereits wegen Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot alle im Quartal III/09 abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen abgesetzt habe, was bereits Gegenstand des Urteils der Kammer vom 2. April 2014 - [S 12 KA 609/13](#) - gewesen sei.

Gegen das ihr am 19. Mai 2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am Freitag, den 20. Juni 2014, Berufung eingelegt. Mit Beschluss vom 23. Januar 2017 hat der Senat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zum Verfahren beigelegt.

Die Klägerin trägt vor, immer dann, wenn eine Kieferhöhlenrevision über einen separaten Zugang erfolge, sei auch eine gleichzeitige Abrechenbarkeit einer plastischen Deckung der Kieferhöhle in anderen Lokalisationen gegeben. Im vorliegenden Fall handele es sich um zwei verschiedene Lokalisationen. Nr. 58 BEMA sei in Nr. 60 BEMA umzuwandeln. Die Absetzung von Nr. 2702 GOÄ mit dem Hinweis darauf, dass diese Ziffer nicht für Kontrollbehandlungen ansetzbar sei, entbehre des Bezug zum vorliegenden Behandlungsfall, da umfangreiche Änderungen an Apparaturen durchgeführt worden seien, z. B. Abdeckungen mit Kunststoff etc. Der Ansatz der Gebührenziffer 2255 GOÄ sei gerade im Rahmen von Dysgnathie-Operationen häufig und medizinisch nachvollziehbar. Dies gelte insbesondere dann, wenn große Knochendefekte aufträten, da diese dann augmentiert werden müssten. Im vorliegenden Fall handele es sich zudem um den Zugang zur Kieferhöhle mittels Knochendeckel. Ein Verstoß gegen das Splittingverbot liege nicht vor, da dieses auf KB-Abrechnungen keine Anwendung finde. Vertrauensschutzgesichtspunkte sprächen dagegen, dass die Beklagte die Kürzung mit einem Verstoß gegen das Splittingverbot zu begründen, da die Beigeladene bereits in der Vergangenheit eine Kürzung vorgenommen habe.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 7. Mai 2014 und den Bescheid der Beklagten vom 7. August 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Oktober 2013 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist auf den angefochtenen Verwaltungsakt und macht sich die Ausführungen der erstinstanzlichen Entscheidung zu eigen. Es liege ein Verstoß gegen das sog. Splittingverbot vor. Da der Schwerpunkt bei der zahnärztlichen Abrechnung gelegen habe, sei der Fall der Beigeladenen gemeldet worden, damit dort die vertragsärztlichen Leistungen korrigiert werden könnten, was offenbar mit Bescheid der Beigeladenen vom 24. Mai 2013 geschehen sei. Die vertragszahnärztlichen Leistungen könnten daher nicht über das Splittingverbot korrigiert werden. Die Klägerin habe aber wegen der Nichtvorlage jeglicher Behandlungsdokumentation ihrer Nachweispflicht nicht genügt und auch nur abstrakt zu den Absetzungen vorgetragen.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag und lässt sich im Verfahren nicht ein.

Mit Schreiben vom 8. August 2017 hat der Senat die Beteiligten zu Entscheidung nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1 SGG](#) angehört.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen wird auf den Inhalt der Gerichts- und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der Beratung waren.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung durch Beschluss der Berufsrichter des Senats ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält ([§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)). Die Beteiligten wurden zuvor angehört.

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, insbesondere fristgerecht eingelegt. Nach [§ 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ist die Berufung innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Urteils einzulegen. Die Klägerin hat gegen das ihr am 19. Mai 2014 zugestellte Urteil am 20. Juni 2014 die Berufung beim Hessischen Landessozialgericht fristwährend eingelegt. Denn eine nach Monaten bestimmte Frist endet mit

Ablauf desjenigen Tages des letzten Monats, welcher nach Benennung oder Zahl dem Tage entspricht, in den das Ereignis oder der Zeitpunkt fällt, [§ 64 Abs. 2 Satz 1 SGG](#), fällt das Fristende auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, endet die Frist mit dem Ablauf des nächsten Werktages, [§ 64 Abs. 3 SGG](#). Da der 19. Juni 2014 auf einen gesetzlichen Feiertag (Fronleichnam) fiel, endete die Frist mit Ablauf des nächsten Werktages, Freitag, den 20. Juni 2014.

Die Berufung der Klägerin ist aber nicht begründet. Das Urteil des Sozialgerichts ist rechtlich nicht zu beanstanden. Der Bescheid der Beklagten vom 7. August 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Oktober 2013 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten, zu Recht hat die Beklagte die streitgegenständliche Abrechnung berichtigt.

Die Berufung war daher aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurückzuweisen, von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, [§ 153 Abs. 2 SGG](#).

Lediglich ergänzend ist auszuführen, dass die Klägerin auch in ihrem Berufungsvorbringen keine substantiierten Einwendungen gegen die Absetzungen erhebt. Soweit sie hinsichtlich der Absetzung von Nr. 2702 GOÄ geltend macht, umfangreiche Änderungen an Apparaturen seien durchgeführt worden, z. B. Abdeckungen mit Kunststoff etc., und Nr. 2255 GOÄ abrechenbar, weil es sich im vorliegenden Fall um den Zugang zur Kieferhöhle mittels Knochendeckel handele, kann dies der Senat in Ermangelung einer Behandlungsdokumentation nicht nachvollziehen. Die Klägerin ist Nachweispflicht insoweit nicht nachgekommen, weil sie gar keine Behandlungsdokumentation vorgelegt hat.

Wie der Senat bereits entschieden hat (Urteil vom 20. März 2013, [L 4 KA 60/10](#), vgl. auch Urteil vom 27. Mai 2015, [L 4 KA 50/12](#)), obliegen dem Leistungserbringer die Darlegungen und Nachweise für die vollständige Leistungserbringung. Der Vertragszahnarzt ist dabei verpflichtet, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und soweit erforderlich der Befund sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen (§ 5 Abs. 1 BMV-Z, s. auch § 7 Abs. 3 EKV-Z). Er hat die erforderlichen Nachweise grundsätzlich bereits mit der Abrechnung vorzulegen (§ 5 Ziff. 2 Satzung der Beklagten). Der geprüfte Arzt unterliegt somit besonderen Mitwirkungspflichten, die über die allgemeinen Mitwirkungspflichten nach [§ 21 Abs. 2 SGB X](#) hinausgehen, und in dem Umstand begründet sind, dass dem Arzt ein Vergütungsanspruch nur dann zusteht, wenn er die Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen durfte. Es ist daher seine Angelegenheit, die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen, vor allem, wenn er sich auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können (BSG, Urteil vom 21. März 2012, a.a.O., Nr. 40 m. w. N.). Diese besonderen verfahrensrechtlichen Obliegenheiten beziehen sich auf die medizinische Notwendigkeit und die tatsächliche fachgerechte Erbringung der abgerechneten Leistung, sie richtet sich im Einzelnen nach den besonderen Leistungs- und Abrechnungsvoraussetzungen und werden konkretisiert durch Nachfragen oder gar Beanstandungen durch die Beklagte und die Gerichte.

Die Beklagte und das Sozialgericht sind daher zutreffend davon ausgegangen, dass nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen (Gebührenpositionen) als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen sind und daher nicht abgerechnet werden können (s. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26. November 2014, Az.: [L 3 KA 70/12](#), in diesem Sinne begründet das Fehlen der Dokumentation einer aufzeichnungspflichtigen ärztlichen Maßnahme im Arzthaftungsrecht nach st. Rspr. des BGH)z. B. Urteil vom 11. November 2014 Az.: [VI ZR 76/13](#); vgl. nunmehr auch [§ 630h Abs. 3 BGB](#) die Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-11-16