L 4 KA 49/12

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 151/12
Datum
20.06.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 49/12
Datum
24.10.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 20. Juni 2012 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die KB-Abrechnung 1, 2 und 3/2009 im Behandlungsfall C. C. (KKH-Allianz) und hierbei noch über die Absetzung von Leistungen nach Nr. 40 (I) BEMA, 41a (L1) BEMA, 2702 GOÄ-82 und 8271 GOÄ-82 im Wert von noch 1.527,20 Euro.

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

Die Klägerin brachte mit Behandlungsplan vom 13. März 2008 (Bl. 14 - 24 VA) für die am 1983 geborene Patienten Frau C. C. im Rahmen einer kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Therapie Leistungen für eine bimaxilläre Umstellungsosteotomie zur Abrechnung. Die Operation führte sie am 19. Januar 2009 durch. In der Zeit bis zum 26. Januar 2009 wurden täglich Nachbehandlungen, weitere Nachbehandlungsmaßnahmen vom 28. Januar und 20. Februar 2009 mit Folgeplänen vom 6. Februar (Bl. 9 – 13 VA) und 10. März 2009 (Bl. 8 VA) abgerechnet, auf den Abrechnungsformularen findet sich ein Stempelaufdruck mit dem Text: "Achtung: Pos. Ä2702 ist nicht für die Abnahme der Verbandsplatten,", der weitere Text: "sondern für das Aufdrehen und die Stabilisierung der Dehnapparatur" ist jeweils handschriftlich gestrichen. Eine Nachbehandlung vom 4. März 2009 rechnete die Klägerin mit Behandlungsplan vom 5. März 2009 (Bl. 7 VA) ab.

Die Beklagte bat mit Schreiben vom 9. Februar 2009 (Bl. 2 VA) hinsichtlich der Abrechnungsfähigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit um Stellungnahme zur KB-Abrechnung 1/2009. Fünf große Nachbehandlungskomplexe und ein chirurgischer Eingriff am selben Tag seien nicht nachvollziehbar.

Die Klägerin erklärte hierzu mit Schreiben vom 7. Mai 2009, bei dem Eingriff am 19. Januar 2009 in Intubationsnarkose habe es sich um eine bimaxilläre Umstellungsosteotomie gehandelt, einem mehrstündigen Eingriff. Die Patientin sei im Aufwachraum zur Nachbeobachtung verblieben. Es sei dann zu einer Nachblutung gekommen, die gegen 17:00 Uhr behandelt worden sei. Gleichzeitig seien noch Wundbehandlungen im Ober- und Unterkiefer (getrennte Lokalisation) erfolgt. Gegen 20:00 Uhr sei dann eine ausgeprägte Schwellung im Bereich des linken Mittelgesichtes aufgefallen. Es sei sodann eine endonasale Kieferhöhlenrevision endoskopisch durchgeführt worden, um auszuschließen, dass es im Bereich der linken Kieferhöhle zu einer vermehrten Blutung gekommen sei. Gegen 21:00 Uhr sei dann eine erneute Wundkontrolle durchgeführt worden, um eine Blutung auszuschließen. Sie habe Wundbehandlungsmaßnahmen durchgeführt. Aufgrund der ausgeprägten Schwellung, die sich mittlerweile entwickelt gehabt hätte, hätten einzelne Drähte in das Zahnfleisch und in die Lippe der Patientin gedrückt. Hier hätten Änderungen an der Schuchardt-Schiene im Ober- und Unterkiefer vorgenommen werden müssen. Es habe sich hierbei um das Abbiegen von Drahthäkchen und um das Abdecken mit Kunststoff gehandelt. Um 22:00 Uhr habe sie dann eine erneute Untersuchung der Patientin vorgenommen. Es sei immer noch zu einer leichten Sickerblutung aus dem linken Nasenloch gekommen. Aus diesem Grunde sei Herr Dr. Dr. A. ohne Erbringung weiterer Leistungen zur Beobachtung bei der Patientin geblieben, bevor diese dann in den frühen Morgenstunden aus dem Aufwachraum hätte entlassen werden können.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 3. Juli 2009 alle Wiederholungen der Nr. 40 (insgesamt 8x) und 41a BEMA (insgesamt 2x) am Behandlungstag 19. Januar 2009 ab, ebenso alle Wiederholungen der Nr. 40 (insgesamt 3x) an diesem Behandlungstag im Rahmen der Nachbehandlung, da deren Notwendigkeit in Verbindung mit einem Eingriff in Allgemeinnarkose nicht gegeben sei. Ferner setzte sie den Ansatz der Nr. 2255 GOÄ-82 2x ab. Die Nr. 2691 GOÄ-82 (operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Aussprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis) wandelte sie in Nr. 2692 GOÄ-82 (operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich - ggf. einschl. Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch - je Kieferhälfte) um, da diese im Zusammenhang mit einer Dysgnathieoperation nicht abrechenbar sei. Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 würden für alle Behandlungstage (insgesamt 22x) abgesetzt, da für das Abnehmen und Wiedereingliedern einer Verbandplatte diese Leistung nicht abrechenbar sei. Kontrollbehandlungen auch mit Einstellungsmaßnahmen z. B. durch das Drehen von Schrauben erfüllten den Leistungsinhalt der Nr. 2702 GOÄ-82 ebenfalls nicht. Diese Leistung setze nach der Beschreibung kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder auch die Entfernung von Schienen oder Stützapparaten voraus. Die allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt X.II legten fest, dass die Leistungen nach Nr. 271, 272 je Gefäßzugang lx, insgesamt jedoch nicht mehr als 2x je Behandlungstag berechnungsfähig seien. Nr. 8271 GOÄ-82 sei daher an den Behandlungstagen 19., 20., 22., 23., 24. und 25. Januar 2009 je 2x und an dem Behandlungstag 21. Januar 2009 einmal zu streichen. Den Folgeplan aus der Abrechnung 2/2009 habe sie ebenfalls korrigiert. Sie habe alle Wiederholungen der Nr. 40 (insgesamt 8x) und 41a BEMA (insgesamt 2x) am Behandlungstag 2. Februar 2009 aus den gleichen Gründen wie zuvor abgesetzt. Die Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 habe sie wiederum für alle Behandlungstage (insgesamt 14x) abgesetzt. Von dem ersten Folgeplan aus der Abrechnung 3/2009 habe sie erneut die Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 für alle Behandlungstage (insgesamt 2x) abgesetzt. Der zweite Folgeplan aus 3/2009 werde unverändert zur Abrechnung gebracht. Der Gesamtwert der Absetzungen belief sich auf 2.040,83 Euro.

Hiergegen hat die Klägerin am 21. Juli 2009 Widerspruch eingelegt. Sie trug vor, die Anästhesiedauer habe deutlich drei Stunden überschritten, weshalb die Wiederholung der Anästhesien medizinisch notwendig und abrechenbar gewesen sei. Die Nr. 2255 GOÄ-82 sei im Rahmen einer Dysgnathieoperation häufig notwendig. Es würden Knochendefekte augmentiert werden. Gegen die Umwandlung der Nr. 2691 GOÄ-82 in Nr. 2692 GOÄ-82 sei nichts einzuwenden. Die Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 seien für umfangreiche Änderungsmaßnahmen an der Dehnapparatur angesetzt worden. Es handle sich hierbei um Abdeckungen mit Kunststoff etc. Eine Entscheidung zu den Leistungen nach Nr. 271 und 272 sei noch nicht rechtskräftig. Deshalb sei auch hier zu widersprechen.

Die Beklagte half mit Widerspruchsbescheid vom 8. Juni 2010, der Klägerin am 10. Juni 2010 zugestellt, insoweit ab, als sie die zweimalige Absetzung der Nr. 2255 GOÄ-82 aufhob. Im Übrigen wies sie den Widerspruch als unbegründet zurück; es verblieb ein Kürzungsbetrag in Höhe von 1.739,77 Euro. Zur Begründung führte sie bzgl. der Absetzungen aus, würden bei einer bereits bestehenden Vollnarkose zusätzliche Infiltrations- und Leitungsanästhesien verabreicht werden, seien nähere Angaben zum Zeitablauf und zum örtlichen Bereich der Anästhesien erforderlich. Die vollständige Leistung sei dabei mit der Abrechnung nachzuweisen. Die Klägerin habe keinen Nachweis dafür erbracht. Der Hinweis auf die Operationsdauer reiche nicht aus. Die Begründung im Ausgangsbescheid zur Absetzung der Nr. 2702 GOÄ-82 sei zutreffend. Der Hinweis der Klägerin auf umfangreiche Änderungsmaßnahmen an der Dehnungsapparatur reiche für die Annahme, dass die getätigten Maßnahmen in jedem Einzelfall dem Gebührentatbestand der Nr. 2702 GOÄ-82 erfüllen würden, nicht aus. Bei bestehenden oder vorgetragenen Zweifeln an der Abrechnung obliege es dem Vertragszahnarzt, diese Zweifel durch dezidierten und beweisbaren Vortrag auszuräumen. Sie habe ferner bereits im Ausgangsbescheid auf die Abrechnungsbestimmungen hingewiesen, nach denen die Infusionen nach Nrn. 271 und 272 GOÄ-82 jeweils nicht mehr als 2x pro Behandlungstag abgerechnet werden könnten. Der Ausgangsbescheid habe die abgerechneten Leistungen auf dieses Höchstmaß beschränkt. Gründe, weshalb im vorliegenden Fall weitere Infusionen abgerechnet worden seien und rechtliche Argumente dafür, dass dies angesichts der eindeutigen Regelung überhaupt möglich sei, fehlten.

Hiergegen hat die Klägerin am 6. Juli 2010 die Klage beim Sozialgericht Marburg (Az. S 12 KA 520/10) erhoben. Mit Beschluss vom 15. September 2010 hat das Sozialgericht das Ruhen des Verfahrens angeordnet, das Verfahren am 26. März 2012 von Amts wegen wieder aufgerufen und unter dem Aktenzeichen S 12 KA 151/12 fortgesetzt.

Klägerin hat QM-OP-Dokumentationsbögen vom 19. Januar und 2. Februar 2009 und einen auszugsweisen Ausdruck vom 15. Juni 2010 der elektronisch geführten Patientendatei bzgl. der KB-Behandlung vom 2. Februar 2009, vom 19. bis 25. Januar 2009 und vom 28. Januar bis 6. Februar 2009, der für die beiden letzten Behandlungszeiträume mit handschriftlichen Bemerkungen versehen ist, vorgelegt. Sie hat vorgetragen, im Hinblick auf die Nr. 40 BEMA gehe aus der QM-Dokumentation vom 19. Januar und 2. Februar 2009 hervor, dass die Wiederholungsanästhesien nach drei Stunden und 45 Minuten erfolgt seien. Die Schienenentfernung und Bimax seien am 2. Februar 2009 nicht in ITN erfolgt, so dass zehn Ampullen für OK und UK notwendig gewesen seien, deren Leistungen im Einzelfall dokumentiert seien. Hinsichtlich der Nr. 2702 GOÄ-82 verweise sie auf ihr Vorbringen, wonach die Leistung nicht zum Abnehmen und Wiedereingliedern der Verbandsblatte eingesetzt worden sei, sondern vielmehr für umfangreiche Änderungsmaßnahmen an der Dehnapparatur, es habe sich hierbei um Abdeckungen mit Kunststoff gehandelt.

Beklagte hat auf ihre Ausführungen im angefochtenen Verwaltungsakt verwiesen und ergänzend vorgetragen, hinsichtlich Nr. 40 BEMA sei der Vortrag der Klägerin im Widerspruchsverfahren ungenügend. Es seien nähere Angaben zum Zeitablauf der Anästhesien und den örtlichen Bereich erforderlich, wenn neben einer bereits bestehenden Vollnarkose zusätzliche Infiltrations- oder Leitungsanästhesien verabreicht würden. Nachweise im Gerichtsverfahren könnten nicht mehr nachgereicht werden. Die vollständige Leistungserbringung sei grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen. Anhand der Angaben der Klägerin im Verwaltungsverfahren zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 habe sie auch nicht davon ausgehen können, dass der Tatbestand der Gebührenposition in jedem der 14 abgerechneten Einzelfälle erfüllt gewesen sei.

Mit Urteil vom 20. Juni 2012 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der angefochtene Bescheid vom 3. Juli 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juni 2010 sei rechtmäßig.

Gegen das ihr am 25. Juni 2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20. Juli 2012 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt.

Die Klägerin trägt vor, nach der Leistungslegende zu Nr. 2702 GOÄ-82 sei Gegenstand auch eine kleine Änderung von Schienen, sie habe bei der Abrechnung darauf hingewiesen, dass es sich um eine Änderung von Schienen gehandelt habe, nicht um die Wiederanbringung einer gelösten Apparatur. Eine Kopie der Behandlungsunterlagen sei vorgelegt worden, in dem die einzelnen Änderungen an dem betreffenden Behandlungstag ausgeführt worden seien. Es gelte der Amtsermittlungsgrundsatz. Im QM-Protokoll für die Operation am 19.

Januar 2009 sei eine Operationsdauer von sechs Stunden und 20 Minuten notiert, sowie, dass die Wiederholungsanästhesie nach 30 Stunden 45 Minuten (gemeint wohl: 3 Stunden 45 Minuten) erfolgt sei. Insgesamt seien 12 Ampullen verbraucht worden. Bei den Erläuterungen zur elektronischen Karteikarte handele es sich nicht um die Dokumentation selbst. Die Auffassung, OP-Berichte und QM-Protokolle müssten in der elektronischen Karteikarte "verankert" sein, sei falsch und entspreche auch nicht der üblichen gelebten Praxis. Zur Nr. 2702 GOÄ sei auf die der Beklagten grundsätzlich mit der Abrechnung über "KZV intern" mitgeteilten Informationen zur Veränderung der Verbandsplatten hinzuweisen. Es handele sich nicht um Nachbesserungen, sondern um Anpassungen, die aufgrund von Schwellungen oder Funktionsänderungen beim Kauen erforderlich geworden seien. Auch zu abgerechneten Infusionen würden der Beklagten grundsätzlich über "KZV intern" zusammen mit der Abrechnung genaue Angaben zum verwendeten Medikament übermittelt.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 20. Juni 2012 und den Bescheid der Beklagten vom 3. Juli 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juni 2010 aufzuheben, soweit damit Leistungen über einen Betrag in Höhe von 212,57 Euro hinaus von der Honorarabrechnung abgesetzt werden.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, die im Gerichtsverfahren nachgereichten Unterlagen dokumentierten die abgerechneten Leistungen nicht. Wegen des Ausnahmecharakters von Wiederholungsanästhesien nach Nrn. 40, 41 BEMA müsse für einen ausreichenden Nachweis die Dauer der Operation, die verabreichte Zeit und der Bereich vermerkt werden. Diese Anforderungen würden durch die nachgereichte QM nicht erfüllt. Auch werde nicht deutlich, aus welchem Grund die einzelnen Anästhesien verabreicht worden seien. Es sei nicht belegt, dass die Wiederholungsanästhesien tatsächlich erforderlich gewesen seien. Die Vorlage des QM-Bogens weise auf eine nachträglich und nicht zeitnahe Erstellung hin. Die nachgereichten Karteikarten seien zum Nachweis der Notwendigkeit der Indikationen im Einzelfall für die Nr. 2702 GOÄ-82 nicht geeignet. Das gelte insbesondere, weil die Erläuterungen handschriftlich hinzugefügt worden seien. Eine verwertbare Dokumentation sei wegen der fehlenden zeitnahen Erstellung nicht zu sehen. Hinsichtlich der Infusionsleistungen fehle es an nachgewiesenen Gründen, warum weitere Infusionen erbracht worden seien. Mehrmalige Leistungen seien schon nach dem Wortlaut der Nrn. 271, 272 GOÄ-82 abzusetzen gewesen. Auf Anforderung des Senats hat die Beklagte eine Stellungnahme des Fachzahnarztes Dr. D. vom 12. August 2017 vorgelegt.

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

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Das Urteil des Sozialgerichts ist nicht zu beanstanden. Der Bescheid der Beklagten vom 3. Juli 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juni 2010 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Gemäß § 106a Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) in der bis zum 31. Dezember 2016 gültigen Fassung (des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 (BGBl I 2190), a. F.), der nach § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch für Zahnärzte gilt, prüfen die K(Z)ÄVen und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Nach § 106a Abs. 2 Satz 1 Teilsatz 1 SGB V a. F. ist die Beklagte berechtigt und verpflichtet, die vom Vertragsarzt eingereichten Honorarforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. richtigzustellen.

Die mit dem streitgegenständlichen Verwaltungsakt durch die Beklagte vorgenommenen Absetzungen der Leistungen nach Nr. 40 (I) BEMA (Infiltrationsanästhesie), Nr. 41a (L1) BEMA (Leitungsanästhesie), Nr. 2702 GOÄ-82 (Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten –, je Kiefer) und Nr. 8271 GOÄ-82 (Infusion, intravenös, von bis zu 30 Minuten Dauer) sind materiell-rechtlich nicht zu beanstanden, denn die Leistungserbringung durch die Klägerin in dem streitgegenständlichen Behandlungsfall ist nicht nachgewiesen.

Nach der Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 27. Mai 2015, L 4 KA 50/12) ergeben sich Nachweis– und Dokumentationspflichten bezüglich der (vertrags-)ärztlichen bzw. (vertrags-)zahnärztlichen Leistungen für den behandelnden Arzt aus unterschiedlichen Gesichtspunkten und Perspektiven mit je unterschiedlichen Anforderungen. So erfordert die abstrakte Möglichkeit eines Arztwechsels oder einer Folgebehandlung durch einen anderen Arzt eine Dokumentation von Diagnose und ärztlicher Behandlung, die einen anderen Arzt in die Lage versetzt, die Behandlung fortzusetzen. Hierauf zielen entsprechende Berufs- und standespolitische Standards, sowie die Verpflichtung des Kassenzahnarztes, dem Vertrauensarzt auf Anforderung die diagnostischen Unterlagen bestimmter Behandlungsfälle zur Verfügung zu stellen (§ 16 Abs.1 BMV Z). Gesichtspunkte der Haftung und des Regresses legen es dem behandelnden Arzt nahe, seine Behandlung so zu dokumentieren, dass er eine lege artis durchgeführte Behandlung nachweisen kann um einer Haftung oder auch nur einer Beweislastumkehr im Haftungsprozess entgehen zu können. Hierzu hat insbesondere der BGH entsprechende Grundsätze entwickelt, auf die die Beteiligten hingewiesen haben.

Hiervon zu unterscheiden sind die Aufzeichnungs- und Dokumentationspflichten des behandelnden Arztes im Rahmen der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringung.

Nach § 5 des BMV-Z (Stand 1. Februar 2008) ist der Vertragszahnarzt 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 (Abs. 1). Diese Aufzeichnungen sowie die diagnostischen Unterlagen bei kieferorthopädischen Behandlungen sind vom Vertragszahnarzt mindestens vier Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist für Röntgenaufnahmen richtet sich nach der Röntgenverordnung (Abs. 2).

§ 7 des Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte (EKVZ) schreibt dem Vertragszahnarzt vor, die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung mit Zahnbezug fortlaufend in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die zahnärztlichen Aufzeichnungen und sonstigen Behandlungsunterlagen, Kiefermodelle, ggf. Fotografien, und bei kieferorthopädischen Maßnahmen HNO-Befund, dessen Einholung der Vertragszahnarzt bei Mundatmung veranlassen kann, sind vier Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Aufbewahrungsfristen vorgeschrieben sind (Abs. 1). Die Aufzeichnungspflichten bezüglich der Röntgendiagnostik sind in § 28 der Röntgenverordnung geregelt.

Diese allgemeinen Nachweis– und Dokumentationspflichten werden konkretisiert durch Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten, die sich für den Vertrags(zahn)arzt aus dem vertrags(zahn)ärztlichen Abrechnungsrecht und dem allgemeinen Grundsatz ergeben, dass dieser im Rahmen seiner Abrechnung die Voraussetzungen der beanspruchten Gebührenpositionen unter Beachtung des unmittelbar verpflichtenden Gebots der Wirtschaftlichkeit jedenfalls nach Beanstandungen und Nachfragen der Beklagten nachzuweisen hat. Dies gilt auch für die besonderen Leistungsvoraussetzungen von qualifizierten, d.h. aufwändigeren und daher höher dotierten Leistungspositionen. Es ist insoweit nicht ausreichend, dass der leistungserbringende Arzt nachweist, dass die Leistung erbracht wurde, der Nachweispflicht unterfällt auch, dass die aufwändigere (und daher höher honorierte) Leistung gegenüber einer weniger aufwändigen (geringer honorierten) Leistung erforderlich war, d.h. die den höheren Aufwand für den Leistungserbringer bedingenden Umstände müssen ebenfalls nachgewiesen werden.

Selbstverständlich ist, dass ein ärztlicher Leistungserbringer nur Leistungen abrechnen darf, die er tatsächlich auch erbracht hat, andernfalls wäre der objektive Straftatbestand des Betruges (§ 263 StGB) erfüllt. Unzulässig und wohl auch strafrechtlich erheblich wäre auch die Abrechnung von Leistungen, die medizinisch nicht erforderlich sind, wobei die Therapiefreiheit des Leistungserbringers zu wahren ist. Im Übrigen stellen sich die Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten der (Zahn-)Ärzte im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung als Obliegenheiten dar: Soweit diesen nicht hinreichend nachgekommen wird, wird der entsprechende Honoraranspruch verwirkt. 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 (Senatsurteil vom 27. Mai 2015, L 4 KA 50/12; s.a. 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).

Der Umfang der Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten bzw. obliegenheiten im vertrags(zahn)ärztlichen Abrechnungsrecht bestimmt sich nach den jeweiligen Voraussetzungen der Gebührenpositionen sowie ggf. nach ergänzenden Vorschriften (zur Relevanz der Richtlinienvorgaben des G-BA für die Vergütung für Substitutionsbehandlungen s. BSG, Urteil vom 23. Juni 2010, B 6 KA 12/09 R). Die Leistung ist im Einzelfall hinsichtlich der (gebührenrechtlich) wesentlichen Umstände und den konkreten Behandlungsmaßnahmen (insbes. hinsichtlich des betroffenen Zahns, ggf. der Zeit) konkretisiert nachzuweisen (zur Nachweispflicht s. Ossege, in: Bechtold/Huster/Rehborn (Hrsg.), Gesundheitsrecht 2015, § 106 SGB V, Rn 13). Die Dokumentation einer (zahn)ärztlichen Behandlung hat auch zeitnah zu erfolgen, da mit zunehmender zeitlicher Distanz immer weniger gewährleistet ist, dass die Dokumentation auch der erfolgten Behandlung entspricht. Einem erst nach Jahren erstellten Operationsbericht kann daher der Beweiswert abgesprochen werden.

Entgegen der Auffassung der Beklagte, dass lediglich das Vorbringen des abrechnenden Vertragsarztes bis zum Erlass des Widerspruchsbescheids zu berücksichtigen ist, besteht nach der gefestigten Rechtsprechung des Senats in Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung anders als in den Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung mangels hinreichender Gründe keine (allgemeine) Präklusion des Tatsachenvortrags, der erst im Gerichtsverfahren erfolgt. Die (Zahn-)Ärzte sind daher mit neuem bzw. ergänzendem Sachvortrag im sozialgerichtlichen Verfahren gem. § 157 SGG nicht ausgeschlossen (Senatsurteil vom 20. März 2013, Az.: L 4 KA 60/10 und vom 27. Mai 2015, L 4 KA 50/12). Allerdings unterliegt ein erst im Gerichtsverfahren nachgetragener Vortrag bzw. nachgeschobene Beweismittel vor dem Hintergrund der vertrags(zahn)ärztlichen Verpflichtung zu einer zeitnahen Dokumentation und der Verpflichtung zur umfassenden Darlegung und Dokumentation der abgerechneten Leistungspositionen im (gestuften) Abrechnungsverfahren in der Gesamtwürdigung des Einzelfalls einer verstärkten Glaubwürdigkeitskontrolle (Senatsurteil vom 27. Mai 2015, L 4 KA 50/12).

Ausgehend von diesen Grundsätzen sind die von der Klägerin mit der Klageschrift vorgelegten Unterlagen – ein auf den 15. Juni 2010 datierter Auszug aus der elektronisch geführten Patientenkarteikarte teilweise mit handschriftlichen Anmerkungen und Kopien "QM Op Dokumentationsbogen" datiert auf den 19. Januar 2009 und den 2. Februar 2009 – für den Nachweis der vollständigen Leistungserbringung nicht geeignet. Der Auszug aus der elektronisch geführten Patientenkartei entspricht schon nicht den vorgenannten Anforderungen an eine ordnungsgemäße Dokumentation. Dies gilt ungeachtet der Frage, wann die elektronische Dokumentation, deren Ausdruck das Datum des 15. Juni 2010 trägt, tatsächlich erstellt wurde und ob dies noch die Anforderungen an eine zeitnahe Dokumentation erfüllt, denn die Angaben erschöpfen sich in der Bezeichnung der abgerechneten Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsziffer und/oder der zugeordneten Leistungsbezeichnung in einem Klammervermerk, z. B. "Infiltrationsanästhesie" Wiederanbring. ein. gelösten Apparatur", und bei den Anästhesieleistungen der Bemerkung "operativer Eingriff lang dauernder Eingriff" bzw. "langdauernder Eingriff operativer Eingriff". Eine auf den Behandlungsfall individualisierte Aufzeichnung des Leistungsgeschehens findet sich lediglich hinsichtlich des Behandlungsdatums und der Angabe der behandelten Zahnregion. Weitere Angaben, insbesondere der erhobene Befund, die Indikation oder die Art der zweimalig pro Tag (in unterschiedlichen Kieferregionen) abgerechneten Nachbehandlung, sind nicht vermerkt. Darüber hinaus erschöpft sich der Karteikartenauszug in der Auflistung von Daten zu den Anästhesieleistungen nach Nr. 40 (I), 41a (L1) BEMA und Nr. 2702 GOÄ-82, so dass von einer vollständigen, in sich nachvollziehbaren Dokumentation der zur Abrechnung gebrachten Operationen und den mit ihr im Zusammenhang stehenden Behandlungen nicht die Rede sein kann. Nicht zur berücksichtigen waren die handschriftlichen Ergänzungen auf dem Ausdruck, die nach den eigenen Angaben der Klägerin im Schriftsatz vom 15. Februar 2018 lediglich eine "Erläuterung der elektronischen Karteikarte" darstellen und nicht die Dokumentation selbst. Als nachträglich und offenkundig nicht zeitnah zu der streitgegenständlichen Behandlung, sondern auf dem über ein Jahr danach erstellten Ausdruck angebrachte Ergänzungen verlieren diese Erläuterungen für den Nachweis der Leistungserbringung ihre Beweiswert, zumal die Klägerin trotz Aufforderung des Gerichts nicht offengelegt hat, von wem sie herrühren. Die handschriftlichen Anmerkungen auf dem Aufdruck können der Klägerin daher allenfalls als Beteiligtenvorbringen zugerechnet werden.

Aus den vorgelegten Unterlagen ergibt sich somit kein Nachweis für die Erbringung der Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82. Auch den

Abrechnungsformularen vom 6. Februar 2009 und 10. März 2009 ist kein Hinweis darüber zu entnehmen, welche der unter der Gebührenordnungsziffer zusammengefassten Behandlungsleistungen -Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten – jeweils erbracht wurde. Der Stempelabdruck auf den Abrechnungsformularen verweist lediglich darauf, dass wohl die Leistungsziffer nicht für die Abnahme der Verbandsplatten angesetzt worden sei, wofür die Abrechnung erfolgt, ist indessen den dortigen Angaben ebenfalls nicht zu entnehmen. Soweit die Klägerin darauf hinweist, dass mit der Abrechnung grundsätzlich über "KZV intern" Informationen zur Veränderung der Verbandsplatten mitgeteilt worden seien, ist festzustellen, dass sich auf den Abrechnungsformularen keinerlei Eintrag "KZV intern" findet, ebensowenig auf dem Ausdruck der Patientenkartei.

Auch die Erbringung des Leistungsinhalts nach Nr. 8271 GOÄ-82 (Infusion, intravenös, von bis zu 30 Minuten Dauer) ergibt sich aus den von der Klägerin vorgelegten Unterlagen nicht, die Abrechnungsziffer findet hier ebenfalls keinerlei Erwähnung. Die Absetzung der Leistungen durch die Beklagte erfolgte, soweit die Leistung mehr als zweimal pro Behandlungstag in Ansatz gebracht worden ist. Da die Abrechnungsbestimmungen zu GOÄ Nrn. 271, 272, 1. Spiegelstrich aber regeln, dass die Leistungen nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig ist, ist die Absetzung nicht zu beanstanden. Darüber hinaus ist für die Absetzung am Operationstag 19. Januar 2009 darauf hinzuweisen, dass die Leistung nach Nr. 8271 GOÄ im Zusammenhang mit einer zentralen Anästhesie (Narkose) oder Analgosedierung für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten nicht abrechnungsfähig ist. Werden diese Leistungen im zeitlichen Zusammenhang mit einer zentralen Anästhesie (Narkose) oder Analgosedierung abgerechnet, ist das nicht anästhesiologische infundierte Arzneimittel im Karteiblatt zu dokumentieren und muss auf Anforderung zu Prüfzwecken benannt werden (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zu BEMA und GOZ. 117. Lieferung Stand: Dezember 2017 zu Nrn. 271, 272 GOÄ, Anm. 2.1).

Auch die Erbringung der Leistung nach Nr. 40(I) BEMA – elfmal am Behandlungstag 19. Januar 2009 und achtmal am Behandlungstag 2. Februar 2009 - im Rahmen des streitgegenständlichen Abrechnungsabschnitts als Wiederholungsanästhesien ist nicht nachgewiesen. Zwischen den Beteiligten und auch in der Leistungslegende von Nr. 40 (I) BEMA ist geklärt, dass Infiltrationsanästhesien (Lokalanäthesie mit intra- oder subkutaner bzw. intramuskulärer Umspritzung eines Operationsgebiets, Pschyrembel, 260. Auflage 2004) pro Sitzung an derselben Stelle nur einmal berechenbar sind; ausgenommen hiervon sind lang dauernde Eingriffe (Nr. 40 (I) BEMA Ziff. 3). Allerdings ist der Begriff "lang dauernder Eingriff" nicht näher definiert, wobei nach Auffassung der Beklagten diese Voraussetzung bei einer Operationsdauer von mindestens drei Stunden anzunehmen ist. Nach dem im Klageverfahren vorgelegten QM Op Dokumentationsbogen vom 19. Januar 2009 ergibt sich eine Operationsdauer von 6 Stunden und 20 Minuten sowie die Angabe der Wiederholungsanästhesien nach 3 Stunden und 45 Minuten. Allerdings ist dem QM Op Dokumentationsbogen weder zu entnehmen, in welchem Bereich die einzelnen Lokalanästhesien verabreicht worden sind noch welches Anästhetikum verabreicht wurde. In dem Auszug aus der Patientenkartei findet sich demgegenüber keinerlei Hinweis auf die Leistungserbringung; Nr. 40(I) BEMA, das Setzen einer Infiltrationsanästhesie, wird in den vorgelegten Ausdruck vom 15. Juni 2010 für den Behandlungstag 19. Januar 2009 nicht erwähnt. Die Angabe des Bereichs in der Dokumentation ist aber schon deshalb notwendig, weil nach Nr. 40 (I) BEMA Ziff. 2 für zwei nebeneinander stehende Zähne die Leistungsziffer grundsätzlich nur einmal berechnet werden kann (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zu BEMA und GOZ. 117. Lieferung Stand: Dezember 2017 zu Nr. 40 BEMA, Anm. 2.4). Darüber hinaus ist zwar zur (zentralen) Narkose oder Analogsedierung für die völlige Schmerzausschaltung oftmals eine lokale Anästhesie erforderlich und dann als vertragsärztliche Leistung zu erbringen, wenn im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zu BEMA und GOZ. 117. Lieferung Stand: Dezember 2017 zu Nr. 40 BEMA, Anm. 2.6), die Indikation zur zusätzlichen Lokalanästhesie ist deshalb aber zu dokumentieren, ebenso nach Auffassung des Senats auch das verabreichte Anästhetikum. Dies gilt erst recht im Wiederholungsfall. Auch für den Behandlungstag 2. Februar 2009 ist die Wiederholungsanästhesie nach Nr. 40(I) BEMA nicht hinreichend dokumentiert. Zwar ergibt sich hier aus dem Karteikartenauszug die Zahnregion und – teilweise – die Angabe "langdauernder Eingriff", die konkrete Dauer des Eingriffs ist aber nicht dokumentiert – auch nicht auf dem QM-Dokumentationsbogen.

Gleiches gilt hinsichtlich der abgesetzten Leistungen nach Nr. 41a (L1) BEMA am Behandlungstag 2. Februar 2009.

Die Kostengrundentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2019-05-02