

S 12 KA 167/10

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 167/10

Datum

07.07.2010

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 61/10

Datum

24.10.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Unterlässt der Postbedienstete den vorgeschriebenen Vermerk des Tages der Zustellung auf der Sendung, so ist die Zustellung nicht unwirksam, jedoch liegt ein beachtlicher Formverstoß vor. Maßgeblich für die Klagefrist ist der tatsächliche Zugang des Widerspruchbescheids. Dieser wird durch die Postzustellungsurkunde nachgewiesen.

Bei einer Intubationsnarkose können weitere Anästhesieleistungen erbracht werden. Für ihren Nachweis ist aber erforderlich, dass sich aus dem OP-Bericht entnehmen lässt, dass bzw. wann (in Bezug auf den Operationsverlauf) der Vertragszahnarzt diese weiteren Anästhesieleistungen erbracht hat (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 15.03.2006 – [S 12 KA 26/05](#) –).

Nr. 2255 GOÄ-82 kann nicht für eine Verlagerung von Knochenteilen allein mit dem Zugang zur Kieferhöhle angesetzt werden.

Nr. 8272 GOÄ-82 kann insgesamt nicht mehr als zweimal je Behandlungstag, unabhängig von der Zahl der Behandler angesetzt werden.

Für eine Leistung nach Nr. 2702 GOÄ-82 reicht in Zweifelsfällen nicht die Behauptung aus, es seien umfangreiche Änderungen an Apparaturen durchgeführt worden, wenn hierfür kein Nachweis erbracht wird.

Die Darstellung eines Nervs in seinem Verlauf zum Schutz während eines chirurgischen Eingriffes ist keine Neurolyse, die nach den Nr. 2584 GOÄ-82 abrechenbar ist.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten und trägt die Gerichtskosten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Zulässigkeit und Verfristung der Klage gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Kieferbruchabrechnung für 11/2007 in dem Behandlungsfall X. X. (DAK) in Höhe von 1.512,42 EUR.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis. Herr Dr. Dr. A. ist Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Herr B. ist Zahnarzt, und Frau Dr. C. sowie Frau D. sind Zahnärztinnen. Sie sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Die Beklagte forderte unter Datum vom 07.12.2007 von der Klägerin bezüglich des hier strittigen Behandlungsfalls den OP-Bericht und die Röntgenaufnahmen an.

Die Klägerin teilte hierauf unter Datum vom 12.12.2007 mit, bei Herrn EE sei eine modifizierte Le-Fort I Osteotomie nach Glasmann zur Oberkieferdehnung sowie eine Osteotomie des Unterkiefers zur medialen Unterkieferdistraktion durchgeführt worden. Die Behandlung sei im Rahmen einer kombinierten kieferorthopädischen-kieferchirurgischen Therapie erfolgt. Die Behandlung sei in allen Bestandteilen von der Krankenkasse genehmigt worden. Ergänzend führte sie unter Datum vom 14.03.2008 aus, nach ihren Unterlagen seien die Röntgenbilder bereits am 17.01.2008 zugegangen. Wenn diese Röntgenbilder nun nicht mehr auffindbar seien, liege dies nicht in ihrem Verantwortungsbereich.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 02.07.2009 die strittigen Berichtigungen vor. Darin führte sie aus, alle Wiederholungen der Nr. 40 BEMA-Z (insgesamt 8x) und Nr. 41a BEMA-Z (insgesamt 6x) am Behandlungstag 02.11.2007 seien abzusetzen, da deren Notwendigkeit in Verbindung mit einem Eingriff in Allgemeinnarkose nicht gegeben sei. Bei dem vorliegenden chirurgischen Eingriff in Allgemeinnarkose sei auch die Notwendigkeit der Abrechnung der extraoralen Leitungsanästhesie nach Nr. 41b BEMA-Z nicht erkennbar. Nr. 41b BEMA-Z sei daher am Behandlungstag 02.11.2007 zweimal zu streichen. Der Verschluss eines Kieferhöhlenfensters im Zusammenhang eines OP-Eingriffs an der Kieferhöhle nach Nr. 1467, 1468, 1485 oder 1586 GOÄ-82 sei nicht gesondert nach Nr. 59 oder/und Nr. 51a BEMA-Z

abrechenbar, da der Wundverschluss Bestandteil der chirurgischen Hauptleistung sei. Nr. 51a BEMA-Z sei daher zweimal zu streichen. Der Ansatz der Nr. 2255 GOÄ-82 ("Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenanteilen (Knochenspäne)") sei im Rahmen einer Dysgnathieoperation nicht nachvollziehbar. Nr. 2255 GOÄ-82 sei einmal zu streichen. Die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C II legten fest, dass die Leistungen nach Nr. 271 oder 272 je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig seien (vgl. 2. Absatz der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C II). Die Nr. 8271 GOÄ-82 sei daher an dem Behandlungstag 02.11.2007 viermal sowie an den Behandlungstagen 03., 04., 05. und 06.11.2007 je zweimal zu streichen. Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 würden für alle Behandlungstage (insgesamt 20x) abgesetzt werden, da für das Abnehmen und wieder eingliedern einer Verbandplatte diese Gebührennr. nicht abrechenbar sei. Kontrollbehandlungen auch mit Einstellungsmaßnahmen, z. B. durch das Drehen von Schrauben, erfüllten den Leistungsinhalt der Nr. 2702 GOÄ-82 ebf. nicht. Dieser setze nach Leistungsbeschreibung kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder auch die Entfernung von Schienen oder Stützapparaten voraus. Eine Spannung im Bereich des Nervus infraorbitalis sei aufgrund der vorgelegten Röntgenaufnahmen medizinisch nicht nachvollziehbar und damit eine Neurolyse nicht indiziert. Auch eine Neurolyse des Nervus mentalis sei medizinisch nicht indiziert. Nr. 2584 GOÄ-82 ("Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung") sei daher zweimal zu streichen.

Hiergegen legte die Klägerin am 22.07.2009 Widerspruch ein. Sie trug vor, aufgrund der Dauer des Eingriffs sei die Wiederholung der Lokalanästhesien notwendig gewesen. Immer dann, wenn eine Kieferhöhlenrevision über einen separaten Zugang erfolge, sei auch die gleichzeitige Abrechenbarkeit einer plastischen Deckung der Kieferhöhlen in anderer Lokalisation gegeben. Es handle es sich um zwei verschiedene Lokalisationen. Aus diesem Grunde seien die Gebührensätze 51a BEMA-Z (zweimal) nach zu erstatten. Der Ansatz der Gebührensätze 2255 GOÄ-82 sei gerade im Rahmen einer Dysgnathieoperation häufig und medizinisch nachvollziehbar. Eigentlich immer dann, wenn große Knochendefekte aufträten, müssten diese augmentiert werden. Im vorliegenden Fall handelt es sich aber zudem um den Zugang zur Kieferhöhle mittels Knochendeckel. Diese Gebührensatz sei von der Beklagten bereits mehrfach erstattet worden und sei daher im vorliegenden Fall nach zu erstatten. Die Absetzung der Infusionszahlen 271 und 272 gehe irrtümlicherweise von der Annahme aus, dass diese Zahlen lediglich zweimal pro Tag zu erbringen seien. Dieses beziehe sich aber auf den jeweiligen zugelassenen Behandler, d. h. insgesamt sei also pro zugelassenem Behandler die Ziffer zweimal abrechenbar. Das stereotype Absetzen der Leistungsätze Nr. 2702 GOÄ-82 mit dem Hinweis darauf, dass diese Ziffer nicht für Kontrollbehandlungen ansetzbar sei, entbehre des Bezugs zum Behandlungsfall. Hier seien umfangreiche Änderungen an Apparaturen durchgeführt worden, Abdeckungen mit Kunststoff etc. Aus diesem Grunde sei diese Ziffer nach zu erstatten. Die Abrechenbarkeit der Nr. 2584 GOÄ-82 habe sich durch die Lageveränderungsbedingte Spannung auf den Nervus infraorbitalis ergeben. Warum eine Neurolyse des Nervus infraorbitalis nicht abrechenbar sein solle, sei nicht nachvollziehbar. Die Leistung sei durchgeführt worden, sei medizinisch indiziert gewesen und sei daher zu erstatten.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 07.01.2010 den Widerspruch als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, die Operation sei am 02.11.2007 durchgeführt worden. In der Zeit bis zum 11.06.2008 seien diverse Nachbehandlungstermine erfolgt. Ein Honoraranspruch eines Vertragsarztes bestehe nur dann, wenn er seine Honoraranforderung begründen und ausreichend belegen könne. Die vollständige Leistung sei mit der Abrechnung nachzuweisen. Was die Absetzungen im Bereich der Anästhesien angehe, könne es zwar im Einzelfall möglich sein, Infiltrations- und Leitungsanästhesien neben einer bereits bestehenden Vollnarkose zu verabreichen. Im OP-Bericht sei jedoch hierzu lediglich vermerkt, dass der Operateur zunächst Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesien erbracht habe und in welchem Bereich. Im Übrigen heiße es: "Intraoperativ Wiederholen der Anästhesien". Daraus werde nicht ersichtlich, nach welchem Zeitablauf in welchem Bereich die einzelnen Anästhesien verabreicht worden seien. Nach der Rechtsprechung des SG Marburg, Urteil vom 03.06.2009 – [S 12 KA 521/08](#) – gehöre dies jedoch zu den Standards eines OP-Berichts. Wegen des Ausnahmecharakters solcher Anästhesien werde ferner verlangt, dass die Verabreichung mit Zeit (in Bezug auf den Operationsverlauf) und Bereich vermerkt werde (vgl. auch SG Marburg, Urteil vom 15.03.2006 – [S 12 KA 26/05](#) –). Weder die Angaben im Operationsbericht noch der Vortrag der Klägerin genügten diesen Anforderungen. Bezüglich der Nr. 51a BEMA-Z beschreibe der OP-Bericht die Durchführung zweier Osteotomien zur Dehnung des Oberkiefers und Ausrichtung (Distraction) des Unterkiefers. Im OP-Bericht sei insbesondere erwähnt, dass die plastische Deckung der Kieferhöhle nach Beendigung des Eingriffs zusammen mit der Wundnaht erfolgt sei. Die Operation sei über die Nr. 1485 ("Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen") und 2640 GOÄ-82 ("Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie") abrechenbar, obwohl Ober- und Unterkiefer des Patienten nicht verlagert worden seien. Die generellen Bedenken gegen die Abrechnung von Dysgnathie-Operationen als vertragsärztliche Leistungen stelle sie daher an dieser Stelle zurück. Mit der Abrechnung dieser Gebührenpositionen sei jedoch der anschließende plastische Verschluss der Kieferhöhle abgegolten. Entsprechend Ziffer 2 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen zum BEMA-Z könne ein Zahnarzt für eine Leistung, die Bestandteil einer anderen Leistung nach dem BEMA-Z sei, keine Gebühr berechnen, wenn er für diese andere Leistung eine Gebühr berechne (Zielleistungsprinzip, vgl. auch insofern § 4 Abs. 2a GOÄ). Bestandteil einer anderen Leistung sei ein Einzelschritt immer dann, wenn er immer oder jedenfalls typischerweise in unmittelbarem Zusammenhang mit einer umfassenderen Leistung erbracht werde. Der Verschluss des Kiefers sei auch dementsprechend als notwendiger, die Hauptleistung gem. Nr. 1485, 2640 GOÄ-82 beendender Teilschritt zu sehen. Die Absetzung der Vergütung nach Nr. 2255 GOÄ-82 sei zu Recht erfolgt. Eine Knochenverpflanzung sei für den beschriebenen Eingriff nicht nachvollziehbar und werde auch nicht in dem OP Bericht erwähnt. Soweit eine Verlagerung von Knochenanteilen allein mit dem Zugang zur Kieferhöhle erfolgt sei (Reponieren eines Knochendeckels), wäre dies von der Gebührensatz 2255 GOÄ-82 nicht erfasst, da Spenderregion und Augmentationsgebiet nicht identisch sein dürften. In der GOÄ-82 finde sich kein Hinweis darauf, dass die Infusionen nach Nr. 271 und 272 GOÄ-82 nicht mehr als zweimal pro Behandler und pro Behandlungstag abgerechnet werden könnten. Für die Beschränkung auf einen Behandler finde sich kein Hinweis. Zudem ginge aus dem OP-Bericht auch nicht hervor, welcher der an der Operation beteiligten Ärzte wann welche Infusion an den Patienten gegeben hätte. Bezüglich der Nr. 2702 GOÄ-82 führte sie aus, dass das bloße Abnehmen und Wiedereingliedern einer Verbandplatte ebenso wie Kontrollbehandlungen mit Einstellungsmaßnahmen von dieser nicht erfasst werden, was sich unmittelbar aus der Leistungsbeschreibung ergebe. Der Vortrag, es seien umfangreiche Änderungen an den Apparaturen durchgeführt worden, reiche für die Erfüllung des Gebührentatbestands nicht aus. Bei bestehenden und vorgetragenen Zweifeln an der eingereichten Abrechnung obliege es dem Vertragszahnarzt, diese Zweifel auszuräumen. Hinsichtlich der Nr. 2584 GOÄ-82 sei davon auszugehen, dass die im OP-Bericht beschriebenen Spannungen des Nervus infraorbitalis und Nervus mentalis medizinisch nicht nachvollziehbar seien. Auf die auch hier aufgeworfene Frage, ob eine Neurolyse überhaupt als selbstständige Leistung abgerechnet werden könne, oder ob sie lediglich erfolge, um den Nerv zu schonen oder seine Verletzung zu verhindern (vgl. BGH, Urteil vom 05.06.2008 – [III ZR 239/07](#) –) brauche hier nicht eingegangen zu werden. Der Gesamtabsetzungsbetrag in Höhe von 1512,42 EUR sei daher zu bestätigen gewesen.

Hiergegen hat die Klägerin am Donnerstag, den 11.02.2010 die Klage per Telefax erhoben. Sie trägt vor, der Widerspruchsbescheid sei ihr erst am Montag, den 11.01.2010 zugegangen. Die Klagefrist sei daher bis zum 11.02.2010 gelaufen, die Klage sei nicht verfristet. Auf dem

Zustellungsumschlag sei kein Datum vermerkt worden. Bei Zustellungsmängeln komme es auf den tatsächlichen Zugang an. Mit Eingangsstempel der Praxis sei als Eingang der 11.01.2010 vermerkt worden. Den angeführten Urteilen des SG Marburg zur Deklamationspflicht bezüglich Wiederholungsanästhesien sei nicht zu folgen. Ausreichend sei eine Frist von drei Stunden, die sie durch ihre Protokolle auch nachgewiesen habe. Aus dem QM-Protokoll ergebe sich, dass die Wiederholungsanästhesien nach 3 Stunden und 20 Minuten erfolgten. Plastische Deckung und Naht ließen sich voneinander sehr wohl differenzieren. Die Beklagte erkenne die Nr. 2255 GOÄ-82 an, wenn sowohl die Entnahme als auch die Transplantation im gleichen Gebiet erfolge. Die Bezugnahme auf ein Abrechnungshandbuch Implantologie sei daneben gegriffen, da es sich nicht um einen implantologischen Eingriff gehandelt habe. Im Rahmen von Wurzelspitzenresektionen werde die Knochendeckelentnahme als Zugang zur Wurzelspitze und die spätere Replantation in gleicher Region als Leistung nach Nr. 2255 GOÄ-82 anerkannt. Nur im Zusammenhang mit Dysgnathien werde anders verfahren. Die Beschränkung der Nr. 271 und 272 GOÄ-82 auf einen Behandler ergebe sich aus der GOÄ. Wenn ein anderer Arzt, der in einer anderen Praxis niedergelassen sei, den Patienten besuche, könne er auch wieder zweimal diese Leistungspositionen abrechnen. Aus diesem Grunde stelle es eine unverhältnismäßige Benachteiligung von Gemeinschaftspraxen gegenüber Praxisgemeinschaften dar, wenn Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis diese Leistungen nicht auch zweimal pro Behandler erbringen könnten. Die Beklagte setze seit Jahren bei Dysgnathien pauschal die Nr. 2702 GOÄ-82 ab. Es seien in dem vorliegenden Fall Änderungen an der Gaumennahterweiterungsapparatur vorgenommen worden. Hierzu gehörten Palavitierungen im Bereich der Schraube, Entfernung derselben sowie zusätzliche Drahtfixationen im Bereich der an den Seitenzähnen fixierten Bändern, Abdeckungen von Bandschlössern etc. Hierbei handele es sich eindeutig um Korrekturen an der Apparatur. Im Kommentar werde ausdrücklich auch von kleineren Korrekturen wie Abdeckung von Draht etc. gesprochen. Bezüglich der Nr. 2584 GOÄ-82 sei der Nerv nach Ausführung der Osteotomien verlagert worden, um eine zusätzliche Spannung, die sonst auf dem Nerv gewirkt hätte, zu vermeiden. Zug und Spannungen an Nerven führten aber häufig zu irreversiblen Schädigungen. Aus diesem Grund sei der Nerv hier aus seinem Foramen mobilisiert und neu eingebettet worden. Es sei nicht um Schönung gegangen.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid vom 02.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.01.2010 aufzuheben,
hilfsweise
ihr Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, die Postzustellungsurkunde erbringe als öffentliche Urkunde den vollen Beweis. Zu dem Einwurf in den Briefkasten sei es vermutlich deshalb gekommen, weil der Einwurf an einem Samstag außerhalb der üblichen Bürozeiten erfolgt sei. Er sei dann schlicht am darauffolgenden Montag abgestempelt worden. Im Übrigen ist sie weiterhin der Auffassung, die Erbringung der angesetzten Anästhesien sei nicht dokumentiert gewesen. Ihr liege ein QM-Protokoll der Operation nicht vor. Im Übrigen wäre die Berücksichtigung bei erstmaliger Vorlage im Klageverfahren nicht mehr möglich. Im OP Bericht sei ausdrücklich erwähnt, dass die plastische Deckung der Kieferhöhle nach Beendigung des Eingriffs zusammen mit der Wundnaht erfolgt sei, weshalb Nr. 51a BEMA-Z hätte abgesetzt werden müssen. Auch in der Klagebegründung werde kein Grund angeführt, warum die plastische Deckung und Naht differenziert zu betrachten wären. Selbst wenn mehrere Behandler den Patienten mit Infusionen versorgt hätten, wofür der OP-Bericht keine Anhaltspunkte gebe, wäre die Abrechenbarkeit der Nr. 271 und 272 GOÄ-82 jedenfalls aufgrund der Beschränkung auf den Gefäßzugang limitiert gewesen. Die Absetzung der abgerechneten Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 sei ebf. nach Darlegungs- und Beweislastgrundsätzen erfolgt. Soweit nunmehr angeboten werde, die Erbringung des Leistungsinhalts für jeden Einzelfall konkret darzustellen, könne dies nicht mehr berücksichtigt werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragszahnärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragszahnärzte handelt (§ 12 Abs. 3 S. 2

Die Klage ist unzulässig und unbegründet.

Die Klage ist unzulässig.

Die Klage ist binnen eines Monats nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes zu erheben (§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGG). Hat ein Vorverfahren stattgefunden, so beginnt die Frist mit der Bekanntgabe des Widerspruchsbescheides (§ 87 Abs. 2 SGG). Eine Fehlerhaftigkeit der Rechtsbehelfsbelehrung ist nicht ersichtlich. Die Beklagte verweist darin insbesondere auch auf die Frist von einem Monat nach "Zustellung" und hat auch diese Form der förmlichen Bekanntgabe gewählt.

Der Widerspruchsbescheid vom 07.01.2010 wurde der Klägerin durch Niederlegung in einem zum Geschäftsraum gehörenden Briefkasten oder in eine ähnliche Vorrichtung laut Postzustellungsurkunde vom 09.01.2010 zugestellt. Damit lief die Klagefrist vom 10.01.2010 bis zum Dienstag, dem 09.02.2010. Die Klage ging aber erst am 11.02.2010 bei Gericht ein.

Der Widerspruchsbescheid ist gemäß § 2 Abs. 1 VwZG i.V.m. § 2 Abs. 1 Hess. VwZG wirksam zugestellt worden. Danach gelten für die Ausführung der Zustellung die §§ 177 bis 182 der Zivilprozessordnung entsprechend. Im Fall des § 181 Abs. 1 der Zivilprozessordnung kann das zuzustellende Dokument bei einer von der Post dafür bestimmten Stelle am Ort der Zustellung oder am Ort des Amtsgerichts, in dessen Bezirk der Ort der Zustellung liegt, niedergelegt werden oder bei der Behörde, die den Zustellungsauftrag erteilt hat, wenn sie ihren Sitz an einem der vorbezeichneten Orte hat. Für die Zustellungsurkunde, den Zustellungsauftrag, den verschlossenen Umschlag nach Absatz 1 und die schriftliche Mitteilung nach § 181 Abs. 1 Satz 3 der Zivilprozessordnung sind die Vordrucke nach der Zustellungsvordruckverordnung zu verwenden.

Wird die Person, der zugestellt werden soll, in ihrer Wohnung, in dem Geschäftsraum oder in einer Gemeinschaftseinrichtung, in der sie

wohnt, nicht angetroffen, kann das Schriftstück zugestellt werden in Geschäftsräumen einer dort beschäftigten Person ([§ 178 Abs. 1 Nr. 2 ZPO](#)). Ist die Zustellung nach § 178 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 nicht ausführbar, kann das Schriftstück in einen zu der Wohnung oder dem Geschäftsraum gehörenden Briefkasten oder in eine ähnliche Vorrichtung eingelegt werden, die der Adressat für den Postempfang eingerichtet hat und die in der allgemein üblichen Art für eine sichere Aufbewahrung geeignet ist. Mit der Einlegung gilt das Schriftstück als zugestellt. Der Zusteller vermerkt auf dem Umschlag des zuzustellenden Schriftstücks das Datum der Zustellung ([§ 180 ZPO](#)).

Unterlässt der Postbedienstete den vorgeschriebenen Vermerk des Tages der Zustellung auf der Sendung, so ist die Zustellung nicht unwirksam, jedoch liegt ein beachtlicher Formverstoß vor (vgl. Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes, Beschl. v. 09.11.1976 - [GmS-OGB 2/75](#) - [NJW 1977, 621](#), juris).

Lässt sich die formgerechte Zustellung eines Dokuments nicht nachweisen oder ist es unter Verletzung zwingender Zustellungs Vorschriften zugeworfen, gilt es als in dem Zeitpunkt zugestellt, in dem es dem Empfangsberechtigten tatsächlich zugeworfen ist, im Fall des § 5 Abs. 5 in dem Zeitpunkt, in dem der Empfänger das Empfangsbekenntnis zurückgesendet hat ([§ 8 VwZG](#)).

Der tatsächliche Zugang wird aber durch die Postzustellungsurkunde nachgewiesen.

Gemäß [§ 418 Abs. 1 ZPO](#) begründet die Postzustellungsurkunde den vollen Beweis dieser in ihr bezeugten Tatsache. Der Umstand, dass das Urteil an einem Samstag zugestellt worden ist und die Möglichkeit besteht, dass die Klägerin die Sendung erst am darauffolgenden Montag zur Kenntnis genommen hat, weil die Praxis am Samstag nicht besetzt war, lässt die Wirksamkeit der Zustellung unberührt (vgl. BFH, Beschl. v. 02.08.2004 - [V B 75/04](#) - juris Rdnr. 6 f. m.w.N.).

Wiedereinsetzungsgründe sind nicht ersichtlich und sind klägerseits auch nicht vorgetragen worden. Gerade im Hinblick auf den fehlenden Zustellungsvermerk und eine fehlende Vorkehrung, um sicherzustellen, dass der Eingangsvermerk vom Montag nicht auf am Samstag bereits eingegangene Schriftstücke angebracht wird, hätte die Klägerin Erkundungen einholen müssen, wann tatsächlich das Schriftstück eingegangen war.

Die Klage ist im Übrigen auch unbegründet.

Der angefochtene Bescheid den Bescheid vom 02.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.01.2010 ist rechtmäßig und wäre daher auch bei Zulässigkeit der Klage nicht aufzuheben gewesen.

Der angefochtene Bescheid den Bescheid vom 02.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.01.2010 ist rechtmäßig.

Die Beklagte war zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sicher zu stellen 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 1. 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. Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertrags(zahn)ärzte fest; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Es obliegt deshalb nach § 19 BMV-Z/17 EKV-Z der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen (vgl. BSG, Urte. v. 10.05.1995 - [6 RKa 30/94](#) - [SozR 3-5525 § 32 Nr. 1](#) = [NZS 1996, 134](#) = [Breith 1996, 280](#) = [USK 95120](#), juris Rdnr. 12; BSG, Urte. v. 28.04.2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 5](#), juris Rdnr. 15; BSG, Urte. v. 30.06.2004 - [B 6 KA 34/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 11](#) = [BSGE 93, 69](#) = [SGB 2004, 474](#) = [GesR 2004, 522](#) = [MedR 2005, 52](#) = [NZS 2005, 549](#), juris Rdnr. 17) bzw. § 12 Abs. 1 Satz 1 EKV-Z (vgl. BSG, Urte. v. 13.05.1998 - [B 6 KA 34/97 R](#) - [SozR 3-5555 § 10 Nr. 1](#) = [USK 98155](#), juris Rdnr. 13; BSG, Urte. v. 28.04.2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) - aaO.; BSG, Urte. v. 30.06.2004 - [B 6 KA 34/03 R](#) - aaO.).

Bei den Absetzungen handelt sich auch um sachlich-rechnerische Berichtigungen.

Während die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß [§ 106 SGB V](#) bei der Menge der erbrachten Leistungen ansetzt, erstreckt sich die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - also ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind. Solche Verstöße können zum Beispiel darin liegen, dass die Leistungen überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 01. Juli 1998, Az: [B 6 KA 48/97 R](#) - BSG [SozR 3-2500 § 75 Nr. 10](#) S 43 = [Breith 1999, 659](#) = [USK 98163](#), juris Rdnr. 15 m. w. N.). Eine K(Z)V darf im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung vom Arzt in Ansatz gebrachte Leistungen in vollem Umfang streichen, wenn deren Voraussetzungen erweislich nicht vorliegen oder ihr Vorliegen sich im Einzelfall nicht nachweisen lässt. Diese Berechtigung besteht unabhängig davon, ob die Nichterfüllung der Leistungslegende nur in Einzelfällen oder in vielen Fällen im Streit ist. Während bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung allein an die Menge ärztlicher oder ärztlich veranlasseter Leistungen angeknüpft wird, die in grundsätzlicher Übereinstimmung mit den gesetzlichen und/oder vertraglichen Bestimmungen erbracht worden sind, bezieht sich die Prüfung der Abrechnung seitens der KV auf Rechenfehler und die Einhaltung der tatbestandlich umschriebenen Voraussetzungen einer Position der Gebührenordnung und der sie flankierenden Regelungen. Dieses bedingt bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Zurückführung der erhöht erbrachten Leistungen ggf. auf Durchschnittswerte, während für nicht in Einklang mit den Vergütungsnormen erbrachte Leistungen unabhängig von ihrer Menge - kein Vergütungsanspruch besteht. Ergeben sich in einzelnen Behandlungsfällen begründete Zweifel daran, dass der Tatbestand einer Gebührenordnungsposition erfüllt ist, weil der abrechnende Vertragsarzt den Inhalt der Leistungslegende verkannt hat, obliegt es auch dem betroffenen Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche Angaben mitzuwirken. Da ihn als Anspruchssteller grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch trifft, liegt eine derartige Mitwirkung in seinem eigenen Interesse. Den KVen ist es nicht untersagt, anhand von Einzelfällen zu prüfen, worauf etwa ein als implausibel bewerteter Anstieg der Ansatzhäufigkeit einer bestimmten EBM-Ä-Position beruht und

darauf ggf. mit einer Korrektur der Abrechnung zu reagieren (vgl. BSG, Beschl. v. 06.09.2000 - [B 6 KA 17/00 B](#) - juris Rdnr. 8).

Nach der Rechtsprechung des BSG ist ferner anerkannt, dass die K(Z)Ven ärztliche Leistungen nicht honorieren müssen, die der Vertragsarzt nicht hat erbringen dürfen, weil sie nicht Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind. Eine Leistungspflicht der GKV besteht nicht bei solchen Leistungen, die sich im konkreten Behandlungszusammenhang in offenkundigem Widerspruch zum Stand der medizinischen Wissenschaft befinden oder erkennbar ohne jeden Nutzen erbracht worden sind. Ist bei vertragsarztrechtlich an sich zulässigen Leistungen diese Evidenzschwelle nicht erreicht, kommt aus kompetenzrechtlichen Gründen nur die Untersuchung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise durch die zuständigen Prüfungsgremien in Betracht (vgl. BSG, Urst. v. 05.02.2003 - [B 6 KA 15/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 95 Nr. 1](#) = [MedR 2003, 591](#) = Breith 2003, 704 = USK 2003-125, juris Rdnr. 19; BSG, Urst. v. 20.03.1996 - [6 RKA 85/95](#) - SozR 3-5533 Nr. 3512 Nr. 1 = [NZS 1997, 44](#) = [SGb 1997, 229](#) = [MedR 1997, 187](#) = USK 9696, juris Rdnr. 14; jurisPK-Clemens, § 106a, Rdnr. 38; s.a. BSG, Beschl. v. 17.03.2010 - [B 6 KA 23/09 B](#) -, juris Rdnr. 11).

Die Beklagte geht davon aus, dass die Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Abrechnung einer Gebührenposition vom Vertragszahnarzt nicht nachgewiesen worden sind. Von daher war sie für die Berichtigung zuständig.

Die Absetzung der Anästhesieleistungen war berechtigt. Es ist nicht nachgewiesen, dass die Klägerin die abgesetzten Leistungen tatsächlich erbracht hat. Die Prüfung des OP-Berichts seitens der Kammer hat ergeben, dass sich aus ihm nicht entnehmen lässt, dass bzw. wann die Klägerin diese weiteren Anästhesieleistungen erbracht hat. Die Beklagte weist zutreffend darauf hin, dass im OP-Bericht hierzu lediglich vermerkt wird, dass der Operateur zunächst Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesien erbracht habe und in welchem Bereich. Im Übrigen heißt es: "Intraoperativ Wiederholen der Anästhesien". Daraus wird nicht ersichtlich, nach welchem Zeitablauf in welchem Bereich die einzelnen Anästhesien verabreicht worden sind. Nach der insoweit fachkundig besetzten Kammer gehört dies aber bereits zu den Standards eines OP-Berichts. Wegen des Ausnahmecharakters solcher Anästhesien ist ferner generell zu verlangen, dass die Verabreichung mit Zeit (in Bezug auf den Operationsverlauf) und Bereich vermerkt wird (vgl. bereits SG Marburg, Urst. v. 15.03.2006 - [S 12 KA 26/05](#) -). Von daher fehlt es an einem Leistungsnachweis für diese Leistungen. Das im Klageverfahren vorgelegte QM Protokoll enthält nur einen Teil der erforderlichen Angaben. Im Übrigen ist die vollständige Leistungserbringung grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen. In Zweifelsfällen kann sie in einem Verwaltungsverfahren nachgereicht werden. Im Gerichtsverfahren kann die Dokumentation weder nachgereicht noch ergänzt werden. Insofern ist auch die Amtsermittlungspflicht beschränkt. Die Amtsermittlungspflicht gilt nur für die Frage, in welchem Umfang im Verwaltungsverfahren Unterlagen vorgelegt wurden und ob diese zum Nachweis der Leistungserbringung ausreichend waren (vgl. SG Marburg, Urst. v. 07.07.2010 - [S 12 KA 768/09](#) -; SG Marburg, Urst. v. 07.07.2010 - [S 12 KA 325/09](#) -).

Die Absetzung der Vergütung nach Nr. 2255 GOÄ-82 hat die Beklagte damit begründet, dass eine Knochenverpflanzung für den beschriebenen Eingriff nicht nachvollziehbar ist und auch nicht in dem OP-Bericht erwähnt wird. Soweit eine Verlagerung von Knochenteilen allein mit dem Zugang zur Kieferhöhle erfolgt ist (Reponieren eines Knochendeckels), wird dies von der Gebührensiffer 2255 GOÄ-82 nicht erfasst, da Spenderregion und Augmentationsgebiet nicht identisch sein dürfen. Diese Auffassung hält die Kammer für zutreffend. Der Einwand der Klägerin hierzu beschränkt sich auf allgemeine Ausführungen, ohne sich im Einzelnen mit den Darlegungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid auseinanderzusetzen.

Die Beklagte hat auch zu Recht die Leistungen nach Nr. 8272 GOÄ-82 abgesetzt. Nr. 8272 GOÄ-82 beinhaltet eine Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer und wird mit 20 Punkten bewertet. Nach den Abrechnungsbestimmungen sind die Leistungen nach Nr. 8271 und 8272 je Gefäßzugang nur einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus. Diese Abrechnungsbestimmungen sind verbindlich und Teil der Leistungslegende. "Zweimal je Behandlungstag" ist eindeutig auf den Behandlungsfall bezogen und unabhängig von der Zahl der Behandler. Weshalb die Zahl der Behandler zu einer vermehrten Abrechnung führen sollte, war der Kammer auch nicht nachvollziehbar. Jedenfalls sind medizinische Gründe oder Gründe eines vermehrten Aufwands hierfür nicht ersichtlich.

Die Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 sind zu Recht abgesetzt worden. Die Beklagte hat nach den im Verwaltungsverfahren vorgelegten Unterlagen hierfür eine von der Kammer nachvollziehbare Begründung abgegeben. Die Klägerin hat unter Datum vom 16.07.2008 lediglich behauptet, sie habe umfangreiche Änderungen an Apparaturen durchgeführt, Abdeckung mit Kunststoff etc. Im Widerspruchsverfahren hat sie diese Äußerungen lediglich lapidar wiederholt, ohne einen Nachweis hierfür vorzulegen bzw. anzubieten. Soweit sie im Klageverfahren erstmals ihren Sachvortrag spezifiziert, kann sie damit aus den genannten Gründen nicht mehr gehört werden. Im Übrigen fehlt es an einem Nachweis für ihren Vortrag.

Die Beklagte hat zu Recht zweimal Leistungen nach Nr. 2584 GOÄ-82 abgesetzt. Die mit 165 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 2584 GOÄ-82 beinhaltet die Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung. Soweit diese Leistung auch in Verbindung mit anderen chirurgischen Leistungen flankierend abgerechnet werden kann, müssen im Karteiblatt die Notwendigkeit und der Aufwand der Durchführung einer Neurolyse neben einem anderen zahnärztlich-chirurgischen Eingriff im Sinne eines intraoperativen Befundes oder in einem OP-Protokoll nachvollziehbar dokumentiert werden. Die prä- und postoperative Röntgendokumentation ist aus fachlichen und forensischen Gründen ohnehin erforderlich. Insbesondere ist aber die Darstellung eines Nerven in seinem Verlauf zum Schutz während eines chirurgischen Eingriffes keine Neurolyse, die nach den Nr. 2583 oder 2584 GOÄ-82 abrechenbar ist (vgl. Liebold/Raff/Wissing, Kommentar BEMA-Z, Stand: 93. Ergänzungslieferung, Februar 2010, Nrn. 2583, 2584 GOÄ, S. 7). Diesen Anforderungen genügt bereits der Sachvortrag der Klägerin nicht. Im Übrigen fehlt es an einem Nachweis für die Erfüllung der Leistungslegende.

Die Beklagte hat zu Recht zweimal Leistungen nach Nr. 51a BEMA-Z abgesetzt. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist die Kammer auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)). Neues wird von der Klägerin hierzu nicht vorgetragen.

Im Ergebnis war die Klage daher als unzulässig und unbegründet abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Rechtskraft

Aus
Login

HES
Saved
2013-06-14