S 12 KA 116/12

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 116/12
Datum
20.06.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 46/12
Datum
21.04.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Parallelverfahren zu SG Marburg, Urt. v. 20.06.2012 - S 12 KA 812/11 -.
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine sachlich rechnerische Berichtigung für das Quartal II/04 in 144 Fällen in Höhe von 14.863,74 EUR.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit drei zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Zahnärzten. Herr Dr. med. Dr. med. dent. K. ist Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Zahnarzt. Die übrigen Mitglieder der Gemeinschaftspraxis sind Zahnärzte.

Der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen führte am 16.05.2006 mit dem Gesellschafter der Klägerin Dr. Dr. K. und deren Prozessbevollmächtigten am 16.05.2006 eine Prüfsitzung bzgl. der Quartale I bis IV/04 durch. Darin stellte er ausweislich des Protokolls fest, im Rahmen der Überprüfung exemplarischer Behandlungsfälle sei im Bereich der Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1), 51b (Pla0), 56c (Zy3) und im endodontischen Sektor festgestellt worden, dass diese nicht vertragskonform durchgeführt worden seien. Anhand der vorliegenden Röntgenaufnahmen könne er in den meisten Fällen nicht den Leistungsinhalt der genannten Leistungen nachvollziehen. Überwiegend, fast regelmäßig, werde die Leistung nach Nr. 51b (Pla0) im Zusammenhang mit einer Osteotomie nach Nr. 47a (Ost1) und einer Zystektomie nach Nr. 56c (Zy3) abgerechnet. Zur Überprüfung der Leistung nach Nr. 56c (Zy3) liege ihm nicht immer der histologische Befund vor. Des Weiteren fehle von jedem vorliegenden Zystenbefall der OP-Bericht. Weiterhin entspreche die Größe der Zyste anhand des Röntgenbildes oftmals nicht den vertraglichen Richtlinien. Im endodontischen Bereich lägen ihm nicht alle Röntgenaufnahmen, insbesondere die Kontrollaufnahme der Wurzelkanalaufbereitung und der endgültigen Wurzelfüllung, zur Überprüfung vor. Auch sei die technische Qualität der Röntgenaufnahmen zu einer genaueren Auswertung nicht immer ausreichend. Die Wurzelfüllungen entsprächen nicht in jedem Behandlungsfall den neuen vertraglichen Richtlinien. Es handele sich hierbei im Schwerpunkt um die Frage sachlich-rechnerische Berichtigung, deren Klärung über die von der Rechtsprechung dem Ausschuss zugewiesene Randzuständigkeit hinausgehe. Aus diesem Grund erfolge die Verweisung aller abgerechneten Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1), 51b (Pla0), 56c (Zy3) und des endodontischen Sektors inkl. deren Begleitleistungen aus den Quartalen I bis IV/04 an die Beklagte zur Durchführung der sachlich-rechnerischen Berichtigung. Der Prüfungsausschuss übersandte das Protokoll unter Datum vom 04.07.2006 an den Prozessbevollmächtigten der Klägerin.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin wies gegenüber dem Prüfungsausschuss mit Schriftsatz vom 10.07.2006 darauf hin, die Feststellung, bei einer überwiegenden Anzahl der Fälle der für die Abrechnung der Leistung Nr. 56c (Zy3) erforderliche Mehraufwand sei weder anhand des vorliegenden Röntgenbildes noch durch den histologischen Befund oder dem OP-Bericht nachgewiesen, sei nicht richtig, als die histologischen Befunde in einer überwiegenden Anzahl der Fälle vorgelegen hätten. Es werde daher um Korrektur gebeten.

Der Prüfungsausschuss antwortete unter Datum vom 13.07.2006, der Inhalt der Niederschrift sei zutreffend. Eine Änderung werde nicht vorgenommen.

Mit Bescheid vom 26.09.2008, der Klägerin über ihren Prozessbevollmächtigten am, 29.09.2008 zugegangen, setzte die Beklagte verschiedene Leistungen aus dem konservierend-chirurgischen Leistungsbereich, insb. Leistungen nach Nrn. 56a und 56c (Zy1 und Zy3),

Röntgenleistungen sowie endodontische Maßnahmen ab und nahm Umwandlungen der Osteotomieleistungen nach Nr. 47a (Ost1) und 48 (Ost2) in entsprechend niedriger bewertete Leistungen in 147 Behandlungsfällen in Höhe von 16.260,70 EUR vor. Diesen Betrag reduzierte sie unter Berücksichtigung des HVM-Einbehaltes für das Jahr 2004 auf 15.411,89 EUR. Zur Begründung führte sie aus, die Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Abrechnung einer Gebührenposition seien vom Vertragszahnarzt nachzuweisen. In der Regel genüge das Einreichen der Abrechnungsdaten auf Erfassungsschein oder Diskette. Komme es jedoch zu Beanstandungen, so habe der Vertragszahnarzt im Einzelfall die Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Abrechnung der Leistungen unter Tragen des Beweislastrisikos nachzuweisen. Exemplarisch verweise sie auf das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt vom 30.08.1995 mit Az. S 27 KA 1670/95. Mit Blick auf die vorliegende Verweisung seien mittels einer Stichprobe die abgerechneten Gebühren und Behandlungsabläufe aus den prüfgegenständlichen Quartalen unter Einbeziehung der zur Verfügung gestellten Röntgenaufnahmen und der Karteiblätter einer eingehenden Überprüfung unterzogen worden. Sie gab allgemeine Hinweise zu den Leistungsvoraussetzungen der strittigen Leistungen und begründete die Absetzungen im Einzelnen fallbezogen.

Hiergegen legte die Klägerin am 28.10.2008 Widerspruch ein. Sie trug vor, ein Versand der Röntgenbilder müsse an den Nachbehandler erfolgen. Soweit sie Röntgenbilder nicht vorlegen könne, habe sie diese an den Nachbehandler ausgehändigt. Es sei rechtswidrig, dann Leistungen abzusetzen. Ferner machte sie zu den ersten zwölf Behandlungsfällen weitere Ausführungen.

Die Beklagte wies unter Datum vom 29.03.2011 darauf hin, dass bisher nur zu einigen wenigen Behandlungsfällen eine Widerspruchsbegründung vorgelegt worden sei. Im Hinblick auf die Ausstellung der Widerspruchsbescheide für die Quartale I und II/04 bitte sie, bis zum 16.04.2011 um Mitteilung, ob die Klägerin noch Ausführungen zu den Einzelfällen machen möchte.

Die Beklagte half mit Widerspruchsbescheid vom 16.02.2012 dem Widerspruch in Höhe von 548,15 EUR ab und wies im Übrigen den Widerspruch zurück. Im Ergebnis setzte sie die Honorarberichtigung auf 15,682,36 EUR bzw. unter Berücksichtigung des HVM-Einbehaltes auf die noch strittigen 14.863,74 EUR fest. Die Abhilfe beruhte auf der Aufhebung der Berichtigung in den Behandlungsfällen Nr. 65 (30,16 EUR, vor Berücksichtigung des HVM-Einbehaltes), 129 (10,76 EUR) und 157 (12,57 EUR), sowie Teilstattgaben in den Behandlungsfällen Nr. 2 (9,21 EUR), 10 (36,02 EUR), 25 (20,94 EUR), 30 (70,37 EUR), 49 (98,85 EUR), 61 (9,21 EUR), 64 (145,76 EUR), 74 (32,29 EUR), 161 (36,02 EUR), 179 (15,08 EUR) und 180 (30,16 EUR). Der Widerspruchsbescheid wurde dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 21.02.2012 zugestellt. Zur Begründung führte sie aus, die Abrechnung der Nr. 47a BEMA setzte die Aufklappung des Zahnfleisches voraus. Fehle es hieran, so sei die Leistung auch bei größerem Zeitaufwand – nicht abrechenbar, sondern lediglich die Nr. 45 BEMA. Nr. 48 BEMA (Ost2) sei abrechenbar, wenn eine Osteotomie durchgeführt werde zur Entfernung eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten (allseits vom Knochen umgebenen) Wurzelrests. Nr. 53 BEMA (Ost3), auch Sequestrotomie, stehe für all diejenigen Maßnahmen, die durchgeführt werden müssten, um all jene rundum vom Knochen umgebenen Strukturen, die untersucht werden sollen, aufzufinden und ggf. zu entfernen. Dieser Mehraufwand sei im Einzelfall zu dokumentieren und ggf. nachzuweisen. Hierbei komme dem präoperativen röntgenologischen Befund eine besondere Bedeutung zu. Anhand der vorgelegten Röntgenbilder sei im Einzelfall beurteilt worden, ob die Entfernung eines Zahnes nach den höher bewerteten Leistungen nachvollziehbar sei. Hierbei sei auch nicht allein die Dokumentation im Quartalblatt (OP-Bericht) ausschlaggebend, sondern es sei die Plausibilität der abgerechneten Leistungen primär nach dem röntgenologischen Befund zu prüfen. In den Fällen, in denen keine abgerechnete prächirurgische Röntgenaufnahme vorgelegt worden sei, seien – neben Absetzung der Leistungen für die Röntgenaufnahme (Nr. Ä935d BEMA) – die höher bewerteten Leistungen nach Nr. 47a (Ost1) bzw. 48 (Ost2) BEMA in die Nr. 43 (X1), 44 (X2) oder 45 (X3) BEMA umzuwandeln. Nicht dokumentierte Leistungen würden nach der gängigen Rechtsprechung als "nicht erbracht" eingestuft werden. Hinsichtlich der Zystenoperationen gelte grundsätzlich zu beachten, dass für die Abrechnung der Zystektomie nach Nr. 56a/c (Zy1/Zy3) neben dem Röntgenbefund ein zusätzlicher, nach Art und Inhalt einer Zystenoperation entsprechender, chirurgischer Mehraufwand (zusätzliche Kieferresektion, Entfernung eines Zystenbalges, Säuberung von Zystenresten) Voraussetzung sei. Dem Röntgenbefund komme dabei im Rahmen der Abrechnungsprüfung die primäre Bedeutung zu. Aus fachlichen und haftungsrechtlichen Gründen sei der Röntgenbefund ohnehin als unverzichtbar anzusehen. In der ersten Stufe zur Beurteilung der Abrechnungsfähigkeit der Zystenentfernung werde das präoperative Röntgenbild beurteilt. Sei bei radikulären Zysten die zystische Aufhellung im Röntgenbild in der erkennbaren größtmöglichen Ausdehnung) 10mm (Zahnfilm) bzw.) 12mm (OPG), bei follikulären Zysten neben Weisheitszahnentfernungen die perikoronare Aufhellung) 3mm (OPG), bestehe der operative Mehraufwand mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit. Wenn das präoperative Röntgenbild keine größere Aufhellung zeige, sei der operative Mehraufwand nachgewiesen, wenn ein pathohistologischer Befund die Diagnose einer Zyste bestätige und die Summe der Einzelpräparate einen bestimmten Durchmesser ausweise. Ergänzend dazu könne der Mehraufwand auch durch einen intraoperativen Operationsbericht oder einem exakt dokumentierten Befund nachgewiesen werden. Nicht jede geringfügige röntgenologisch sichtbare Aufhellung rechtfertige die Abrechnung einer Leistung nach Nrn. 56a-d (Zy1-Zy4). Selbst bei Vorhandensein von echtem zystischem Gewebe löste dessen notwendige Entfernung in der unmittelbaren Peripherie eines (verlagerten) Zahnes nicht die Position "Zystektomie" aus. Die Abrechnungsbestimmung 1 zu den Nrn. 56a-d stelle klar, dass das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in einer Extraktions- oder Osteotomiewunde nicht nach Nr. 56 BEMA berechnet werden könne. Wenn das präoperative Röntgenbild keine größere zystische Aufhellung zeige (in erkennbar größtmöglicher Ausdehnung (als 6mm (Zahnfilm) bzw. (als 7,5mm (OPG)), bestehe kein nachvollziehbarer Mehraufwand auf Grundlage des Röntgenbildes. Jedoch könne durch eine pathohistologischen Befund "Zyste", der eine Summe der Einzelpräparate von) 9mm (halber Umfang einer im Durchmesser 6mm großen Zyste) ausweise, der operative Mehraufwand nachgewiesen werden. Ein pathohistologischer Befund, der eine geringere oder gar keine Präparatgröße angebe, könne als Nachweis des Mehraufwandes nicht herangezogen werden. Bei der genannten röntgenologischen Ausgangslage könne der OP-Bericht allein den Mehraufwand nicht dokumentieren. Sei die zystische Aufhellung in der erkennbaren größtmöglichen Ausdehnung zwischen 6 und 10mm (Zahnfilm) bzw. zwischen 7,5 und 12,5mm (OPG) erkennbar, könne der röntgenologische Befund entweder durch den pathohistologischen Befund mit den vorstehenden Kriterien oder durch den intraoperativen OP-Bericht belegt werden. Neben Weisheitszahnentfernungen würden für die Abrechnungsfähigkeit der Operation follikulärer Zysten die folgenden Kriterien (follikuläre Zysten an allen anderen Zähnen sind wie radikuläre Zysten zu beurteilen) gelten: Sei die erkennbare größte Ausdehnung der perikoronaren Aufhellung (3mm (OPG), könne durch eine der nachfolgenden Dokumentationen der Mehraufwand als nachvollziehbar beurteilt werden, wenn in Verbindung mit dem Röntgenbefund der pathohistologische Befund die Diagnose "Zyste" bestätige und eine Summe von Einzelpräparaten von) 15mm dokumentiert werde oder der pathohistologische Befund die Diagnose "Zyste" bestätige und der operative Mehraufwand mit einem OP-Bericht nachgewiesen werden. Soweit Röntgenaufnahmen der Patienten ausgehändigt würden, werde darauf aufmerksam gemacht, dass der Vertragszahnart dennoch gem. § 28 der Röntgenverordnung an die 10-jährige Aufbewahrungspflicht von Röntgenaufnahmen sowie der dazugehörigen Befunde und Diagnosen gebunden sei. Einem später untersuchenden oder behandelnden Arzt oder Zahnarzt sei auf dessen Verlagen Auskünfte über die Aufzeichnungen zu erteilen und ihm die Aufzeichnungen und Röntgenbilder vorübergehend zu überlassen.

Auch ohne dieses Verlangen seien die Auszeichnungen und Röntgenbilder der untersuchten oder behandelten Patienten zur Weiterleitung an einen später untersuchenden oder behandelnden Arzt oder Zahnarzt vorübergehend zu überlassen, wenn zu erwarten sei, dass dadurch eine weitere Untersuchung mit Röntgenstrahlung vermieden werden könne. Sofern die behandelte Person ohne Angabe von Gründen um Überlassung der Röntgenaufnahmen bitte, sei der Vertragszahnarzt nach aktueller Rechtsprechung nur zur Herausgabe der Aufnahmen und Aufzeichnungen in Form von Kopien verpflichtet. Durch diese Regelung bleibe gewährleistet, dass der Vertragszahnarzt im Falle einer Überprüfung seiner Nachweispflicht nachkommen könne. Nicht dokumentierte Leistungen würden nach der gängigen Rechtsprechung als "nicht erbracht" eingestuft werden. Ferner nahm sie zu den einzelnen Behandlungsfällen Stellung.

Hiergegen hat die Klägerin am 08.03.2011 die Klage erhoben. Zur Begründung führt sie aus, es werde auf das Verwaltungsverfahren und die Vorverfahren mit identischem Inhalt Bezug genommen.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid vom 26.09.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.02.2012 aufzuheben,

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie führt aus, wegen der sehr kurz gehaltenen Klagebegründung werde zwecks Erwiderung auf die ausführliche Begründung in den streitbefangenen Bescheiden verwiesen. Ergänzend führt sie aus, es bestehe eine Pflicht zur Aufbewahrung von Röntgenbildern, die nur vorübergehend herausgegeben werden dürften. Ferner hat sie Stellung genommen zu den Ausführungen der Klägerin zu den zwölf Behandlungsfällen in der Widerspruchsbegründung vom 07.11.2008.

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 Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 26.09.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.02.2012 ist, soweit die Klägerin noch beschwert ist, rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klage war abzuweisen.

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 der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen (vgl. BSG, Urt. 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, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 19/03 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 5, juris Rdnr. 15; BSG, Urt. 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, Urt. v. 13.05.1998 - B 6 KA 34/97 R - SozR 3-5555 § 10 Nr. 1 = USK 98155, juris Rdnr. 13; BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 19/03 R - aaO.; BSG, Urt. v. 30.06.2004 - B 6 KA 34/03 R - aaO.).

Zum Zeitpunkt des Zugangs des angefochtenen Bescheids war die Ausschlussfrist von vier Jahren noch nicht verstrichen.

Für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen gilt eine vierjährige Ausschlussfrist, innerhalb derer der Richtigstellungsbescheid der K(Z)ÄV dem Betroffenen bekannt gegeben werden muss. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Richtigstellung auf der Rechtsgrundlage der bundesmantelvertraglichen Richtigstellungsvorschriften ausgeschlossen. Sie ist dann nur noch nach Maßgabe der Vertrauensausschlusstatbestände des § 45 (Abs. 2 i.V.m. Abs. 4 Satz 1) SGB X möglich (vgl. BSG, Urt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 40/05 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 15 = BSGE 97, 84 = GesR 2007, 174 = USK 2006-114, juris Rdnr. 12).

Der angefochtene Berichtigungsbescheid ist auch materiell-rechtlich nicht zu beanstanden.

Materiell-rechtlich streiten die Beteiligten im Wesentlichen um drei Komplexe, die sich in den Einzelfällen wiederholen, nämlich die Absetzung von Röntgenleistungen, die Beanstandung von Zahnentfernungen und die damit verbundene Umwandlung höherer in niedriger bewertete Leistungen und die Beanstandung von Zystektomien.

Die Kammer hat hierzu bereits im die Beteiligten betreffenden Urteil vom 03.06.2009 S 12 KA 520/08 - bzgl. einer sachlich-rechnerischen Berichtigung für das Quartal I/02 in noch 116 Fällen in Höhe von 15.634,20 EUR - das Berufungsverfahren zum Az.: L 4 KA 53/09 wurde am 21.09.2011 durch Vergleich vor dem LSG Hessen beendet - folgendes ausgeführt:

"Die Beklagte hat Röntgenleistungen abgesetzt, weil die Klägerin Röntgenaufnahmen nicht vorgelegt hat bzw. - in den Fällen Nr. 24 und 134

- weil die Aufnahmen unbrauchbar waren. Die Klägerin hat hierzu erklärt, Röntgenaufnahmen würden oftmals an Patienten oder Fremdbehandler ausgeliehen und seien insofern häufig nicht greifbar. Ihr Fehlen sei kein Indiz dafür, dass kein Röntgenbild angefertigt worden sei. In der Begründung zu den Einzelabsetzungen hat sie lapidar in allen Fällen erklärt, es sei nicht zumutbar, dass Patienten das Röntgenbild nicht mitgegeben werden könne zur Weiterbehandlung bzw. das Röntgenbild befinde sich bei dem Hauszahnarzt. Zur Qualität der Bilder in den Fällen Nr. 24 und 134 hat die Klägerin sich nicht geäußert.

Soweit die Klägerin die Röntgenaufnahmen nicht vorgelegt und deren Verbleib nicht nachgewiesen hat, trifft die Auffassung der Beklagten zu und fehlt es an einem Nachweis für die Erbringung der Röntgenleistungen.

Nach § 5 Abs. 2 BMV-Z ist der Vertragszahnarzt verpflichtet, seine Aufzeichnungen mindestens drei Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist für Röntgenaufnahmen richtet sich nach der Röntgenverordnung. Eine längere Aufbewahrung ist darüber hinaus geboten, wenn sie nach medizinischen Erfordernissen angezeigt ist. Nach § 7 Abs. 3 EKV-Z sind die zahnärztlichen Aufzeichnungen und sonstigen Behandlungsunterlagen vier Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Aufbewahrungsfristen vorgeschrieben sind. Nach § 28 Abs. 3 (Aufzeichnungspflichten, Röntgenpass) der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung - RöV), neugefasst durch Bekanntmachung v. 30.04.2003, BGBl. I S. 604; Geltung ab 01.01.1988 sind die Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen 30 Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren. Röntgenbilder und die Aufzeichnungen nach Absatz 1 Satz 2 über Röntgenuntersuchungen sind zehn Jahre lang nach der letzten Untersuchung aufzubewahren.

Die Kammer folgert hieraus, dass die Aufbewahrungspflicht allein den Vertragszahnarzt trifft. Gibt er die Bilder weg, so ist er hierüber nachweispflichtig. Dies gilt auch für die Aushändigung an Patienten.

Soweit die Röntgenaufnahmen mangelhaft sind, gehören zur sachlich-rechnerischen Berichtigung auch Maßnahmen der Qualitätssicherung. Stellt die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen fest, dass die Qualität der Leistung nicht den fachlichen Anforderungen genügt oder ergeben eingeleitete Maßnahmen der Qualitätssicherung konkrete Hinweise auf erhebliche Mängel von Röntgen-Leistungen und der Kassen- bzw. Vertragsarzt verhindert, dass die zuständigen Kommissionen für Radiologie nach objektiven Auswahlkriterien eine Überprüfung vornehmen, steht der Kassenärztlichen Vereinigung das Recht zu, die Bezahlung sämtlicher geltend gemachter Röntgen-Honorare im Wege der sachlichen und rechnerischen Berichtigung aus der Abrechnung herauszunehmen (Vgl. LSG Hessen, Urt. v. 24.03.1993 - L-7/Ka-510/91 -).

Von daher war die Beklagte auch zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung hinsichtlich der mangelhaften Bilder. Als K(Z)V ist die Beklagte nach § 136 Abs. 2 SGB V auch berechtigt zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Danach prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben (vgl. SG Frankfurt a. M., Urt. v. 08.10.2003 - S 27 KA 3134/02 -). Die Röntgenleistungen in den Fällen Nr. 24 und 134 waren mangelhaft, was die Klägerin nicht bestritten hat. Sie sind daher zu Recht abgesetzt worden.

Die Beklagte hat auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1) (Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung; Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes, 58 Punkt), 48 (Ost2) (Entfernen eines verlagerten oder retinierten Zahnes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung, 78 Punkte) und 53 (Ost3) (Osteotomie des Kiefers, Sequestrotomie, 72 Punkte) abgesetzt und in niedriger bewertete Leistungen umgewandelt. Für die Erbringung der höher bewerteten Leistungen durch die Klägerin fehlt es an einem Nachweis.

Die Kammer geht dabei davon aus, dass ein Nachweis durch die Abrechnung des Vertragszahnarztes in Verbindung mit einem Röntgenbild ausreichend ist. Anhand eines Röntgenbildes kann im Regelfall festgestellt werden, ob der Zahn so gelegen ist, dass eine Osteotomie vorgenommen werden muss. Am Röntgenbild wird erkennbar, ob eine Hebelextraktion möglich ist. Immer dann, wenn die Indikation anhand des Röntgenbilds nicht ganz eindeutig ist, so dass die Vornahme einer Osteotomie für einen zahnärztlichen Betrachter ohne Weiteres nachvollziehbar ist, kann der Nachweis durch weitere Aufzeichnungen des Vertragszahnarztes, insbesondere einen OP-Bericht erbracht werden. Aus diesen zeitnah zu erstellenden Unterlagen muss wiederum für einen zahnärztlichen Leser ohne Weiteres nachvollziehbar sein, dass die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht worden sind. Die bloße Angabe der Leistungsnummer oder ihres Kurzbegriffs, die Wiederholung der Leistungslegende oder die bloße Verwendung des Begriffs "Ausklappen" reichen für den Nachweis einer Osteotomie nicht aus. Frakturiert z. B. der Zahn wider Erwarten, so sind die Hebelversuche und der weitere Verlauf kurz darzustellen. Ist der Zahn entgegen der Aussage des Röntgenbildes so beschaffen, dass eine Hebelextraktion nicht möglich ist, so ist die Zahnbeschaffenheit kurz darzustellen. Ist die Retinierung eines Zahnes nicht eindeutig im Röntgenbild zu erkennen, so bedarf es für den Nachweis des Leistungsinhalts gleichfalls weiterer Darlegungen. Durch diese Anforderungen wird nicht entgegen den Leistungslegenden ein "Mehraufwand" verlangt, sondern der Vertragszahnarzt bleibt lediglich beweispflichtig für die Erbringung des sich in der Leistungslegende widerspiegelnden Mehraufwands. Gerade angesichts der recht unterschiedlichen Bewertung einer einfachen Zahnentfernung nach Nr. 43 (X1) (Entfernung eines einwurzeligen Zahnes einschließl. Wundversorgung) oder 44 (X2) (Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes einschließl. Wundversorgung) mit 10 bzw. 15 Punkten, der Entfernung eines tieffrakturierten Zahnes einschließl. Wundversorgung nach Nr. 45 (X3) mit 40 Punkten, der Hemisektion u. Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes nach Nr. 47b (Hem) mit 72 Punkten und den Osteotomien mit 58, 72 bzw. 78 Punkten muss der Beklagten eine Überprüfung der tatsächlichen Leistungserbringung möglich sein. Entscheidend ist nicht die Ausführlichkeit der Darlegungen, sondern die Nachvollziehbarkeit des Berichts für einen anderen Zahnmediziner. Pauschalierende Begründungen sind unzureichend. Insofern ist seitens der Klägerin in der mündlichen Verhandlung zutreffend darauf hingewiesen worden, es komme immer auf den Einzelfall an. Damit werden an die Beweislast eines Vertragszahnarztes geringere Anforderungen als die Erbringung eines Vollbeweises gestellt, als ein Nachweis wesentlich durch Plausibilität des zahnmedizinischen Befundes und der Schilderung der vorgefundenen Zahnsituation geführt werden kann.

Die Klägerin hat zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügen aber nicht den genannten Anforderungen. Soweit bereits kein Röntgenbild vorlag, kann dessen Beweiskraft durch einen OP-Bericht allenfalls dann ersetzt werden, wenn aus (zahn)medizinischen Gründen ein Röntgenbild nicht angefertigt werden konnte. Für die hier strittigen Fälle wird dies auch seitens der Klägerin nicht behauptet.

In den OP-Berichten wird bzgl. der streitbefangenen Absetzungen, die allesamt zur Voraussetzung hatten, dass der Leistungsinhalt sich nicht bereits aus dem röntgenologischen Befund ergab, im Wesentlichen der Leistungsinhalt der Leistungsnummern wiederholt oder lediglich ausgeführt, es sei eine "Aufklappung" erforderlich geworden. Soweit z. T. ausgeführt wird, eine Osteotomie sei erforderlich geworden, weil die Zähne entweder gar nicht mit der Zange oder dem Hebel zu fassen gewesen seien oder aber sie nach dem Fassen frakturierten, werden die unterschiedlichen Gründe nicht nach den einzelnen Zähnen unterschieden und werden die näheren Umstände für einen Zahnmediziner nicht ersichtlich und damit die Leistungserbringung nicht nachvollziehbar. Die Kammer hat dies mit den Beteiligten im Einzelnen anhand der Behandlungsfälle 98, 115, 140, 145 und 166 in der mündlichen Verhandlung erörtert.

Die Beklagte hat auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 56a bis 56c (Zy1 bis Zy3) abgesetzt.

Die mit 120 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 56a (Zy1) beinhaltet die Operation einer Zyste durch Zystektomie, die mit 72 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 56b (Zy2) beinhaltet die Operation einer Zyste durch orale Zystektomie und die mit 48 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 56c (Zy3) beinhaltet die Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion. Das Entfernen von Granulationsgewebe und kleinen Zysten ist nicht nach Nr. 56 abrechnungsfähig.

Voraussetzung zur Berechnung der Leistungen nach Nr. 56 muss eine im Röntgenbild diagnostizierbare Zyste und ein zusätzlicher, nach Art und Inhalt einer Zystenoperation entsprechender chirurgischer Aufwand sein. Dabei komme es nicht allein auf die Größe des entfernten Gewebes an. Soweit die Notwendigkeit der Durchführung einer Operation nach Nr. 56 nicht ausschließlich durch Röntgenbilder belegt werden kann, kommt es in diesen seltenen Ausnahmefällen entscheidend auf den klinischen Befund, also auf den Zustand, wie ihn nur der Operateur sieht, an. Dabei kann ein Nachweis ferner nicht durch die Untersuchungsbefunde eines pathologischen Instituts geführt werden, da diese Institute nur eine Gewebsprobe erhalten, die sie untersuchen, die sie aber nicht dahingehend unterscheiden können, woher diese Proben stammen, ob es sich um Gewebeproben eines Zahnfollikels oder einer follikulären Zyste handelt. Die Voraussetzungen für die Erbringung des vollständigen Leistungsinhalts sind vom Vertragszahnarzt nachzuweisen, da er einen Anspruch geltend macht. In der Regel genügt er diesen Voraussetzungen durch Einreichung der Behandlungsausweise. Komme es aber zu Beanstandungen, so hat er im Einzelfall die Voraussetzungen unter Tragen des Beweislastrisikos nachzuweisen. Die Kammer verkennt hierbei nicht, dass in den Fällen, in denen allein der klinische Befund den Nachweis für die Voraussetzungen der Nr. 56 erbringen kann, der Vertragszahnarzt wenige Möglichkeiten für diesen hat. Der klinische Befund kann nur von ihm vorgenommen werden. Andererseits berechtige nicht jede Gewebsentfernung die Abrechnung nach Nr. 56, so dass die Verwaltung nicht auf die alleinige Behauptung des Vertragszahnarztes verwiesen werden könne. Dem Beweisnotstand kann durch einen detaillierten klinischen Befund abgeholfen werden, der nur dann zu erstellen ist, wenn nicht schon aufgrund der Röntgenbefunde die Voraussetzungen der Nr. 56 nachgewiesen werden können (vgl. Urt. der Kammer v. 07.12.2005 - S 12 KA 22/05 -; LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 24.02.2000 - L 5 Ka 50/97 -, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 13.12.2000 - B 6 KA 28/00 B -; LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 19.04.2002 - L 6 KA 34/99 –; LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.06.2006 - L 4 KA 20/05 –; SG Frankfurt am Main, Urt. v. 30.08.1995 - S-27/KA-1670/95 -; v. 11.02.2004 - S 27 KA 1076/03 -; SG Gotha, Urt. v. 13.02.2008 - S 7 KA 4379/06 - und - S 7 KA 2743/05 - www.zahn-forum.de/zf/urteile juris; SG Mainz, Urt. v. 06.09.2006 - S 2 KA 108/04).

Der röntgenologische Befund reichte in allen Absetzungen nicht aus. Die Klägerin hat zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, wiederum lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügen aber nicht den genannten Anforderungen."

Hieran hält die Kammer nach neuerlicher Prüfung fest.

Hinsichtlich der endodontischen Maßnahmen kann nach Auffassung der fachkundig mit einer Vertragszahnärztin und einem Vertragszahnarzt besetzten Kammer (vgl. auch bereits Urt. der Kammer vom 07.07.2010 – S 12 KA 633/09 -) im Notfall eine Schmerzbeseitigung durch eine Trepanation abgerechnet werden und setzt die Wurzelkanalaufbereitung die vollständige Aufbereitung des Wurzelkanals voraus, was röntgenologisch abzusichern ist. Allein die Bahnung eines Wegs in den Wurzelkanal, um ein Medikament anzubringen, erfüllt noch nicht die Voraussetzungen einer Wurzelkanalaufbereitung nach Nr. 32 (WK) BEMA-Z und der medikamentösen Einlage nach Nr. 34 (Med) BEMA-Z. Eine Behandlung im Notdienst hat sich auf schmerzbeseitigende Maßnahmen zu beschränken. Damit kann im Regelfall eine Wurzelkanalaufbereitung nicht abgerechnet werden (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v.07.12.2005 – S 12 KA 22/05 –). Bei Patienten, die als Schmerzfälle abgerechnet werden, kann sich die Behandlung nicht auf Maßnahmen erstrecken, die auf einen späteren Zeitpunkt hätten verschoben werden können. Zur Erlangung von Schmerzfreiheit reicht die Trepanation nach Nr. 31 BEMA-Z oder die Vitalexstirpation nach Nr. 28 BEMA-Z des betroffenen Zahns aus. Sowohl das zusätzliche Aufbereiten des Wurzelkanalsystems nach Nr. 32 BEMA-Z als auch die zusätzliche medikamentöse Einlage nach Nr. 34 BEMA-Z in Verbindung mit einer Maßnahme nach den Nrn. 28, 29 oder 32 BEMA-Z dienen danach nicht mehr der Beseitigung der geklagten Schmerzen. Sie sind Teil einer sich an die Akutbehandlung anschließenden Wurzelkanalbehandlung, die aus den Arbeitsschritten Eröffnen des Pulpenkavums, Kanaleröffnung, Gestaltung des Zugangskavität, Pulpenentfernung, Kanalreinigung, Kanaldesinfektion, Kanalverbreiterung und schließlich Kanalfüllung besteht. Soweit die zahnmedizinischen Fachgesellschaften befürworten, dass auch in Akutfällen nach Möglichkeit kausal und nicht nur symptombezogen behandelt wird, ist dies ohne Belang, denn dies hat bisher jedenfalls keinen Eingang in das vertragszahnärztliche Regelwerk gefunden (vgl. LSG Hamburg, Urt. v. 24.09.2008 – L 2 KA 35/06 – www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Die Kammer sieht es ferner als zahnmedizinisch gesichert an, dass eine Wurzelfüllung im Regelfall drei Röntgenaufnahmen erfordert. Zu diagnostischen Zwecken ist vor Beginn der Behandlung eine Röntgenaufnahme anzufertigen. Nach Aufbereitung des Wurzelkanals hat eine weitere Röntgenaufnahme zu Kontrollzwecken zu erfolgen. Diese Aufnahme kann durch andere Messtechniken ersetzt werden. Nach Abschluss der Wurzelbehandlung hat eine dritte Aufnahme zu erfolgen zur Qualitätskontrolle und sicherung. Soweit nach dem Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse eine Röntgenaufnahme erforderlich ist, handelt es sich auch um eine notwendige Röntgenaufnahme und kommt ein Verstoß gegen die Röntgenverordnung nicht in Betracht.

Hinsichtlich der Anästhesieleistungen hat die Kammer bereits in dem zwischen den Beteiligten ergangenen Urteil vom 03.06.2009 - S 12 KA 521/08 - folgendes ausgeführt:

"In der mündlichen Verhandlung konnte geklärt werden, dass die Beteiligten darin übereinstimmen, aufgrund eines vor dem Landessozialgericht abgeschlossenen Vergleichs in einem anderen Verfahren, dass die Anästhesie nach einer Operationsdauer von 3

Stunden wiederholt werden kann. Die Klägerin hat ferner eingeräumt, dass der Nachweis für die Dauer der Operation bisher nicht erbracht wurde. Soweit sie allgemein angeboten hat, den Nachweis hierfür nachzuholen, steht ihr diese Möglichkeit im Klageverfahren nicht mehr offen. Die vollständige Leistungserbringung ist mit der Abrechnung nachzuweisen. Soweit hier zugunsten der Klägerin unterstellt wird, seinerzeit sei es noch nicht darauf angekommen, die Operationsdauer anzugeben, so hätte sie dies aber für dieses Verfahren spätestens nach dem genannten Vergleichsschluss nachholen müssen, jedenfalls dann in der mündlichen Verhandlung. Einer Aufforderung hierzu durch die Beklagte oder das Gericht bedurfte es nicht."

Die Berufung gegen das Urteil der Kammer wurde vom LSG Hessen, Urteil vom 21.09.2011 - L 4 KA 50/09 - zurückgewiesen. Auch das LSG Hessen geht in dem Urteil davon aus, dass ein Nachweis in jenem Verfahren nicht erfolgt sei.

In dem zwischen den Beteiligten ergangenen Urteil vom 07.07.2010 - S 12 KA 167/10 - hat die Kammer weiter ausgeführt, es reiche nicht aus, dass im OP-Bericht lediglich vermerkt wird, dass der Operateur zunächst Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesien erbracht habe und in welchem Bereich und im Übrigen es heißt: "Intraoperativ Wiederholen der Anästhesien". Daraus werde nicht ersichtlich, nach welchem Zeitablauf in welchem Bereich die einzelnen Anästhesien verabreicht worden sind. Nach der insoweit fachkundig besetzten Kammer gehöre dies aber bereits zu den Standards eines OP-Berichts. Wegen des Ausnahmecharakters solcher Anästhesien sei ferner generell zu verlangen, dass die Verabreichung mit Zeit (in Bezug auf den Operationsverlauf) und Bereich vermerkt wird (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 15.03.2006 - S 12 KA 26/05 -). Hieran hält die Kammer fest.

Nach diesen Grundsätzen waren die angefochtenen Berichtigungen nicht zu beanstanden.

Die Klägerin hat ihre Klage nur knapp begründet. Ihr Hinweis auf die Widerspruchsbegründung konnte die Klage nicht begründen. Die Frage der Vorlage der Röntgenbilder war bereits Gegenstand des Urteils der Kammer vom 03.06.2009 S 12 KA 520/08 -. Aus den genannten Urteilsgründen war dem nicht zu folgen. Die weiteren Ausführungen zu den zwölf Behandlungsfällen hat die Beklagte bereits im angefochtenen Widerspruchsbescheid berücksichtigt. Soweit sie dem Widerspruch nicht abgeholfen hat, sind die Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid zutreffend; auf die verwiesen wird.

Im Übrigen wird weiter zu den Einzelfällen auf die Begründung des angefochtenen Widerspruchbescheides verwiesen, der die Kammer folgt (§ 236 Abs. 4 SGG).

Nach allem war die Klage insgesamt abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2016-03-11