

S 12 KA 107/13

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 107/13

Datum

25.09.2013

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 66/13

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Das Aufdrehen eines Distraktors erfüllt nicht die Leistungslegende nach Nr. 2702 GOÄ-82. Eine Feinjustierung verändert nicht den Apparat.

2. Der Verschluss eines Kieferhöhlenfensters ist im Zusammenhang eines OP-Eingriffs nicht gesondert nach Nr. 59 oder 51a BEMA abrechenbar, da der Wundverschluss Bestandteil der chirurgischen Hauptleistung ist (vgl. bereits SG Marburg, Urte. v. 20.06.2012 - S 12 KA 133/12 -, Berufung anhängig LSG Hessen zum Az.: L 4 KA 47/12).

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung der KB-Monatsabrechnungen für die Monate April, Mai und Juni 2008 im Behandlungsfall der Frau C. und hierbei um die Absetzung von Leistungen nach Nr. 40 (I), Nr. 41a (L1), Nr. 41b (L2) und Nr. 51a (Pla1) BEMA sowie Nr. 2381, Nr. 2255 und Nr. 2702 GOÄ-82 im Rahmen einer Dysgnathie-Operation im Wert von insgesamt 2.073,32 Euro.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis. Herr Dr. Dr. A1 ist Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Herr A2 ist Zahnarzt, und Frau Dr. A3 ist Zahnärztin. Sie sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxisstz in A-Stadt zugelassen. Im Zeitraum 01.07.2005 bis 31.12.2008 gehörte der Gemeinschaftspraxis noch die ebf. zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Zahnärztin Frau D. an.

Die Beklagte bat die Klägerin unter Datum vom 15.05.2008 um die Einreichung verschiedener Unterlagen im Hinblick auf die Notwendigkeit verschiedener Leistungen für den strittigen Behandlungsfall aufgrund der eingereichten KB-Abrechnung 04/2008.

Die Klägerin teilte unter Datum vom 18.08.2008 mit, die Wiederholungen der Anästhesien seien zur Schmerz- und Blutungskontrolle erforderlich gewesen. Die Indikation zur Kieferhöhlenrevision habe sich als eigenständige Leistung auf Grund hyperplastischer Veränderungen der Kieferhöhlenschleimhaut ergeben. Die Neurolyse sei auf Grund der auf den Nervus infraorbitalis wirkenden Spannung nach OK-Verlagerung erforderlich geworden. Nach dem dieses sowohl für den Nervus infraorbitalis links als auch rechts gelte, sei die Leistung zweimal erbracht und abgerechnet worden. Die Notwendigkeit zur Durchführung der Hausbesuche ergebe sich auf Grund der ausgeprägten Schwellung mit Schluckbeschwerden und postoperativen Fiebers. Sie weise darauf hin, dass operative Verlagerungen, die simultan sowohl im Ober- als auch Unterkiefer durchgeführt würden, in einem hohen Prozentsatz der Fälle stationär erfolgten. Unter Einsatz moderner operativer Techniken, wie z.B. einer intraoperativen Hypotension etc., sei es seit einiger Zeit möglich, diese Eingriffe auch ambulant durchzuführen. Dies erfordere jedoch eine engmaschige postoperative Kontrolle zur Schmerz- und Schwellungskontrolle. Diese Besuche seien von der Patientin erbeten worden. Ansonsten hätte eine unwirtschaftliche stationäre Behandlung durchgeführt werden müssen. Bei der Abrechnung der Nr. 2702 GOÄ-82 handele es sich um die Aufdrehung des im Unterkiefer befindlichen Distraktors bzw. der Gaumennahterweiterungsapparatur, die im Oberkiefer lokalisiert gewesen sei. Werde im Ober- und Unterkiefer gedehnt, bedinge dies den zweimaligen Ansatz der Ziffer 2702, nachdem hier zwei unterschiedliche Lokalisationen, einmal Ober- und einmal Unterkiefer, vorgelegen hätten. Werde die Ziffer dreimal angesetzt, so sei eine weitere Dehnung in nur einem Kiefer in einer separaten Sitzung erfolgt. Die Lokalanästhesien am 14.04.2008 seien erforderlich gewesen, nachdem der Distraktor im Oberkiefer hätte neu positioniert werden müssen. Damit sei auch eine Zahnfleischexzision verbunden gewesen und die Mobilisation des Distraktors bei instabilem Kiefer. Alle schmerzauslösenden Maßnahmen wären ohne Durchführung der Lokalanästhesie nicht erträglich gewesen. Ferner übersandte sie den OP-Bericht vom 29.03.2008 sowie weitere Unterlagen.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 02.07.2009 die strittigen Absetzungen vor. Im Einzelnen handelte es sich um folgende Leistungen: 12x Nr. 40 (I), 4x Nr. 41a (L1), 2x Nr. 41b (L2) und 2x Nr. 51a (Pla1) BEMA sowie 2x Nr. 2381, 1x Nr. 2255 und 54x Nr. 2702 GOÄ-82 im Rahmen einer Dysgnathie-Operation. Zur Begründung führte sie aus, alle Wiederholungen der Nr. 40 BEMA (insgesamt 8x) und Nr. 41a BEMA (insgesamt 2x) am Behandlungstag 29.03.2008 seien abzusetzen, da deren Notwendigkeit in Verbindung mit einem Eingriff in Allgemeinnarkose nicht gegeben sei. Bei dem vorliegenden chirurgischen Eingriff und Allgemeinnarkose sei die Notwendigkeit der Abrechnung der extraoralen Leitungsanästhesie nach Nr. 41b BEMA nicht erkennbar. Der Verschluss eines Kieferhöhlenfensters im Zusammenhang eines OP-Eingriffs an der Kieferhöhle nach Nrn. 1467, 1468, 1485 oder 1486 GOÄ-82 sei nicht gesondert nach Nr. 59 oder/und 51a BEMA abrechenbar, da der Wundverschluss Bestandteil der chirurgischen Hauptleistung sei. Nr. 51a BEMA sei daher zweimal zu streichen. Der Ansatz der Nr. 2255 GOÄ-82 ("freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)") sei im Rahmen einer Dysgnathieoperation nicht nachvollziehbar, weshalb die Leistung zweimal zu streichen sei. Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 seien für alle Behandlungstage (insgesamt 44-mal) abgesetzt worden, da für das Abnehmen und Wiedereingliedern einer Verbandplatte diese Gebührennummer nicht abrechenbar sei. Kontrollbehandlungen auch mit Einstellungsmaßnahmen z. B. durch das Drehen von Schrauben erfüllten den Leistungsinhalt dieser Leistungen ebenfalls nicht. Dieser setze nach Leistungsbeschreibung kleine Änderungen, teilweise Erneuerungen von Schienen oder Stützapparaten oder auch die Entfernung von Schienen oder Stützapparaten voraus. Auch aus dem Folgeplan aus der KB-Abrechnung 05/2008 habe sie Korrekturen vorgenommen. Alle Wiederholungen der Nr. 40 BEMA (insgesamt viermal) und Nr. 41a BEMA (insgesamt zweimal) am Behandlungstag 16.05.2008 seien abzusetzen, da deren Notwendigkeit in Verbindung mit einem Eingriff in Allgemeinnarkose nicht gegeben sei. Nr. 2381 GOÄ-82 ("Einfache Hautlappenplastik") sei für die Wundversorgung im Rahmen einer Dysgnathieoperation nicht gesondert abrechenbar, da die Wundversorgung Bestandteil der operativen Hauptleistung sei. Diese Leistung sei daher zweimal zu streichen. Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 würden für alle Behandlungstage (insg. zehnmal) abgesetzt werden, da für das Abnehmen und Wiedereingliedern einer Verbandplatte diese Leistung nicht abrechenbar sei. Kontrollbehandlungen auch mit Einstellungsmaßnahmen z. B., durch das Drehen und Schrauben erfüllten den Leistungsinhalt ebenfalls nicht.

Hiergegen legte die Klägerin am 21.07.2009 Widerspruch ein. Sie trug vor, die Anästhesien seien notwendig gewesen, nachdem der Eingriff länger als drei Stunden gedauert habe. Die extraorale Leitungsanästhesie diene ebenfalls zur Reduktion der Schmerzen und der Narkosetiefe. Die plastische Deckung der Kieferhöhle erfolge unabhängig von den Kieferhöhleneingriffen ohne separate Lokalisation. Aus diesem Grund sei auch die Nr. 51a BEMA zu erstatten. Der Ansatz der Nr. 2255 GOÄ-82 sei gerade im Rahmen von Dysgnathieoperationen häufig, nachdem bestehende Knochendefekte hätten augmentiert werden müssen. Die stereotype Absetzung der Nr. 2702 GOÄ-82 im Zusammenhang mit dysgnathiechirurgischen Eingriffen sei bereits mehrfach moniert worden. Es handele sich hierbei um Änderungen an den Apparaten, d. h. Abdeckung mit Kunststoff etc. Diese Leistungsinhalte gäben genau die Leistungsbeschreibung nach Liebold/Raff/Wissing wieder. Die Nr. 2381 GOÄ-82 sei nicht für die Wundversorgung abgerechnet worden, sondern für die Präparation eines Mukoperiostlappens. Es sei notwendig gewesen, eine große Diastase mit sich formierenden Kallus abzudecken. Die Leistung nach Nr. 2702 GOÄ-82 sei ebenfalls zu erstatten, da es sich nicht um Kontrollbehandlungen oder alleiniges Drehen von Schrauben gehandelt habe, sondern um umfangreiche Änderungen an den in situ befindlichen Distraktoren. Diese beinhalten insbesondere auch die Abdeckung mit Kunststoff zur Stabilisierung der Distraktorposition.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 07.02.2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, sie verweise zunächst auf die einschlägigen Abrechnungsvoraussetzungen. Die Nr. 2702 GOÄ-82 (Wiederanbringen einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerungen von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernungen von Schienen oder Stützapparaten – je Kiefer) sei abrechenbar für die Wiederanbringung einer gelösten Apparatur. Dies erläuterte sie im Einzelnen. Zu den Anästhesien führte sie aus, die medizinische Indikation und/oder Uhrzeit für die Wiederholungsanästhesie in Verbindung mit einer Intubationsnarkose sei im OP-Bericht nicht dokumentiert worden. Dies gelte auch für die extraorale Anästhesie in Verbindung mit einer Intubationsnarkose. Auch übersteige die Häufigkeit der Wiederholungsanästhesien die Maximaldosis von Anästhetika. Die Menge der Anästhetika sei fachlich unplausibel. Zu Nr. 51a (Pla1) BEMA führte sie aus, die medizinischen Indikationen für die Deckung der Kieferhöhle im Rahmen einer Dysgnathie-Operation sei nicht erkennbar. Die Dysgnathie-Operation enthalte den Verschluss der Wunde bzw. die Deckung des entstehenden Defektes. Neue Erkenntnisse würden nicht vorgetragen werden. Zur Nr. 2255 GOÄ-82 (Freie Verpflanzung eines Knochens oder Knochenteilen (Knochenspäne)) führte sie aus, es sei keine Knochendeckelbildung oder dergleichen im OP-Bericht dokumentiert. Des Weiteren sei auch keine medizinische Indikation für die Behandlung dokumentiert (fehlende brechirurgische Dokumentation, keine Röntgendokumentation etc. erfolgt). Die medizinische Indikation für eine einfache Hautlappenplastik nach Nr. 2381 GOÄ-82 sei nicht dokumentiert worden. Eine Wundversorgung im Rahmen der Entfernung von Osteosynthesematerial sei Bestandteil der chirurgischen Leistung. Der Leistungsinhalt nach Nr. 2702 GOÄ-82 (Anlegen und Wiederherstellen von Stützvorrichtungen) beschränke sich auf Änderungen bzw. Erneuerungen von Schienen und Stützapparaten oder das Wiedereingliedern einer festsitzenden Apparatur. Das Aufdrehen der Distraktoren, wie im OP-Bericht geschildert, sei hierüber nicht abrechenbar.

Hiergegen hat die Klägerin am 26.02.2013 die Klage erhoben. Sie trägt vor, der Beklagten sei ein OP-Dokumentationsbogen und zwei Röntgenaufnahmen übersandt worden. Das Ansinnen auf Übersendung der Originalkarteikarten sei rechtswidrig. Die Beklagte führe nicht aus, welche Schlüsse oder Kenntnisse sie aus dem vorgelegten Operationsdokumentationsbogen bezogen habe. Ein OP-Bericht bei ambulanten Operationen sei überobligatorisch. Sie reiche die elektronische Karteikarte, dass OP-Protokoll vom 14.04.2008 und 16.05.2008 und den OPG-Befund vom 14.04.2008 und 16.05.2008 zur Gerichtsakte. Die Notwendigkeit der Wiederholungsanästhesien folge aus dem QM Dokumentationsbogen mit der Angabe zur Operationsdauer. Das Aufdrehen eines Distraktors stelle eine Änderung an einer bestehenden Stützapparatur dar und sei nach Nr. 2702 GOÄ-82 abrechenbar.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid vom 02.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.02.2013 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf Ihre Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden und trägt ergänzend vor, der Hinweis auf eine dreistündige Operationsdauer weise den Ansatz von Wiederholungsanästhesien nicht nach. Die Angaben im OP-Bericht - Intraoperative Wiederholung der Anästhesien zur "Schmerz- und Blutungskontrolle" - reichten ebf. nicht aus. Das Aufdrehen eines Distraktors sei nicht nach Nr. 2702 GOÄ-82

abrechenbar. Entscheidend sei, dass die Klägerin bisher keine Originaldokumentation vorgelegt habe.

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 zwei ehrenamtlichen Richtern 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 02.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.02.2013 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 arztbezogene 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](#) - a.a.O.; BSG, Urt. v. 30.06.2004 - [B 6 KA 34/03 R](#) - a.a.O.).

Bei den Absetzungen handelt sich auch um sachlich-rechnerische Berichtigungen. Die Beklagte geht bereits davon aus, dass der Leistungsinhalt wegen fehlender Dokumentation nicht nachgewiesen sei. Von daher war sie für die Berichtigung zuständig.

Zum Zeitpunkt des Zugangs des angefochtenen Bescheids war die Ausschlussfrist von vier Jahren noch nicht verstrichen. Der Berichtigungsbescheid erging bereits weniger als 1 ½ Jahre nach der strittigen Behandlung.

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

Die Absetzung der hier strittigen Leistungen war berechtigt. Für die abgesetzten und noch strittigen Leistungen fehlt es an einem Nachweis.

Die Kammer hat bereits wiederholt in Urteilen zwischen den Beteiligten auf die Bedeutung der Dokumentationspflichten hingewiesen (vgl. zuletzt Urt. der Kammer v. 20.06.2012 - [S 12 KA 137/11](#) -, Berufung anhängig LSG Hessen zum Az.: [L 4 KA 40/12](#)).

Grundsätzlich ist für die Erbringung einer zahnärztlichen Leistung der Vertragszahnarzt als Leistungserbringer nachweispflichtig. Im vertragszahnärztlichen Leistungssystem reicht hierfür im Regelfall der Nachweis durch die Angaben des Vertragszahnarztes auf dem Behandlungsausweis aus. Bestehen allerdings Zweifel an der ordnungsgemäßen und/oder vollständigen Erbringung der Leistung, so ist der Vertragszahnarzt wiederum nachweispflichtig. Ein Mittel für den Nachweis der Leistungserbringung sind seine Aufzeichnungen in der Karteikarte, die auch elektronisch geführt werden kann, oder die angefertigten technischen Aufzeichnungen wie z. B. Röntgenbilder.

Der Zahnarzt ist bereits nach berufsrechtlichen Regelungen grundsätzlich verpflichtet, Befunde und Behandlungsmaßnahmen chronologisch und für jeden Patienten getrennt zu dokumentieren (zahnärztliche Dokumentation) und mindestens zehn Jahre aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften andere Aufbewahrungspflichten bestehen ([§ 11 Abs. 1 Satz 1 Berufsordnung der Landes Zahnärztekammer Hessen v. 04.06.2005](#), zit. nach [www.lzh.de/S002DABE8-0062292A.0/BO LZKH neu.pdf](#), im Folgenden: BO).

Die (zahn)ärztliche Dokumentationspflicht dient der Sicherstellung wesentlicher medizinischer Daten und Fakten für den Behandlungsverlauf. Eine Dokumentation, die aus medizinischer Sicht nicht erforderlich ist, ist nach Haftungsgrundsätzen auch aus Rechtsgründen nicht geboten (vgl. BGH, Urt. v. 06.07.1999 - [VI ZR 290/98](#) - [NJW 1999, 3408](#) = [VersR 1999, 1282](#), juris Rdnr. 13). Soweit die (zahn)ärztliche Dokumentation primär dem therapeutischen Interesse des Patienten und der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Behandlung bzw. Behandlungsfortführung hinsichtlich der Diagnose und Therapie dient, so bezweckt sie auch die Information sowohl des behandelnden (Zahn-)Arztes, als auch dessen Vertreters im Verhinderungsfall, ebenso sonstiger (Zahn-)Ärzte oder des Pflegepersonals. Für alle kann die Kenntnis vom Zustand des Patienten, der erstellten Diagnose, dem Verlauf der Behandlung und den durchgeführten oder anstehenden Maßnahmen und Medikation relevant sein, um eine fachgerechte Behandlung des Patienten sicherzustellen. Zu dokumentieren sind deshalb die Umstände, die für die Diagnose und Therapie nach medizinischem Standard wesentlich und deren Aufzeichnung und Aufbewahrung für die weitere Behandlung des Patienten medizinisch erforderlich sind (vgl. OLG München, Beschl. v. 17.03.2011 - [1 U 5245/10](#) - juris Rdnr. 31). In Arzthaftungsprozessen werden dabei an festgestellte Mängel oder Lücken der Behandlungsunterlagen auch beweisrechtliche Folgen geknüpft. Zum einen gilt eine nicht dokumentierte, aber dokumentationsbedürftige Maßnahme bis zum Beweis des Gegenteils durch den Behandler als nicht durchgeführt (vgl. BGH, Urt. v. 29.09.1998 - [VI ZR 268/97](#) - [NJW 1999, 863](#) = [VersR 1999, 190](#), juris Rdnr. 14 m.w.N.). Zum anderen kann eine fehlende oder mangelhafte Dokumentation den Patienten in derartige Beweisnot bringen, dass eine Beweislastumkehr gerechtfertigt ist. Es gehört zu den Organisationsaufgaben des Behandlers, Unterlagen, die Auskunft über das Behandlungsgeschehen geben, zu sichern (vgl. BGH, Urt. v. 21.11.1995 - [VI ZR 341/94](#) - [NJW 1996, 779](#) = [MedR 1996, 215](#) = [VersR 1996,](#)

[330](#), juris Rdnr. 10). Zum dritten gilt auch im Arzthaftungsprozess das Verbot der schuldhaften Beweisvereitelung mit der Folge, dass der Beweis für die benachteiligte Partei als geführt anzusehen ist (vgl. OLG München, a.a.O., Rdnr. 32).

Soweit diese Dokumentationspflicht in erster Linie therapeutischen Zwecken dient, wird sie im Rahmen des Sachleistungsprinzips innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert und dient auch zum Nachweis einer wirtschaftlichen und ordnungsgemäßen Leistungserbringung. Die Dokumentationspflichten werden daher im SGB V, in den Bundesmantelverträgen und auch in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) festgelegt und erweitert.

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gemäß den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen ([§ 294 SGB V](#)). Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind verpflichtet, u. a. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden aufzuzeichnen und zu übermitteln ([§ 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)).

Nach den Bundesmantelverträgen 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 (§ 5 Abs. 1 BMV-Z). Der Vertragszahnarzt hat 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 (§ 7 Abs. 3 Satz 1 und 2 EKV-Z).

Nach der zum 01.01.2004 in Kraft getretenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) vom 4. Juni 2003/24. September 2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2003, Seite 24966, in den hier maßgeblichen Teilen nicht geändert, zitiert nach <http://www.g-ba.de>, gehören zur vertragszahnärztlichen Versorgung die Befunderhebung und Diagnose sowie ihre Dokumentation. Inhalt und Umfang der diagnostischen Maßnahmen sind in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken (Abschn. B.I.1. Abs. 1 Behandlungsrichtlinie). Weitere Vorgaben werden z. B. hinsichtlich der Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) (B.V.2. Behandlungsrichtlinie) oder der Röntgenuntersuchungen gegeben; für Röntgenuntersuchungen findet die Röntgenverordnung Anwendung; das gilt auch für die Aufzeichnungspflicht (B.II.5 Behandlungsrichtlinie). Die Röntgenverordnung (Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen, neugefasst durch Bek. v. 30.04.2003, [BGBl 2003 I, 604](#)) regelt insb. in § 28 die Aufzeichnungspflichten.

So handelt es sich auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei der Dokumentationspflicht seit jeher um eine jeden Behandler treffende Verpflichtung, die bei der Behandlung eines Patienten gemachten Feststellungen und durchgeführten Behandlungsmaßnahmen zu dokumentieren (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.2007 - [B 6 KA 11/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 95c Nr. 2](#) = [GesR 2007, 260-264](#) = [NZS 2007, 609-612](#) = USK 2007-20, juris Rdnr. 23). Der geprüfte Arzt unterliegt somit besonderen Mitwirkungspflichten, die über die allgemeinen Mitwirkungspflichten nach [§ 21 Abs. 2 SGB X](#) hinausgehen und in dem Umstand begründet sind, dass dem Arzt ein Vergütungsanspruch nur dann zusteht, wenn er die Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen durfte. Es ist daher seine Angelegenheit, die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen, vor allem, wenn er sich auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können (vgl. BSG, Urt. v. 21.03.2012 - [B 6 KA 17/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) = USK 2012-32, juris Rdnr. 40 m. w. N.). Diese besonderen verfahrensrechtlichen Obliegenheiten beziehen sich auf die medizinische Notwendigkeit und die tatsächliche fachgerechte Erbringung der abgerechneten Leistung, sie richtet sich im Einzelnen nach den besonderen Leistungs- und Abrechnungsvoraussetzungen und werden konkretisiert durch Nachfragen oder gar Beanstandungen durch die Beklagte und die Gerichte (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 20.03.2013 - [L 4 KA 60/10](#) - juris Rdnr. 34). Nach der Rechtsprechung des LSG Hessen (ebd.) können Nachweise auch noch im Gerichtsverfahren nachgereicht werden.

Insbesondere dann, wenn die Leistungserbringung oder das Behandlungsvorgehen von der Beklagten bestritten wird, ist es Sache des Vertragszahnarztes, dies im Einzelnen nachzuweisen. Ein bloß behaupteter Sachvortrag reicht hierfür im Regelfall nicht aus. Wenigstens ist dann eine zeitnah erstellte Dokumentation vorzulegen. Dies gilt gerade auch dann, wenn ein neuer und bestrittener Sachvortrag im Klageverfahren erfolgt. Dabei sind allgemein an einen Nachweis höhere Anforderungen zu stellen, je später der Sachvortrag erfolgt. Das Aufstellen bloßer Behauptungen, ohne einen Nachweis vorzulegen, reicht nicht, wenn die Beklagte ihnen substantiiert entgegen tritt.

Die vollständige Leistungserbringung ist grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen (vgl. SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 - [S 12 KA 521/08](#) - juris Rdnr. 27, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 21.09.2011 - [L 4 KA 50/09](#) -, Nichtzulassungsbeschwerde abgewiesen durch BSG, Beschl. v. 27.06.2012 - [B 6 KA 84/11 B](#) NZB -). Es obliegt insb. nicht dem einzelnen Vertragszahnarzt zu entscheiden, ob er eine Dokumentation unterlässt, weil es sich um eine vermeintliche Routinemaßnahme handelt. Die Dokumentation muss mindestens so umfassend sein, dass ein anderer Zahnarzt im Einzelnen die Behandlungsmaßnahme nachvollziehen kann (vgl. SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 - [S 12 KA 73/09](#) - juris Rdnr. 49).

Die Klägerin hat keine zahnärztliche Dokumentation vorgelegt, die die strittigen Leistungen belegen. Die von ihr vorgelegten Unterlagen entbehren einer Dokumentation mit dargelegtem zahnmedizinischen Standard. Im Übrigen ist die Klägerin auch als vertragszahnärztliche Leistungserbringerin zum Leistungsnachweis bei Zweifeln verpflichtet, die vollständige Dokumentation vorzulegen und steht es nicht in ihrem Belieben, wann sie welche Teile gegenüber der Beklagten offenlegt.

Ferner hat die Kammer bereits wiederholt zur Frage des Nachweises von Wiederholungsanästhesien entschieden. Die Klägerin hat keinerlei Unterlagen vorgelegt, aus denen sich die medizinische Indikation und Uhrzeit für die Wiederholungsanästhesien ergibt. Die Kammer hat bereits entschieden, dass aus dem OP-Bericht ersichtlich werden muss, nach welchem Zeitablauf in welchem Bereich die einzelnen

Anästhesien verabreicht worden sind, da dies bereits zu den Standards eines OP-Berichts gehört. Wegen des Ausnahmecharakters solcher Anästhesien ist ferner generell zu verlangen, dass die Verabreichung mit Zeit (in Bezug auf den Operationsverlauf) und Bereich vermerkt wird. Allein eine Operationsdauer von mehr als drei Stunden reicht ebf. als Nachweis nicht aus (vgl. zuletzt das zwischen den Beteiligten ergangene Urt. v. 20.06.2012 - [S 12 KA 137/11](#) -, Berufung anhängig: LSG Hessen [L 4 KA 40/12](#) -; s. ferner Urt. v. 03.06.2009 - [S 12 KA 521/08](#) - Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 21.09.2011 - [L 4 KA 50/09](#) -; Urt. v. 07.07.2010 - [S 12 KA 167/10](#) -; Urt. v. 15.03.2006 - [S 12 KA 26/05](#) -), sondern bildet allenfalls eine Teilindikation für die Plausibilität einer Wiederholungsanästhesie. Hieran hält die Kammer fest. Von daher fehlt es an einem Leistungsnachweis für diese Leistungen. Die von der Klägerin eingereichten Unterlagen enthalten solche Angaben nicht.

Auch über die Voraussetzungen zur Abrechnung der Nr. 2702 GOÄ-82 hat die Kammer wiederholt entschieden.

Die Kammer hat bereits zwischen den Beteiligten mit Urteilen vom 07.07.2010 - [S 12 KA 212/10](#) und 440/10 -, Nichtzulassungsbeschwerden jeweils zurückgewiesen durch Beschluss des LSG Hessen vom 11.11.2011 - [L 4 KA 62/10](#) und 63/10 NZB -, entschieden, dass ein Vertragszahnarzt für die Erbringung der Leistung nach Nr. 2702 GOÄ-82 nachweis- und dokumentationspflichtig ist. Der Hinweis auf umfangreiche Änderungen an den Apparaturen reicht nicht aus. Es obliegt dem Vertragszahnarzt, durch substantiierten Vortrag und Nachweis wenigstens einer Dokumentation zu belegen, dass er den Inhalt der Leistungslegende erfüllt hat. Der Vortrag, es seien umfangreiche Änderungen an Apparaturen vorgenommen worden, reicht hierfür nicht aus (s. auch zuletzt Urt. der Kammer v. 20.06.2012 - [S 12 KA 162/12](#) -, [S 12 KA 168/12](#) - und [S 12 KA 151/12](#) -, Beschwerde anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 51/12 NZB](#) - und [L 4 KA 52/12 NZB](#) - bzw. Berufung anhängig - [L 4 KA 49/12](#) -).

Soweit die Klägerin nunmehr im Klageverfahren vorträgt, das Aufdrehen eines Distraktors stelle eine Änderung an einer bestehenden Stützapparatur dar und sei nach Nr. 2702 GOÄ-82 abrechenbar, vermochte dem die Kammer nicht zu folgen. Die mit 34 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 2702 GOÄ-82 beinhaltet die Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten - auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten -, je Kiefer. Bereits nach dem Wortlaut der Leistungslegende fällt das Aufdrehen eines Distraktors nicht darunter. Eine Feinjustierung verändert nicht den Apparat. Dies würde auch deutlich der Bewertung der Leistung mit 34 Punkten widersprechen, die die Klägerin zudem 54mal im hier strittigen Behandlungsfall erbracht haben will.

Die Beklagte hat die Nr. 51a (Pla1) BEMA (Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion, 80 Punkte) zu Recht abgesetzt. Die Beklagte hat bereits im Ausgangsbescheid dargelegt, dass der Verschluss eines Kieferhöhlenfensters im Zusammenhang eines OP-Eingriffs nicht gesondert nach Nr. 59 oder 51a BEMA abrechenbar ist, da der Wundverschluss Bestandteil der chirurgischen Hauptleistung ist. Dies ist für die Kammer nachvollziehbar (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 20.06.2013 [S 12 KA 133/12](#) -, Berufung anhängig LSG Hessen zum Az.: [L 4 KA 47/12](#)). Die Klägerin hat lediglich mit dem Widerspruch behauptet, die plastische Deckung der Kieferhöhle sei unabhängig von den Kieferhöhleneingriffen ohne separate Lokalisation erfolgt. Einen Nachweis hierfür hat sie nicht geführt. Auch aus den von der Klägerin im Gerichtsverfahren vorgelegten Unterlagen geht das von der Klägerin behauptete Vorgehen nicht hervor. Auch war das von der Klägerin behauptete Vorgehen für die fachkundig mit zwei Zahnärzten besetzte Kammer zahnmedizinisch nicht nachvollziehbar.

Die Beklagte hat die Nr. 2255 GOÄ-82 (Freie Verpflanzung eines Knochens oder Knochenteilen (Knochenspäne)) zu Recht abgesetzt. Sie hat bereits im Widerspruchsbescheid darauf hingewiesen, dass im OP-Bericht keine Knochendeckelbildung oder dergleichen und keine medizinische Indikation für die Behandlung dokumentiert ist (fehlende brechchirurgische Dokumentation, keine Röntgendokumentation etc. erfolgt). Hiermit hat sich die Klägerin nicht auseinandergesetzt.

Die Kammer hat ferner bereits entschieden, dass immer dann, wenn eine Leistung durch bildgebende Verfahren oder andere objektiver Beweismittel nicht möglich ist, ein Beweis ausschließlich durch die Dokumentation geführt werden kann, was aber dann voraussetzt, dass hierzu Angaben enthalten sind (vgl. SG Marburg, Urt. v. 20.06.2013 [S 12 KA 162/12](#) -, Nichtzulassungsbeschwerde anhängig LSG Hessen zum Az.: [L 4 KA 51/12 NZB](#)). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

Die Beklagte hat die Nr. 2381 GOÄ-82 (Einfache Hautlappenplastik) zu Recht abgesetzt. Die Beklagte geht zutreffend davon aus, dass eine Wundversorgung im Rahmen der Entfernung von Osteosynthesematerial Bestandteil der chirurgischen Leistung ist. Soweit die Klägerin im Widerspruchsverfahren behauptet hat, die Leistung sei nicht für die Wundversorgung abgerechnet worden, sondern für die Präparation eines Mukoperiostlappens, es sei notwendig gewesen, eine große Diasthase mit sich formierenden Kallus abzudecken, fehlt es an jeglichem Nachweis hierfür.

Nach allem war die Klage 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

2013-11-07