

S 12 KA 395/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 395/13
Datum
25.09.2013
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Nach Versterben eines Versicherten können Leistungen für ihn nicht mehr abgerechnet werden, soweit diese Leistungen nicht bereits zuvor erbracht worden sind. Der Anspruch eines Versicherten auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit im SGB V nichts Abweichendes bestimmt ist ([§ 19 Abs. 1 SGB V](#)). Mit dem Tod aber wird die Mitgliedschaft des Versicherten beendet und kann eine abrechnungsfähige vertrags(zahn)ärztliche Versorgung ([§ 73 Abs. 2 SGB V](#)) nicht mehr erbracht werden. Auf Kenntnis eines Vertrags(zahn)arztes vom Tod des Versicherten kommt es nicht an, da dessen Mitgliedschaft objektive Abrechnungsvoraussetzung ist.

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Klägerin hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten und trägt die Gerichtskosten.
3. Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung der konservierend-chirurgischen Abrechnung für das Quartal IV/11 in sechs Behandlungsfällen und hierbei um die Absetzung von je einer Leistung nach Nr. 7750 und 602 GOÄ-82 pro Behandlungsfall in Höhe von insgesamt 83,40 EUR, weil der Leistungsinhalt nicht erfüllt sei und weil die Arztbriefe noch nach Versterben der Patienten abgerechnet worden seien.

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 Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Die Beklagte wandte sich mit Datum vom 15.03.2012 an die Klägerin, weil die AOK in Hessen beanstandet habe, in 6 Behandlungsfällen sei eine Abrechnung der Leistungen (Nr. 7750; 602) noch nach Erfassung des Todestages zum Ansatz gekommen. Die Leistung nach Nr. 7750 sei dann abrechnungsfähig, soweit ein ausführlicher Krankheits- und Befundbericht im Rahmen der Behandlung des Patienten erforderlich sei. Sie bitte um Mitteilung, für welche Leistungen der ärztliche Brief erbracht worden sei. Als Anlage fügte sie folgende Aufstellung der Fälle bei:

Patient	Sterbedatum	Datum der Leistung	Honorar
1 P1	21.10.2011	29.12.2011	13,90 EUR
2 P2	18.09.2011	28.12.2011	13,90 EUR
3 P3	05.08.2011	29.12.2011	13,90 EUR
4 P4	10.12.2011	28.12.2011	13,90 EUR
5 P4	10.10.2011	29.12.2011	13,90 EUR
6 P6	04.11.2011	29.12.2012	13,90 EUR
Gesamt:			83,40 EUR

Die Klägerin erwiderte unter Datum vom 11.04.2012, in diesen Behandlungsfällen seien Briefe an die Hausärzte der Patienten geschickt worden. Alle Briefe hätten Angaben zu Anamnese, Befund, Diagnose, Therapie, Epikrise. Sie sei zuvor nicht darüber informiert worden, dass die Patienten verstorben seien und hätten daher wesentliche Behandlungsinhalte an die Hausärzte weitergeben müssen.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 21.11.2012 die strittigen Leistungen ab. Zur Begründung führte sie aus, sie stelle fest, dass in allen strittigen Behandlungsfällen eine Kopie des Arztbriefes vorgelegt worden sei, in allen 6 Behandlungsfällen sei das manuelle Ersatzverfahren angewendet worden und sei das Zuzahlungskennzeichen "2" (Überweisung eines Arztes) gekennzeichnet worden. Welcher Arzt für welche Behandlung eine Überweisung ausgestellt habe, sei nicht nachvollziehbar. Alle Befundberichte seien an die Patienten oder an das Pflegeheim zu Händen des Patienten adressiert worden. Die Aufzeichnung der Befundberichte sei stereotyp geführt worden. Das Ausstellungsdatum sei auf den 30.12.2011 bzw. auf den 29.12.2011 (P5) datiert worden. Die Abrechnung der Befundberichte sei am 28.12.2011 (P2/P4) und am 29.12.2011 (P1/ P3/ P5/P6) erfolgt. Die Behandlungsdaten in den Befundberichten seien in der Regel älter als 6 Monate, in einem Fall älter als 12 Monate. Hinsichtlich der Einzelabsetzungen führte sie ergänzend aus, die strittigen Leistungen seien fachlich unplausibel. Die Ausstellung der Facharztüberweisung für das Quartal IV/11 sowie das Einlesen der Versichertendaten mittels manuellen Ersatzverfahrens seien wegen des Versterbedatums des Patienten nicht nachvollziehbar.

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 20.12.2012 Widerspruch ein. Sie trug vor, die Briefe erfüllten die Kriterien für Arztbriefe. In keinem der Fälle hätte sie eine Überweisung erhalten. Die Eingabe des Kürzels 2 sei auf Veranlassung einer Mitarbeiterin der Beklagten erfolgt. Das früher eingegebene Kürzel 3 sei von der Beklagten moniert worden. Die Adressierung an einen bestimmten Arzt sei nicht notwendig. Das Versterben der Patienten sei ihr nicht bekannt gewesen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 26.06.2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Darin verwies sie auf den angefochtenen Ausgangsbescheid und führte ergänzend aus, nach Nr. 7750 GOÄ-82 sei die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht als Bestandteil der zu Grunde liegenden Leistungen nicht gesondert berechnungsfähig. Die Befundmitteilung beschränke sich im Wesentlichen auf die Beschreibung des Befundes. Der einfache Befundbericht gehe im Umfang über die bloße Befundmitteilung hinaus und enthalte ggf. zusätzlich eine Verdachtsdiagnose bzw. eine Auswahl möglicher Diagnosen. Die Leistungslegende der Nr. 7750 GOÄ-82 laute: "Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht, einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und ggf. zur Therapie". Gebührenrechtlich wichtig sei die genaue Fassung "Angaben zur Anamnese", welches nicht die (eigene) erhebende Anamnese bedeute, sondern eine Berücksichtigung und Erwähnung der vorliegenden anamnestischen Angaben. Die Leistungslegende gelte dann als erfüllt, wenn über dem einfachen Befundbericht hinaus, unter Berücksichtigung der aktuellen anamnestischen Daten, eine epikritische Bewertung des Befundes erfolgt und/oder ein epikritischer Vergleich mit Vorbefunden und sonstigen Informationen gezogen werde. Die Epikrise bzw. epikritische Bewertung sei definiert als ein zusammenfassender kritischer Bericht über den Ablauf einer Krankheit nach Abschluss des Falles oder nach endgültiger Diagnosestellung (Psyhyrembel). Die Einzelabsetzungen in den Behandlungsfällen begründete sie gleichlautend damit, dass der unter "Epikrise" stehende Text nicht die Kriterien einer Epikrise erfülle. Es handele sich vielmehr um einen standardisierten Text, der Anweisungen zur Weiterbehandlung enthalte. Der Arztbrief lasse zudem einen direkten zeitlichen Bezug zur erbrachten Leistung vermissen. Ein therapeutischer Nutzen könne nur angenommen werden, wenn die Übersendung eines Arztbriefes an den weiterbehandelnden Arzt zeitnah, also nach Abschluss einer Behandlung, erfolge.

Hiergegen hat die Klägerin am 03.07.2013 die Klage erhoben. Sie verweist auf ihr Vorbringen im Verwaltungsverfahren. Von weiteren Ausführungen nimmt sie Abstand.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid vom 21.11.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.06.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid.

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 21.11.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.06.2013 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 artzbezogene 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 davon aus, dass der Leistungsinhalt nicht erfüllt ist bzw. die Leistungen nach dem Tod der Versicherten nicht mehr erbracht werden können. 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 innerhalb eines Jahres nach Abschluss des Behandlungsquartals.

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

Die Beklagte weist zutreffend darauf hin, dass die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten ist. Dies folgt aus dem ausdrücklichen Zusatz zur Leistungslegende. Die Beklagte hat ausführlich im angefochtenen Widerspruchsbescheid dargelegt, dass die Leistungslegende nach Nr. 75 GOÄ-82 nicht erfüllt wird. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist die Kammer auf die Ausführungen der Beklagten im angefochtenen Widerspruchsbescheid ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)). Die Klägerin hat sich hiermit im Übrigen nicht auseinandergesetzt.

Die Beklagte hat ferner bereits im Ausgangsbescheid zutreffend dargelegt, dass wegen des vor der Abfassung der Berichte erfolgten Versterbens der Versicherten die Leistungen nicht mehr abgerechnet werden konnten. Nach Versterben eines Versicherten können Leistungen für ihn nicht mehr abgerechnet werden, soweit diese Leistungen nicht bereits zuvor erbracht worden sind. Der Anspruch eines Versicherten auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit im SGB V nichts Abweichendes bestimmt ist ([§ 19 Abs. 1 SGB V](#)). Mit dem Tod aber wird die Mitgliedschaft des Versicherten beendet und kann eine abrechnungsfähige vertrags(zahn)ärztliche Versorgung ([§ 73 Abs. 2 SGB V](#)) nicht mehr erbracht werden. Auf Kenntnis eines Vertrags(zahn)arztes vom Tod des Versicherten kommt es nicht an, da dessen Mitgliedschaft objektive Abrechnungsvoraussetzung ist.

Alle Berichte sind aber erst nach dem Tod der Versicherten abgefasst worden. Im Übrigen hat die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass die Behandlungsdaten in den Befundberichten in der Regel älter als 6 Monate, in einem Fall älter als 12 Monate gewesen seien. Insofern muss es sich die Klägerin selbst zurechnen lassen, dass ihre Leistung letztlich sinnlos wurde.

Mit Wegfall der Hauptleistung entfällt auch eine Leistung nach Nr. 602 BEMA (Versand- und Portokosten) als Begleitleistung.

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.

Die Berufung war nicht zuzulassen, das die Voraussetzungen hierfür nicht vorliegen ([§ 144 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-11-20