

S 12 KA 70/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 70/13

Datum
25.09.2013
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein allgemeiner Hinweis nur auf die Erforderlichkeit der Infusion reicht zum Nachweis der Leistung nach Nr. 8272 GOÄ-82 nicht aus (vgl. SG Marburg, Urt. v. 20.06.2012 - [S 12 KA 137/11](#) -, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 40/12](#) -). Werden berechnete Zweifel, ob Infusionen tatsächlich erbracht worden sind, seitens der KZV erhoben, so bedarf es eines Nachweises der Leistungserbringung seitens des Vertragszahnarztes, z. B. der Vorlage der zeitnah erstellten Dokumentation.

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 Kieferbruchabrechnung für 10/2008 in dem Behandlungsfall P1 (AOK) und hierbei noch um die Absetzung von Leistungen nach Nr. 40 und 41a BEMA-Z, Nr. 2702 und Nr. 8272 GOÄ-82 in Höhe von insgesamt 429,93 EUR.

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. Im Zeitraum 01.07.2005 bis 31.12.2008 gehörte der Gemeinschaftspraxis noch die ebf. zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Zahnärztin Frau C. an.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 13.11.2008 die strittigen Berichtigungen vor. Sie setzte alle Wiederholungen der Nr. 40 BEMA-Z (insgesamt 8x) und Nr. 41a BEMA-Z (insgesamt 2x) ab, da deren Notwendigkeit in Verbindung mit einem Eingriff in Allgemeinnarkose nicht gegeben sei. Ferner setzte sie Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ 82 für alle Behandlungstage (insgesamt 11x) ab, da für das Abnehmen und Wiedereingliedern einer Verbandplatte diese Gebührennr. nicht abrechenbar sei. Für den Besuch am 14.10.2008 um 22.15 Uhr sei Nr. 7505 GOÄ-82 nicht abrechenbar, da dieser Tag ein Dienstag und auch kein Feiertag gewesen sei. Sie habe die Leistung in Nr. 7503 GOÄ-82 umgewandelt. 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. 8272 GOÄ-82 sei daher an dem Behandlungstag 10.10.2008 zweimal zu streichen.

Hiergegen legte die Klägerin am 20.11.2008 Widerspruch ein. Sie trug vor, die Wiederholung der Anästhesien sei zur Reduktion der Narkosetiefe und zur postoperativen Schmerztherapie notwendig gewesen. Die Nr. 2702 GOÄ-82 sei nicht für das Abnehmen und Wiedereingliedern der Verbandsplatte angesetzt worden. Dies sei auch ausdrücklich auf dem Behandlungsplan vermerkt worden.

Die Beklagte wies unter Datum vom 09.09.2010 bzgl. der Wiederholung der Anästhesien auf die Operationsdauer von 3 Stunden 20 Minuten hin und dass die Begründung bzgl. der Nr. 2702 GOÄ-82 nicht ausreiche, jede der 11 abgerechneten Leistungen darzulegen.

Die Klägerin kündigte unter Datum vom 11.10.2010 in der Anlage eine Darstellung an, welche Leistungen erbracht worden seien, die aber nicht beigefügt worden war. Diese begründe die Abrechenbarkeit der Nr. 2702 GOÄ-82. Zur Einreichung weiterer Unterlagen bat sie um Schriftsatznachlass, woran die Beklagte unter Datum vom 22.12.2010 erfolglos erinnerte.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 24.01.2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Bezüglich der Nr. 2702 GOÄ-82 (Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten - auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten -, je Kiefer) führte sie aus, das Wiedereingliedern einer herausnehmbaren Verbandsplatte (nach den Nr. 2700 bzw. 2701 GOÄ) sei nach der Leistungslegende nicht abrechenbar, wobei sie die Abrechenbarkeit der Leistung im Einzelnen weiter erläuterte. Die medizinische Indikation sowie die entsprechenden therapeutischen Maßnahmen seien aus der Originalkarteikarte nicht erkennbar. Mit dem Widerspruch würden neue Erkenntnisse nicht dargelegt werden. Für die Wiederholungsanästhesien in Verbindung mit einer Intubationsnarkose sei die medizinische Indikation und/oder Uhrzeit im OP-Bericht nicht dokumentiert worden. Mit dem Widerspruch würden neue Erkenntnisse nicht dargelegt werden. Die Häufigkeit der Wiederholungsanästhesien übersteige die Maximaldosis von Anästhetika. Die Menge der Anästhetika sei fachlich unplausibel. Die Nr. 8272 GOÄ-82 (Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer) sei ohne dokumentierte Indikation bei ambulant operierten Patienten nicht angezeigt und unplausibel, da der Patient notwendige Medikamente "per os" einnehmen könne. Die Beklagte merkte ferner an, eine chronologisch zusammenhängende Karteikartenführung liege nicht vor, vielmehr sei die Karteikarte nach Behandlungsabschnitten getrennt und es seien nur Abrechnungskürzel aufgeführt, weitere Dokumentationen in der Originalkarteikarte seien nicht erkennbar. Allerdings seien handschriftliche Ergänzungen erkennbar. Handschriftliche Ergänzungen mehr als vier Jahre nach der Originaldokumentation seien inakzeptabel und nicht verwertbar. Vor diesem Hintergrund sei es wahrscheinlich, dass die Originalkarteikarte nicht zeitnah geführt worden sei.

Hiergegen hat die Klägerin am 05.02.2013 die Klage erhoben. Sie trägt vor, Wiederholungsanästhesien seien bei einer Anästhesiedauer von mehr als drei Stunden abrechenbar. Die Forderung, dass nunmehr auch in dem OP-Protokoll die Uhrzeiten der Wiederholungsanästhesie angegeben werden sollten, gehe über die bisher geübte Praxis hinaus und sei zudem nicht üblich. Es sei nicht üblich, im OP-Protokoll Uhrzeiten von Wiederholungsanästhesien anzugeben. Bezüglich der Nr. 2702 GOÄ - 82 sei darauf hinzuweisen, dass durch die handschriftlichen Notizen, die nicht erst jetzt, sondern unmittelbar nach der Operation gefertigt worden seien, deutlich dokumentiert sei, welche Änderungen an den Verbandsplatten durchgeführt worden seien. Die Absetzung der Nr. 8272 GOÄ - 82 sei nicht nachvollziehbar. Es sei eindeutig angegeben worden, welche Medikamente infundiert worden seien. Hierdurch ergebe sich, warum sie infundiert worden seien. Es handle sich insbesondere um Schmerzinfusionen und um die Antibiotikagabe. Eine i. V.-Gabe sei wesentlich besser wirksam, nachdem insbesondere bei intraoral operierten Patienten mit großer Wundfläche die Resorption unsicher sei. Auch komme es bei einer sachlich-rechnerischen Berichtigung nicht auf die Frage einer Alternativerbringung an. Dies betreffe die Frage der Wirtschaftlichkeit. Handschriftliche Ergänzungen seien ebenso wie eine Erläuterung der Dokumentation möglich.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid vom 13.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.01.2013 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden und trägt ergänzend vor, der Hinweis auf die dreistündige Operationsdauer reiche nicht zur Begründung der Wiederholungsanästhesien aus. Erforderlich sei eine zeitliche Zuordnung der Anästhesiemaßnahmen. Auch aus den QM-Bogen sei nicht nachvollziehbar, an welcher Stelle und zu welchem Zeitpunkt der Operation eine Wiederholungsanästhesie erforderlich geworden sei. Es liege somit ein klägerischer Dokumentationsmangel vor, der hier eine Anerkennung erhöhter Wiederholungsanästhesien ausschließe. Der in der Klageschrift erfolgte Hinweis auf das OP-Protokoll, gemeint sei das QM-Protokoll, bzgl. der Nr. 2702 GOÄ - 82 sei nicht nachvollziehbar, da hier keinerlei Aufzeichnungen hierzu gemacht worden seien. Vielmehr befänden sich entsprechende Angaben auf einem Karteikartenauszug vom 11.10.2010. Es handle sich dabei um entsprechende handschriftliche Ergänzungen. An der Verwertbarkeit dieser Angaben stünden erhebliche Zweifel. Es sei völlig ungeklärt, zu welchem Zeitpunkt diese handschriftlichen Angaben gemacht worden seien und ob es sich dabei um eine Kopie der Originalkartei handle. Entsprechende Aufzeichnungen müssten im zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung erfolgen, ansonsten seien sie zur Nachweiserbringung nicht geeignet. Soweit die Notwendigkeit zu einer Verabreichung der Medikamente per Infusion nicht gesondert dokumentiert werde, sei die Leistungserbringung nach Nr. 8272 GOÄ - 82 nicht ausreichend nachgewiesen.

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 13.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.01.2013 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.

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, Urt. v. 01.07.1998 - [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 veranlasster 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 überhöht 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 Prüfgremien in Betracht (vgl. BSG, Urt. 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, Urt. v. 20.03.1996 - [B 6 KA 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 abgesetzten und noch strittigen Leistungen nach Nr. 40 und 41a BEMA-Z, Nr. 2702 und Nr. 8272 GOÄ-82 im konkreten Behandlungsfall nicht oder nicht vollständig erbracht worden sind, weil es hierfür an einem Nachweis fehlt. Damit handelt es sich um eine sachlich-rechnerische Berichtigung.

Zum Zeitpunkt des Zugangs des angefochtenen Bescheids war die Ausschlussfrist von vier Jahren noch nicht verstrichen. Der Berichtigungsbescheid erging bereits nach etwas mehr als einem Jahr nach der strittigen Behandlung.

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 Vertrauensausschlussstatbestände 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). Die vierjährige Ausschlussfrist zur Berichtigung beginnt mit dem Tag der Bekanntgabe des ursprünglichen Bescheides und nicht mit dem Ablauf des Jahres, in dem dieser Bescheid erlassen worden ist (vgl. BSG, Urt. v. 28.03.2007 - [B 6 KA 22/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 35](#) = [BSGE 98, 169](#) = [GesR 2007, 461](#) = USK 2007-35 = ZMGR 2008, 144, juris Rdnr. 18). Das Datum der Bekanntgabe eines Verwaltungsaktes ([§ 37 SGB X](#)) ist typischerweise feststellbar. Jeder Honorarbescheid trägt das Datum, unter dem er von der K(Z)ÄV erstellt und versandt worden ist. Dann lässt sich verlässlich berechnen, wann der Verwaltungsakt als bekannt gegeben gilt, sofern sich der Zeitpunkt der Bekanntgabe nicht ohnehin aus Zustellungsurkunden oder ähnlichen Nachweisen ergibt. Der Tag der Erstellung der jeweiligen Quartalsabrechnungsbescheide, der Termin ihrer Versendung an die Vertrags(zahn)ärzte und die darauf beruhende rechtliche Feststellung des Zeitpunktes der Bekanntgabe ([§ 37 Abs 2 SGB X](#)) ist regelmäßig anhand der Unterlagen der K(Z)ÄV zu ermitteln (vgl. BSG, Urt. v. 28.03.2007 - [B 6 KA 22/06 R](#) - a.a.O., juris Rdnr. 25).

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 Darlegungen und Nachweise für die vollständige Leistungserbringung obliegen dem Leistungserbringer, der Vertragszahnarzt ist dabei 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, s. auch § 7 Abs. 3 EKV-Z). Er hat die erforderlichen Nachweise grundsätzlich bereits mit der Abrechnung vorzulegen (§ 5 Ziff. 2 Satzung der Beklagten). 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 (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). 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 Absetzung der Anästhesieleistungen war berechtigt. Es ist nicht nachgewiesen, dass die Klägerin die abgesetzten Leistungen tatsächlich erbracht hat.

Die Klägerin hat keinerlei Unterlagen vorgelegt, aus denen sich die medizinische Indikation und Uhrzeit für die Wiederholungsanästhesien ergibt. Die Kammer hat bereits wiederholt 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 Ausnahmeharakters 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. Das Abrechnungsformular und der Op-Dokumentationsbogen enthalten solche Angaben nicht. Soweit die Klägerin ein "Abrechnungsformular" mit handschriftlichen Ergänzungen bzgl. des Zeitablaufs und Uhrzeiten nachgereicht hat, ist dies nicht zur Nachweisführung geeignet, da es sich nicht um eine Behandlungsdokumentation handelt, sondern offensichtlich um nachträglich angefertigte Aufzeichnungen der Klägerin. Insofern handelt es sich bei diesen Aufzeichnungen um einen bloßen Parteivortrag, die keinen Nachweis erbringen können.

Die Beklagte hat auch zu Recht die Leistungen nach Nr. 8272 GOÄ-82 abgesetzt. Auch hierfür fehlt es an einem Nachweis. Nr. 8272 GOÄ-82 beinhaltet eine Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer und wird mit 20 Punkten bewertet. Die Kammer hat bereits in einer zwischen den Beteiligten ergangenen Entscheidung entschieden, dass bei fehlender Dokumentation der Indikation und der angewandten Maßnahmen ein allgemeiner Hinweis nur auf die Erforderlichkeit der Infusion zum Nachweis der Leistung nicht ausreicht (vgl. SG Marburg, Urt. v. 20.06.2012 - [S 12 KA 137/11](#) -, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 40/12](#) -).

Dem Hinweis auf eine übliche orale Einnahme ist die Klägerin lediglich mit den Ausführungen entgegengetreten, es habe sich um Schmerzinfusionen und um die Antibiotikagabe gehandelt, eine i. V.-Gabe sei wesentlich besser wirksam, nachdem insbesondere bei intraoral operierten Patienten mit großer Wundfläche die Resorption unsicher sei. Auch komme es bei einer sachlich-rechnerischen Berichtigung nicht auf die Frage einer Alternativerbringung an. Dies betreffe die Frage der Wirtschaftlichkeit. Der Hinweis der Beklagten auf eine Alternativerbringung begründet aber keine Unwirtschaftlichkeit, sondern dient der Darlegung berechtigter Zweifel, ob Infusionen tatsächlich erbracht worden sind. Auch hierfür hätte es deshalb eines weiteren Nachweises seitens der Klägerin bedurft, z. B. der Vorlage der zeitnah erstellten Dokumentation.

Die Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 sind zu Recht abgesetzt worden. 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.

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](#) -).

Die Klägerin hat lediglich mit einem Stempelaufdruck auf dem Abrechnungsformular behauptet, die Leistung sei nicht für die Abnahme der Verbandsplatten, sondern für das Aufdrehen und Stabilisierung der Dehnapparatur erfolgt. Im Widerspruchsverfahren hat sie hierauf verwiesen, ohne einen Nachweis hierfür vorzulegen bzw. anzubieten. Die handschriftlich ergänzte Aufstellung der Abrechnung mit fünf verschiedenen Begründungselementen ist als Nachweis nicht geeignet. Damit hat sie lediglich ihren Vortrag ergänzt, eine zum Nachweis geeignete Dokumentation, die zeitnah erstellt sein muss, kann darin nicht erkannt werden. Im Übrigen erfüllt ein bloßes Aufdrehen und unspezifiziertes Stabilisieren der Dehnapparatur nicht den Leistungsinhalt der mit immerhin 34 Punkten bewerteten Leistung.

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). 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