

L 4 KA 48/12

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

4

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 150/12

Datum

20.06.2012

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 48/12

Datum

24.10.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 20. Juni 2012 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die KB-Abrechnung 4/2008 im Behandlungsfall Frau C. C. (AOK Hessen) und hierbei über die Absetzung der Leistungen nach Nr. 40 (I) BEMA (achtmal), 2702 GOÄ-82 (17mal) und Nr. 38 BEMA (30mal) im Wert von 806,73 EUR.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis. Herr Dr. Dr. A. ist Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Zahnarzt, die übrigen beiden Mitglieder sind Zahnärzte. Sie sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Die Klägerin hat mit Behandlungsplan vom 14. November 2007 für die Patientin Frau C. C., geb. 1975, im Rahmen eines kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Eingriffs verschiedene Leistungen zur Abrechnung gebracht. Den Eingriff führte sie am 14. April 2008 durch. In der Zeit bis zum 24. April 2008 folgten mehrere Nachbehandlungstermine.

Die Beklagte bat unter Datum vom 15. Mai 2008 zur besseren Beurteilung hinsichtlich der Abrechnungsfähigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit um Übersendung des OP-Berichts, der Röntgenaufnahmen und um Stellungnahmen im Hinblick auf: Notwendigkeit der Wiederholung der Anästhesien bei Eingriff vermutlich in Vollnarkose (Behandlungstag 14. April 08)

- Notwendigkeit der zweimaligen Abrechnung eines Besuchs und der Nachbehandlung am Tag des operativen Eingriffs (14. April 2008)
- Notwendigkeit der Vielzahl von Besuchen im Hinblick auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit
- Notwendigkeit des zweimaligen Ansatzes der Nr. 2702 an einem Behandlungstag (15., 16., 17., 18., 19., 20. und 21. April 2008) im selben Kiefer Notwendigkeit der Vielzahl von Nachbehandlungen (Nr. 38 BEMA) im Zusammenhang mit der Abrechnung der Nr. 2702 GOA-82 (Behandlungstage 14., 15., 16., 17., 18., 19., 20. und 24. April 2008).

Auf die Anfrage der Beklagten reagierte die Klägerin nicht. Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 28. April 2009 die strittigen Leistungen ab, da die Notwendigkeit der Indikation nicht nachgewiesen worden sei.

Hiergegen legte die Klägerin am 11. Mai 2009 Widerspruch ein. Sie trug vor, die Wiederholungen der Anästhesien seien medizinisch notwendig gewesen aufgrund der Eingriffsdauer, die sich nicht zuletzt aus der Notwendigkeit der Stillung einer intensiven Blutung in Regio 18 und 28 sowie der Kieferhöhlenrevision ergeben habe. Die Wiederholung sei nach drei Stunden und zehn Minuten erfolgt. Die Nr. 2702 GOÄ-82 habe umfangreiche Änderungen an der Dehnapparatur im Oberkiefer beinhaltet. Aus diesem Grund seien die Leistungen nach zu erstatten. Dass nach einer Le-Fort-I-Osteotomie Nachbehandlungen notwendig seien, sollte selbstverständlich sein. Hier habe es sich um Wundbehandlungsmaßnahmen, Abtragung von Nekrosen und Reinigungen, Spülungen etc. gehandelt.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 8. Juni 2010, der Klägerin mit Postzustellungsurkunde am 10. Juni 2010 zugestellt, den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, wenn neben einer bereits bestehenden Vollnarkose zusätzliche Infiltrations- und Leitungsanästhesien verabreicht würden, seien nähere Angaben zum Zeitablauf und zum örtlichen Bereich der Anästhesien erforderlich. Die vollständige Leistung sei dabei mit der Abrechnung nachzuweisen. Sie habe keinen Nachweis darüber erhalten, wann in

welchem Bereich die Anästhesien bezogen auf den Operationsverlauf verabreicht worden seien und aus welchem Grund. Der Vortrag der Klägerin sei für einen Nachweis ungenügend. Die Verabreichung der Anästhesien oder zumindest die Dauer der Operation sei weder durch einen OP-Bericht noch durch ein Anästhesieprotokoll oder sonstige Unterlagen näher dokumentiert worden. Für die Stillung einer Blutung in Regio 18 und 28 ergäben sich zwar Hinweise aus der Abrechnung, wonach die Klägerin im Bereich der Zähne 18 und 28 jeweils eine Leistung nach Nr. 37 (Nb12) BEMA abgerechnet habe. Allerdings habe die Klägerin Wiederholungsanästhesien für die gesamte obere Zahnreihe abgerechnet. Insofern sei gerade nicht belegt worden, dass die Wiederholungsanästhesien zur Stillung einer Blutung erforderlich gewesen seien. Der Hinweis der Klägerin reiche für die Begründung der Leistung nach Nr. 2702 GOÄ-82 nicht aus. Bei bestehenden und vorgetragenen Zweifel an der eingereichten Abrechnung obliege es dem Vertragszahnarzt, diese Zweifel durch dezidierten und beweisbaren Vortrag auszuräumen. Bezüglich der Nachbehandlungsmaßnahmen übersehe sie nicht, dass eine Le-Fort-1-Osteotomie umfangreiche Nachbehandlungsmaßnahmen erforderlich machen könne. Der Vortrag der Klägerin sei jedoch nicht für einen Nachweis geeignet, der Gebührentatbestand sei in jedem der abgerechneten 32 Einzelfälle erfüllt gewesen.

Hiergegen hat die Klägerin am 5. Juli 2010 Klage beim Sozialgericht Marburg (Az.: S 12 KA 507/10) erhoben. Sie hat einen QM Op Dokumentationsbogen für die Operation am 14. April 2008 und einen auf den 15. Juni 2010 datierten auszugsweisen Ausdruck aus der Patientenkartei mit handschriftlichen Anmerkungen (4 Seiten) vorgelegt und vorgetragen, die Beklagte erkenne zwar an, dass eine Leistung der Nr. 37 BEMA bzw. eine Le-Fort-I-Osteotomie vorgenommen worden sei, sie ziehe hieraus jedoch nicht die notwendigen Schlüsse. Ferner nehme sie Bezug auf den Auszug der Karteikarte, in dem die einzelnen Leistungen für die Ä 2702 und 38 für die Gaumenerweiterung erläutert worden seien. Bezüglich der Leistung nach Nr. 40 BEMA nehme sie Bezug auf das QM-Protokoll, wonach Wiederholungsanästhesien nach einer Dauer von drei Stunden und 10 Minuten verabreicht worden seien.

Die Beklagte hat auf ihre Ausführungen in der angefochtenen Entscheidung verwiesen und weiter vorgetragen, eine Nachreichung von Nachweisen im Gerichtsverfahren sei ausgeschlossen. Die vollständige Leistungserbringung sei grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen. Dies beruhe darauf, dass die Kenntnis solcher möglicherweise entscheidungserheblichen Tatsachen allein in der Sphäre der Klägerin liege, soweit sie nicht offenkundig seien und von Amts wegen erkannt werden könnten. Sie habe die Klägerin bereits mit Schreiben vom 15. Mai 2008 auf die Vorlage von Nachweisen hingewiesen.

Mit Beschluss vom 15. September 2010 hat das Sozialgericht das Verfahren ruhend gestellt und das Verfahren am 26. März 2012 von Amts wegen wieder aufgerufen (Az.: S 12 KA150/12).

Mit Urteil vom 20. Juni 2012 hat das Sozialgericht die Klage als unbegründet abgewiesen. Der angefochtene Bescheid vom 28. April 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Juni 2010 sei rechtmäßig.

Gegen das ihr am 25. Juni 2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20. Juli 2012 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt.

Die Klägerin wiederholt ihr erstinstanzliches Vorbringen und rügt, dass das Sozialgericht nicht auf die Anlage der Klageschrift mit dem zitierten Auszug aus der Karteikarte und dem QM-Protokoll eingehe. Es handele sich bei den handschriftlichen Ergänzungen der Karteikarte um Erläuterungen der elektronischen Karteikarte, nicht um die Dokumentation selbst. Soweit die Beklagte die Auffassung vertrete, die OP-Berichte und QM-Protokolle müssten in der elektronischen Karteikarte "verankert" sein, sei dies falsch und entspreche auch nicht der üblichen gelebten Praxis.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 20. Juni 2012 und den Bescheid der Beklagten vom 28. April 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juni 2010 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, es obliege der Klägerin, die von ihr abgerechneten Leistungen nachzuweisen. Nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens vorgelegten Unterlagen könnten nicht mehr berücksichtigt werden. Unabhängig hiervon dokumentierten die nachgereichten Unterlagen die abgerechneten Leistungen nicht. Im nachgereichten QM-Protokoll werde zwar die Dauer der Operation aufgeführt, es fehle aber ein Vermerk über den Bereich der Verabreichung bezogen auf den Operationsverlauf. Es sei nicht belegt, dass die Wiederholungsanästhesien zu Stillung einer Blutung erforderlich gewesen seien. Der handschriftlich ausgefüllte QM-Bogen sei erst mit dem Klageschriftsatz vorgelegt worden, dies weise auf eine erst spätere Erstellung des Bogens hin; für eine verwertbare Dokumentation sei erforderlich, dass sie zeitnah erstellt werden. Die nachgereichten Karteikarten weisen die Notwendigkeit der Indikation der Nr. 2702 GOÄ-82 nicht nach. Dies gelte insbesondere, weil die Erläuterungen handschriftlich hinzugefügt worden seien und die Karteikarten erst Jahre nach der Behandlung vorgelegt worden seien. Für die Leistungen nach Nr. 38 BEMA gelte Entsprechendes. Die pauschalen handschriftlichen Zusätze "Wundreinigung und Spülung" seien nicht geeignet, die Leistungen in den 30mal abgerechneten Fällen nachzuweisen. Auf Anforderung des Senats hat die Beklagte eine Stellungnahme ihres Vorstandsbeauftragten für Qualitätsförderung- und -sicherung, Abrechnungsfragen, Dr. D., vom 8. August 2017 vorgelegt.

Wegen des Sach- und Streitverhältnisses im Einzelnen wird auf den Inhalt der Gerichts- und der Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Das Urteil des Sozialgerichts ist nicht zu beanstanden. Der Bescheid der Beklagten vom 28. April 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Juni 2010 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Gemäß [§ 106a Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) in der bis zum 31. Dezember 2016 gültigen

Fassung (des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#)), a. F.), der nach [§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) auch für Zahnärzte gilt, prüfen die K(Z)ÄVen und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Nach [§ 106a Abs. 2 Satz 1 Teilsatz 1 SGB V](#) a. F. ist die Beklagte berechtigt und verpflichtet, die vom Vertragsarzt eingereichten Honorarforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. richtigzustellen.

Die mit dem streitgegenständlichen Verwaltungsakt durch die Beklagte vorgenommenen Absetzungen der Leistungen nach 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), Nr. 38 BEMA (Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung, je Sitzung) und Nr. 40 (I) BEMA (Infiltrationsanästhesie) sind materiell-rechtlich nicht zu beanstanden, denn die Leistungserbringung durch die Klägerin in dem streitgegenständlichen Behandlungsfall ist nicht nachgewiesen.

Nach der Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 27. Mai 2015, [L 4 KA 50/12](#)) ergeben sich Nachweis- und Dokumentationspflichten bezüglich der (vertrags-)ärztlichen bzw. (vertrags-)zahnärztlichen Leistungen für den behandelnden Arzt aus unterschiedlichen Gesichtspunkten und Perspektiven mit je unterschiedlichen Anforderungen. So erfordert die abstrakte Möglichkeit eines Arztwechsels oder einer Folgebehandlung durch einen anderen Arzt eine Dokumentation von Diagnose und ärztlicher Behandlung, die einen anderen Arzt in die Lage versetzt, die Behandlung fortzusetzen. Hierauf zielen entsprechende Berufs- und standespolitische Standards, sowie die Verpflichtung des Kassenzahnarztes, dem Vertrauensarzt auf Anforderung die diagnostischen Unterlagen bestimmter Behandlungsfälle zur Verfügung zu stellen (§ 16 Abs.1 BMV Z). Gesichtspunkte der Haftung und des Regresses legen es dem behandelnden Arzt nahe, seine Behandlung so zu dokumentieren, dass er eine lege artis durchgeführte Behandlung nachweisen kann um einer Haftung oder auch nur einer Beweislastumkehr im Haftungsprozess entgegen zu können. Hierzu hat insbesondere der BGH entsprechende Grundsätze entwickelt, auf die die Beteiligten hingewiesen haben.

Hiervon zu unterscheiden sind die Aufzeichnungs- und Dokumentationspflichten des behandelnden Arztes im Rahmen der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringung.

Nach § 5 des BMV-Z (Stand 1. Februar 2008) 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 (Abs. 1). Diese Aufzeichnungen sowie die diagnostischen Unterlagen bei kieferorthopädischen Behandlungen sind vom Vertragszahnarzt mindestens vier Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist für Röntgenaufnahmen richtet sich nach der Röntgenverordnung (Abs. 2).

§ 7 des Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte (EKVZ) schreibt dem Vertragszahnarzt vor, 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 (Abs. 1). Die Aufzeichnungspflichten bezüglich der Röntgendiagnostik sind in § 28 der Röntgenverordnung geregelt.

Diese allgemeinen Nachweis- und Dokumentationspflichten werden konkretisiert durch Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten, die sich für den Vertrags(zahn)arzt aus dem vertrags(zahn)ärztlichen Abrechnungsrecht und dem allgemeinen Grundsatz ergeben, dass dieser im Rahmen seiner Abrechnung die Voraussetzungen der beanspruchten Gebührenpositionen unter Beachtung des unmittelbar verpflichtenden Gebots der Wirtschaftlichkeit jedenfalls nach Beanstandungen und Nachfragen der Beklagten nachzuweisen hat. Dies gilt auch für die besonderen Leistungsvoraussetzungen von qualifizierten, d.h. aufwändigeren und daher höher dotierten Leistungspositionen. Es ist insoweit nicht ausreichend, dass der leistungserbringende Arzt nachweist, dass die Leistung erbracht wurde, der Nachweispflicht unterfällt auch, dass die aufwändigere (und daher höher honorierte) Leistung gegenüber einer weniger aufwändigen (geringer honorierten) Leistung erforderlich war, d.h. die den höheren Aufwand für den Leistungserbringer bedingenden Umstände müssen ebenfalls nachgewiesen werden.

Selbstverständlich ist, dass ein ärztlicher Leistungserbringer nur Leistungen abrechnen darf, die er tatsächlich auch erbracht hat, andernfalls wäre der objektive Straftatbestand des Betruges ([§ 263 StGB](#)) erfüllt. Unzulässig und wohl auch strafrechtlich erheblich wäre auch die Abrechnung von Leistungen, die medizinisch nicht erforderlich sind, wobei die Therapiefreiheit des Leistungserbringers zu wahren ist. Im Übrigen stellen sich die Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten der (Zahn-)Ärzte im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung als Obliegenheiten dar: Soweit diesen nicht hinreichend nachgekommen wird, wird der entsprechende Honoraranspruch verwirkt. Die Beklagte und das Sozialgericht sind daher zutreffend davon ausgegangen, dass nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen (Gebührenpositionen) als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen sind und daher nicht abgerechnet werden können (Senatsurteil vom 27. Mai 2015, [L 4 KA 50/12](#); s.a. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26. November 2014, Az.: [L 3 KA 70/12](#), in diesem Sinne begründet das Fehlen der Dokumentation einer aufzeichnungspflichtigen ärztlichen Maßnahme im Arzthaftungsrecht nach st.Rspr. des BGH)z. B. Urteil vom 11. November 2014 Az.: [VI ZR 76/13](#); vgl. nunmehr auch [§ 630h Abs. 3 BGB](#) (die Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist).

Der Umfang der Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten bzw. obliegenheiten im vertrags(zahn)ärztlichen Abrechnungsrecht bestimmt sich nach den jeweiligen Voraussetzungen der Gebührenpositionen sowie ggf. nach ergänzenden Vorschriften (zur Relevanz der Richtlinienvorgaben des G-BA für die Vergütung für Substitutionsbehandlungen s. BSG, Urteil vom 23. Juni 2010, [B 6 KA 12/09 R](#)). Die Leistung ist im Einzelfall hinsichtlich der (gebührenrechtlich) wesentlichen Umstände und den konkreten Behandlungsmaßnahmen (insbes. hinsichtlich des betroffenen Zahns, ggf. der Zeit) konkretisiert nachzuweisen (zur Nachweispflicht s. Ossege, in: Bechtold/Huster/Rehborn (Hrsg.), Gesundheitsrecht 2015, [§ 106 SGB V](#), Rn 13). Die Dokumentation einer (zahn)ärztlichen Behandlung hat auch zeitnah zu erfolgen, da mit zunehmender zeitlicher Distanz immer weniger gewährleistet ist, dass die Dokumentation auch der erfolgten Behandlung entspricht. Einem erst nach Jahren erstellten Operationsbericht kann daher der Beweiswert abgesprochen werden.

Entgegen der Auffassung der Beklagte, dass lediglich das Vorbringen des abrechnenden Vertragsarztes bis zum Erlass des

Widerspruchsbescheids zu berücksichtigen ist, besteht nach der gefestigten Rechtsprechung des Senats in Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung anders als in den Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung mangels hinreichender Gründe keine (allgemeine) Präklusion des Tatsachenvortrags, der erst im Gerichtsverfahren erfolgt. Die (Zahn-)Ärzte sind daher mit neuem bzw. ergänzendem Sachvortrag im sozialgerichtlichen Verfahren gem. [§ 157 SGG](#) nicht aus-geschlossen (Senatsurteil vom 20. März 2013, Az.: [L 4 KA 60/10](#) und vom 27. Mai 2015, [L 4 KA 50/12](#)). Allerdings unterliegt ein erst im Gerichtsverfahren nachgetragener Vortrag bzw. nachgeschobene Beweismittel vor dem Hintergrund der vertrags(zahn)ärztlichen Verpflichtung zu einer zeitnahen Dokumentation und der Verpflichtung zur umfassenden Darlegung und Dokumentation der abgerechneten Leistungspositionen im (gestuften) Abrechnungsverfahren in der Gesamtwürdigung des Einzelfalls einer verstärkten Glaubwürdigkeitskontrolle (Senatsurteil vom 27. Mai 2015, [L 4 KA 50/12](#)).

Ausgehend von diesen Grundsätzen sind die von der Klägerin mit der Klageschrift vorgelegten Unterlagen – ein auf den 15. Juni 2010 datierter Auszug aus der elektronisch geführten Patientenkarteikarte und die Kopie des "QM Op Dokumentationsbogen" datiert auf den 14. April 2008 – für den Nachweis der vollständigen Leistungserbringung nicht geeignet.

Zunächst wird die Erbringung der Leistung nach Nr. 38 BEMA (30mal) hierdurch nicht nachgewiesen. Der Auszug aus der elektronisch geführten Patientenkartei entspricht nicht den vorgenannten Anforderungen an eine ordnungsgemäße Dokumentation. Dies gilt ungeachtet der Frage, wann die elektronische Dokumentation, deren Ausdruck das Datum des 15. Juni 2010 trägt, tatsächlich erstellt wurde und ob dies noch die Anforderungen an eine zeitnahe Dokumentation erfüllt, denn die Angaben erschöpfen sich in der Bezeichnung der abgerechneten Leistung durch Angabe der Gebührenordnungsziffer und der zugeordneten Leistungsbezeichnung ("Nachbehandlung"). Eine auf den Behandlungsfall individualisierte Aufzeichnung des Leistungsgeschehens findet sich lediglich hinsichtlich des Behandlungsdatums und der Angabe der behandelten Zahnregion. Weitere Angaben, insbesondere der erhobene Befund, die Indikation oder die Art der zweimalig pro Tag (in unterschiedlichen Kieferregionen) abgerechneten Nachbehandlung, sind nicht vermerkt. Nicht zur berücksichtigen waren die handschriftlichen Ergänzungen auf dem Ausdruck, die nach den eigenen Angaben der Klägerin im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht und im Schriftsatz vom 15. Februar 2018 lediglich eine "Erläuterung der elektronischen Karteikarte" darstellen und nicht die Dokumentation selbst. Als nachträglich und offenkundig nicht zeitnah zu der streitgegenständlichen Behandlung, sondern auf dem über zwei Jahre danach erstellten Ausdruck angebrachte Ergänzungen verlieren diese Erläuterungen für den Nachweis der Leistungserbringung ihre Beweiswert. Dies gilt selbst dann, wenn für wahr unterstellt wird, dass der – trotz Aufforderung des Senats nicht namentlich benannte – Ersteller der handschriftlichen Anmerkungen hier auf Anweisung des Operateurs Dr. Dr. A. gehandelt haben sollte. Selbst wenn diese Anmerkungen intellektuell dem Vertragsarzt zugerechnet werden könnten, ist es nach über zweijährigem zeitlichen Abstand zu der Behandlung nicht gewährleistet, dass diese Angaben der tatsächlich durchgeführten Behandlung entsprechen.

Entsprechendes gilt für die Erbringung der Leistung nach Nr. 2072 GOÄ-82. Aus den genannten Gründen sind die als Behandlungsdokumentation nachgereichten Unterlagen nicht zum Nachweis der Leistungserbringung geeignet.

Auch die Erbringung der Leistung nach Nr. 40(I) BEMA (achtmal) im Rahmen des streitgegenständlichen Abrechnungsabschnitts als Wiederholungsanästhesien ist nicht nachgewiesen. Zwischen den Beteiligten und auch in der Leistungslegende von Nr. 40 (I) BEMA ist geklärt, dass Infiltrationsanästhesien (Lokalanästhesie mit intra- oder subkutaner bzw. intramuskulärer Umspritzung eines Operationsgebiets, Pschyrembel, 260. Auflage 2004) pro Sitzung an derselben Stelle nur einmal berechenbar sind; ausgenommen hiervon sind lang dauernde Eingriffe (Nr. 40 (I) BEMA Ziff. 3). Allerdings ist der Begriff "lang dauernder Eingriff" nicht näher definiert, wobei nach Auffassung der Beklagten diese Voraussetzung bei einer Operationsdauer von mindestens drei Stunden anzunehmen ist. Nach dem im Klageverfahren vorgelegten QM Op Dokumentationsbogen ergibt sich eine Operationsdauer von 3 Stunden und 20 Minuten sowie die Angabe der Wiederholungsanästhesien nach 3 Stunden und 10 Minuten. Allerdings ist dem QM Op Dokumentationsbogen zu nicht entnehmen, in welchem Bereich die einzelnen Lokalanästhesien verabreicht worden sind. In dem Auszug aus der Patientenkartei findet sich demgegenüber keinerlei Hinweis auf die Leistungserbringung. Nr. 40(I) BEMA, das Setzen einer Infiltrationsanästhesie, wird in den vorgelegten Unterlagen nicht erwähnt. Die Angabe des Bereichs in der Dokumentation ist aber schon deshalb notwendig, weil nach Nr. 40 (I) BEMA Ziff. 2 für zwei nebeneinander stehende Zähne die Leistungsziffer grundsätzlich nur einmal berechnet werden kann (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zu BEMA und GOZ. 117. Lieferung Stand: Dezember 2017 zu Nr. 40 BEMA, Anm. 2.4). Darüber hinaus ist zwar zur (zentralen) Narkose oder Analogsedierung für die völlige Schmerzausschaltung oftmals eine lokale Anästhesie erforderlich und dann als vertragsärztliche Leistung zu erbringen, wenn im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen eine andere Arzt der Schmerzausschaltung nicht möglich ist (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zu BEMA und GOZ. 117. Lieferung Stand: Dezember 2017 zu Nr. 40 BEMA, Anm. 2.6), die Indikation zur zusätzlichen Lokalanästhesie ist deshalb aber, ebenso wie nach Auffassung des Senats das verabreichte Anästhetikum, zu dokumentieren. Dies gilt erst recht im Wiederholungsfall.

Die Kostengrundsentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-05-02