

## S 12 KA 151/12

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 151/12  
Datum  
20.06.2012  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 49/12  
Datum  
24.10.2018  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die KB-Abrechnung 01, 02 und 03/2009 im Behandlungsfall Frau E. E. (KKH-Allianz) und hierbei noch um die Absetzung von Leistungen nach Nr. 40 (I) BEMA, 41a (L1) BEMA, 2702 GOÄ-82 und 8271 GOÄ-82 im Wert von noch 1.527,20 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 brachte mit Behandlungsplan vom 13.03.2008 für die 1983 geborene Patientin Frau E. E. im Rahmen einer kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Therapie Leistungen für eine bimaxilläre Umstellungsosteotomie zur Abrechnung. Die Operation führte sie am 19.01.2009 durch. In der Zeit bis zum 26.01.2009 folgten täglich Nachbehandlungen. Weitere Nachbehandlungsmaßnahmen vom 28.01. und 20.02.2009 rechnete die Klägerin mit Folgeplänen vom 06.02. und 10.03.2009 ab. Eine Nachbehandlung vom 04.03.2009 rechnete sie mit Behandlungsplan vom 05.03.2009 ab.

Die Beklagte bat unter Datum vom 09.02.2009 hinsichtlich der Abrechnungsfähigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit um Stellungnahme zur Problematik: Fünf große Nachbehandlungskomplexe und ein chirurgischer Eingriff am selben Tag seien nicht nachvollziehbar.

Die Klägerin erklärte hierzu unter Datum vom 07.05.2009, bei dem Eingriff am 19.01.2009 in Intubationsnarkose habe es sich um eine bimaxilläre Umstellungsosteotomie gehandelt, einem mehrstündigen Eingriff. Die Patientin sei im Aufwachraum zur Nachbeobachtung verblieben. Es sei dann zu einer Nachblutung gekommen, die gegen 17:00 Uhr behandelt worden sei. Gleichzeitig seien noch Wundbehandlungen im Ober- und Unterkiefer (getrennte Lokalisation) erfolgt. Gegen 20:00 Uhr sei dann eine ausgeprägte Schwellung im Bereich des linken Mittelgesichtes aufgefallen. Es sei sodann eine endonasale Kieferhöhlenrevision endoskopisch durchgeführt worden, um auszuschließen, dass es im Bereich der linken Kieferhöhle zu einer vermehrten Blutung gekommen sei. Gegen 21:00 Uhr sei dann eine erneute Wundkontrolle durchgeführt worden, um eine Blutung auszuschließen. Sie habe Wundbehandlungsmaßnahmen durchgeführt. Aufgrund der ausgeprägten Schwellung, die sich mittlerweile entwickelt gehabt hätte, hätten einzelne Drähte in das Zahnfleisch und in die Lippe der Patientin gedrückt. Hier hätten Änderungen an der Schuchardt-Schiene im Ober- und Unterkiefer vorgenommen werden müssen. Es habe sich hierbei um das Abbiegen von Drahthäkchen und um das Abdecken mit Kunststoff gehandelt. Um 22:00 Uhr habe sie dann eine erneute Untersuchung der Patientin vorgenommen. Es sei immer noch zu einer leichten Sickerblutung aus dem linken Nasenloch gekommen. Aus diesem Grunde sei Herr Dr. Dr. A. ohne Erbringung weiterer Leistungen zur Beobachtung bei der Patientin geblieben, bevor diese dann in den frühen Morgenstunden aus dem Aufwachraum hätte entlassen werden können.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 03.07.2009 alle Wiederholungen der Nr. 40 (insgesamt 8x) und 41a BEMA (insgesamt 2x) am Behandlungstag 19.01.2009 ab, ebenso alle Wiederholungen der Nr. 40 (insgesamt 3x) an diesem Behandlungstag im Rahmen der Nachbehandlung, da deren Notwendigkeit in Verbindung mit einem Eingriff in Allgemeinnarkose nicht gegeben sei. Ferner setzte sie den Ansatz der Nr. 2255 GOÄ-82 2x ab. Die Nr. 2691 GOÄ-82 (operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Aussprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis) wandelte sie in Nr. 2692 GOÄ-82 (operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch

im Mittelgesichtsbereich – ggf. einschl. Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch –, je Kieferhälfte) um, da diese im Zusammenhang mit einer Dysgnathieoperation nicht abrechenbar sei. Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 würden für alle Behandlungstage (insgesamt 22x) abgesetzt werden, da für das Abnehmen und Wiedereingliedern einer Verbandplatte diese Leistung nicht abrechenbar sei. Kontrollbehandlungen auch mit Einstellungsmaßnahmen z. B. durch das Drehen von Schrauben erfüllten den Leistungsinhalt der Nr. 2702 GOÄ-82 ebenfalls nicht. Diese Leistung setze nach der Beschreibung kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder auch die Entfernung von Schienen oder Stützapparaten voraus. Die allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt X.II legten fest, dass die Leistungen nach Nr. 271, 272 je Gefäßzugang 1x, insgesamt jedoch nicht mehr als 2x je Behandlungstag berechnungsfähig seien. Nr. 8271 GOÄ-82 sei daher an den Behandlungstagen 19., 20., 22., 23., 24. und 25.01.2009 je 2x und an den Behandlungstag 21.1.2009 1x zu streichen. Den Folgeplan aus der Abrechnung 02/2009 habe sie ebenfalls korrigiert. Sie habe alle Wiederholungen der Nr. 40 (insgesamt 8x) und 41a BEMA (insgesamt 2x) am Behandlungstag 02.02.2009 aus den gleichen Gründen wie zuvor abgesetzt. Die Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 habe sie wiederum für alle Behandlungstage (insgesamt 14x) abgesetzt. Von dem ersten Folgeplan aus der Abrechnung 03/2009 habe sie erneut die Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 für alle Behandlungstage (insgesamt 2x) abgesetzt. Der zweite Folgeplan aus 03/2009 werde unverändert zur Abrechnung gebracht.

Hiergegen hat die Klägerin am 21.07.2009 Widerspruch eingelegt. Sie trug vor, die Anästhesiedauer habe deutlich drei Stunden überschritten, weshalb die Wiederholung der Anästhesien medizinisch notwendig und abrechenbar gewesen sei. Die Nr. 2255 GOÄ-82 sei im Rahmen einer Dysgnathieoperation häufig notwendig. Es würden Knochendefekte augmentiert werden. Gegen die Wandlung der Nr. 2691 GOÄ-82 in Nr. 2692 GOÄ-82 sei nichts einzuwenden. Die Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 seien für umfangreiche Änderungsmaßnahmen an der Dehnapparatur angesetzt worden. Es handle sich hierbei um Abdeckungen mit Kunststoff etc. Eine Entscheidung zu den Leistungen nach Nr. 271 und 272 sei noch nicht rechtskräftig. Deshalb sei auch hier zu widersprechen. Die Beklagte half mit Widerspruchsbescheid vom 08.06.2010, den Prozessbevollmächtigten der Klägerin mit Postzustellungsurkunde am 10.06.2010 zugestellt, insoweit ab, als sie die zweimalige Absetzung der Nr. 2255 GOÄ-82 aufhob. Im Übrigen wies sie den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie bzgl. der Absetzungen aus, würden bei einer bereits bestehenden Vollnarkose zusätzliche Infiltrations- und Leitungsanästhesien verabreicht werden, seien nähere Angaben zum Zeitablauf und zum örtlichen Bereich der Anästhesien erforderlich. Die vollständige Leistung sei dabei mit der Abrechnung nachzuweisen. Die Klägerin habe keinen Nachweis dafür erbracht. Der Hinweis auf die Operationsdauer reiche nicht aus. Die Begründung im Ausgangsbescheid zur Absetzung der Nr. 2702 GOÄ-82 sei zutreffend. Der Hinweis der Klägerin auf umfangreiche Änderungsmaßnahmen an der Dehnungsapparatur reiche für die Annahme, dass die getätigten Maßnahmen in jedem Einzelfall dem Gebührentatbestand der Nr. 2702 GOÄ-82 erfüllen würden, nicht aus. Bei bestehenden oder vorgetragenen Zweifeln an der Abrechnung obliege es dem Vertragszahnarzt, diese Zweifel durch dezidierten und beweisbaren Vortrag auszuräumen. Sie habe ferner bereits im Ausgangsbescheid auf die Abrechnungsbestimmungen hingewiesen, nach denen die Infusionen nach Nr. 271 und 272 GOÄ-82 jeweils nicht mehr als 2x pro Behandlungstag abgerechnet werden könnten. Der Ausgangsbescheid habe die abgerechneten Leistungen auf dieses Höchstmaß beschränkt. Gründe, weshalb im vorliegenden Fall weitere Infusionen abgerechnet worden seien und rechtliche Argumente dafür, dass dies angesichts der eindeutigen Regelung überhaupt möglich sei, fehlten.

Hiergegen hat die Klägerin am 06.07.2010 die Klage erhoben. Sie trägt vor, im Hinblick auf die Nr. 40 BEMA überreiche sie die QM-Dokumentation vom 19.01. und 02.02.2009, aus der hervorgehe, dass die Wiederholungsanästhesien nach drei Stunden und 45 Minuten erfolgt seien. Die Schienenentfernung und Bimax seien am 02.02.2009 nicht in ITN erfolgt, so dass zehn Ampullen für OK und UK notwendig gewesen seien, deren Leistungen im Einzelfall dokumentiert seien. Hinsichtlich der Nr. 2702 verweise sie auf ihr Vorbringen, wonach die Leistung nicht zum Abnehmen und Wiedereingliedern der Verbandsplatte eingesetzt worden sei, sondern vielmehr für umfangreiche Änderungsmaßnahmen an der Dehnapparatur, es habe sich hierbei um Abdeckungen mit Kunststoff gehandelt.

Die Klägerin beantragt,  
den Bescheid vom 03.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.06.2010 aufzuheben, soweit dieser noch angefochten ist.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Bescheid und trägt ergänzend vor, hinsichtlich der Anästhesien könnten Nachweise im Gerichtsverfahren nicht nachgereicht werden. Die vollständige Leistungserbringung sei grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen. Anhand der Angaben der Klägerin im Verwaltungsverfahren zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 habe sie auch nicht davon ausgehen können, dass der Tatbestand der Gebührenposition in jedem der 14 abgerechneten Einzelfälle erfüllt gewesen sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragszahnärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragszahnärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 S. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Der angefochtene Bescheid vom 03.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.06.2010 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben.

Die Beklagte war zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz](#) haben die Kassen(zahn)ärztlichen

Vereinigungen die Erfüllung der den Vertrags(zahn)ärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertrags(zahn)ärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertrags(zahn)ärzte fest; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten (§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V). Es obliegt deshalb nach § 19 BMV-Z/17 EKV-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](#) = [NZZ 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](#) = [NZZ 2005, 549](#), juris Rdnr. 17) bzw. § 12 Abs. 1 Satz 1 EKV-Z (vgl. BSG, Urt. v. 13.05.1998 - [B 6 KA 34/97 R](#) - [SozR 3-5555 § 10 Nr. 1](#) = [USK 98155](#), juris Rdnr. 13; BSG, Urt. v. 28.04.2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) - aaO.; BSG, Urt. v. 30.06.2004 - [B 6 KA 34/03 R](#) - aaO.).

Bei den Absetzungen handelt sich auch um sachlich-rechnerische Berichtigungen. Die Beklagte geht davon aus, dass die Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Abrechnung einer Gebührenposition vom Vertragszahnarzt nicht nachgewiesen worden sind. Von daher war sie für die Berichtigung zuständig.

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

Die Beklagte hat zu Recht die Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 (38mal) abgesetzt.

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.

Die Klägerin hat im Widerspruchsverfahren lediglich vorgetragen, die Leistungen nach Nr. 2702 GOÄ-82 seien für umfangreiche Änderungsmaßnahmen an der Dehnapparatur angesetzt worden; es handle sich hierbei um Abdeckungen mit Kunststoff etc. Im Klageverfahren hat sie dann hierauf verwiesen. Damit wird aber ein Nachweis für die Erbringung der Leistung nach Nr. 2702 GOÄ-82 nicht erbracht.

Die Beklagte hat zu Recht die Leistungen nach Nr. 40 (I) (19mal) und 41a (L1) BEMA (viermal) abgesetzt.

Hinsichtlich der Anästhesieleistungen hat die Kammer bereits in dem zwischen den Beteiligten ergangenen Urteil vom 03.06.2009 - [S 12 KA 521/08](#) - Folgendes ausgeführt:

"In der mündlichen Verhandlung konnte geklärt werden, dass die Beteiligten darin übereinstimmen, aufgrund eines vor dem Landessozialgericht abgeschlossenen Vergleichs in einem anderen Verfahren, dass die Anästhesie nach einer Operationsdauer von 3 Stunden wiederholt werden kann. Die Klägerin hat ferner eingeräumt, dass der Nachweis für die Dauer der Operation bisher nicht erbracht wurde. Soweit sie allgemein angeboten hat, den Nachweis hierfür nachzuholen, steht ihr diese Möglichkeit im Klageverfahren nicht mehr offen. Die vollständige Leistungserbringung ist mit der Abrechnung nachzuweisen. Soweit hier zugunsten der Klägerin unterstellt wird, seinerzeit sei es noch nicht darauf angekommen, die Operationsdauer anzugeben, so hätte sie dies aber für dieses Verfahren spätestens nach dem genannten Vergleichsschluss nachholen müssen, jedenfalls dann in der mündlichen Verhandlung. Einer Aufforderung hierzu durch die Beklagte oder das Gericht bedurfte es nicht."

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

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

Auch in diesem Verfahren fehlt es an einem Nachweis für diese Leistungen. Die Klägerin verweist lediglich auf die Operationsdauer. In der vorgelegten QM-Dokumentation wird lediglich vermerkt "10 x OK + UK". Dies genügt aber nicht den genannten Anforderungen an eine Dokumentation und ist daher zum Nachweis der Wiederholungsanästhesien nicht geeignet.

Die Beklagte hat zu Recht die Leistungen nach 8271 GOÄ-82 (13mal) abgesetzt.

Die Kammer hat hierzu bereits in dem zwischen den Beteiligten ergangenen Urteil vom 22.02.2012 - [S 12 KA 145/11](#) - Folgendes ausgeführt:

"Die Beklagte hat zu Recht die Leistungen nach Nr. 8271 und 8272 GOÄ-82 abgesetzt. Sie verweist zutreffend auf die ergänzenden Abrechnungsbestimmungen zu der Leistungslegende nach Nr. 271 und 272 GOÄ-82 bzw. Nr. 8271 und 8272 GOÄ-82, erster Spiegelstrich, wonach die Leistungen nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig sind. Das hat die Klägerin offensichtlich im Widerspruchsverfahren akzeptiert, als sie bat, immer die höheren Leistungen zu belassen. Erst im Klageverfahren hat sie behauptet, die

Infusionen seien behandlungsspezifisch zu erbringen und abzurechnen. Würden zwei Zahnärzte mit unterschiedlichen Zulassungsnummern an einem Tag jeweils zwei Infusionen abrechnen, wäre eine Abrechenbarkeit gegeben. Einer Berufsausübungsgemeinschaft werde dies verweigert. Hier dürfe jedoch kein Nachteil entstehen. Dieser Rechtsauffassung kann nicht gefolgt werden. Maßgeblich ist die Wortlautauslegung. Analogien sind grundsätzlich ausgeschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 18.08.2010 - [B 6 KA 23/09 R](#) - SozR 4-5531 Nr. 7120 Nr. 1 = USK 2010-63 = [NZS 2011, 834](#), juris Rdnr. 11 m.w.N.). Im Übrigen ist eine Benachteiligung einer Berufsausübungsgemeinschaft nicht ersichtlich. Das Anlegen von Infusionen durch zwei Zahnärzte mit unterschiedlichen Zulassungsnummern an einem Tag dürfte allenfalls dann vorkommen, was aber kaum der Fall sein dürfte, wenn der Patient weiterverwiesen oder unabhängig von der Erstbehandlung durch einen zweiten Zahnarzt behandelt wird. Für den zweiten Zahnarzt handelt es sich dann um einen neuen Behandlungsfall."

Im Widerspruchsverfahren hat die Klägerin sich allein darauf berufen, eine Entscheidung zu den Leistungen nach Nr. 271 und 272 sei noch nicht rechtskräftig. Im Klageverfahren hat sie hierzu keine weiteren Ausführungen gemacht.

Nach allem war der angefochtene Bescheid, soweit er noch Gegenstand des Verfahrens war, rechtmäßig und die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 193, 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-05-07