

L 4 KA 44/15

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 605/14
Datum
28.10.2015
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 44/15
Datum
15.01.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 9/20 B
Datum
30.09.2020
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 28. Oktober 2015 geändert.

Der Bescheid der Beklagten vom 19. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. November 2014 und des angenommenen Teilanerkennnisses vom 28. Oktober 2015 wird aufgehoben, soweit die Beklagte damit Leistungen in Höhe eines 15.076,41 Euro (nach HVM-Einbehalten) übersteigenden Betrages abgesetzt hat.
Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Von den Kosten des Verfahrens haben die Klägerin 85 % und die Beklagte 15 % zu tragen. Die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen sind nicht erstattungsfähig.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über eine Berichtigung der KCH-Abrechnung für das Quartal II/13 und hierbei über verschiedene Einzelabsetzungen in 106 Behandlungsfällen in Höhe von insgesamt noch 17.283,30 Euro.

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft. Herr Dr. Dr. A. ist Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Zahnarzt, die übrigen Mitglieder sind Zahnärzte. Sie sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.
Mit Schreiben vom 5. August 2013 teilte die Beklagte der Klägerin mit, die in der KCH-Abrechnung II/13 eingereichten und im Schreiben namentlich aufgeführten vier Behandlungsfälle würden Fragen im Hinblick auf die vorgelegte Abrechnung aufwerfen. Die Beklagte bat zur besseren Beurteilung um Übersendung von Kopien der Patientenkartei und der ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundberichte.
Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 19. September 2013 eine sachlich-rechnerische Berichtigung der KCH-Abrechnung für das Quartal II/13 vor. Sie setzte in 106 Behandlungsfällen verschiedene Einzelleistungen ab. In 36 Behandlungsfällen setzte sie den Ansatz der Nr. 2255 GOÄ-82 (Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen <Knochenspäne>) ein- bis dreimal ab, weil keine Indikation hierfür erkennbar sei. In drei dieser Behandlungsfälle nahm sie eine Umwandlung in Nr. 2254 GOÄ-82 vor. Ferner strich sie Leistungen nach Nr. 7605 GOÄ-82 (Konsiliarische Erörterung incl. Zuschlag für Leistungen an Samstagen, Sonn- und Feiertagen zwischen 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr), Nr. 7565 GOÄ-82 (Verweilgebühr incl. Zuschlag für Leistungen an Samstagen, Sonn- und Feiertagen zwischen 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr) und Nr. 7841 GOÄ-82 (Wegegeld bei mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern bei Nacht), weil keine Nacht-Besuchsgebühr vorhanden sei.

Hiergegen legte die Klägerin am 18. Oktober 2013 Widerspruch ein, den sie am 30. Oktober 2013 begründete. Für die ersten 36 Behandlungsfälle widersprach sie der Absetzung nach Nr. 2255 GOÄ-82. Das Knochendeckelverfahren sei ein allgemein anerkanntes Verfahren als Zugang zur Wurzelspitze und zur Kieferhöhle. Die Leistungserbringung ergebe sich ebenso wie die Indikation aus dem OP-Protokoll. In den übrigen 70 Behandlungsfällen führte sie aus, aufgrund des Schreibens der Beklagten vom 19. Juli 2013 sei sie davon ausgegangen, dass auch für den Fall von notfallmäßig angeforderten Nachtbesuchen bei Heimpatienten, die von ihr auch ansonsten betreut würden, die Nr. 153 abzurechnen sei. Jetzt vertrete die Beklagte die Auffassung, die richtige Leistung wäre Nr. 151 mit den entsprechenden Zuschlägen. Sie habe die Besuchszeiten mit der Abrechnung angegeben. Der Widerspruchsbegründung hat sie hinsichtlich der Nachtbesuchsgebühr auf einer Kopie des Bescheids vom 19. September 2013 handschriftlich die Besuchszeit und die von der Beklagten „gewünschten“ Abrechnungsziffern vermerkt.

Die Beklagte bat die Klägerin unter Datum vom 24. Februar 2014 um Übersendung der vollständigen Patientenakte, OP-Berichte, Röntgendokumentationen sowie ausführlichen Befundberichte der auf einer Patientenliste aufgeführten 106 Behandlungsfälle bis zum 11. März 2014. Die Beklagte erinnerte die Klägerin nach mehrfacher Fristverlängerung mit Schreiben vom 24. April 2014 an die Übersendung der Unterlagen bis zum 15. Mai 2014, die bei ihr in Form von drei Ordnern am 23. Mai 2014 eintrafen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18. November 2014, der Klägerin zugestellt am 19. November 2014, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Es seien Einzelabsetzungen in Höhe von 19.990,73 Euro (nach HVM-Einbehalt: 19.095,13 Euro) vorgenommen worden. Zur Begründung erläuterte sie allgemein den Umfang der Dokumentationspflicht. Sie stellte fest, dass die Klägerin in 67 Behandlungsfällen gegen das Splittingverbot verstoßen habe, der Schwerpunkt der Behandlung habe aber im vertragsärztlichen Bereich gelegen. Die nachgereichten handschriftlichen Ergänzungen mehr als 15 Monate nach der Original-Dokumentation seien nicht verwertbar und inakzeptabel. Die Dokumentation sei nur schwerlich nachvollziehbar. Ferner begründete sie die Einzelabsetzungen. Im Wesentlichen führte sie an, es fehle an einer Dokumentation für einen Nachtbesuch oder für ein Verweilen mit der angegebenen Dauer oder für eine Erörterung. Hinsichtlich der Nr. 2255 GOÄ-82 begründete sie die Umwandlung in die Nr. 2254 GOÄ-82 damit, dass die Knochendeckelmethode für den Zugang bei der Wurzelspitzenresektion unterer Molaren nur nach der Nr. 2254 GOÄ-82 (Implantation von Knochen) abgerechnet werden könne. Für eine vollständige Absetzung wies sie darauf hin, dass die Leistung nur innerhalb eines operativen Eingriffs bei nicht ortsgleicher Entnahme und Implantationsstelle abrechenbar sei.

Hiergegen hat die Klägerin am 18. Dezember 2014 Klage beim Sozialgericht Marburg erhoben. In der mündlichen Verhandlung am 28. Oktober 2015 hat die Beklagte ein Teilerkenntnis in Höhe von 1.811,83 Euro abgegeben, das die Klägerin angenommen hat.

Unter Verweis auf ihre Widerspruchsbegründung hat sie ergänzend vorgetragen, ihre Klage richte sich gegen die Absetzung insgesamt. Aufgrund der stereotypen Begründungen verzichte sie auf eine einzelfallbezogene Begründung. Die in den OP-Protokollen dokumentierten Leistungen fielen unter Nr. 2255 GOÄ. Sie bestreite, dass die OP-Berichte gleichlautend seien, im Übrigen würde dies eine Absetzung nicht rechtfertigen. Es sei nicht ersichtlich, weshalb die Anwendung der Knochendeckelmethode für den Zugang bei den Wurzelspitzenresektionen unterer Molaren nur nach Nr. 2254 GOÄ abrechenbar sein solle. Dies betreffe die Behandlungsfälle 6, 21, 31, 40, 49, 50 und 58. Sofern die Beklagte in den Behandlungsfällen 10, 13, 19, 21, 22, 23, 29, 30, 31, 32, 36, 40, 48, 49, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 67, 68, 71, 75, 78, 84, 86, 87, 88, 89, 96, 98 und 104 darauf verweise, dass die Leistung nach Nr. 2255 GOÄ nur bei nicht ortsgleicher Entnahme und Implantationsstelle abrechenbar sei, erschließe sich dies ihr nicht. Hinsichtlich der Nr. 7560 bis 7566 GOÄ überschreite die Beklagte ihren Prüfauftrag, soweit sie die dokumentierte Dauer des Verweilens nicht für ausreichend halte. Dies sei eine Frage der Wirtschaftlichkeit. Die Zuschläge ergäben sich aus dem Leistungsdatum. Die konkreten Uhrzeiten habe sie mit der Widerspruchsbegründung nachgeliefert. Zumindest hätte eine Umwandlung in die Nr. 7560, 7561 bzw. 7564 GOÄ erfolgen müssen. Gleiches gelte für die Wegegelder. Soweit die Beklagte eine korrelierende Abrechnung von Leistungen für Nachtbesuche vermisste, verweise sie auf die Widerspruchsbegründung, aus welcher sich bereits das unterschiedliche Verständnis des Verhältnisses der Nr. 153 und 151 inkl. Zuschläge ergebe. Die Beklagte hat auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid verwiesen und ergänzend vorgetragen, bzgl. der Nr. 2255 GOÄ habe sie die OP-Berichte z.T. zugunsten des Klägers verwertet. Hinsichtlich der Verweilgebühr (Nrn. 7560 bis 7566 GOÄ) sei die medizinische Indikation Leistungsbestandteil. Aufgrund der angegebenen Uhrzeiten habe sie die Reisekostenentschädigungen zugunsten der Klägerin umgewandelt, so dass nunmehr die Reisekostenentschädigungen zu den abgerechneten Besuchsgebühren passten. Dadurch reduziere sich der Berichtigungsbetrag um 1.811,83 Euro auf 17.283,30 Euro. Die Beklagte hat dies für die einzelnen Behandlungsfälle weiter dargelegt; auf ihren Schriftsatz vom 22. Oktober 2015 (Bl. 59 bis 69 GA) wird insoweit Bezug genommen.

Mit Urteil vom 28. Oktober 2015 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Bescheid vom 19. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. November 2014 (gemeint: 18. November 2014) sei rechtmäßig. Die Beklagte sei zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung. Bei den Absetzungen handele sich auch um sachlich-rechnerische Berichtigungen. Zum Zeitpunkt des Zugangs des angefochtenen Bescheids sei die Ausschlussfrist von vier Jahren noch nicht verstrichen gewesen. Der Berichtigungsbescheid sei innerhalb von drei Monaten nach Abschluss des Behandlungsquartals ergangen. Er sei auch materiell-rechtlich nicht zu beanstanden. Die Beklagte habe die Nr. 2255 GOÄ-82 (Freie Verpflanzung eines Knochens oder Knochenteilen <Knochenspäne>) zu Recht abgesetzt. Die Leistung nach Nr. 2255 GOÄ-82 könne nur innerhalb eines operativen Eingriffs bei nicht ortsgleicher Entnahme und Implantationsstelle abgerechnet werden. Für den Zugang bei der Wurzelspitzenresektion unterer Molaren könne nur eine Leistung nach der Nr. 2254 GOÄ-82 abgerechnet werden (vgl. Liebold/Raff/VVissing, BEMA-Z, Kommentar, GOÄ-Nrn. 2253-2255, S. 3). Die Streichung der Leistungen nach Nr. 7605 GOÄ-82 (Konsiliarische Erörterung incl. Zuschlag für Leistungen an Samstagen, Sonn- und Feiertagen zwischen 20 - 22 Uhr oder 6-8 Uhr), Nr. 7565 GOÄ-82 (Verweilgebühr incl. Zuschlag für Leistungen an Samstagen, Sonn- und Feiertagen zwischen 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr) und Nr. 7841 GOÄ-82 (Wegegeld bei mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern bei Nacht) sei nicht zu beanstanden. In allen Fällen fehle es an einem Nachweis, dass der Besuch in der von der Leistungslegende geforderten Tages- bzw. Nachtzeit erbracht worden sei. Die Absetzung der Verweilgebühren sei nicht zu beanstanden. Die Verweilgebühr dürfe nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen müsse und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringe; es fehle insoweit an einer hinreichenden Dokumentation in der Karteikarte. Die Grundleistung nach Nr. 7560 GOÄ-82 setze ausdrücklich voraus, dass Grund für das Verweilen die „Beschaffenheit des Krankheitsfalls“ sei. Dies sei daher zu dokumentieren. Erörterungsleistungen nach Nr. 7600 bis 7606 GOÄ-82 setzten nach der Leistungslegende eine konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten voraus. Die konsiliarische Erörterung dürfe nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst habe. Zutreffend weise die Beklagte darauf hin, dass der entsprechende weitere Facharzt und der Inhalt der Erörterung für den Nachweis der Leistungserbringung zu dokumentieren seien. Die bloße Angabe der Leistung selbst oder der Leistungsnummer reiche nicht aus. Bzgl. der Wegegelder habe die Beklagte ein von der Klägerin angenommenes Teilerkenntnis abgegeben. Die Beklagte gehe nunmehr von den Angaben der Klägerin in den vorgelegten Karteikarten aus. Einen weitergehenden Anspruch habe sie nicht. Soweit sie auf die im weiteren Verwaltungsverfahren angegebenen Zeiten verweise, sei nicht nachvollziehbar, warum diese Zeiten, soweit sie von der Karteikarte abwichen, maßgeblich sein sollten.

Gegen das ihr am 5. November 2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am Montag, den 7. Dezember 2015 Berufung eingelegt. Mit Beschluss vom 31. Januar 2017 hat der Senat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen beigelegt.

Die Klägerin behauptet, dass neben den „Karteikarten“ eine umfangreiche weitere Dokumentation eingereicht worden sei, die allerdings weder von der Beklagten noch vom Sozialgericht gewürdigt worden sei. Daher überrasche es nicht, dass die Dokumentationen zu den abgerechneten Konsilien nicht beachtet worden seien. Auch die medizinische Erforderlichkeit des Verweilens sei in einer Vielzahl der Fälle dokumentiert worden.

Die Klägerin vertritt die Auffassung, dass das Erfordernis des Verweilens eine Frage der Wirtschaftlichkeit sei und die Prüfung daher nicht der Beklagten obliege. Darüber hinaus reiche die Dokumentation der Verweildauer zur plausiblen Darlegung der Erforderlichkeit des Verweilens „wegen Erkrankung“, wenn sich dies aus dem unmittelbaren Zusammenhang zu einem umfangreichen chirurgischen Eingriff

ergeben. Sofern für die abgerechneten Nrn. 7562, 7563, 7565 und 7566 keine Uhrzeit angegeben worden sei, bedürfe es zumindest einer Umwandlung in die Nrn. 7560, 7561 bzw. 7564. Die Klägerin trägt hierzu im Einzelnen zu den Behandlungsfällen 7, 8, 14, 15, 16, 18, 20, 24, 25, 27, 28, 34, 38, 41, 45, 46, 50, 51, 54, 55, 57, 61, 62, 64, 69, 70, 72, 73, 74, 76, 77, 81, 82, 85, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 101, 102, 103 und 106 vor, auf ihren Schriftsatz vom 31. März 2016 (Bl. 109, 111 ff. GA) wird Bezug genommen.

Der eindeutige Wortlaut von Nr. 2255 GOÄ gebe keinen Hinweis darauf, dass es sich um eine nicht ortsgleiche Entnahme- und Implantationsstelle handeln müsse; eine ergänzende Auslegung sei nicht angezeigt. Hilfsweise verlangt sie in allen Fällen eine Umwandlung in Nr. 2254 GOÄ. Sofern die Beklagte eine solche Umwandlung nur bei der Behandlung unterer Molaren für möglich handele, verkenne sie, dass sich aus der Erwähnung der Abrechenbarkeit der Nr. 2254 GOÄ bei Wurzelspitzenresektion unterer Molaren in der einschlägigen Kommentierung nicht ergebe, dass die Nr. 2254 GOÄ ausschließlich in diesen Fällen abrechenbar sei. Betroffen seien die Behandlungsfälle 10, 13, 19, 21, 22, 23, 29, 30, 31, 32, 36, 40, 48, 49, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 67, 68, 71, 75, 78, 84, 86, 87, 88, 89, 96, 98 und 104.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 28. Oktober 2015 und den Bescheid der Beklagten vom 19. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. November 2014 und des angenommenen Teilerkenntnisses vom 28. Oktober 2015 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist zur Begründung auf den angefochtenen Verwaltungsakt sowie die Ausführungen des Sozialgerichts im angefochtenen Urteil. Ergänzend führt sie aus, in den streitbefangenen Behandlungsfällen sei jeweils ein elektronischer Ausdruck der Karteikarte nebst Röntgenaufnahmen vorgelegt worden. Die Karteikarte beinhalte Zahnangaben zu den Abrechnungskürzeln nach BEMA und/oder GOÄ sowie Diagnosen und/oder Therapiemaßnahmen, die in nahezu allen Behandlungsfällen gleichlautend dokumentiert seien. Es ergebe sich hieraus u. a. keine Patientenanamnese und/oder ärztlichen Befunde. In allen streitbefangenen Behandlungsfällen seien vertragsärztliche Leistungen über die Beigeladene abgerechnet worden, diese Leistungen seien nicht dokumentiert und daher nicht nachvollziehbar. Die Karteikarten seien unvollständig und für einen fachkundigen Dritten nur schwer nachvollziehbar. Zu den Nrn. 7560 - 7566 GOÄ sei die lapidare Begründung auch unter Berücksichtigung des Schriftsatzes vom 31. März 2016 zu den Behandlungsfällen 7, 8, 16, 18, 20, 24, 27, 34, 38, 45, 46, 50, 54, 55, 57, 61, 64, 69, 70, 72, 77, 82, 85, 93, 99, 102, 103 und 106 unzureichend und erfülle nicht den Leistungsinhalt der Gebührensätze. Zu den Gebührensätzen 7600 - 7605 GOÄ seien in den streitbefangenen Behandlungsfällen 14, 15, 25, 28, 41, 51, 62, 73, 74, 76, 81, 91, 92, 94, 95, 97 und 101 darüber hinaus jeweils nur die Gebührensätze selbst ohne weitere Ausführungen dokumentiert; welcher Arzt mit welchem Facharzt, wann eine konsiliarische Erörterung geführt habe, sei ebensowenig dokumentiert wie der Inhalt des Konsils; ferner könne die Leistung weder der zahnärztlichen noch der ärztlichen Behandlung eindeutig zugeordnet werden.

67 der 106 strittigen Behandlungsfälle - im Einzelnen im Schriftsatz der Beklagten vom 24. Februar 2017 (Bl. 150 ff. GA) bezeichnet - seien vom Splittingverbot betroffen. Da der Schwerpunkt der Abrechnung in diesen Fällen im zahnärztlichen Bereich gelegen habe, seien die Fälle zur Korrektur der vertragsärztlichen Leistungen an die Beigeladene verwiesen worden.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Die Beigeladene schließt sich hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Rückabwicklung der Splittingfälle unter Berücksichtigung des Schwerpunktes der Abrechnung den Ausführungen der Beklagten an. In dem betroffenen Quartal seien zwei Rückforderungsbescheide ergangen.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Beigeladenen Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Klägerin ist lediglich in Höhe von 2.206,89 Euro netto (nach Berücksichtigung der HVM-Einbehalte [2.310,40 Euro brutto]) begründet und im Übrigen unbegründet.

Die zulässige Klage ist in dieser Höhe begründet, denn der Bescheid der Beklagten vom 19. September 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16. November 2014 ist rechtswidrig, soweit die Beklagte in den Behandlungsfällen 51 (P1, Behandlungstag: 3. April 2013), 73 (P2, Behandlungstag: 3. April 2013), 74 (P3, Behandlungstag: 6. Mai 2013), 92 (P4, Behandlungstag: 30. April 2013), 94 (P5, Behandlungstag: 10. April 2013), 95 (P6, Behandlungstag: 10. Juni 2013) und 101 (P7, Behandlungstag: 12. April 2013) jeweils zweimal die Nr. 7562 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für in der Zeit von 20- 22 Uhr oder 6-8 Uhr erbrachte Leistungen) und in den Behandlungsfällen 15 (P8, Behandlungstage: 2. und 3. April 2013), 28 (P9, Behandlungstag 6. Juni 2013), 38 (P10, Behandlungstag: 14. Mai 2013), 41 (von P11, Behandlungstag: 25. April 2013), 63 (P12, Behandlungstag: 24. Juni 2013), 64 (P13, Behandlungstag: 5. Juni 2013) und 81 (P14, Behandlungstag: 16. April 2013) jeweils zweimal die Nr. 7563 (Verweilen, inkl. Zuschlag für in der Zeit 22-6 Uhr erbrachte Leistungen) abgesetzt hat, ohne sie in die Nr. 7560 GOÄ-82 (Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen - wegen Erkrankung erforderlich - , je angefangene halbe Stunde), und in den Behandlungsfällen 11 (P15, Behandlungstag: 13. April 2013), 25 (P16, Behandlungstag: 18. Mai 2013), 62 (P17, Behandlungstag: 22. Juni 2013) und 76 (P18, Behandlungstag: 18. Mai 2013) jeweils zweimal die Nr. 7565 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen, inkl. Zuschlag für in der Zeit von 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr erbrachte Leistungen) abgesetzt hat, ohne sie nach Nr. 7564 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen erbrachte Leistungen) umzusetzen. Auch soweit die Beklagte die Wegegebühren nach der Nr. 7811 GOÄ-82 nicht in die Nr. 7810 GOÄ-82 im Behandlungsfall 41, nach der Nr. 7821 GOÄ-82 nicht in die Nr. 7820 GOÄ-82 in den Behandlungsfällen 15 (2x), 47, 55, 85, 92 und 106, nach der Nr. 7831 GOÄ-82 nicht in die Nr. 7830 GOÄ-82 in den Behandlungsfällen 3, 25, 74, 79, 91, 101, und nach der Nr. 7841 GOÄ-82 nicht in die Nr. 7840 GOÄ-82 in den Behandlungsfällen 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9(2x), 11 (2x), 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 50, 51, 54 (2x), 57, 60 (3x), 61, 62, 63(2x), 64, 65, 66, 68, 69, 70, 72, 73, 76, 77, 80, 81, 82, 87, 90, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 102, 103, 105 um gesetzt hat, ist der Verwaltungsakt rechtswidrig. Insoweit ist die Klägerin in ihren Rechten verletzt. Im Übrigen ist der streitgegenständliche Verwaltungsakt rechtmäßig.

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 Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung erstreckt sich auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - somit ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind. Solche Verstöße können z. B. 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, Urteil vom 1. Juli 1998 - [B 6 KA 48/97 R](#) -).

Der streitgegenständliche Verwaltungsakt ist nicht zu beanstanden, soweit die Beklagte damit Leistungen in Höhe von 15.076,41 Euro (netto) von der KCH-Abrechnung für das Quartal II/13 absetzt, denn der Senat konnte sich anhand der von der Klägerin als Behandlungsdokumentation vorgelegten Unterlagen nicht davon überzeugen, dass die streitgegenständlichen Leistungen in dieser Höhe entsprechend ihrer sich aus der Gebührenordnung ergebenden Anforderungen jeweils vollständig von der Klägerin erbracht wurden.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 27. Mai 2015, [L 4 KA 50/12](#); Beschluss vom 17. September 2018, [L 4 KA 45/14](#); Urteile vom 24. Oktober 2018, [L 4 KA 47/12](#), [L 4 KA 48/12](#), [L 4 KA 49/12](#)) 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 entgehen zu können. Hierzu hat insbesondere der BGH entsprechende Grundsätze entwickelt. 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. Allein der Umstand, dass eine Dokumentationspflicht den Zweck hat, das Wirtschaftlichkeitsgebot sicherzustellen, führt noch nicht dazu, dass es der Beklagten verwehrt wäre, eine höherwertige, nicht dokumentierte Leistung abzusetzen, weil der Nachweis ihrer Erbringung nicht erbracht ist. Je nach Eigenart der Leistung oder der Beschreibung der höherwertigen Leistung im Tatbestand der GOP bzw. Gebührenziffer im Vergleich zu einer Grundleistung o.ä. kann es daher ausnahmsweise im Einzelfall auch geboten sein, dass nachgewiesen wird, 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. Dies ist dann der Fall, wenn die Erforderlichkeit bzw. Indikation das einzige Abgrenzungskriterium der beiden Leistungen voneinander ist. In diesem Fall fällt der Nachweis der Leistungserbringung der höherwertigen Leistung mit der Erforderlichkeit oder Indikation zusammen (vgl. Senatsurteil vom 15. Januar 2020 - [L 4 KA 4/17](#) - in Konkretisierung des Senatsurteils vom 27. Mai 2015 - [L 4 KA 50/12](#) -, juris Rn. 170).

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. Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen (Gebührenpositionen) sind als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen und können daher nicht abgerechnet werden (st.Rspr., vgl. Senatsurteil vom 27. Mai 2015, [L 4 KA 50/12](#); Beschluss vom 17. September 2018, [L 4 KA 45/14](#); Urteile vom 24. Oktober 2018, [L 4 KA 47/12](#), [L 4 KA 48/12](#), [L 4 KA 49/12](#); 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: Berchtold/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.

Nach der gefestigten Rechtsprechung des Senats in Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung besteht 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 ausgeschlossen (Senatsurteile 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).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze erfolgte die Absetzung des Behandlungsfalls 26 (P19) für den Behandlungstag 27. April 2013 zu Recht, da der als Behandlungsdokumentation vorgelegt Ausdruck aus der Patientenkartei lediglich den Zeitraum 19. April 2013 bis 24. April 2013 erfasst. Ebenso erfolgte im Behandlungsfall 83 (P20) die Absetzung der streitgegenständlichen Leistungen für den Behandlungstag: 18. April 2013 rechtmäßig, da der als Behandlungsdokumentation vorgelegte Ausdruck aus der Patientenkartei keine Eintragung für den 18. April 2013 enthält. Eine Dokumentation der abgesetzten Leistungen liegt nicht vor, die Erbringung der abgesetzten Leistungen ist in beiden Fällen nicht nachgewiesen.

Auch die im streitgegenständlichen Verwaltungsakt vorgenommene Absetzung der Nr. 2255 GOÄ-82 (Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenanteilen <Knochenspäne>) ist nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 24. Oktober 2018, L 4 KA 47/12) ist die Leistung abrechenbar je freier Knochenverpflanzung, also Entnahme und Einpflanzung innerhalb eines operativen Eingriffs bei nicht ortsgleicher Entnahme und Implantationsstelle (vgl. auch Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zu BEMA und GOZ, 123. Lieferung Stand: August 2019 zu Nr. 2255 GOÄ, Anm 2.1). Soweit die Klägerin unter Bezugnahme auf die einschlägige Kommentarliteratur (Liebold/Raff/Wissing a.a.O.) geltend macht, dass sich für das Erfordernis der Ortsungleichheit im Leistungstext kein Hinweis finde, übersieht sie, dass der Wortlaut der Leistungslegende von einer „Verpflanzung“ eines Knochens oder von Knochenanteilen ausgeht, also begrifflich von einem Vorgang, bei dem etwas (z. B. ein Baum, ein Strauch) an eine andere Stelle gepflanzt (vgl. Duden <https://www.duden.de/rechtschreibung/verpflanzen#bedeutungen>; abgerufen am 29. Dezember 2019) wird; etwas oder jemand an einen neuen Ort gebracht und dort wieder eingepflanzt wird (vgl. <https://de.wiktionary.org/wiki/verpflanzen>; abgerufen am 29. Dezember 2019). Auch soweit „Verpflanzung“ als Synonym für „Transplantation“ verstanden wird, ist der Ortswechsel und damit die Ortsungleichheit dem Begriff immanent, nachdem unter „Transplantieren“ der Vorgang verstanden wird, bei dem lebendes Gewebe oder Organe operativ dem einen Organismus entnommen und in einen anderen eingesetzt wird (Duden, Fremdwörterbuch, 6. Auflage, 1997). Darüber hinaus rechtfertigt auch nur der Mehraufwand bei der nicht ortsgleichen Entnahme und Implantationsstelle die mit 165 gegenüber 83 deutliche höhere Bewertungszahl der Nr. 2255 GOÄ-82 im Verhältnis zur Implantation von Knochen nach Nr. 2254 GOÄ-82.

In den Behandlungsfällen 6 (P21, Behandlungstag: 1. Mai 2013), 10 (P22, Behandlungstag: 26. April 2013), 13 (P23 <im Widerspruchsbescheid VN.>, Behandlungstag: 29. Juni 2013) 19 (P24, Behandlungstag: 3. Juni 2013), 21 (P25, Behandlungstag: 3. Mai 2013), 22 (P26, Behandlungstag: 9. April 2013), 31 (P27, Behandlungstag: 27. Mai 2013), 36 (P28, Behandlungstag: 7. Juni 2013), 51 (P1, Behandlungstag: 3. April 2013) 52 (P29, Behandlungstag: 10. Mai 2013), 53 (P30, Behandlungstag: 8. Juni 2013), 56 (P31, Behandlungstag: 12. Juni 2013), 59 (P32, Behandlungstag 18. Juni 2013), 67 (P33, Behandlungstag 2. April 2013), 68 (P34, Behandlungstag: 3. Mai 2013), 71 (P35, Behandlungstag: 19. April 2013), 78 (P36, Behandlungstag: 17. April 2013), 84 (P37, Behandlungstag: 12. April 2013), 87 (P38, Behandlungstag: 24. Mai 2013), 88 (P39, Behandlungstag: 23. April 2013), 96 (P40, Behandlungstag: 5. April 2013) und 98 (P41, Behandlungstag: 31. Mai 2013) liegen die Voraussetzungen für die Abrechnung der Nr. 2255 GOÄ-82 nicht vor, da lediglich die ortsgleiche Entnahme und Rückverlagerung/Replantation eines Knochendeckels dokumentiert ist.

In den Behandlungsfällen 23 (P42, Behandlungstag: 6. Mai 2013), 29 (P43, Behandlungstag: 28. Juni 2013), 30 (P44, Behandlungstag: 27. Mai 2013), 32 (P45, Behandlungstag: 1. Juni 2013), 40 (P46, Behandlungstag: 5. April 2013), 48 (P47, Behandlungstrag: 11. Mai 2013), 49 (P48, Behandlungstag: 31. Mai 2013), 58 (P49, Behandlungstag: 21. Juni 2013), 63 (P12, Behandlungstag: 24. Juni 2013), 75 (P50, Behandlungstag: 14. Juni 2013), 86 (P51, Behandlungstag: 21. Mai 2013), 89 (P52, Behandlungstag: 10. April 2013), 96 (P40, Behandlungstag: 5. April 2013) und 104 (P53, Behandlungstag: 23. April 2013) ist die Absetzung von Nr. 2255 GOÄ-82 nicht zu beanstanden, da sich die Dokumentation auf den Ausdruck aus der Patientendatei beschränkt, dem zu Nr. 2255 GOÄ-82 neben der Angabe der Abrechnungsziffer selbst, ihrer Leistungsbeschreibung in einem Klammervermerk lediglich die weitere Angabe „KVZIntern: Knochendeckelung“ bzw. „KVZIntern: Knochendeckelung zur WSR“ zu entnehmen ist. Jegliche exakte Dokumentation von Entnahme- und Implantationsstelle (vgl. zu dem Erfordernis: Senatsurteil vom 24. Oktober 2018, L 4 KA 47/12) fehlt.

Auch soweit weitere Unterlagen zur Dokumentation vorgelegt wurden, konnte hiermit die vollständige Erfüllung des Leistungsinhalts nicht nachgewiesen werden:

Das im Behandlungsfall 58 (, Behandlungstag: 21. Juni 2013) vorgelegte OP-Protokoll betrifft nicht den streitgegenständlichen Behandlungstag, sondern den 29. Juni 2013, beinhaltet aber auch nicht eine nicht ortsgleiche Knochendeckelung, sondern berichtet von einer ortsgleichen Knochendeckelentnahme und Reimplantation des Knochendeckels.

Im Behandlungsfall 75 (P50, Behandlungstag: 14. Juni 2013) ergibt sich aus dem vorliegenden OP-Protokoll für den 14. Juni 2013 lediglich die Präparation und Abnahme des Knochendeckels, nicht jedoch die Reimplantation; der Defektverschluss erfolgte danach mittels Verschiebelappenplastik.

Soweit die Klägerin hilfsweise die Umwandlung der Nr. 2255 GOÄ-82 in die Nr. 2254 GOÄ 82 begehrt, besteht hierauf kein Anspruch. Eine Pflicht der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung, die Abrechnungsunterlagen auf mögliche ungenutzte Abrechnungspotentiale zu überprüfen, besteht grundsätzlich nicht (vgl. Bayr. LSG, Urteil vom 11. März 2015, L 12 KA 25/13, juris Rn. 17). Die Korrektur in die zutreffend anzusetzende Gebührenordnungsposition ist für die nachträgliche sachlich-rechnerische Richtigstellung nach der Rechtsprechung des BSG nur in seltenen Ausnahmefällen denkbar, wenn z. B. die fehlerhafte Honoraranforderung durch eine missverständliche oder unzutreffende Information o.ä. der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung mitverursacht wurde oder, wenn ein Arzt in offenen Dissens mit der KÄV eine Gebührennummer ansetzt, weil der die Frage ihrer Abrechenbarkeit einer gerichtlichen Klärung zuführen will (BSG, Urteil vom 11. März 2009, B 6 KA 62/07 R, BSGE 103, 1 ff, juris Rn. 29). Für beide Konstellationen war hier nichts ersichtlich oder von der Klägerin vorgetragen. Offen lassen kann der Senat daher, ob Nr. 2254 GOÄ nur für die Knochendeckelmethode der unteren Molaren abrechenbar ist.

Zu Recht hat die Klägerin weiterhin die Verweilgebühren Nr. 7560 GOÄ-82 (Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen - wegen Erkrankung erforderlich - , je angefangene halbe Stunde), Nr. 7562 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für in der Zeit von 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr erbrachte Leistungen), Nr. 7563 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 Uhr und 6 Uhr erbrachte Leistungen) bzw. Nr. 7565 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen erbrachte Leistungen, inkl. Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen) in den streitgegenständlichen Behandlungsfällen abgesetzt. Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt; die Leistung ist nicht abrechnungsfähig, wenn sie nicht durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles begründet wird. Die Abrechnung der Nrn. 7560 bis 7566 ergibt sich aus der Notwendigkeit und den Umständen des Einzelfalles (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zu BEMA und GOZ, 123. Lieferung Stand: August 2019). Dabei muss - worauf auch schon das Sozialgericht zu Recht abgestellt hat - das Verweilen nach der Leistungslegende „wegen der Erkrankung erforderlich“ sein und damit die Beschaffenheit des Krankheitsfalles, die das Verweilen notwendig macht, dokumentiert werden. Soweit die Klägerin darauf hinweist, dass insbesondere in der postoperativen Phase nach einem chirurgischen Eingriff sich Indikationen zum krankheitsbedingten Verweilen ergeben könnten, diese seien gerade bei Nachblutungen anzunehmen, wenn nach Blutstillung der weitere Verlauf der Blutung engmaschig zu kontrollieren und daher beim Patienten zu verweilen sei, ist dies nicht von der Hand zu weisen. Auch andere Indikationen, wie Kreislaufregulationsstörungen oder auch psychische Störungen der Bewusstseinslage sind denkbar. Indessen reicht die bloße Möglichkeit nicht aus, sondern Voraussetzung für die Abrechenbarkeit ist die krankheitsbedingte Erforderlichkeit des Verweilens im jeweiligen Krankheitsfall, die im Einzelfall zu dokumentieren ist.

In den Behandlungsfällen 4 (P54, Behandlungstag: 29. April 2013), 8 (P55, Behandlungstag: 10. Mai 2013), 27 (P56, Behandlungstag: 30. April 2013), 50 (P57, Behandlungstag: 3. April 2013), 54 (P58, Behandlungstag: 12. April 2013), 55 (P59, Behandlungstag: 23. Mai 2013), 57 (P60, Behandlungstag: 2. April 2013), 69 (P61, Behandlungstag: 22. April 2013), 82 (P62, Behandlungstag: 21. Juni 2013), 85 (P63, Behandlungstag: 25. April 2013), 91 (P64, Behandlungstag: 18. April 2013), 93 (P65, Behandlungstag: 15. April 2013), 97 (P66, Behandlungstag: 15. April 2013), 99 (P67, Behandlungstag: 26. Juni 2013), 102 (P68, Behandlungstag: 2. April 2013), 103 (P69, Behandlungstag: 23. Mai 2013) ist die für die vollständige Erbringung des Leistungsinhalts der Nr. 7562 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für in der Zeit von 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr erbrachte Leistungen) weder der Grund für das Verweilen angegeben noch die erforderliche Leistungserbringung in der Zeit von 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr dokumentiert. Der jeweilige Ausdruck aus der Patientenakte beschränkt sich auf die Angabe der Leistungsziffer, der Leistungsbeschreibung in einem Klammervermerk und der Dauer des Verweilens in einem weiteren Klammervermerk mit der Bezeichnung „KZVintern“.

Im Behandlungsfall 97 (P66, Behandlungstag: 15. April 2013) reicht auch die weitere Dokumentation nicht zum Nachweis des notwendigen Leistungsinhalts aus, da weder die Uhrzeit noch ein medizinischer Grund für das Verweilen erwähnt werden, vielmehr wurde vermerkt, das zunächst abends eine Infiltrationsanästhesie sowie eine Blutungsstillung durch Umstechung erfolgte und „danach Verweilen für ca. 35 Minuten“.

In den Behandlungsfällen 51 (P1, Behandlungstag: 3. April 2013), 73 (P2, Behandlungstag: 3. April 2013), 74 (P3, Behandlungstag: 6. Mai 2013), 92 (P4, Behandlungstag: 30. April 2013), 94 (P5, Behandlungstag: 10. April 2013), 95 (P6, Behandlungstag: 10. Juni 2013), 101 (P7, Behandlungstag: 12. April 2013) ergibt sich jeweils aus der weiteren Dokumentation (nicht aus der Patientenakte) als Grund für das Verweilen der Ausschluss des Wiederauftretens einer Blutung bzw. zur Blutungskontrolle oder Beobachtung des Persistierens einer Blutung; die Indikation für das Verweilen ist damit gegeben, allerdings ist die Uhrzeit der Leistungserbringung nicht dokumentiert, so dass die Absetzung der Nr. 7562 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für in der Zeit von 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr erbrachte Leistungen) zutreffend erfolgt ist.

In den vorgenannten Behandlungsfällen ist indessen der Leistungsinhalt der Grundleistung nach Nr. 7560 GOÄ-82 vollständig nachgewiesen; lediglich die Voraussetzungen für den Zuschlag, nämlich die Leistungserbringung bei Nacht, sind nicht dokumentiert. Die erbrachten Leistungen sind daher nach Nr. 7560 GOÄ-82 mit einer Bewertungszahl von 20 zum jeweiligen Punktwert in den Behandlungsfällen 51 (P1, Behandlungstag: 3. April 2013), 73 (P2, Behandlungstag: 3. April 2013), 74 (P3, Behandlungstag: 6. Mai 2013), 92 (P4, Behandlungstag: 30. April 2013), 94 (P5, Behandlungstag: 10. April 2013), 95 (P6, Behandlungstag: 10. Juni 2013), 101 (P7, Behandlungstag: 12. April 2013) - unter Berücksichtigung der dokumentierten Verweildauer - jeweils zweimal zu vergüten. Da es sich bei den Leistungen nach Nrn. 7561 bis Nr. 7566 GOÄ-82 lediglich um Zuschläge zur Grundleistung nach 7560 GOÄ-82, die in den Zuschlagsleistungen jeweils vollständig enthalten ist, handelt es sich bei der Umwandlung in die Gebührenordnungsposition der der Grundleistung anders als bei der Leistung nach Nr. 2555 GOÄ-82 nicht um eine Überprüfung auf ungenutzte Abrechnungspotentiale, sondern eigentlich nur um die Absetzung des - nicht nachgewiesenen - Gebührensuschlags bei Erhalt der Grundleistung. Ein Widerspruch zur Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 11. März 2009, [B 6 KA 62/07 R](#), [BSGE 103, 1](#) ff., juris Rn. 29) oder des Bayerischen Landessozialgerichts (Urteil vom 11. März 2015, [L 12 KA 25/13](#), juris Rn. 17) besteht hierbei nicht.

Ausgehend von den im streitgegenständlichen Widerspruchsbescheid dokumentierten Punktwerten sind die Behandlungsfälle mit folgenden Werten zu vergüten: Behandlungsfall 51: $40 \times 0,9030 \text{ €} = 36,12 \text{ €}$, Behandlungsfall 73: $40 \times 0,9594 \text{ €} = 38,38 \text{ €}$, Behandlungsfall 74: $40 \times 0,9425 \text{ €} = 37,70 \text{ €}$, Behandlungsfall 92: $40 \times 0,9392 \text{ €} = 37,57 \text{ €}$, Behandlungsfall 94: $40 \times 0,9545 \text{ €} = 38,18 \text{ €}$, Behandlungsfall 95: $40 \times 0,9425 \text{ €} = 37,70 \text{ €}$ und Behandlungsfall 101: $40 \times 0,9425 \text{ €} = 37,70 \text{ €}$. In Höhe der sich hieraus ergebenden Summe von 263,35 € (brutto) durfte daher einer Honorarberichtigung insoweit nicht erfolgen.

In den Behandlungsfällen 18 (P70, Behandlungstag: 27. Mai 2013), 20 (P71, Behandlungstag: 22. April 2013), 38 (P10, Behandlungstag: 14. Mai 2013), 72 (P72, Behandlungstag: 22. April 2013), 77 (P73, Behandlungstag: 28. Juni 2013) ist Nr. 7563 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 Uhr und 6 Uhr erbrachte Leistungen) zu Recht abgesetzt, da auch hier der jeweilige Ausdruck aus der Patientenakte auf die Angabe der Leistungsziffer, der Leistungsbeschreibung in einem Klammervermerk und der Dauer des Verweilens in einem weiteren Klammervermerk mit der Bezeichnung „KZVintern“ beschränkt.

Auch in den Behandlungsfällen 15 (P8, Behandlungstage: 2. und 3. April 2013), 28 (P9, Behandlungstag 6. Juni 2013), 38 (P10, Behandlungstag: 14. Mai 2013), 41 (von P11, Behandlungstag: 25. April 2013), 63 (P12, Behandlungstag: 24. Juni 2013), 64 (P13, Behandlungstag: 5. Juni 2013), 81 (P14, Behandlungstag: 16. April 2013) ergibt sich aus der weiteren Dokumentation (nicht aus der Patientenakte) als Grund für das Verweilen die Beobachtung/Kontrolle einer Blutung bzw. der Ausschluss des Wiederauftretens einer Blutung; die Indikation für das Verweilen ist damit gegeben, allerdings ist die Uhrzeit der Leistungserbringung nicht dokumentiert, so dass die Absetzung der Nr. 7563 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 Uhr und 6 Uhr erbrachte Leistungen) zutreffend erfolgt ist. Auch in diesen Behandlungsfällen ist die vollständig dokumentierte Grundleistung nach Nr. 7560 GOÄ-82 zu vergüten (s.o.),

wobei die Abrechnungsziffer wegen der dokumentierten Dauer des Verweilens jeweils zweimal anzusetzen ist. Es ergibt sich ausgehend von den Punktwerten im streitgegenständlichen Widerspruchsbescheid, dass diese Leistungen im Behandlungsfall 15 mit $40 \times 0,9507 \text{ €} = 38,03 \text{ €}$, im Behandlungsfall 28 mit $40 \times 0,9030 \text{ €} = 36,12 \text{ €}$, im Behandlungsfall 41 mit $40 \times 0,9425 = 37,70 \text{ €}$, im Behandlungsfall 64 mit $40 \times 0,9030 = 36,12 \text{ €}$ und Behandlungsfall 81 mit $40 \times 0,9425 = 37,70 \text{ €}$ zu vergüten sind und die Honorarberichtigung daher in der Summe von 185,67 € (brutto) insoweit rechtswidrig ist.

Die Nr. 7564 GOÄ-82 ist im Behandlungsfall 61 (P74, Behandlungstag: 15. Juni 2013) zutreffend abgesetzt worden, weil hier wiederum der Ausdruck aus der Patientenkartei auf die Angabe der Leistungsziffer, der Leistungsbeschreibung in einem Klammervermerk und der Dauer des Verweilens in einem weiteren Klammervermerk mit der Bezeichnung „KZVintern“ beschränkt ist.

In den Behandlungsfällen 5 (P75, Behandlungstag: 13. April 2013), 7 (P76, Behandlungstag 4. Mai 2013), 14 (P77, Behandlungstag: 27. April 2013), 16 (P78, Behandlungstag 22. Juni 2013), 24 (P79, Behandlungstag: 6. April 2013), 34 (P80, Behandlungstag: 6. April 2013), 45 (P81, Behandlungstag: 20. Mai 2013), 47 (P82, Behandlungstag: 18. Mai 2013), 70 (P83, Behandlungstag: 25. Mai 2013) ist die für die vollständige Erbringung des Leistungsinhalts der Nr. 7565 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen erbrachte Leistungen, inkl. Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen) weder der Grund für das Verweilen angegeben noch die erforderliche Leistungserbringung in der Zeit von 20 - 22 Uhr oder 6 - 8 Uhr dokumentiert. Der jeweilige Ausdruck aus der Patientenkartei beschränkt sich auf die Angabe der Leistungsziffer, der Leistungsbeschreibung in einem Klammervermerk und der Dauer des Verweilens in einem weiteren Klammervermerk mit der Bezeichnung „KZVintern“.

In den Behandlungsfällen 11 (P15, Behandlungstag: 13. April 2013), 25 (P16, Behandlungstag: 18. Mai 2013), 62 (P17, Behandlungstag: 22. Juni 2013), 76 (P18, Behandlungstag: 18. Mai 2013) ergibt sich aus der weiteren Dokumentation (nicht aus der Patientenkartei) als Grund für das Verweilen die Beobachtung einer Blutung bzw. des Persistierens einer Blutung; die Indikation für das Verweilen ist damit gegeben, allerdings ist die Uhrzeit der Leistungserbringung nicht dokumentiert. Dokumentiert ist allerdings jeweils die Leistung nach Nr. 7564 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen), die mit einer Bewertungszahl von 58 bewertet ist. Da in den vorgenannten Leistungsfällen die dokumentierte Dauer des Verweilens jeweils einen zweimaligen Ansatz der Abrechnungsziffer rechtfertigt, ergibt sich ausgehend von den Punktwerten im streitgegenständlichen Widerspruchsbescheid ein Vergütungsanspruch der Klägerin in Behandlungsfall 11 in Höhe von $58 \times 2 = 116 \times 0,9425 \text{ €} = 109,33 \text{ €}$, im Behandlungsfall 25 in Höhe von $2 \times 58 = 116 \times 0,9594 \text{ €} = 111,29 \text{ €}$, Behandlungsfall 62 in Höhe von $2 \times 58 = 116 \times 0,9425 \text{ €} = 109,33 \text{ €}$ und im Behandlungsfall 76 in Höhe von $2 \times 58 = 116 \times 0,9425 \text{ €} = 109,33 \text{ €}$, insgesamt insoweit also in Höhe von 439,28 € (brutto)

Soweit sich im Behandlungsfall 46 (P84, Behandlungstag: 15. Juni 2013) aus der weiteren Dokumentation (nicht aus der Patientenkartei) als Grund für das Verweilen die Überwachung der Patientin ergibt, reicht das für eine ordnungsgemäße Dokumentation der Beschaffenheit des Behandlungsfalles nicht aus, da der medizinische Grund für die Überwachung nicht erkennbar ist; der bloße zeitliche Zusammenhang mit der Blutungsstillung durch Umstechung reicht hierfür nicht aus.

Auch im Behandlungsfall 106 (P85, Behandlungstag: 1. Juni 2013) ist die Verweilgebühr hier Nr. 7566 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen, inkl. Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 Uhr und 6 Uhr erbrachte Leistungen) - zu Recht abgesetzt, weil auch in diesem Behandlungsfall der jeweilige Ausdruck aus der Patientenkartei auf die Angabe der Leistungsziffer, der Leistungsbeschreibung in einem Klammervermerk und der Dauer des Verweilens in einem weiteren Klammervermerk mit der Bezeichnung „KZVintern“ beschränkt ist; der medizinische Grund für das Verweilen ist nicht angegeben.

Soweit die Klägerin mit Schriftsatz vom 31. März 2016 angibt, dass die erbrachten Anästhesieleistungen das Verweilen beim Heimpatienten/Patienten auf einer Pflegestation rechtfertigten, ist darauf hinzuweisen, dass allein der Umstand, dass es sich um einen Heimpatienten/Patienten auf einer Pflegestation handelt, ersichtlich nicht das Verweilen rechtfertigt, da sich hieraus keine konkreten Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Patienten ziehen lassen. Diesen zu dokumentieren wäre erforderlich gewesen. Soweit sie weiter vorträgt, die Erforderlichkeit des Verweilens ergebe sich schon aus dem unmittelbaren Zusammenhang mit dem chirurgischen Eingriff am selben Tag, erschließt sich das Argument nicht, denn dies wäre nur zutreffend, wenn in praktisch jedem Fall eines umfangreichen ambulanten chirurgischen Eingriffs nach der eigentlichen Entlassung des Patienten nach Hause ein Hausbesuch mit Verweilen beim Patienten erforderlich wäre. Soweit sie ferner auf die Nachwirkungen der Operation abstellt bzw. die postoperativen Begleitleistungen, ist festzustellen, dass mit der Verweilgebühr Kosten ausgeglichen werden sollen, die dem Zahnarzt entstehen, wenn er bei einem Patienten krankheitsbedingt verweilt, ohne unterdessen seiner zahnärztlichen Tätigkeit anderweitig nachgehen zu können; sie ist nicht abrechnungsfähig, wenn während des Verweilens andere zahnärztliche Leistungen erbracht werden (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zu BEMA und GOZ, 123. Lieferung Stand: August 2019), so dass die Erbringung von anderen Leistungen - wie hier der angegebenen Stillung einer Nachblutung - gerade keine Rückschlüsse auf die medizinische Erforderlichkeit des Verweilens erlaubt.

Auch die Absetzung der konsiliarischen Erörterungen ist in den streitgegenständlichen Behandlungsfällen nicht zu beanstanden. Diese Leistungen waren bis zum 31. März 2014 nach der GOÄ-Nr. 60 (Abrechnungs-Nr. 7600 bis 7606) abzurechnen. Erforderlich ist insoweit ein Konsilium im Sinne einer Besprechung zweier oder mehrerer Ärzte/Zahnärzte nach vorausgegangener Untersuchung des Kranken zwecks Stellung einer Diagnose oder Festlegung des Heilplans; nicht darunter fallen die bloße Erkundigung eines Arztes/Zahnarztes bei einem anderen Arzt/Zahnarzt nach bestimmten Ergebnissen aus dessen Behandlung oder die nur gelegentliche Aussprache über einen Kranken ohne den Zweck der Diagnosestellung oder Festlegung des Heilplans (BSG, Urteil vom 18. Februar 1970 - [6 RKA 29/69](#), [BSGE 31, 33](#), 37 m.w.N.; Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 2. Februar 2006 - [L 5 KA 13/04](#) -, Rn. 41, juris). Dieser Auslegung entspricht auch die Erläuterung der „konsiliarischen Erörterung“ i. S. d. Nr. 60-GOÄ 1982, wonach die Leistung nach Nr. 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Sie darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt. Die Leistung ist jedoch nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxismgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z.B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen, z.B. Röntgenbesprechungen, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe, (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zu BEMA und GOZ, 123. Lieferung Stand: August 2019). Hieraus ergibt sich zwanglos, dass für den Nachweis der Erfüllung des Leistungsinhalts die bloße Angabe der Leistung selbst oder der Leistungsnummer nicht ausreicht.

Diesen Anforderungen zum Nachweis an die vollständige Leistungserbringung genügt die vorgelegte Dokumentation in den Behandlungsfällen 4 (P54, Behandlungstag: 29. April 2013), 8 (P55, Behandlungstag: 10. Mai 2013), 27 (P56, Behandlungstag: 30. April 2013), 37 (P86, Behandlungstag: 10. April 2013), 50 (P57, Behandlungstag: 3. April 2013), 51 (P1, Behandlungstag: 3. April 2013), 54 (P58, Behandlungstag: 12. April 2013), 55 (P59, Behandlungstag: 23. Mai 2013), 57 (P87, Behandlungstag: 2. April 2013), 64 (P13, Behandlungstag: 5. Juni 2013), 69 (P61, Behandlungstag: 22. April 2013), 82 (P62, Behandlungstag: 21. Juni 2013), 85 (P63, Behandlungstag: 25. April 2013), 91 (P64, Behandlungstag: 18. April 2013), 93 (P65, Behandlungstag: 15. April 2013), 99 (P67, Behandlungstag: 26. Juni 2013), 102 (P68, Behandlungstag: 2. April 2013), 103 (P69, Behandlungstag: 23. Mai 2013), in denen die Nr. 7602 GOÄ-82 (Konsiliarische Erörterung, inkl. Zuschlag für Leistungen zwischen 20 - 22 Uhr oder 6 - 8 Uhr) abgesetzt wurde nicht. Der Ausdruck aus der Patientenkartei beschränkt sich auf die Angabe der Abrechnungsziffer als solcher und die Angabe „Konsil. Erörterung zw. 2 o. mehreren Ärzten“ in einem Klammervermerk.

Nr. 7603 GOÄ-82 (Konsiliarische Erörterung, inkl. Zuschlag für Leistungen zwischen 22 6 Uhr) wurde in den Behandlungsfällen 15 (P8, Behandlungstage: 2. und 3. April 2013), 18 (P70, Behandlungstag: 27. Mai 2013), 38 (P10, Behandlungstag: 14. Mai 2013), 41 (von P11, Behandlungstag: 25. April 2013), 43 (P88, Behandlungstag: 28. Juni 2013), 46 (P84, Behandlungstag: 13. Juni 2013 und 15. Juni 2013), 60 (P89, Behandlungstag: 5. April 2013), 63 (P12, Behandlungstag: 31. Mai 2013 und 24. Juni 2013), 72 (P90, Behandlungstag: 22. April 2013), 77 (P73, Behandlungstag: 28. Juni 2013), 87 (P38, Behandlungstag: 24. Mai 2013), 105 (P91, Behandlungstag: 10. Mai 2013) zutreffend abgesetzt, da sich aus dem vorgelegten Ausdruck aus der Patientenkartei lediglich die Angabe der Abrechnungsziffer und „Konsil. Erörterung zw. 2 o. mehreren Ärzten“ in einem Klammervermerk findet.

Im Behandlungsfall 61 (P74, Behandlungstag: 15. Juni 2013) ist die Absetzung von Nr. 7604 GOÄ-82 (Konsiliarische Erörterung, inkl. Zuschlag für Leistungen an Samstagen, Sonn- und Feiertagen) rechtlich nicht zu beanstanden, da sich aus dem vorgelegten Ausdruck aus der Patientenkartei lediglich die Angabe der Abrechnungsziffer und „Konsil. Erörterung zw. 2 o. mehreren Ärzten“ in einem Klammervermerk ergibt.

In den Behandlungsfällen 5 (P92, Behandlungstag: 13. April 2013), 7 (P76, Behandlungstag: 4. Mai 2013), 11 (P15, Behandlungstage: 13. April 2013), 12 (P93, Behandlungstrag: 25. Mai 2013), 14 (P77, Behandlungstag: 27. April 2013), 16 (P94, Behandlungstag 22. Juni 2013), 24 (P79, Behandlungstag: 6. April 2013), 25 (P16, Behandlungstag: 18. Mai 2013), 34 (P80, Behandlungstag: 6. April 2013), 45 (P81, Behandlungstag: 20. Mai 2013), 46 (P84, Behandlungstag: 15. Juni 2013), 47 (P82, Behandlungstag: 18. Mai 2013), 70 (P83, Behandlungstag: 25. Mai 2013), 79 (P95, Behandlungstag: 20. April 2013), 80 (P96, Behandlungstag: 11. Mai 2013) wurde Nr. 7605 GOÄ-82 (Konsiliarische Erörterung, inkl. Zuschlag für Leistungen an Samstagen, Sonn- und Feiertagen zwischen 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr) zur Recht abgesetzt, da in der vorgelegten Ausdruck aus der Patientenkartei lediglich die Abrechnungsziffer als solche und „Konsil. Erörterung zw. 2 o. mehreren Ärzten“ in einem Klammervermerk angegeben sind.

Auch im Behandlungsfall 106 (P85, Behandlungstag: 1. Juni 2013) erfolgte die Absetzung von Nr. 7606 GOÄ-82 (Verweilen, inkl. Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen, inkl. Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 Uhr und 6 Uhr erbrachte Leistungen) zutreffend, weil in dem vorgelegten Ausdruck aus der Patientenkartei lediglich die Abrechnungsziffer als solche und „Konsil. Erörterung zw. 2 o. mehreren Ärzten“ in einem Klammervermerk angegeben sind.

Soweit in Behandlungsfällen 11, 14, 15, 25, 28 (P9, Behandlungstag 6. Juni 2013), 41 (von P11, Behandlungstag: 25. April 2013), 51 (P1, Behandlungstag: 3. April 2013), 62 (P17, Behandlungstag: 22. Juni 2013), 73 (P2, Behandlungstag: 3. April 2013), 74 (P3, Behandlungstag: 6. Mai 2013), 76 (P18, Behandlungstag: 18. Mai 2013), 81 (P14, Behandlungstag: 16. April 2013), 92 (P4, Behandlungstag: 30. April 2013), 95 (P6, Behandlungstag: 10. Juni 2013), 97 (P66, Behandlungstag: 15. April 2013), 101 (P7, Behandlungstag: 12. April 2013) sich aus der weiteren Dokumentation ergibt, dass „am Abend“ des jeweiligen Behandlungstags ein Hausbesuch angefordert wurde und ein konsiliarisches Gespräch mit dem Hausarzt bzw. Internisten durchgeführt wurde, ist hierdurch noch nicht die konsiliarische Erörterung nach Nr. 7602 GOÄ-82 bzw. Nr. 7605 GOÄ-82 zwischen 20- 22 oder 6-8 Uhr bzw. nach Nr. 7603 GOÄ-82 zwischen 22 und 6 Uhr nachgewiesen. Nicht dokumentiert ist auch der Inhalt des kollegialen Gesprächs, dies ist aber erforderlich, um eine Besprechung zur Diagnosestellung oder Festlegung des Heilplans von einer bloßen Erkundigung nach Behandlungsergebnissen abzugrenzen; die Erfüllung des vollständigen Leistungsinhaltes ist nicht nachgewiesen.

Soweit im Behandlungsfall 91 (P64, Behandlungstag: 18. April 2013) sich aus der weiteren Dokumentation ein konsiliarisches Gespräch mit dem Hausarzt ergibt, ist aus dem Vermerk „Konsiliarisches Gespräch mit dem Hausarzt. Es bestehen keine Antibiotikaallergien.“ nicht zu entnehmen, ob sich dies auf die mit Nr. 7600 GOÄ-82 ebenfalls am 18. April 2013 abgerechnete konsiliarische Erörterung bezieht oder den streitgegenständlichen Ansatz von Nr. 7602 GOÄ-82. Darüber hinaus erfüllt der dokumentierte Gesprächsinhalt qualitativ nicht die vorgenannten Anforderungen an ein Konsil, nicht erkennbar ist, ob das Gespräch der Stellung einer Diagnose oder der Festlegung des Heilplans diente, vielmehr deutet der dokumentierte Inhalt auf die bloße Einholung einer Information hin, nicht jedoch auf eine kollegiale Erörterung.

Ebenso verhält es sich im Behandlungsfall 97 (P66, Behandlungstag: 15. April 2013), in der der Inhalt des Gesprächs dokumentiert („wegen möglicher nicht bekannter antikoagulativer Therapie“) ist, der aber den Leistungsinhalt einer konsiliarischen Erörterung nicht vollständig erfüllt.

Im Behandlungsfall 94 (P5, Behandlungstag: 10. April 2013) eignet sich der Eintrag in der weiteren Dokumentation „Telefonat mit dem Internist.“ nicht, um den vollständigen Leistungsinhalt von Nr. 7602 GOÄ nachzuweisen, da weder die Zeit der Leistungserbringung dokumentiert ist noch der Inhalt des Telefonats, das von der Klägerin selbst - im Unterschied zu anderen Fällen - wohl nicht als konsiliarische Erörterung qualifiziert wurde, jedenfalls jedoch nicht als solche erkennbar ist.

Soweit die Beklagte weiterhin Leistungen nach Nr. 7811 GOÄ-82 (Wegegeld, bei bis zu 2 km, bei Nacht <zwischen 20 und 8 Uhr>) Nr. 7821 GOÄ-82 (Wegegeld, bei mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern, bei Nacht <zwischen 20 und 8 Uhr>), Nr. 7831 GOÄ-82 (Wegegeld, bei mehr als 5 km bis 10 km, bei Nacht <zwischen 20 und 8 Uhr>) bzw. Nr. 7841 GOÄ-82 (Wegegeld, bei mehr als 10 km bis 25 km, bei Nacht <zwischen 20 und 8 Uhr>) ist dies rechtlich nicht zu beanstanden, da die Erbringung des vollständigen Leistungsinhaltes als Voraussetzung für die Abrechnung der Gebührensiffern nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zur Überzeugung des Senats nachgewiesen ist. In den Behandlungsfällen 1 (P97, Behandlungstag: 29. April 2013), 2 (P98; Behandlungstag: 6. April 2013), 3 (P99, Behandlungstag: 12. April 2013), 4 (P54, Behandlungstag: 29. April 2013), 5 (P92, Behandlungstag: 13. April 2013), 7 (P100,

Behandlungstag: 4. Mai 2013), 8 (P55, Behandlungstag 10. Mai 2013), 9 (P101, Behandlungstage: 24. April 2013, 26. April 2013), 11 (P15, Behandlungstage: 13. und 14. April 2013), 12 (P93, Behandlungstrag: 25. Mai 2013), 13 (P23 <im Widerspruchsbescheid: VN>, Behandlungstag: 19. Juni 2013), 14 (P77, Behandlungstag: 27. April 2013), 15 (P8, Behandlungstage: 2. und 3. April 2013), 16 (P94, Behandlungstag 22. Juni 2013); 17 (P102, Behandlungstag: 31. Mai 2013), 18 (P70, Behandlungstag: 27. Mai 2013), 20 (P71, Behandlungstag: 22. April 2013), 24 (P79, Behandlungstag: 6. April 2013), 25 (P16, Behandlungstag: 18. Mai 2013), 27 (P56, Behandlungstag: 30. April 2013), 28 (P9, Behandlungstag 6. Juni 2013), 29 (P43, Behandlungstag: 28. Juni 2013), 30 (P44, Behandlungstag: 27. Mai 2013), 33 (P103, Behandlungstag: 12. Juni 2013), 34 (P80, Behandlungstag: 6. April 2013), 35 (P104, Behandlungstag: 21. Juni 2013), 37 (P86, Behandlungstag: 10. April 2013), 38 (P10, Behandlungstag: 14. Mai 2013), 39 (P105, Behandlungstag: 6. Mai 2013), 42 (P106, Behandlungstag: 12. Juni 2013), 43 (P88, Behandlungstag: 28. Juni 2013), 44 (P107 <im Widerspruchsbescheid: ZN>, Behandlungstag: 22. Mai 2013), 45 (P81, Behandlungstag: 20. Mai 2013); 47 (P82, Behandlungstag: 18. Mai 2013), 50 (P57, Behandlungstag: 3. April 2013), 51 (P1, Behandlungstag: 3. April 2013), 54 (P58, Behandlungstag: 8. und 12. April 2013, 17. Juni 2013), 55 (P59, Behandlungstag: 23. Mai 2013), 57 (P60, Behandlungstag: 2. April 2013), 60 (P89, Behandlungstage: 5. April 2013, 3. Mai 2013, 18. Juni 2013), 61 (P74, Behandlungstag: 15. Juni 2013),), 62 (P17, Behandlungstag: 22. Juni 2013), 63 (P12, Behandlungstage: 31. Mai 2013 und 24. Juni 2013), 64 (P13, Behandlungstag: 5. Juni 2013), 65 (P108, Behandlungstag: 12. April 2013), 66 (P109, Behandlungstag: 17. Mai 2013), 68 (P34, Behandlungstag: 3. Mai 2013), 69 (P61, Behandlungstag: 22. April 2013), 70 (P83, Behandlungstag: 25. Mai 2013), 72 (P90, Behandlungstag: 22. April 2013), 73 (P2, Behandlungstag: 3. April 2013), 74 (P3, Behandlungstag: 6. Mai 2013) 76 (P18, Behandlungstag: 18. Mai 2013), 77 (P73, Behandlungstag: 28. Juni 2013), 79 (P95, Behandlungstag: 20. April 2013), 80 (P96 Behandlungstag: 11. Mai 2013), 81 (P14, Behandlungstag: 16. April 2013), 82 (P62, Behandlungstag: 21. Juni 2013), 85 (P63, Behandlungstag: 25. April 2013), 87 (P38, Behandlungstag: 24. Mai 2013), 90 (P110, Behandlungstag: 10. Juni 2013), 91 (P64, Behandlungstag: 18. April 2013), 92 (P4, Behandlungstag: 30. April 2013), 93 (P65, Behandlungstag: 15. April 2013), 94 (P5, Behandlungstag: 10. April 2013), 95 (P6, Behandlungstag: 10. Juni 2013), 97 (P66, Behandlungstag: 15. April 2013), 99 (P67, Behandlungstag: 26. Juni 2013), 100 (P111, Behandlungstag: 18. Mai 2013), 101 (P7, Behandlungstag: 12. April 2013), 102 (P68, Behandlungstag: 2. April 2013), 103 (P69, Behandlungstag: 23. Mai 2013), 105 (P112, Behandlungstag: 10. Mai 2013) 106 (P85, Behandlungstag: 1. Juni 2013) ergibt sich die Leistungserbringung nicht aus der vorgelegten Dokumentation, die sich in dem Ausdruck der elektronisch geführten Patientenkartei auf die Angabe der Abrechnungsziffer und in einem Klammervermerk der Leistungslegende „Wegegeld bei Nacht, mehr als 10 km bis zu 25 km“ bzw. „Wegegeld bei Nacht, mehr als 5 km bis zu 10 km“ beschränkt. Die konkrete Uhrzeit des Besuchs und damit die Leistungserbringung bei Nacht ist anhand der Dokumentation nicht nachzuvollziehen.

Soweit teilweise bei den Wegegeldern aus der in dem jeweiligen Ausdruck aus der Patientendatei zuvor dokumentierten Anforderung des Hausbesuchs (abgerechnet als telefonische Beratung mit Zuschlag einschl. Angabe der Uhrzeit) auf den wahrscheinlichen Anfall der Wegegebühr zur Nacht geschlossen werden könnte (in den Behandlungsfällen 2, 15, 18, 20, 27, 28, 29, 30, 37, 38, 41, 43, 44, 47, 54 (P58, Behandlungstage: 12. April 2013 und 17. Juni 2013), 55, 60 (P89, Behandlungstage: 5. April 2013, 3. Mai 2013), 61, 62, 63 (P12, Behandlungstage: 31. Mai 2013 und 24. Juni 2013), 72, 77, 81, 87, 90, 95, 100, 105, 106) führt dies zu keinem anderen Ergebnis, da nicht zur Überzeugung des Senats mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die Chronologie der Dokumentation auch auf die Chronologie der Leistungserbringung schließen lässt: In den Fällen 20 und 100 findet sich in den Ausdrucken jeweils ein Eintrag über die Anfertigung eines postoperativen OPG sowie in Fall 69 die Anfertigung eines postoperativen Status noch nach der Dokumentation des angeblich nächtlichen Wegegeldes in der Patientenkartei, da deren Anfertigung nachts nicht dokumentiert ist, noch es wahrscheinlich ist, dass diese Leistungen noch nach dem vermeintlich nächtlichen Hausbesuch bei dem sich in seinem häuslichen Umfeld befindlichen Patienten durchgeführt wurden.

Soweit die Klägerin mit der Widerspruchsbegründung auf einer (auszugsweisen) Kopie des Bescheids vom 19. September 2013 handschriftlich die Besuchszeit vermerkt hat, handelt es sich lediglich um die substantiierte Darlegung der Uhrzeit, nicht jedoch um deren Nachweis, denn ersichtlich dienen die handschriftlichen Vermerke der Geltendmachung der streitgegenständlichen Leistung, sie sind aber gerade nicht Bestandteil der Behandlungsdokumentation, die solche Angaben – wie ausgeführt – gerade nicht enthält.

Indessen ist die Abrechnung der Wegepauschalen als solche nicht zu beanstanden; lediglich die Voraussetzungen für den Zuschlag bei Nacht sind nicht dokumentiert. Daher ist eine Umsetzung der Nr. 7811 GOÄ-82 in die Nr. 7810 GOÄ-82 in den Behandlungsfällen 41, der Nr. 7821 GOÄ-82 in die Nr. 7820 GOÄ-82 in den Behandlungsfällen 15 (2x), 47, 55, 85, 92 und 106, der Nr. 7831 GOÄ-82 in die Nr. 7830 GOÄ-82 in den Behandlungsfällen 3, 25, 74, 79, 91, 101, und der Nr. 7841 GOÄ-82 in die Nr. 7840 GOÄ-82 in den Behandlungsfällen 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9(2x), 11 (2x), 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 50, 51, 54 (2x), 57, 60 (3x), 61, 62, 63(2x), 64, 65, 66, 68, 69, 70, 72, 73, 76, 77, 80, 81, 82, 87, 90, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 102, 103, 105 gerechtfertigt. Die Beklagte hat also Wegegeldern nach Nr. 7810 GOÄ-82 1 x 4,30 Euro = 4,30 Euro, Nr. 7820 GOÄ-82 7 x 8,00 Euro = 56,00 Euro, Nr. 7830 GOÄ-82 6 x 12,30 Euro = 73,80 Euro, und Nr. 7840 GOÄ-82 70 x 18,40 Euro = 1.288,00 Euro, insgesamt 1.422,10 Euro (brutto) zu vergüten. Auch insoweit ist die Honorarberichtigung rechtswidrig.

Die Kostengrundscheidungen beruhen auf [§ 197a Abs. 1 Satz SGG](#) i. V. m. [§ 155 Abs. 1 Satz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und berücksichtigen das Obsiegen und Unterliegen der Beteiligten. Die Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen nach [§ 162 Abs. 3 VwGO](#) ist nicht veranlasst, da diese keine Anträge gestellt hat.

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-07