

S 12 KA 605/14

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
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
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Klägerin hat 91 %, die Beklagte 9 % der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat der Klägerin 9 % der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um eine Berichtigung der KCH-Abrechnung für das Quartal II/13 und hierbei um verschiedene Einzelabsetzungen in 106 Behandlungsfällen in Höhe von insgesamt noch 17.283,30 €, nachdem die Beklagte die ursprüngliche Berichtigung in Höhe von insgesamt 19.990,73 € um 1.811,83 € reduziert hat und die Klägerin das Teilerkenntnis angenommen hat.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis. 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.

Die Beklagte schrieb die Klägerin unter Datum vom 05.08.2013 an und teilte mit, die in der KCH-Abrechnung II/13 eingereichten und nachfolgend aufgeführten Fälle würden Fragen im Hinblick auf die vorgelegte Abrechnung aufwerfen. Es folgte die Auflistung von 4 Behandlungsfällen. Die Beklagte bat zur besseren Beurteilung um Übersendung von Kopien der Patientenakte und der ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundberichte.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 19.09.2013 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 18.10.2013 Widerspruch ein. 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 19.07.2013 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.

Die Beklagte bat die Klägerin unter Datum vom 24.02.2014 für das Quartal II/13 um Übersendung der vollständigen Patientenakten, OP-Berichte, Röntgendokumentationen sowie ausführlichen Befundberichte der auf einer Patientenliste aufgeführten 106 Behandlungsfälle bis zum 11.03.2014. Die Beklagte erinnerte die Klägerin unter Datum vom 24.04.2014 an die Übersendung der Unterlagen bis zum 15.05.2014, die bei ihr in Form von drei Ordnern am 23.05.2014 eintrafen.

Am 16.07.2014 hat die Klägerin unter Hinweis auf den Verfahrensablauf Untätigkeitsklage erhoben. Die Kammer hat mit Gerichtsbescheid vom 07.10.2014 - S 12 KA 335/14 - die Klage abgewiesen, im Berufungsverfahren zum Az.: L 4 KA 77/14 haben die Beteiligten nach Erlass des Widerspruchsbeseids den Rechtsstreit für erledigt erklärt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16.11.2014 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. 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 vertragszahnärztlichen 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 der Kläger am 22.12.2014 die Klage unter Verweis auf ihre Widerspruchsbegründung erhoben. Sie trägt ergänzend vor, ihre Klage richte sich gegen die Absetzung insgesamt. Aufgrund der stereotypen Begründungen der Klage 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. Der Verweis, die Leistung nach Nr. 2255 GOÄ sei nur bei nicht ortsgleicher Entnahme und Implantationsstelle abrechenbar, erschließe sich 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.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid vom 19.09.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.11.2014 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, bzgl. der Nr. 2255 GOÄ habe sie die OP-Berichte z.T. zugunsten des Klägers verwertet. Hinsichtlich der Verweilgebühr 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 € auf 17.283,30 €. Die Beklagte hat dies für die einzelnen Behandlungsfälle weiter dargelegt.

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 Richterinnen und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragszahnärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragszahnärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet. Der Bescheid vom 19.09.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.11.2014 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klage war abzuweisen.

Die Beklagte war zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz](#) haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertrags(zahn)ärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertrags(zahn)ärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertrags(zahn)ärzte fest; dazu gehört auch die artbezogene 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 Abs. 1 Satz 1 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](#) - a.a.O.; BSG, Urt. v. 30.06.2004 - [B 6 KA 34/03 R](#) - a.a.O.).

Bei den Absetzungen handelt es sich auch um sachlich-rechnerische Berichtigungen. Die Beklagte geht davon aus, dass der Leistungsinhalt nicht erfüllt ist. Von daher war sie für die Berichtigung zuständig.

Zum Zeitpunkt des Zugangs des angefochtenen Bescheides war die Ausschlussfrist von vier Jahren noch nicht verstrichen. Der Berichtigungsbescheid erging innerhalb von drei Monaten nach Abschluss des Behandlungsquartals.

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

Die Beklagte hat die Nr. 2255 GOÄ-82 (Freie Verpflanzung eines Knochens oder Knochenteilen <Knochenspäne>) zu Recht abgesetzt.

Soweit eine Operation mehrere operative Einzelschritte erfordert, sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung und können diese nicht gesondert berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 2255 GOÄ-82 kann daher nur innerhalb eines operativen Eingriffs bei nicht ortsgleicher Entnahme und Implantationsstelle abgerechnet werden. Für den Zugang bei der Wurzelspitzenresektion unterer Molaren kann nur eine Leistung nach der Nr. 2254 GOÄ-82 abgerechnet werden (vgl. Liebold/Raff/Wissing, BEMA-Z, Kommentar, GOÄ-Nrn. 2253-2255, S. 3). Hierauf hat die Beklagte bereits zutreffend im angefochtenen Widerspruchsbescheid hingewiesen. Soweit die Klägerin darauf hinweist, das Knochendeckelverfahren sei ein allgemein anerkanntes Verfahren als Zugang zur Wurzelspitze und zur Kieferhöhle, begründet dies nicht die Abrechenbarkeit der Leistung. Die Präparation eines Knochendeckels allein bei einer Wurzelspitzenresektion oder einer osteoplastischen Kieferhöhlenrevision stellt jeweils nur eine gesonderte Ausführung des operativen Zugangsweges dar. Im Hinblick auf den ohnehin notwendigen und nicht gesondert abrechnungsfähigen operativen Zugangsweg und der damit verbundenen Überschneidung von operativen Teilleistungen kann die Präparation und Bildung eines Knochendeckels nicht gesondert abgerechnet werden (vgl. Liebold/Raff/Wissing, a.a.O., S. 8). Von daher fehlt es an der gesonderten Abrechenbarkeit der Leistung und kommt es auf den Nachweis der Leistungserbringung durch Angabe der Indikation aus dem OP-Protokoll nicht an.

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) war nicht zu beanstanden. In allen Fällen fehlt es an einem Nachweis, dass der Besuch in der von der Leistungslegende geforderten Tages- bzw. Nachtzeit erbracht worden ist. Die von der Klägerin vorgelegte „Karteikarte“ macht hierzu keine Angabe. Die Klägerin hat erst mit Schreiben vom 29.10.2013 ergänzende Angaben gemacht, ohne anzugeben, worauf sich diese stützen. Von daher fehlt es an einem Nachweis. Hinzu kommt, dass die Abrechnung der Klägerin widersprüchlich ist, da sie jeweils einen Besuch nach Nr. 153 BEMA-Z abgerechnet hat, der den Besuch in einer stationären Pflegeeinrichtung „zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung“ voraussetzt, andererseits aber die Leistung nach Nr. 161a BEMA-Z, einen „Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche“. Im Übrigen können Zuschläge nach Nr. 161 BEMA-Z nicht neben der Leistung nach Nr. 153 BEMA-Z abgerechnet werden, da nach Nr. 161 BEMA-Z Zuschläge nur für Besuche nach den Nr. 151 und 154 abrechenbar sind, was die Beklagte allerdings nicht beanstandet hat. Soweit die Klägerin daher im Schreiben vom 29.10.2013 die Abrechnung auf Nr. 151 BEMA-Z umstellen wollte, fehlen auch hierzu nachvollziehbare Angaben in ihrer Karteikarte.

Die Absetzung der Verweilgebühren war nicht zu beanstanden. Für die Abrechnung eines Verweilens nach Nr. 7560 GOÄ-82 (Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen - wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde. 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.) und 7561 bis 7566 GOÄ-82 fehlt es an einer hinreichenden Dokumentation in der Karteikarte. Die Grundleistung nach Nr. 7560 GOÄ-82 setzt ausdrücklich voraus, dass Grund für das Verweilen die „Beschaffenheit des Krankheitsfalls“ ist. Dies ist daher zu dokumentieren. Von daher geht die Beklagte zu Recht davon aus, dass die Indikation für ein krankheitsbedingtes Verweilen angegeben werden muss. Fehlt es hieran, so ist die Leistungserbringung nicht ausreichend nachgewiesen. Auch werden die Uhrzeiten nicht angegeben.

Erörterungsleistungen nach Nr. 7600 bis 7606 GOÄ-82 setzen nach der Leistungslegende eine konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten voraus. Die konsiliarische Erörterung 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. Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass der entsprechende weitere Facharzt und der Inhalt der Erörterung für den Nachweis der Leistungserbringung zu dokumentieren sind. Andernfalls kann eine Leistungserbringung nicht nachgeprüft werden. So fallen nicht unter eine „Erörterung“ 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 (vgl. BSG, Urt. v. 18.02.1970 - [6 RKA 29/69](#) - [BSGE 31, 33](#) = SozR Nr. 1 zu EKV-Zahnärzte vom 01.10.1963, juris Rdnr. 21 m.w.N.; LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 02.02.2006 - [L 5 KA 13/04](#) - juris Rdnr. 41). Die bloße Angabe der Leistung selbst oder der Leistungsnummer reicht nicht aus.

Bzgl. der Wegegelder hat die Beklagte ein von der Klägerin angenommenes Teilanerkenntnis abgegeben. Die Beklagte geht nunmehr von den Angaben der Klägerin in den vorgelegten Karteikarten aus. Einen weitergehenden Anspruch hat sie nicht. Soweit sie auf die im weiteren Verwaltungsverfahren angegebenen Zeiten verweist, ist nicht nachvollziehbar, warum diese Zeiten, soweit sie von der Karteikarte abweichen, maßgeblich sein sollen.

Im Übrigen war die Beklagte in den Behandlungsfällen, in denen die Klägerin zudem gegen das sog. Splittingverbot verstoßen hat, berechtigt, die Leistungen abzusetzen (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.02.2015 - [L 3 KA 122/11](#) - juris Rdnr. 23; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.02.2015 - [L 3 KA 123/11](#) - juris Rdnr. 21, Revision anhängig: [B 6 KA 30/15 R](#) z. T. anders LSG Hessen, Urt. v. 25.02.2015 - [L 4 KA 30/14](#) - juris Rdnr. 41, Revision anhängig: [B 6 KA 16/15 R](#); LSG Hessen, Urt. v. 25.02.2015 - [L 4 KA 42/14](#) - juris Rdnr. 46, Revision anhängig: [B 6 KA 17/15 R](#)).

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 155 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Dabei war hinsichtlich der Quotelung das Teilanerkenntnis der Beklagten zu berücksichtigen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-19