

## L 4 KA 44/14

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
Hessisches LSG  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 646/13  
Datum  
29.01.2020  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 44/14  
Datum  
07.05.2014  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 7. Mai 2014 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen sind nicht erstattungsfähig.

Die Revision wird nicht zugelassen.

### Tatbestand

Die Beteiligten streiten über eine sachlich-rechnerische Berichtigung der KB-Monatsabrechnungen für November 2011 im Behandlungsfall C. C., geb. 1975 (AOK Hessen) und hierbei um die Absetzung folgender Leistungen: 1 x Nr. 1435, 1 x Nr. 1468, 1 x Nr. 1479, 1 x Nr. 1485, 1 x Nr. 2255, 5 x Nr. 7500, 3 x Nr. 7502, 2 x Nr. 7503, 2 x Nr. 7504, 2 x Nr. 7505, 8 x Nr. 7560, 7 x Nr. 7560, 7 x Nr. 7830, 7 x Nr. 7831, 1 x Nr. 8250, 7 x Nr. 8252, 14 x Nr. 8253 und 14 x Nr. 8272 GOÄ-82 sowie 3 x Nr. 03 (Zu), 6 x Nr. 37 (Nb12) und 76 x Nr. 38 (N) BEMA, insgesamt in Höhe von 2.432,49 €.

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

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 14. März 2012 (Bl. 42 Verwaltungsakte - VA) die strittigen Absetzungen vor. Zur Begründung führte sie aus, die Nr. 8250 GOÄ-82 (Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheder aus der Vene) sei einmal gestrichen worden, da Sinn und Zweck der Blutentnahme nicht erkennbar sei. Die Nr. 37 BEMA (Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbolzung) sei sechsmal gestrichen worden. Die Stillung einer übermäßigen Blutung in allen vier Quadranten sei nicht plausibel. Hier handele es sich wohl eher um die Stillung der operationsgebietstypischen Blutungen, die integrativer Bestandteil der operativen Hauptleistung seien. Die Nr. 2255 GOÄ-82 (freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen [Knochenspäne]) sei einmal gestrichen worden. Die freie Verpflanzung eines Knochenteils sei nicht näher dokumentarisch erklärt worden; zugrundeliegender Befund, Indikation und Herkunft des Knochenteils in Angaben zur Fixation desselben fehlten. Die Nrn. 1468 (operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus), 1485 (operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen...) und 1479 (Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus...) GOÄ-82 seien jeweils einmal gestrichen worden. Die Indikation für die operative Kieferhöhlenrevision sei nicht dokumentiert. Es fehlten ein entsprechender Befund bzw. Röntgenbefund bei befundloser Kieferhöhle im vorgelegten OPG. Die Nr. 1435 GOÄ-82 (Stillung von Nasenblutung mittels Ätzung u./o. Tamponade u./o. Kauterisation...) sei einmal gestrichen worden wegen fehlender Dokumentation der Ursache und der Maßnahmen (lediglich Abrechnungskürzel). Die Nr. 7560 GOÄ-82 (Verweilen ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlichen Leistungen - wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde) sei achtmal wegen fehlender Begründung für das Verweilen, sowie Angaben zur verweilenden Person mit Zeitaufstellung gestrichen worden. Die Nr. 38 BEMA (Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren od. dergleichen...) sei viermal gestrichen worden. Die Nachbehandlung am OP-Tage erscheine unnötig, da keine entsprechenden besonderen Befundkriterien aufgeführt worden seien. Dies betreffe die am 11. November 2011 erbrachten Leistungen. Von den am 12. bis 18. November 2011 erbrachten Leistungen seien weitere Leistungen gestrichen worden. Die Nr. 8252 GOÄ-82 (Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär, nicht für die Injektion zu Heilzwecken) sei siebenmal, die Nr. 8253 GOÄ-82 (Injektion, intravenös) sei 14-mal und die Nr. 8272 GOÄ-82 (Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer) sei 14-mal gestrichen worden. Alle Infusionen und Injektionen würden nicht anerkannt werden, weil der Patient mobil sei, sich also bewegen könne, was eine Thromboseprophylaxe entbehrlich erscheinen lasse. Des Weiteren könne er Antibiotika bzw. Analgetika per os einnehmen. Die Nr. 38 BEMA (Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen...) sei 68-mal gestrichen worden. Die Nachbehandlung werde für jedes OP-Gebiet einmal anerkannt. Eine bis zu dreimalige Nachbehandlung des Wundgebietes sei für die durchgeführte OP völlig

unüblich und werde auch nicht durch die Schilderung eines außergewöhnlichen Umstandes gestützt. Am 19., 23. und 24. November 2011 sei die Notwendigkeit einer Nachbehandlung nicht nachvollziehbar. Es fehlten detaillierte Befunde zur Begründung der Nachbehandlungsbedürftigkeit. Nach der Entfernung aller Fäden sei es dem Patienten möglich, Spülungen des OP-Gebietes eigenständig durchzuführen. Das Auftragen von Salben sei kritisch zu bewerten, da diese auf der Mundschleimhaut nicht haften und so kaum Wirkung entfalten. Die Notwendigkeit einer Teilnahtentfernung einen Tag vor der geplanten Nahtentfernung sei nicht nachvollziehbar. Die Nr. 7500 GOÄ-82 (Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung) sei fünfmal, die Nr. 7502 GOÄ-82 (Besuch, einschließlich Beratung inkl. Zuschlag für in der Zeit zwischen 22:00 und 06:00 Uhr erbrachten Leistungen) sei dreimal, die Nr. 7503 GOÄ-82 (Besuch, einschließlich Beratung inkl. Zuschlag für in der Zeit zwischen 22:00 und 06:00 Uhr erbrachte Leistungen) sei zweimal, die Nr. 7504 GOÄ-82 (Besuch, einschließlich Beratung inkl. Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen) sei zweimal, die Nr. 7505 GOÄ 82 (Besuch, einschließlich Beratung inkl. Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen und in der Zeit von 20:00 bis 22:00 Uhr oder 06:00 bis 08:00 Uhr erbrachte Leistungen) sei zweimal, die Nr. 7830 GOÄ-82 (Wegegeld, bei mehr als 5 km bis 10 km) sei siebenmal und die Nr. 7831 GOÄ-82 (Wegegeld, bei mehr als 5 km bis 10 km, bei Nacht [zwischen 20:00 und 08:00 Uhr]) sei siebenmal und die Nr. 03 BEMA (Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde) sei dreimal gestrichen worden. Der Patient sei ambulant operiert worden. Insofern sei er ärztlicherseits als potenziell mobil eingestuft worden. Der Besuch der Arztpraxis sei insofern zuzumuten, ein Hausbesuch könne nur in begründeten Fällen erfolgen. Dies sei hier nicht dokumentiert worden.

Die übrigen Leistungen in dem Streitgegenständlichen Behandlungsfall wurden in Höhe von 839,51 Euro mit der KB-Abrechnung 2012 ausbezahlt worden.

Gegen den Bescheid vom 14. März 2012 legte die Klägerin am 3. April 2012 Widerspruch (Bl. 45 VA) ein. Zur Begründung führte sie aus (Bl. 48 ff VA), die Nr. 8250 GOÄ-82 sei gerechtfertigt gewesen, da es sich um eine mehrstündige Intubationsnarkose gehandelt habe. Aus diesem Grunde sei vor dem Eingriff Blut entnommen worden, um die Narkosefähigkeit der Patientin kurzfristig bestimmen zu können. Zur Nr. 37 BEMA wies sie darauf hin, dass bei Patienten, die eine eingeschränkte Blutgerinnung hätten - dieses sei häufig nicht gleichbedeutend mit einer Blutgerinnungsstörung - die vermehrte Blutung in aller Regel in allen vier Quadranten auftrete. So auch im vorliegenden Fall. Hier seien Blutungsstillungen mittels Knochenbolzungen und Umstechungen notwendig geworden. Damit sei die Leistung regelgerecht erbracht und auch erstattungspflichtig. Der Leistungsinhalt der Nr. 2255 GOÄ-82 sei erfüllt worden. Es sei ein Knochendeckel nach Lindorf als Zugang zur Kieferhöhle präpariert worden. Der Knochendeckel sei mit dem piezoelektronischen Gerät in Regio 14 bis 16 präpariert und entnommen worden. Danach sei die Kieferhöhlenrevision mit Entfernung entzündlich veränderter Kieferhöhlenschleimhaut und Anlage eines Fensters zum unteren Nasengang erfolgt. Danach sei die Replantation des Knochendeckels erfolgt. Hinsichtlich der Nrn. 1468, 1485 und 1479 GOÄ-82 führte sie aus, die vorgesehenen Abrechnungsformulare zum Kieferbruch ließen eine umfangreiche Dokumentation der Indikation nicht zu. Es habe ein Anhalt für eine Sinusitis maxillaris auf Grund des erheblichen Druckgefühls im Bereich der rechten Kieferhöhle bestanden. Die Patientin habe insbesondere bei Kopfsenkung über ein Pochen im Bereich der rechten Kieferhöhle berichtet. Der radiologische Befund habe es ebenfalls nahegelegt, dass eine Kieferhöhlenentzündung vorgelegen habe. Zu Nr. 1435 GOÄ-82 führte sie aus, die Stillung sei mittels Kauterisation erfolgt. Damit sei die Maßnahme hinreichend begründet. Die Ursache sei hier nicht zu dokumentieren. Möglicherweise stehe die Ursache in Verbindung mit der allgemein vermehrten Blutungsneigung der Patientin. Das Verweilen nach Nr. 7560 GOÄ-82 sei durch Frau D. erfolgt. Das Verweilen sei auf Grund der Kreislaufprobleme der Patientin erforderlich gewesen. Die Nachbehandlung nach Nr. 38 BEMA sei eine Wundbehandlung in Form einer Wundreinigung gewesen, nachdem sich erhebliche Hämatomreste auf den Nähten gebildet hätten und das Infektionsrisiko erhöht hätten. Es sei eine Reinigung mittels H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> erfolgt. Zu den Nrn. 8252, 8253 und 8272 GOÄ-82 führte sie aus, es sei unklar, woraus die Beklagte folgere, dass die Patientin mobil gewesen sei. Es sei nicht erkenntlich, warum eine Thromboseprophylaxe entbehrlich gewesen sein solle. Es habe sich um einen kiefergesichtschirurgischen Eingriff gehandelt, der diese Maßnahmen erfordert habe. Die Thromboseprophylaxe sei auf Grund der Tatsache, dass die Patientin die Pille einnehme und rauche, dringend indiziert gewesen. Zudem sei sie in ihrer Mobilität erheblich eingeschränkt gewesen. Die Nr. 8253 sei wegen der i. V. Applikation von Medikamenten angesetzt worden. Die Medikamente seien mitgeteilt worden. Die i. V. Verabreichung von Infusionen sei erforderlich gewesen, nachdem die Patienten auf Grund erheblicher Schwellungen in der Mundhöhle nicht in der Lage gewesen sei, Kapseln zu schlucken. Die Resorption wäre zudem unsicher gewesen. Zudem sei zu bemerken, dass die Frage der Alternativtherapie keine Frage der sachlich-rechnerischen Berichtigung, sondern möglicherweise allerhöchstens der Wirtschaftlichkeitsprüfung sein könne. Es werde nicht begründet, weshalb die Nachbehandlungen nach Nr. 38 BEMA im OP-Gebiet abgesetzt worden seien. Sie habe auf die Wundreinigungen hingewiesen. Die Beklagte bestreite lediglich die Indikation, aber nicht, dass diese Maßnahme durchgeführt worden sei. Auf Grund der eingeschränkten Mundöffnung habe die Patientin die Wunde nicht selbst reinigen können. Es handele sich auch um eine Frage der Wirtschaftlichkeit. Auch eine Teilnahtentfernung sei insbesondere dann erforderlich, wenn eine extreme Schwellung (bzw. ein Hämatom) vorliege. Die Besuche seien durchgeführt worden. Die Indikation habe sich dadurch ergeben, dass die Patientin eben nicht mobil gewesen sei, sondern unter einer erheblichen Schwellung, Schwindel und Bewegungseinschränkungen auf Grund o.g. Tatsachen gelitten habe. Die Maßnahmen seien durchgeführt worden, es sei hier nicht die Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 5. November 2013 (Bl. 54 VA) den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung machte sie umfangreiche Ausführungen zu den Grundlagen der Dokumentationspflicht und führte weitere aus, es liege keine chronologisch nachvollziehbare plausible Originaldokumentation vor. Es liege weder eine präoperative Fallplanung (zugrundeliegende Diagnosedstellung zur Behandlungsplanung, Aufklärung des Patienten über das Ausmaß der Behandlung, etc.) noch ein OP-Bericht vor. Lediglich zur KB-Abrechnung im November 2011 sei ein QM-Bogen (Dokumentationsbogen) anhängend. Mit der Widerspruchsbegründung seien die medizinischen Indikationen für die jeweiligen Abrechnungsziffern nur pauschal und nicht individuell für den jeweiligen Behandlungstag vorgetragen worden. Es hätten sich insgesamt keine neuen Erkenntnisse ergeben. Sie wies darauf hin, dass Ergänzungen der Dokumentation, die mehr als 8 Monate nach der Originaldokumentation nachgeliefert worden sei, inakzeptabel und nicht verwertbar seien. Für die umfangreichen Zuschläge nach Nr. 03 (Zu) BEMA seien die medizinische Indikation und/oder die Therapiemaßnahmen nicht dokumentiert worden. Es sei lediglich das Abrechnungskürzel dokumentiert worden. Andere Dokumentationen lägen nicht vor. Die Leistung sei nicht nachgewiesen. Entsprechend begründete sie die Absetzungen für die übrigen Leistungen. Ergänzend führte sie aus, hinsichtlich der Nr. 2255 GOÄ-82 wies sie darauf hin, dass diese Leistung nur bei nicht ortsgleicher Entnahme und Implantationsstelle innerhalb eines Operationsgebietes abrechenbar sei. Die Wegegelder zu Nr. 7500 bis 7505 GOÄ-82 seien zwar auf dem KB-Abrechnungsschein dokumentiert, aber nicht abgerechnet worden. Vor diesem Hintergrund seien die Nr. 7030 und 7031 GOÄ mit 0,00 Euro ausgewiesen. Bei allen sieben Injektionen sei stereotyp „Subkutane Injektion mit Heparin zur Thromboseprophylaxe“ aufgeführt worden. Von insgesamt 14 Infusionen nach Nr. 8253 GOÄ-82 sei siebenmal „Notwendigkeit der i.v. Antibiose bei unsicherer Resorption bei oraler Aufnahme wegen OP im Mund mit 500 ml NaCl und 1 Amp. Sobelin 600mg“ und siebenmal „Schmerztherapie bei Notwendigkeit des schnellen Wirkungseintritts daher i.v. Gabe notwendig mit 500mg NaCl und 1 Amp. Novalgin“ dokumentiert worden. Von insgesamt 14 Infusionen nach Nr. 8272 GOÄ-82

seien sechsmal bzw. achtmal die gleichen Angaben dokumentiert worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 6. Dezember 2013 Klage beim Sozialgericht Marburg erhoben.

Sie hat vorgetragen, zur Kürzung der Nr. 8250 GOÄ-82 fehle es an einer Begründung. Sinn und Zweck der Blutentnahme seien nicht dokumentationspflichtig und nicht Gegenstand einer Berichtigung. Im Übrigen habe sie Sinn und Zweck bereits erläutert. Nach der Kommentierung zu Nr. 37 BEMA sei diese Leistung als selbständige Leistung mit einem chirurgischen Eingriff abrechenbar, wenn es zu Blutungen auch im Operationsgebiet komme, die das normale Maß überstiegen. Die Abrechnung setze die Zahnangabe voraus, weitere Bemerkungen seien nicht erforderlich. Die Auffassung der Beklagten zu Nr. 2255 GOÄ-82 erschließe sich aus der Kommentierung nicht. Sie verweise im Übrigen auf ihr Widerspruchsvorbringen. Dies gelte auch hinsichtlich der Nrn. 1468, 1485 und 1479 GOA 82. Eine „Stillung von Nasenbluten“ sei selbsterklärend, sie habe zudem bereits angegeben, dass diese durch Kauterisation erfolgt sei. Eine Begründung für das Verweilen sei allenfalls im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung relevant. Die Zeitdauer sei dokumentiert. Angaben zur verweilenden Person, die sie gemacht habe, seien nicht erforderlich. Die Ausführungen zur Abrechenbarkeit der Nr. 38 BEMA seien zu unbestimmt und beträfen Sinn und Zweck der Leistung, was die Beklagte nicht prüfen dürfe. Zu den Nrn. 8252, 8253 und 8272 GOÄ-82 fänden sich in der Karteikarte umfassende Dokumentationen zur Notwendigkeit und zu den verabreichten Mitteln. Sie habe die Leistungen erbracht. Die Sinnhaftigkeit, die sie im Übrigen dargelegt habe, könne von der Beklagten nicht überprüft werden. Dies gelte auch für die Notwendigkeit der Hausbesuche. Sie habe auch eine chronologische nachvollziehbare und plausible Originaldokumentation übersandt. Die Relevanz einer präoperativen Fallplanung erschließe sich ihr nicht.

Die Beklagte hat auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid verwiesen und ergänzend vorgetragen, die Blutentnahme (Nr. 8250 GOÄ-82) sei von dem Anästhesisten abzurechnen. Die Nr. 37 BEMA sei wegen Unplausibilität der Zahl der Leistungen als auch fehlender Dokumentation abgesetzt worden. Eine eingeschränkte Blutgerinnung sei nicht dokumentiert worden, vielmehr sei eine Kurzanamnese am 10. November 2011 dokumentiert, nach der die Patientin keine Vorerkrankungen habe und keine Medikamente einnehme; im Röntgen sei eine reguläre Wundheilung und Ossifikation festgestellt. Hinsichtlich der Nr. 2255 GOÄ-82 seien die Entnahmestelle und der Implantationsort des Knochens ortsgleich bei Regio 16-14 gewesen. Hinsichtlich der Nr. 1468, 1485 und 1479 GOÄ-82 seien nur Abrechnungskürzel dokumentiert worden. Eine Sinusitis sei nicht dokumentiert worden. Die Stillung von Nasenblutung (Nr. 1435 GOA-82) sei nur unzureichend dokumentiert worden. Für das Verweilen (Nr. 7560 GOÄ 82) sei lediglich „45min“ dokumentiert worden. Das Verweilen sei nicht vom Operateur durchgeführt worden, eine Indikation hierfür sei nicht dokumentiert worden. Von den insgesamt 100 Leistungen nach Nr. 38 (N) BEMA habe sie 72 abgesetzt, nämlich die in der 2. und 3. Sitzung erbrachten Nachbehandlungen. Eine dreimalige Nachbehandlung am gleichen Tag werde auch durch die stereotype Begründung der Klägerin nicht gestützt. Eine medizinische Indikation für eine subcutane Thromboseprophylaxe (Nr. 8252 GOÄ 82), intravenöse Schwellungsprophylaxe (Nr. 8253 GOÄ-82), intravenöse Antibiotika-Therapie (Nr. 8272 GOÄ-82) und intravenöse Schmerz-Therapie (Nr. 8272 GOA-82) habe nicht vorgelegen. Diese Begründung sei nicht ausreichend für die Abrechnung. Im Rahmen der zahnärztlichen Therapie würden Infusionen z. B. als Medikamente in der Notfall-Vorbeugung oder -Therapie (Schockbehandlung) verwendet; eine Notfallsituation sei hier nicht erkennbar. Die Hausbesuche stünden hiermit im Kontext. Zu Nr. 03 (Zu) BEMA habe die Klägerin die Klage nicht begründet. Im Übrigen habe die Klägerin gegen das Splittingverbot verstoßen.

Mit Urteil vom 7. Mai 2014 hat das Sozialgericht die Klage als unbegründet abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 14. März 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. November 2013 sei rechtmäßig. Die Beklagte sei wegen Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot berechtigt gewesen, die Absetzungen in dem strittigen Behandlungsfall vorzunehmen. Von daher könne dahingestellt bleiben, ob darüber hinaus die im angefochtenen Bescheid und Widerspruchsbescheid genannten Gründe zutreffend seien.

Gegen das ihr am 19. Mai 2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20. Juni 2014 Berufung eingelegt. Die Beigeladene hat u. a. mit Bescheid vom 5. Juni 2014 die Honorarabrechnung des Dr. Dr. A. für die Quartale II/2011 bis I/2012 wegen Verstoßes gegen das Splittingverbot korrigiert und u. a. die Leistungen im Quartal IV/2011 in Höhe von 1.276,22 Euro u. a. im Behandlungsfall C. C. von der betroffenen Quartalsabrechnung abgesetzt. Es handele sich um eine Doppelabrechnung gegenüber der Beigeladenen und der Beklagten in einem einheitlichen Behandlungsfall mit Schwerpunkt im Bereich der Beigeladenen. Mit Beschluss vom 23. Januar 2017 hat der Senat die Beiladung ausgesprochen.

Die Klägerin verweist auf ihren erstinstanzlichen Vortrag, ergänzend führt sie aus, dass die Absetzung der GOP 8252, 8253 und 8272 GOÄ-82 unter Hinweis auf eine angeblich nicht nachgewiesene „medizinische Notwendigkeit“ gekürzt habe. Eine solche Begründung rechtfertige die Honorarkürzung bereits deshalb nicht, da Fragen der medizinischen Notwendigkeit sich auf die Wirtschaftlichkeit bezögen und hat nicht der Zuständigkeit der Beklagten unterfielen.

Die Klägerin vertritt weiterhin die Auffassung, das Splittingverbot sei bereits nicht einschlägig, da es sich um eine KB-Abrechnung handele. Es liege kein einheitlicher Behandlungsfall vor. Aus den Definitionen des Behandlungsfalls in Nr. 3.1 EBM, § 9 Abs. 1 BMV-Z und § 14 Abs. 1 EKV-Z ergebe sich, dass dieser sich für KB-Abrechnungen (Bema-Teil 2), welche nicht quartalsbezogen abgerechnet würden, nicht bestünden. Das Splittingverbot sei hierauf nicht anwendbar; es könne sich nicht auf die potenziell über mehrere Quartale erstreckende KB-Behandlung beziehen. Diese Auffassung werde von der Beklagten und der Beigeladenen geteilt, diese nähmen keine Kürzungen von KB-Abrechnungen wegen eines angeblichen Verstoßes gegen das Splittingverbot vor. Das Sozialgericht habe darüber hinaus das bei sachlich-rechnerischer Berichtigung bestehende Ermessen der Behörden verfahrensfehlerhaft an sich gezogen. Die Honorarkürzungen stellten im Übrigen Eingriffe in die Grundrechte nach [Art. 3](#) und [12 GG](#) dar. Nach der Rechtsprechung des BSG sei eine Komplettabsetzung nicht gerechtfertigt.

Die Klägerin beantragt,  
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 7. Mai 2014 und den Bescheid der Beklagten vom 14. März 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. November 2013 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,  
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verweist zur Begründung auf die angegriffenen Bescheide und macht sich die Ausführungen im erstinstanzlichen Urteil vollinhaltlich zu eigen. Es liege ein Fall des Splittingverbots vor, es handele sich um einen einheitlichen Behandlungsfall, in dem die Klägerin sowohl gegenüber der Beigeladenen als auch ihr - der Beklagten - gegenüber abgerechnet habe. Der finanzielle Schwerpunkt der

Behandlung habe bei ihr gelegen, da im November 2011 ein KB-Plan in Höhe von 3.272,00 Euro abgerechnet worden sei. Über die Beigeladene seien im Quartal IV/2011 EBM-Leistungen in Höhe von 1.271,41 Euro abgerechnet worden, so dass von dort die Korrektur erfolgen müsse.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Sie schließt sich hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Rückabwicklung der Splittingfälle unter Berücksichtigung des Schwerpunkts der Abrechnung vollumfänglich den Ausführungen der Beklagten an. Die Vorgehensweise habe den Maßstäben, die das BSG für die Verhältnismäßigkeit der Absetzungen nach dem wirtschaftlichen Schwerpunkt ausgestellt habe, entsprochen.

Die Beteiligten sind mit gerichtlichem Schreiben vom 20. März 2018 zur Entscheidung durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) angehört worden.

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

### Entscheidungsgründe

Der Senat konnte nach Anhörung der Beteiligten ([§ 153 Abs. 4 Satz 2 SGG](#)) durch Beschluss ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richterinnen und Richter entscheiden, weil der Senat die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält ([§ 153 Abs. 4 Satz 1 SGG](#)).

Die zulässige Berufung gegen das der Klägerin am 19. Mai 2014 zugestellte Urteil ist form- und insbesondere fristgerecht am Freitag, den 20. Juni 2014, eingelegt worden. Die einmonatige Berufungsfrist ([§ 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) endete gem. [§ 64 Abs. 3 SGG](#) am 20. Juni 2014, weil der 19. Juni 2014 auf einen gesetzlichen Feiertag (Fronleichnam) in Hessen fiel.

Die Berufung ist aber nicht begründet. Im Ergebnis zutreffend hat das Sozialgericht die zulässige Klage als unbegründet abgewiesen, denn der Bescheid vom 14. März 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. November 2013 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Rechtsgrundlage für den streitgegenständlichen sachlich-rechnerische Richtigstellung ist 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. November 2003 <[BGBl I 2190](#)>, a. F.), der nach [§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) auch für Zahnärzte gilt. Danach 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](#) -). Vorliegend ist aber eine Absetzung der Leistungen nicht mehr - wovon auch die Beteiligten übereinstimmend ausgehen - wegen eines Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot nach Nr. 6.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä in der ab dem 1. April 2005 gültigen Fassung, wonach Vertragsärzte, die auch als Vertragszahnärzte gemäß [§ 95 Abs. 1 SGB V](#) an der Versorgung teilnehmen, die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die KÄV oder nur über die KZÄV abrechnen dürfen, zu rechtfertigen, nachdem die Beigeladene mit Bescheid vom 5. Juni 2014 die unter Verstoß gegen das Splittingverbot sowohl bei der Beklagten als auch der Beigeladenen abgerechneten Leistungen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung der vertragsärztlichen Honorarabrechnung für das Quartal IV/2011 mit entsprechend dem Schwerpunkt der Leistungserbringung im zahnärztlichen Bereich abgesetzt hat.

Die Beklagte durfte die streitgegenständlichen Leistungen indessen von der KB-Abrechnung für November 2011 absetzen, weil die ordnungsgemäße Erbringung der streitgegenständlichen Leistungen nicht zur Überzeugung des Senats durch die als Behandlungsdokumentation vorgelegten Unterlagen nachgewiesen ist.

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 Ersatzkassenvertrags - 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.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat die Beklagte die streitgegenständlichen Leistungen zu Recht abgesetzt, denn die Leistungserbringung ist nicht zur Überzeugung des Senats mit der erforderlichen, an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit durch die von der Klägerin als Behandlungsdokumentation vorgelegten Unterlagen nachgewiesen.

Hinsichtlich der nach Nr. 8250 GOÄ-82 (Blutentnahme mittel Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene), Nr. 37 BEMA (Stillung einer übermäßigen Blutung) 6mal, Nr. 2255 GOÄ-82 (Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen), Nr. 1468 GOÄ-82 (Operative Eröffnung einer Kieferhöhle), Nr. 1485 GOÄ-82 (Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen), Nr. 1479 GOÄ-82 (Ausspülung der Kiefer-, Keilbein, Stirnhöhle...), Nr. 7560 GOÄ-82 (Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen wegen Erkrankung erforderlich - je angefangen halbe Stunde) 2mal in der ersten Sitzung des Behandlungstags 11. November 2011 abgerechneten Leistungen ist das konkrete Leistungsgeschehen anhand der vorliegenden Unterlagen nicht zweifelsfrei nachzuvollziehen; es fehlt insbesondere an einem Operationsprotokoll, aus dem sich die Durchführung einer Operation, die Art der Operation, die hiervon betroffene Kiefer- bzw. Zahnregion und die konkret erfolgten operativen Maßnahmen ergeben.

Der im Verwaltungsverfahren vorgelegte QM-OP Dokumentationsbogen vom 11. November 2011 (Bl. 15a Verwaltungsakte) erfüllt diese Anforderungen ersichtlich nicht, er dokumentiert bei OP-Art „Z. n. Bimax, jetzt Metallentfernung“ also lediglich die nach Nr. 2694 GOÄ-82 (Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur) abgerechnete Leistung. Allein die angegebene Operationsdauer von fünf Stunden deutet auf einen umfangreicheren Eingriff als die bloße Entfernung des Osteosynthesematerials hin, ohne aber Rückschlüsse auf ein konkretes (Operations-)Geschehen zu erlauben.

Auch der auf den 19. Dezember 2011 datierte auszugsweise Ausdruck aus der Patientendatei (Bl. 18 VA) ist zum Nachweis der Durchführung der nach Nrn. 2255, 1468, 1485, 1479 GOÄ-82 und Nr. 37 BEMA abgerechneten Leistungen nicht geeignet, nachdem sich die Eintragungen – mit Ausnahme der Eintragungen zu Nr. 8272, 8252 und 8253 GOÄ 82 - auf die Angabe der Gebührenordnungsziffer, eine Kurzwiedergabe der Leistungslegende und teilweise der Angabe, welche Zahnregion betroffen ist, beschränken. Individuelle Angaben über ein konkretes Operationsgeschehen, ein Operationsprotokoll oder ein Befund sind hier nicht enthalten. Auch die Angaben für 10. November 2011 (Bl. 17 VA), die neben der Anamnese („Z. n Bimax-OP am 24.09.2009“, „keine Vorerkrankungen“, keine Medikamente“), die Angabe „Ausführliche Aufklärung (Narbenbildung, Blutungen, Infektionen, Wundheilungsstörungen)“ auch einen Befund enthalten, deuten nicht auf eine Kiefer- oder Stirnhöhlenoperation hin. Hier ist lediglich angegeben: „Neutralverzahnung mit frontal leicht offenem Biß, ausgeprägte Narbenbildung im Bereich der Osteotomien, ansonsten O.B., im Röntgen reguläre Wundheilung und Ossifikation“, mithin kein Befund, der mit den abgerechneten, streitgegenständlichen Leistungen in Übereinstimmung zu bringen wäre. Soweit die Klägerin im Widerspruchsverfahren vorgetragen hat, es habe ein Anhalt für eine Sinusitis maxillaris aufgrund des erheblichen Druckgefühls im Bereich der rechten Kieferhöhle bestanden, die Patientin habe insbesondere berichtet, bei Kopfsenkung über ein Pochen im Bereich der rechten Kieferhöhle, der radiologische Befund habe nahegelegt, dass eine Kieferhöhlenentzündung gelegen habe (Ss. vom 27. Juli 2012, Bl. 48ff, 49 VA), steht dieser Vortrag nicht im Einklang mit dem präoperativ erhobenen und dokumentierten Befund vom 10. November 2011, der auch und gerade in Bezug auf die bildgebende Diagnostik die im Widerspruchsverfahren behauptete Kieferhöhlenentzündung nicht belegt.



Nicht mit der erforderlichen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit ist auch die Erbringung der Leistung nach Nr. 8250 GOÄ-82 (Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene) nachgewiesen. Der auf den 19. Dezember 2011 datierte auszugsweise Ausdruck aus der Patientendatei (Bl. 18 VA) beschränkt sich insoweit ebenfalls nur auf die Angabe der Leistungsziffer und die Wiedergabe der Leistungslegende, eine Dokumentation des Leistungsgeschehens ist nicht erfolgt, insbesondere sind auch nicht die sich aus der Blutentnahme ergebenden Befunde (Laborwerte) dokumentiert. Gerade dies wäre aber zu erwarten, wenn die Blutentnahme wie von der Klägerin im Widerspruchsverfahren vorgetragen - zur Bestimmung der Narkosefähigkeit der Patientin vorgenommen worden wäre, wobei der Senat ohne nähere Dokumentation eines medizinischen Grundes die Vorgehensweise einer Blutentnahme am Operationstag selbst durch den Operateur für mindestens unüblich hält, da die Beurteilung der Narkosefähigkeit Aufgabe des Anästhesisten sein dürfte. Ebenso ist auch die Erbringung der Leistungen nach Nrn. 8272 (Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer), 8252 (Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär nicht für die Injektion zu Heilzwecken) und 8253 (Injektion, intravenös) GOÄ 82 nicht zur Überzeugung des Senats nachgewiesen, obwohl insoweit jeweils ein medizinischer Anlass (Schmerztherapie, Notwendigkeit der Antibiose, Thromboseprophylaxe, Schwellungsprophylaxe) rudimentär dokumentiert wurde, sowie sich die Art der Medikation aus dem Ausdruck aus der Patientendatei ergibt, weil diese Leistungen in der Sitzung der Operation also entweder intraoperativ oder in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Operation unter Vollnarkose erbracht worden sein sollen, was ohne nähere Dokumentation der Befundsituation nicht nachvollziehbar ist. Soweit die Klägerin im Widerspruchsverfahren hierzu ausgeführt hat, dass die Thromboseprophylaxe indiziert gewesen sei, weil die Patientin „die Pille“ einnehme und rauche sowie in ihrer Mobilität erheblich eingeschränkt gewesen sei, ergeben sich solche Umstände an keiner Stelle aus den als Behandlungsdokumentation vorgelegten Unterlagen, vielmehr ist für 10. November 2011 (Bl. 17 VA) in der Anamnese das Gegenteil dokumentiert, nämlich, dass die Patientin „keine Medikamente“ einnehme. Anhand dieser ersichtlich unvollständigen, in sich sogar teilweise widersprüchlichen Dokumentation lässt sich aber die Erbringung der streitgegenständlichen Leistungen nicht zweifelsfrei beweisen.

Nur ergänzend ist deshalb darauf hinzuweisen, dass bei Nr. 2255 GOÄ-82 (Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen <Knochenspäne>) nach der Rechtsprechung des Senats die Leistung abrechenbar ist je freier Knochenverpflanzung, also Entnahme und Einpflanzung innerhalb eines operativen Eingriffs bei nicht ortsgleicher Entnahme und Implantationsstelle (Senatsurteile vom 24. Oktober 2018, L 4 KA 47/12, und vom 15. Januar 2020, [L 4 KA 44/15](#)), so dass vorliegend die Absetzung der Leistung auch deshalb gerechtfertigt ist, weil die Entnahme- und Implantationsstelle der Behandlungsdokumentation nicht zu entnehmen ist. Nach dem Vorbringen der Klägerin im Widerspruchsverfahren, nach dem ein Knochendeckel nach Lindorf präpariert und reimplantiert wurde, wurde eine nicht ortsgleiche Entnahme und Implantationsstelle auch gar nicht durchgeführt, so dass die Voraussetzungen für die Abrechenbarkeit von Nr. 2255 GOÄ-82 nicht gegeben sind.

Auch die Absetzung der Verweilgebühren Nr. 7560 GOÄ-82 (Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen - wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde) ist nicht zu beanstanden, denn 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, weshalb nach der Senatsrechtsprechung (Urteil vom 15. Januar 2020, [L 4 KA 44/15](#)) die Beschaffenheit des Krankheitsfalles, die das Verweilen notwendig macht, als Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der Leistung dokumentiert werden muss. Dies ist hier nicht der Fall, da sich die Angaben in dem Ausdruck aus der Patientendatei auf die Dauer des Verweilens beschränkt. Der diesbezügliche Vortrag der Klägerin aus dem Widerspruchsverfahren, wonach Kreislaufprobleme das Verweilen erforderlich gemacht habe, erfolgte außerhalb der Dokumentationsunterlagen und ist daher lediglich als Beteiligtenvorbringen zu werten.

Soweit die Beklagte ferner am Behandlungstag 11. November 2011 Nr. 38 (N) BEMA (4x) abgesetzt hat, ist dies im Ergebnis nicht zu beanstanden, denn der Senat konnte sich bereits von der ordnungsgemäßen Erbringung der operativen Hauptleistung am selben Tag nicht überzeugen. Da aus der unzureichenden Dokumentation insbesondere nicht deutlich wurde, an welchen Zahn-/Kieferbereichen welche konkrete kieferchirurgische Maßnahme durchgeführt worden sein soll, ist auch die Erbringung der Nachbehandlung in den Zahnbereichen 18-11, 21-28, 38-31 und 41-48, mithin also in allen Quadranten, nicht mit der erforderlichen Sicherheit aus den vorliegenden Unterlagen nachzuvollziehen. Überdies soll die Nachbehandlung nach den sich aus dem Ausdruck aus der Patientendatei vom 19. Dezember 2011 ergebenden Abrechnungspositionen in einer zweiten postoperativen Sitzung nachts stattgefunden haben - was sich aus dem Ansatz von Ziff. 7502 GOÄ-82 (Besuch einschließlich. Beratung und Untersuchung zwischen 20 22 und 6-8 Uhr) in der ersten postoperativen Behandlungssitzung und dem Ansatz von Nr. 7831 GOÄ-82 (Wegegeld, bei mehr als 5 km bis 10 km, bei Nacht <zwischen 20 und 8 Uhr>) in der zweiten postoperativen Sitzung schließen lässt. Es erscheint dem Senat ohne weitere Angaben in der Dokumentation aber wenig plausibel, dass am Operationstag nachts ein erster Besuch stattgefunden haben soll, bei dem Maßnahmen der Blutstillung und ein Verweilen von zwei Stunden und 10 Minuten (Nr. 7560 GOÄ-82) abgerechnet wurden und in einer weiteren nächtlichen Sitzung sodann die streitgegenständliche Nachbehandlung zur Wundreinigung mit Injektionen zur Antibiose und Schmerztherapie.

Auch soweit die Beklagte hinsichtlich der Behandlungstage 12. November 2011 bis 24. November 2011 Leistungen im Rahmen der Nachbehandlung abgesetzt hat, ist dies nicht zu beanstanden. Denn der Senat konnte sich - wie ausgeführt - nicht mit der erforderlichen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit von der operativen Hauptleistung selbst, insbesondere hinsichtlich der abgerechneten Kieferhöhlenoperation überzeugen, da es insbesondere an einem Operationsprotokoll, jedoch auch sonst einer in sich schlüssigen und aus sich heraus widerspruchsfreien und nachvollziehbaren Dokumentation des Behandlungsgeschehens fehlt. Auch die abgerechnete Nachbehandlung ist nicht hinreichend dokumentiert, fehlt es doch auch insoweit an einer hinreichenden Befundangabe. Darüber hinaus fällt auf, dass an den streitgegenständlichen Behandlungstagen die angegebenen Abrechnungsziffern in dem Ausdruck der Patientendatei auf eine Behandlungssitzung in der Praxis hindeuten, die weiteren bis zu zwei Sitzungen jedoch als Besuch abgerechnet wurden, ohne dass sich aus der vorgelegten Behandlungsdokumentation ergeben würde, dass die Patientin aus gesundheitlichen Gründen nicht in die Praxis einstellt werden konnte. Soweit die Klägerin bei diesen Sitzungen Nr. 03 BEMA in Ansatz gebracht hat, ist weiter darauf hinzuweisen, dass diese Gebührenordnungsposition ist immer dann berechnungsfähig ist, wenn der Zahnarzt außerhalb seiner Sprechzeit von einem nicht bestellten Patienten in einem dringenden notwendigen Fall innerhalb der eigenen Praxisräume in Anspruch genommen wird (vgl. auch Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zu BEMA und GOZ, 123. Lieferung Stand: August 2019 zu Nr. 03 BEMA, Ziff. 2.1), sich aus den Behandlungsunterlagen im vorliegenden Fall die dringend Notwendigkeit aber nicht ergibt.

Nach alledem durften auch die abgerechneten, mit der Hauptleistung in Zusammenhang stehenden Neben- und Folgeleistungen, wie die Nachbehandlung, die Antibiose und die Schmerztherapie sowie auch die Besuchsleistungen nebst Wegegeldern abgesetzt werden.

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

2022-01-05