

Die hier diskutierten Steuerungsmaßnahmen sind gerade zur Gewährleistung einer leistungsproportionalen Vergütung erforderlich. Laborleistungen sind durch das Fehlen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts gekennzeichnet. Daher werden Laborproben im Hinblick auf ein unterschiedliches Vergütungsniveau innerhalb der KV-Bezirke nicht selten zur Befundung in einer Praxis mit Sitz im Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung verbracht. Mit der Laborquote Q wird das Vergütungsniveau der Kostenerstattungen für die Leistungen der Kapitel 32.2 und 32.3 EBM angeglichen, so dass ein derartiger Proben-tourismus vermieden werden kann.

Die arztgruppenspezifische Budgetierung aufgrund der Referenzfallwerte findet ihre Rechtfertigung darin, dass Nichtlaborärzte, die als Selbstzuweiser Laborleistungen erbringen, erheblich höhere Fallwerte aufweisen als fachgleiche Praxen mit und ohne OIII-Labor bei vergleichbarem Patientengut. Die Vermeidung wirtschaftlicher Fehlanreize stellt einen legitimen Zweck dar, der im Sinne der Honorarverteilungsgerechtigkeit eine unterschiedliche Vergütung zwischen Laborärzten und Nichtlaborärzten rechtfertigt.

Zudem ist die Auswahl der in den Referenzfallwerten einbezogenen Arztgruppen fachgerecht je nach Anteil am bundesweit abgerech-

neten Leistungsbedarf der Kapitel 32.2 und 32.3 EBM erfolgt. Aus sämtlichen Praxen der einbezogene Fachgruppe wurde der durchschnittliche Laborfallwert gebildet und hieraus der Referenzfallwert generiert.

Vor diesem Hintergrund bestehen auch keine rechtlichen Bedenken in Bezug auf eine sachgerechte Umsetzung dieser Honorarbegrenzungsmaßnahmen im Zusammenhang mit den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen.

IV. Fazit

Die Laborreform 2008 wurde insoweit relativiert, als die Beschränkung von Selbstzuweiser-Leistungen auf Arztgruppen, bei denen die jeweiligen Leistungen zum Kern des Fachgebietes gehören nach § 25 Abs. 4a SGB V nicht zum 1.1.2014 in Kraft tritt und stattdessen eine Regelung mit dem selben Ziel vereinbart werden wird, deren Anwendung demgegenüber rechtsicherer erscheint. Die Laborquote Q sowie die arztgruppenspezifischen Referenzfallwerte aufgrund der KBV-Vorgaben nach § 87b Abs. 4 SGB V Teil E begegnen keinen rechtlichen Bedenken.

*Dr. Paul Harneit, Kiel**

Vorlage der Dokumentation in der Abrechnungsprüfung?

I. Einleitung

Kassenärztliche Vereinigungen gehen immer häufiger dazu über, im Rahmen der Abrechnungskontrolle auf die Behandlungsdokumentation des Vertragsarztes zurückzugreifen und deren Vorlage zu fordern. Dies betrifft sowohl Plausibilitätsprüfungen als auch Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung. Dies gilt in gleicher Weise für Kassenzahnärztliche Vereinigungen und die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Der folgende Beitrag geht der Frage nach, wie weit die Dokumentationspflichten des Vertragsarztes bzw. -zahnarztes gehen, inwieweit die Prüfungsgremien auf die Behandlungsdokumentationen zurückgreifen dürfen und welche rechtlichen Konsequenzen vermeintliche Verstöße gegen Dokumentationspflichten haben können. Dabei erfolgt die Darstellung anhand von zwei typischen Fällen aus der Praxis.

II. Exemplarische Fälle

1. Gynäkologen-Fall

Im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung beanstandet die Kassenärztliche Vereinigung bei einem Gynäkologen die Abrechnung der GOP 35100 und 35110 EBM, weil er diese Leistungen mit steigen-

* Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht *Dr. Paul Harneit*, CausaConcilio Rechtsanwälte, Kiel. Der Beitrag beruht auf einem Vortrag des Verfassers anlässlich der Herbsttagung der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht am 20./21.9.2013 in Köln.

der Tendenz und mehr als doppelt so häufig wie die Fachgruppe abgerechnet hat. Die Leistungslegenden lauten:

GOP 35100

Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände

Obligater Leistungsinhalt

- Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände,
- schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge,
- Dauer mindestens 15 Minuten.

GOP 35110

Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

Obligater Leistungsinhalt

- Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen,
- systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion,
- Dauer mindestens 15 Minuten.

Die GOP 35100 bezieht sich also auf die Diagnostik, die GOP 35110 auf die (verbale) Therapie bei psychosomatischen Krankheitszuständen.

Die Kassenärztliche Vereinigung verlangte von dem Gynäkologen die Vorlage der Behandlungsdokumentationen in 20 Prozent der abgerechneten Behandlungsfälle. Der Gynäkologe verweigerte die Vorlage mit der Begründung, mit dem Heraussuchen der Behandlungsdokumentationen sei seine Helferin mindestens drei Tage beschäftigt. Seine vornehmliche Aufgabe sei die Versorgung seiner Patientinnen, hierfür benötige er die Arbeitskraft seiner Helferin.

Die Kassenärztliche Vereinigung kürzte daraufhin die abgerechneten Leistungen bei beiden Positionen auf den Fachgruppenschnitt und forderte von dem Gynäkologen rund 40.000,00 EUR für die letzten 16 Quartale zurück. Darüber hinaus beantragte sie die Einleitung eines Disziplinarverfahrens mit der Begründung, der Gynäkologe habe gegen seine Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung sowie durch die Nichtvorlage der Behandlungsdokumentationen gegen seine sich aus der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden Mitwirkungspflicht verstoßen.

2. Oralchirurgen-Fall

Ein Oralchirurg rechnete überdurchschnittlich häufig Osteotomien nach den GOP 47a und 48 BEMA-Z ab, dafür blieb er bei einfachen Extraktionen unter dem Durchschnitt. Die entsprechenden Leistungslegenden lauten:

GOP 43 (X 1)

Entfernen eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung 10 Punkte

GOP 44 (X 2)

Entfernen eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung 15 Punkte

GOP 47a (Ost 1)

Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung 58 Punkte

GOP 48 (Ost 2)

Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung 78 Punkte

Zur Überprüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung verlangte die Kassenzahnärztliche Vereinigung in einer Vielzahl von Fällen die Vorlage der ebenfalls abgerechneten Röntgenbilder. Der Oralchirurg erklärte, er könne die Röntgenbilder nicht vorlegen. Er werde regelmäßig auf Überweisung von Hauszahnärzten tätig. Mit der Entfernung der Zähne sei die Behandlung beim ihm abgeschlossen. Er gebe deshalb die Röntgenbilder üblicherweise dem Patienten mit zur Weitergabe an seinen Hauszahnarzt, der die Behandlung fortsetze. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung kürzte daraufhin mangels Nachweises die Anzahl der abgerechneten Osteotomien auf den Fachgruppenschnitt und strich darüber hinaus die ebenfalls abgerechneten, aber nicht vorgelegten Röntgenbilder mit der Begründung, der Oralchirurg habe nicht nachgewiesen, dass er diese überhaupt angefertigt habe.

III. Rechtsgrundlagen der Dokumentationspflicht

1. Berufsrecht

Berufsrechtlich ist die Dokumentationspflicht in den jeweiligen Landesberufsordnungen normiert. Diese Regelungen sind üblicherweise § 10 Abs. 1 der Musterberufsordnung nachgebildet. Dort ist geregelt, dass Ärztinnen und Ärzte über die in Ausübung ihres Berufs gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen haben. In § 10 Abs. 1 S. 2 MBO-Ä wird ausdrücklich klargestellt, dass die ärztliche Dokumentation nicht lediglich als Gedächtnisstütze für den Arzt dient, sondern die ordnungsgemäße Dokumentation insbesondere auch (und gerade) im Patienteninteresse erfolgt.

Die berufsrechtliche Dokumentationspflicht erstreckt sich inhaltlich u.a. auf die Anamnese, Beschwerden unter Einschluss von Verdachtsdiagnosen, Behandlung mit Medikation, Ergebnis der Behandlung, Art der Nachbehandlung, Operationsberichte, Anästhe-

Vertragsarztrecht

sieprotokolle, Einsatz besonderer Behandlungsarten, Zwischenfälle, Röntgen- und Sonographieaufnahmen, EKG und CTG-Streifen, Laborbefunde, Warnhinweise an den Patienten (z.B. bei Weigerung dringend medizinisch indizierter Behandlungsmaßnahmen), Überweisungsempfehlungen, Wiedereinbestellung usw.,¹ wobei sich Inhalt und Umfang der erforderlichen Dokumentation immer am konkreten Krankheitsbild und den Umständen des Einzelfalles zu orientieren haben.

Entspricht die Dokumentation diesen Anforderungen nicht, kommen berufsrechtliche, also disziplinarrechtliche Maßnahmen gegen den Arzt in Betracht, wenngleich hiervon in der Praxis selten Gebrauch gemacht wird.

2. Zivilrecht

Zivilrechtlich ergibt sich die Pflicht zur ordnungsgemäßen Dokumentation nach bisher einhelliger Rechtsprechung – speziell als Verpflichtung gegenüber dem Patienten – aus dem mit den Patienten geschlossenen Behandlungsvertrag. Die Dokumentationspflichten des Arztes sind durch das Patientenrechtegesetz nunmehr in § 630f BGB kodifiziert. Danach ist der Behandelnde verpflichtet, zum Zwecke der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. In der Patientenakte sind sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Ebenso sind Arztbriefe in die Patientenakte aufzunehmen.

3. Vertragsarztrecht

a)
Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind gem. § 295 Abs. 1 Nr. 2 SGB V verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden, aufzuzeichnen und zu übermitteln. Für die Erfüllung der Aufgaben zur Abrechnungsprüfung nach § 106a SGB V sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gem. § 295 Abs. 1a SGB V verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.

Die Vorlagepflicht gem. § 295 Abs. 1 SGB V bezieht sich dabei auf die generell von jedem Vertragsarzt im Rahmen seiner quartalsweisen Abrechnung zu übermittelnden Daten. Diese Vorschrift beinhaltet hingegen keine Beschränkung der Vorlagepflicht im Rahmen einer Abrechnungsprüfung. § 295 Abs. 1a SGB V ergänzt vornehmlich aus datenschutzrechtlichen Gründen die Verpflichtung des Vertragsarztes zur Übermittlung von personenbezogenen Da-

ten an die Kassenärztliche Vereinigung um medizinische Befunde, die für eine Plausibilitätsprüfung gem. § 106a SGB V erforderlich sind. Diese Verpflichtung besteht nur auf ausdrückliches Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung im Einzelfall und setzt das Erfordernis der Einbeziehung entsprechender Befunde in die Plausibilitätsprüfung voraus.²

b)
Darüber hinaus enthält der Bundesmantelvertrag nunmehr eine konkrete Verpflichtung auch zur Vorlage der Behandlungsunterlagen im Rahmen der Abrechnungsprüfung. Während § 57 Abs. 1 BMV-Ä a.F. den Vertragsarzt lediglich verpflichtete, die Befunde, die Behandlungsmaßnahme sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren ohne eine Verpflichtung, die Dokumentation auch vorzulegen, geht der BMV-Ä in der ab 1.10.2013 geltenden Fassung einen erheblichen Schritt weiter:

Gem. § 36 Abs. 2 BMV-Ä hat der Vertragsarzt im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den bei ihr errichteten Gremien und den Prüfungseinrichtungen die für die Erfüllung ihrer Aufgaben im Einzelfall notwendigen Auskünfte zu erteilen, nunmehr explizit auch durch Vorlage der Behandlungsunterlagen.

c)
Schließlich sind Dokumentationspflichten in den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM enthalten. Diese lauten

„2.1 Vollständigkeit der Leistungserbringung

Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist.

...

Die Vollständigkeit der Leistungserbringung ist gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten ... erfüllt sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.“

4. Vertragszahnarztrecht

Im Vertragszahnarztrecht sind Dokumentationspflichten nur in den Bundesmantelverträgen, nicht hingegen im BEMA-Z normiert.

1 *Ratzel*, in *Ratzel/Lippert*, Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), 5. Aufl. 2010, § 10 Rn 4.

2 *Kasseler Kommentar – Hess* § 295 SGB V Rn 6 unter Hinweis auf die Gesetzesbegründung zu Art. 3 Nr. 12 Buchst. b 2. SGB V – ÄndG. BT-Drucks 12/6334 S. 8.

Gem. § 5 Abs. 1 BMV-Z 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.“

Gem. § 7 Abs. EKV-Z hat der Vertragszahnarzt

„die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung mit Zahnbezug fortlaufend in geeigneter Weise zu dokumentieren.“

Eine Pflicht zur Vorlage der Dokumentation wird in untergesetzlichen Normen nicht angeordnet.

IV. Folgen für die Beispielfälle

1. Aufgaben der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen

Nach § 75 Abs. 2 S. 2 SGB V 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 u.a. 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 arztbezogene Prüfung der Abrechnung auf Plausibilität (§ 106a SGB V). Im Rahmen der Überprüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen auch zu überprüfen, ob der in den Leistungslegenden beschriebene Leistungsumfang vollständig erbracht wurde.

2. Gynäkologen-Fall

In dem eingangs dargestellten Gynäkologen-Fall stellt sich die Frage, ob die Kassenärztliche Vereinigung berechtigt war, zur Überprüfung der vollständigen Erbringung der Leistungen nach den GOP 35100 und 35110 sich die Behandlungsdokumentation des Gynäkologen vorlegen zu lassen.

Dies ist stets dann zu bejahen, wenn die Dokumentation nach der Leistungslegende Bestandteil der vollständigen Leistungserbringung ist. Die GOP 35100 verlangt als Bestandteil des obligaten Leistungsinhalts einen „schriftlichen Vermerk über ätiologische Zusammenhänge“. Der geforderte schriftliche Vermerk kann sich nur in der Behandlungsdokumentation des Vertragsarztes befinden, so dass die KV berechtigt ist, sich diese Behandlungsdokumentation zur Überprüfung der vollständigen Leistungserbringung vorlegen zu lassen.

Fraglich ist, ob auch die übrigen obligaten Leistungsinhalte zu dokumentieren sind, nämlich das Vorliegen eines psychosomatischen

Krankheitszustandes und die Dauer der differenzialdiagnostischen Klärung bzw. verbalen Intervention von mindestens 15 Minuten. Die vollständige Leistungserbringung lässt sich sicher nicht allein dadurch dokumentieren, dass die Leistung abgerechnet wurde, oder durch Wiederholung des Wortlauts der Leistungslegende. Ein psychosomatischer Krankheitszustand lässt sich durch Angabe einer (Verdachts-) Diagnose belegen. Auch wird es nicht zu beanstanden sein, wenn die Dokumentation der Dauer des Gesprächs, also z.B. 16, 18 oder 20 Minuten, verlangt wird.

Ähnliche Dokumentationspflichten, die obligater Bestandteil der Leistungsbeschreibungen sind, finden sich beispielsweise in der GOP 02313 EBM (Kompressionstherapie bei der chronisch-venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem). Zum obligaten Leistungsinhalt dieser Gebührenordnungsposition gehört u.a. die

„Dokumentation des Beinumfangs an mindestens 3 Messpunkten zu Beginn der Behandlung, danach alle vier Wochen.“

Ebenso beinhaltet der obligate Leistungsinhalt der

Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung ...

nach der GOP 13435 EBM die

„Dokumentation des Therapieerfolges“.

In diesen Fällen sind die Prüfungsgremien berechtigt, sich die Dokumentationen vorlegen zu lassen zur Überprüfung, ob der obligate Leistungsinhalt der entsprechenden GOP vollständig erfüllt wurde. Rechtsgrundlage ist in diesen Fällen § 295 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 106 Abs. 1 und 2 SGB V und § 36 Abs. 2 BMV-Ä.

In der Abrechnungsprüfung ist der Vertragsarzt gehalten, den Nachweis zu führen, dass er die von ihm abgerechnete Leistung vollständig erbracht hat. Kann oder will er diesen Nachweis nicht führen gilt auch hier die aus dem Arzthaftungsrecht bekannte Vermutung: Was nicht dokumentiert ist, wurde im Zweifel nicht erbracht! Dieser Grundsatz wurde von der Rechtsprechung vornehmlich für die vertragszahnärztliche Abrechnungsprüfung wiederholt bestätigt:³

Sind von einem Zahnarzt abgerechnete Leistungen aus den Krankenblättern nicht ersichtlich, so ist zunächst davon auszugehen, dass er diese Leistungen tatsächlich nicht erbracht hat.

Die Berichtigung der Honorarabrechnung des Gynäkologen ist deshalb nicht zu beanstanden. Eine andere Frage ist es indessen, ob der auch bestandskräftig gewordene Berichtigungsbescheid

³ LSG Bayern, Urt. v. 7.7.2004 – L 3 KA 510/02 – Rn 25 juris; SG Marburg, Urteile vom 7.7.2010 – S 12 KA 325/09 – und S 12 KA 768/09 – juris (Leitsätze).

genügt, dem Gynäkologen im Disziplinarverfahren einen Verstoß gegen seine Verpflichtung zur peinlich genauen Abrechnung nachzuweisen. Hier muss der Disziplinarausschuss dem Gynäkologen – wie im Strafverfahren – eine objektiv fehlerhafte Abrechnung und ein Verschulden nachweisen. Dies wird mit den Mitteln des Disziplinarverfahrens kaum gelingen. Der Berichtigungsbescheid der Kassennärztlichen Vereinigung ersetzt diesen Nachweis nicht, insbesondere dann, wenn die fehlerhafte Abrechnung aufgrund der fehlenden Mitwirkung des Vertragsarztes nur vermutet wurde. Diese Vermutung genügt für eine Honorarberichtigung, nicht hingegen für die Verhängung einer Disziplinarmaßnahme.

3. Oralchirurgen-Fall

Der Oralchirurgen-Fall wurde in dieser oder ähnlicher Konstellation bereits mehrfach vom Sozialgericht Marburg entschieden.

a)

Das Sozialgericht Marburg hat entschieden, dass die Notwendigkeit einer Osteotomie – das Gleiche gilt für eine Zystektomie nach der Nr. 56a BEMA-Z – vornehmlich durch ein Röntgenbild nachzuweisen sei. Anhand eines Röntgenbildes könne im Regelfall festgestellt werden, ob der Zahn so gelegen ist, dass eine Osteotomie vorgenommen werden muss. Nur dann, wenn die Indikation anhand des Röntgenbildes nicht ganz eindeutig sei, so dass die Vornahme einer Osteotomie für einen zahnärztlichen Betrachter ohne Weiteres nachvollziehbar ist, könne der Nachweis durch weitere Aufzeichnungen des Vertragszahnarztes, insbesondere durch einen OP-Bericht erbracht werden.⁴ Soweit bereits kein Röntgenbild vorlag, könne dessen Beweiskraft durch einen OP-Bericht allenfalls dann ersetzt werden, wenn aus zahnmedizinischen Gründen ein Röntgenbild nicht angefertigt werden konnte.⁵

Diese Auffassung geht zu weit. Röntgenbilder mögen zwar geeignet sein, die Notwendigkeit einer Osteotomie zu belegen. Allerdings dient eine Röntgenaufnahme primär der Diagnostik, ggf. auch der Erfolgskontrolle, z.B. nach einer Wurzelkanalbehandlung. Röntgenaufnahmen haben jedoch nicht die Aufgabe des Nachweises der vollständigen Leistungserbringung. Dies lässt sich auch nicht aus den in § 5 Abs. 1 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 3 EKV-Z normierten Dokumentationspflichten herleiten. Mindestens gleichwertig ist die schriftliche Dokumentation über den klinischen Befund des Zahnes anzusehen, etwa in einem OP-Bericht. Dann muss allerdings hieraus deutlich hervorgehen, dass der Zahn verlagert und/oder retiniert war und worin der erhöhte Aufwand seiner Entfernung lag im Vergleich zur einfachen Extraktion, wenn die deutlich höherbewertete Ost 2 abgerechnet worden ist.

b)

Gänzlich verfehlt ist die Auffassung des Sozialgerichts Marburg, wenn es sogleich auch die Berichtigung der abgerechneten, aber nicht vorgelegten Röntgenbilder billigt.⁶ Das Sozialgericht Marburg verweist in diesem Zusammenhang auf die zeitliche Dauer der Pflicht, Aufzeichnungen aufzubewahren. Die Verletzung dieser Aufbewahrungspflicht rechtfertigt sogleich die Nichtvergütung der Röntgenaufnahmen.

Die Aufbewahrung von Röntgenbildern ist primär eine berufsrechtliche und zivilrechtliche Pflicht, deren Verletzung disziplinarrechtliche oder haftungsrechtliche Konsequenzen haben kann. Auch wenn Aufbewahrungsfristen in den Bundesmantelverträgen enthalten sind, ist die Aufbewahrung von Röntgenbildern nicht Bestandteil der Leistungslegenden des BEMA-Z. Die Vergütung wird gewährt für das Vorhalten eines Röntgengeräts und die Anfertigung der Röntgenaufnahme, nicht für deren vertragsgemäße Aufbewahrung. Auch der Zahnarzt, der eine Röntgenaufnahme (zur Vermeidung einer erneuten Strahlenexposition) an einen Nachbehandler herausgibt, behält seinen Vergütungsanspruch. Die Berichtigung des Honorars für die nicht vorgelegten Röntgenaufnahmen hat deshalb wohl eher den Charakter einer Disziplinierungsmaßnahme für einen aufmüpfigen oder nachlässigen Zahnarzt, für die es jedoch keine Rechtsgrundlage gibt.

V. Prozessuale Konsequenzen

In prozessualer Hinsicht stellt sich die Frage, ob eine – aus welchen Gründen auch immer – unterbliebene Vorlage von Behandlungsdokumentationen oder Röntgenbildern im Verwaltungsverfahren im anschließenden gerichtlichen Verfahren vor dem Sozialgericht nachgeholt werden kann. Auch hier hat sich wiederum das Sozialgericht Marburg mit einer bemerkenswerten Rechtsprechung hervor getan:

Die Vollständigkeit der Leistungserbringung sei grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen. Werde die vollständige Leistungserbringung im Rahmen der Abrechnungsprüfung angezweifelt, habe der Vertragszahnarzt seiner Nachweispflicht jedenfalls im Widerspruchsverfahren nachzukommen. Im Gerichtsverfahren könne die Dokumentation weder nachgereicht noch ergänzt werden. Insoweit sei die Amtsermittlungspflicht beschränkt. Die Amtsermittlungspflicht gelte nur für die Frage, in welchem Umfang im Verwaltungsverfahren Unterlagen vorgelegt wurden und ob diese zum Nachweis der Leistungserbringung ausreichend waren.⁷

Diese Rechtsprechung ist erfreulicherweise vom Hessischen Landessozialgericht korrigiert worden.⁸ Die vom Sozialgericht Marburg vertretene Auffassung treffe nur für den Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu. Dort stehe den Prüfungsgremien ein erheblicher Beurteilungsspielraum zu. Oftmals müssten besondere Verhältnisse des Einzelfalls berücksichtigt werden. Diese könnten aber grundsätzlich nur dann Berücksichtigung finden, wenn sie vom Zahnarzt geltend gemacht würden. Dieser müsse daher allein Einwände

4 SG Marburg, Urt. v. 3.6.2009 – S 12 KA 520/08 – Rn 39 juris.

5 SG Marburg a.a.O. Rn 40.

6 SG Marburg, Urteile vom 3.6.2009 – S 12 KA 520/08 – und vom 20.6.2012 – S 12 KA 152/12 – juris.

7 SG Marburg, Urteile vom 7.7.2010 – S 12 KA 212/09, S 12 KA 768/09, S 12 KA 325/10 und S 12 KA 440/10 – juris.

8 LSG Hessen, Urt. v. 20.3.2013 – L 4 KA 60/10 – juris.

bereits im Verwaltungsverfahren vortragen; die den Prüfungsgremien vorbehaltene Prüfung dürfe nicht in das gerichtliche Verfahren verlagert werden. Bei der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit handele es sich jedoch um einen Abrechnungsstreit, bei dem eine Leistung auf ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung untersucht wird und bei dem die Erkenntnismittel des Gerichts im Wesentlichen denen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung entsprechen. Daher könne es dem Zahnarzt nicht verwehrt werden, den Nachweis der korrekten Leistungserbringung auch noch im gerichtlichen Verfahren zu führen.

VI. Fazit

Wie im Arzthaftungsrecht gewinnt eine vollständige und sorgfältige Dokumentation der erbrachten Leistungen auch in der Abrechnungsprüfung einen erhöhten Stellenwert. Untermuert wird dies durch die in § 295 Abs. 1a SGB V und jüngst in § 36 Abs. 2 BMV-Ä normierte Pflicht des Vertragsarztes zur Vorlage von Behandlungs-

unterlagen, soweit diese zur Überprüfung seiner Abrechnung erforderlich sind. Wie die Praxis lehrt, hat sich dies noch nicht bei allen Vertragsärzten herumgesprochen. Ergeben sich Defizite im Rahmen der Prüfung der Abrechnung in einem aktuellen Quartal, werden diese häufig zum Anlass genommen, auch die Abrechnungen der vergangenen Quartale einzubeziehen, soweit eine Abrechnungsprüfung noch nicht verfristet ist, also meist bis zu 16 Quartalen. Dies führt häufig zu empfindlichen, bisweilen existenzgefährdenden Honorarberichtigungen. Zur Vermeidung solcher Konsequenzen sind Vertragsärzte im eigenen Interesse gehalten, ihre Dokumentationspraxis zu überprüfen. Meist stellt sich dabei heraus, dass damit keine unzumutbaren Anforderungen zu erfüllen sind. Im Zeitalter der elektronischen Dokumentation sind die meisten Dokumentationsprogramme in der Lage, den Vertragsarzt mit alternativ auszuwählenden Textbausteinen und auszufüllenden Lücken (Diagnosen, Zeitdauer usw.) zu unterstützen. Andererseits muss überzogenen Anforderungen der Prüfungsgremien, für die es keine Rechtsgrundlage gibt, entschieden entgegengetreten werden.

*Babette Christophers, Münster**

Richtgrößenprüfung – Beratung vor Regress

I. Gesetzeslage

Mit dem GKV-VStG hat der Gesetzgeber zum 1.1.2012 die Vorschrift des § 106 Abs. 5e in das Sozialgesetzbuch V eingefügt. Danach erfolgt bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößervolumens um mehr als 25 % eine individuelle Beratung. Ein Erstattungsbetrag kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden.

Mit dieser Vorschrift ist dem Verlangen der Ärzteschaft, die Regresse endlich vollständig abzuschaffen, nicht nachgegeben worden. Allerdings ist die Einführung der zwingenden Beratung vor Regress zumindest als ein positives Signal seitens des Gesetzgebers zu deuten. Die Notwendigkeit der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise wird nach wie vor gesehen, allerdings soll der Arzt nunmehr mit einer letzten Warnung darauf aufmerksam gemacht werden, dass ihm ein Regress droht, wenn er seine Ordnungsweise nicht umstellt.

Schon die systematische Einbettung des Grundsatzes „Beratung vor Regress“ in den 5. Absatz des § 106 SGB V macht deutlich, dass dieses Instrument nur bei Richtgrößenprüfungen anwendbar

sein soll. Auch der Wortlaut des Gesetzes ist insofern eindeutig. Das Bundessozialgericht hat im Urteil vom 15.8.2012 – B 6 KA 45/11 ausdrücklich betont, dass dieser Grundsatz nur bei Richtgrößenprüfungen gilt.

In der Praxis war nach Einführung der Vorschrift der zeitliche und sachliche Anwendungsbereich umstritten. Dadurch sah sich der Gesetzgeber veranlasst, mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 19.10.2012 mit Wirkung zum 26.10.2012 die oben genannte Vorschrift um folgenden Satz 7 zu ergänzen:

„Dieser Absatz gilt auch für Verfahren, die am 31.12.2011 noch nicht abgeschlossen waren.“

In der Gesetzesbegründung¹ wird ausgeführt, es handele sich bei dieser Ergänzung um eine Klarstellung der Rechtslage. Zudem

* Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizin- und Sozialrecht, Wirtschaftsmediatorin, Kanzlei am Ärztehaus, Dorpatweg 10, 48159 Münster.

¹ BT-Drucks 17/10156, S. 95.