

L 4 KA 50/12

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 152/12
Datum
20.06.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 50/12
Datum
27.05.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 60/15 B
Datum
17.03.2016
Kategorie
Urteil
Bemerkung

[S 12 KA 227/11](#), [S 12 KA 640/11](#), 641/11, 812/11, 116/12 und 137/11

Die Berufungen der Klägerin gegen die Urteile des Sozialgerichts Marburg vom 20. Juni 2012 (Aktenzeichen [S 12 KA 152/12](#), [S 12 KA 227/11](#), [S 12 KA 640/11](#), S 12 KA 641/11, [S 12 KA 812/11](#), [S 12 KA 116/12](#), [S 12 KA 137/11](#)) werden zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten auch des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über sachlich-rechnerische Berichtigungen für die Quartale I/03 bis II/04 sowie das Quartal I/05 in Höhe von insgesamt noch ca. 105.500,00 EUR.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis mit drei zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Zahnärzten. Herr Dr. med. Dr. med. dent. A. ist Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Zahnarzt. Die übrigen Mitglieder der Gemeinschaftspraxis sind Zahnärzte.

Quartal I/03 (S- [12 KA 152/12](#))

Umstritten ist eine sachlich-rechnerische Berichtigung in über 70 Fällen in Höhe von 6.095,09 EUR.

Auf Anregung des Prüfungsausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen Hessen nahm die Beklagte mit Bescheid vom 29. März 2007 eine Berichtigung für das Quartal I/03 betreffend die Leistungen nach Nrn. 47, 47a (Ost1), 48 (Ost2), 53 (Ost3) und 56a bis 56c (Zy1 bis Zy3) Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA Z) bzw. Umwandlungen in entsprechend niedriger bewertete Leistungen sowie Röntgenleistungen in 74 Fällen in Höhe von 8.853,42 EUR vor. Diesen Betrag reduzierte sie unter Berücksichtigung des HVM-Einbehaltes für das Jahr 2003 auf 7.437,76 EUR. Zur Begründung führte sie aus, die Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Abrechnung einer Gebührenposition seien vom Vertragszahnarzt nachzuweisen. In der Regel genüge das Einreichen der Abrechnungsdaten auf Erfassungsschein oder Diskette. Komme es jedoch zu Beanstandungen, so habe der Vertragszahnarzt im Einzelfall die Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Abrechnung der Leistungen nachzuweisen, er trage hierfür die Beweislast. Es seien mittels einer Stichprobe die abgerechneten Gebühren und Behandlungsabläufe aus dem prüfgegenständlichen Quartal unter Einbeziehung der zur Verfügung gestellten Röntgenaufnahmen und der Karteiblätter einer eingehenden Überprüfung unterzogen worden. Sie begründete die Absetzungen im Einzelnen fallbezogen dahingehend, dass insoweit keine hinreichenden Nachweise vorlägen.

Hiergegen legte die Klägerin am 19. November 2007 Widerspruch ein, den sie nicht weiter begründete.

Nach neuerlicher Prüfung half die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 6. Juli 2011 dem Widerspruch in zwölf Behandlungsfällen vollständig und in sieben Behandlungsfällen teilweise im Umfang von insgesamt 1.756,11 EUR ab und wies diesen im Übrigen zurück. Zur Begründung führte sie aus,

- die Abrechnung der Nr. 47a BEMA setze die Aufklappung des Zahnfleisches voraus. Fehle es hieran, so sei die Leistung - auch bei größerem Zeitaufwand - nicht abrechenbar, sondern lediglich die Nr. 45 BEMA.
- Nr. 48 BEMA (Ost2) sei abrechenbar, wenn eine Osteotomie durchgeführt werde zur Entfernung eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten (allseits vom Knochen umgebenen) Wurzelrests.

- Nr. 53 BEMA (Ost3), auch Sequestrotomie, stehe für all diejenigen Maßnahmen, die durchgeführt werden müssten, um all jene rundum vom Knochen umgebenen Strukturen, die untersucht werden sollen, aufzufinden und ggf. zu entfernen. Dieser Mehraufwand sei im Einzelfall zu dokumentieren und ggf. nachzuweisen.

Hierbei komme dem präoperativen röntgenologischen Befund eine besondere Bedeutung zu. Anhand der vorgelegten Röntgenbilder sei im Einzelfall beurteilt worden, ob die Entfernung eines Zahnes nach den höher bewerteten Leistungen nachvollziehbar sei. Hierbei sei auch nicht allein die Dokumentation im Quartalblatt (OP-Bericht) ausschlaggebend, sondern es sei die Plausibilität der abgerechneten Leistungen primär nach dem röntgenologischen Befund zu prüfen. In den Fällen, in denen keine abgerechnete prächirurgische Röntgenaufnahme vorgelegt worden sei, seien - neben Absetzung der Leistungen für die Röntgenaufnahme (Nr. Ä935d BEMA) - die höher bewerteten Leistungen nach Nr. 47a (Ost1) bzw. 48 (Ost2) BEMA in die Nr. 43 (X1), 44 (X2) oder 45 (X3) BEMA umzuwandeln. Nicht dokumentierte Leistungen würden nach der gängigen Rechtsprechung als "nicht erbracht" eingestuft werden.

Hinsichtlich der Zystenoperationen gelte grundsätzlich zu beachten, dass für die Abrechnung der Zystektomie nach Nr. 56a/c (Zy1/Zy3) neben dem Röntgenbefund ein zusätzlicher, nach Art und Inhalt einer Zystenoperation entsprechender, chirurgischer Mehraufwand (zusätzliche Kieferresektion, Entfernung eines Zystenbalges, Säuberung von Zystenresten) Voraussetzung sei. Dem Röntgenbefund komme dabei im Rahmen der Abrechnungsprüfung die primäre Bedeutung zu. Aus fachlichen und haftungsrechtlichen Gründen sei der Röntgenbefund ohnehin als unverzichtbar anzusehen. In der ersten Stufe zur Beurteilung der Abrechnungsfähigkeit der Zystenentfernung werde das präoperative Röntgenbild beurteilt. Sei bei radikulären Zysten die zystische Aufhellung im Röntgenbild in der erkennbaren größtmöglichen Ausdehnung)10mm (Zahnfilm) bzw.) 12mm (OPG), bei follikulären Zysten neben Weisheitszahnentfernungen die perikoronare Aufhellung) 3mm (OPG), bestehe der operative Mehraufwand mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit. Wenn das präoperative Röntgenbild keine größere Aufhellung zeige, sei der operative Mehraufwand nachgewiesen, wenn ein pathohistologischer Befund die Diagnose einer Zyste bestätige und die Summe der Einzelpräparate einen bestimmten Durchmesser (von)9mm (halber Umfang einer im Durchmesser 6mm großen Zyste)) ausweise. Ergänzend dazu könne der Mehraufwand auch durch einen intraoperativen Operationsbericht oder einem exakt dokumentierten Befund nachgewiesen werden. Nicht jede geringfügige röntgenologisch sichtbare Aufhellung rechtfertige die Abrechnung einer Leistung nach Nrn. 56 a bis d (Zy1 bis Zy4). Selbst bei Vorhandensein von echtem zystischem Gewebe löse dessen notwendige Entfernung in der unmittelbaren Peripherie eines (verlagerten) Zahnes nicht die Position "Zystektomie" aus. Die Abrechnungsbestimmung 1 zu den Nrn. 56 a bis d stelle klar, dass das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in einer Extraktions- oder Osteotomie-Wunde nicht nach Nr. 56 BEMA berechnet werden könne.

Ein pathohistologischer Befund, der eine geringere oder gar keine Präparatgröße angebe, könne als Nachweis des Mehraufwandes nicht herangezogen werden. Bei der genannten röntgenologischen Ausgangslage könne der OP-Bericht allein den Mehraufwand nicht dokumentieren. Sei die zystische Aufhellung in der erkennbaren größtmöglichen Ausdehnung zwischen 6 und 10mm (Zahnfilm) bzw. zwischen 7,5 und 12,5mm (OPG) erkennbar, könne der röntgenologische Befund entweder durch den pathohistologischen Befund mit den vorstehenden Kriterien oder durch den intraoperativen OP-Bericht belegt werden. Neben Weisheitszahnentfernungen würden für die Abrechnungsfähigkeit der Operation follikulärer Zysten die folgenden Kriterien (follikuläre Zysten an allen anderen Zähnen sind wie radikuläre Zysten zu beurteilen) gelten: Sei die erkennbare größte Ausdehnung der perikoronaren Aufhellung (3mm (OPG), könne durch eine der nachfolgenden Dokumentationen der Mehraufwand als nachvollziehbar beurteilt werden, wenn in Verbindung mit dem Röntgenbefund der pathohistologische Befund die Diagnose "Zyste" bestätige und eine Summe von Einzelpräparaten von)15mm dokumentiert werde oder der pathohistologische Befund die Diagnose "Zyste" bestätige und der operative Mehraufwand mit einem OP-Bericht nachgewiesen werde.

Soweit Röntgenaufnahmen den Patienten ausgehändigt würden, werde darauf aufmerksam gemacht, dass der Vertragszahnarzt dennoch gem. § 28 der Röntgenverordnung an die 10-jährige Aufbewahrungspflicht von Röntgenaufnahmen sowie der dazugehörigen Befunde und Diagnosen gebunden seien. Einem später untersuchenden oder behandelnden Arzt oder Zahnarzt sei auf dessen Verlangen Auskünfte über die Aufzeichnungen zu erteilen und ihm die Aufzeichnungen und Röntgenbilder vorübergehend zu überlassen. Auch ohne dieses Verlangen seien die Aufzeichnungen und Röntgenbilder der untersuchten oder behandelten Patienten zur Weiterleitung an einen später untersuchenden oder behandelnden Arzt oder Zahnarzt vorübergehend zu überlassen, wenn zu erwarten sei, dass dadurch eine weitere Untersuchung mit Röntgenstrahlung vermieden werden könne. Sofern die behandelte Person ohne Angabe von Gründen um Überlassung der Röntgenaufnahmen bitte, sei der Vertragszahnarzt nach aktueller Rechtsprechung nur zur Herausgabe der Aufnahmen und Aufzeichnungen in Form von Kopien verpflichtet. Durch diese Regelung bleibe gewährleistet, dass der Vertragszahnarzt im Falle einer Überprüfung seiner Nachweispflicht nachkommen könne. Nicht dokumentierte Leistungen würden nach der gängigen Rechtsprechung als "nicht erbracht" eingestuft werden.

Vor dem Hintergrund dieser Grundsätze nahm die Beklagte zu den einzelnen Behandlungsfällen Stellung und begründete die Absetzungen.

Hiergegen hat die Klägerin am 1. August 2011 Klage erhoben und geltend gemacht, dass sich ein chirurgischer Mehraufwand bei der Nr. 47a BEMA nicht nur aus einer prächirurgischen Röntgenaufnahme ergeben könne, sondern ebenso gut aus der pathohistologischen Untersuchung. Die Größenangaben für die Anerkennung der Leistungen im Hinblick auf die Zyste entbehrten jeglicher Grundlage.

Mit Urteil vom 20. Juni 2012 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die angefochtenen Bescheide seien, soweit die Klägerin noch beschwert ist, rechtmäßig.

Die Beklagte sei zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung. Zum Zeitpunkt des Zugangs des angefochtenen Bescheids sei die für sachlich-rechnerische Richtigstellungen geltende vierjährige Ausschlussfrist, innerhalb derer der Richtigstellungsbescheid der K(Z)ÄV dem Betroffenen bekannt gegeben werden muss, noch nicht verstrichen. Die vierjährige Ausschlussfrist zur Berichtigung beginne mit dem Tag der Bekanntgabe des ursprünglichen Bescheides (Hinweis auf BSG, Urteil vom 28. März 2007 - [B 6 KA 22/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 35 = BSGE 98, 169 = GesR 2007, 461](#) = USK 2007-35 = ZMGR 2008, 144, juris Rdnr. 18). Der Honorarbescheid für das Quartal I/03 datiere vom 26. Juni 2003, der angefochtene Ausgangsbescheid vom 29. März 2007 sei daher noch innerhalb der vierjährigen Ausschlussfrist erlassen und der Klägerin zugestellt worden. Darüber hinaus sei aufgrund des Beschlusses des Prüfungsausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen Hessen vom 19. April 2005 eine Hemmung der Ausschlussfrist eingetreten. Der angefochtene Berichtigungsbescheid sei auch materiell-rechtlich nicht zu beanstanden. Es gehe im Wesentlichen um drei Komplexe, nämlich

- die Absetzung von Röntgenleistungen,
- die Beanstandung von Abrechnungen von Zahnentfernungen und die damit verbundene Umwandlung höherer in niedriger bewertete Leistungen und
- die Beanstandung der Abrechnungen von Zystektomien.

Vorliegend fehle es an einem Nachweis für die Erbringung der abgesetzten Röntgenleistungen, soweit die Klägerin die Röntgenaufnahmen nicht vorgelegt und deren Verbleib nicht nachgewiesen habe. Gebe der Vertragszahnarzt die Bilder weg, so sei er hierüber nachweislich. Soweit die Röntgenaufnahmen mangelhaft seien, gehörten zur sachlich-rechnerischen Berichtigung auch Maßnahmen der Qualitätssicherung. Stelle die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen fest, dass die Qualität der Leistung nicht den fachlichen Anforderungen genügt oder ergäben eingeleitete Maßnahmen der Qualitätssicherung konkrete Hinweise auf erhebliche Mängel von Röntgenleistungen und der Kassen- bzw. Vertragsarzt verhindere, dass die zuständigen Kommissionen für Radiologie nach objektiven Auswahlkriterien eine Überprüfung vornehmen, stehe der Kassenärztlichen Vereinigung das Recht zu, die Bezahlung sämtlicher geltend gemachter Röntgenhonorare im Wege der sachlichen und rechnerischen Berichtigung aus der Abrechnung herauszunehmen (vgl. LSG Hessen, Urteil vom 24. März 1993 - L-7/Ka- 510/91-). Von daher sei die Beklagte auch zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung hinsichtlich der mangelhaften Bilder. Als KZV sei die Beklagte nach [§ 136 Abs. 2 SGB V](#) auch zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen berechtigt, was im Einzelfall durch Stichproben erfolge (Hinweis auf SG Frankfurt am Main, Urteil vom 8. Oktober 2003 - S 27 KA 3134/02 -). Die Röntgenleistungen in den Fällen Nr. 24 und Nr. 134 seien mangelhaft, was die Klägerin nicht bestritten habe. Sie seien daher zu Recht abgesetzt worden.

Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nr. 47a (Ost1) (Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung; Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes, 58 Punkte), Nr. 48 (Ost2) (Entfernen eines verlagerten oder retinierten Zahnes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung, 78 Punkte) und Nr. 53 (Ost3) (Osteotomie des Kiefers, Sequestrotomie, 72 Punkte) abgesetzt und in niedriger bewertete Leistungen umgewandelt. Für die Erbringung der höher bewerteten Leistungen durch die Klägerin fehle es jeweils an einem Nachweis. Ein Nachweis mit einem Röntgenbild sei ausreichend. Anhand eines Röntgenbildes könne im Regelfall festgestellt werden, ob der Zahn so gelegen ist, dass eine Osteotomie vorgenommen werden muss. Am Röntgenbild werde erkennbar, ob eine Hebelextraktion möglich ist. Immer dann, wenn die Indikation anhand des Röntgenbildes nicht ganz eindeutig sei, könne der Nachweis durch weitere Aufzeichnungen des Vertragszahnarztes, insbesondere einen OP-Bericht erbracht werden. Aus diesen zeitnah zu erstellenden Unterlagen müsse für einen zahnärztlichen Leser ohne weiteres nachvollziehbar sein, dass die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht worden sind. Die bloße Angabe der Leistungsnummer oder ihres Kurzbegriffs, die Wiederholung der Leistungslegende oder die bloße Verwendung des Begriffs "Ausklappen" reichten für den Nachweis einer Osteotomie nicht aus. Frakturiere z. B. der Zahn wider Erwarten, so sind die Hebelversuche und der weitere Verlauf kurz darzustellen. Sei der Zahn entgegen der Aussage des Röntgenbildes so beschaffen, dass eine Hebelextraktion nicht möglich ist, so sei die Zahnbeschaffenheit kurz darzustellen. Sei die Retinierung eines Zahnes nicht eindeutig im Röntgenbild zu erkennen, so bedürfe es für den Nachweis des Leistungsinhalts gleichfalls weiterer Darlegungen. Durch diese Anforderungen werde nicht entgegen den Leistungslegenden ein "Mehraufwand" verlangt, sondern der Vertragszahnarzt bleibe lediglich beweispflichtig für die Erbringung des sich in der Leistungslegende widerspiegelnden Mehraufwands. Gerade angesichts der recht unterschiedlichen Bewertung einer einfachen Zahnentfernung nach Nr. 43 (X1) (Entfernung eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung) oder 44 (X2) (Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung) mit 10 bzw. 15 Punkten, der Entfernung eines tieffrakturierten Zahnes einschließlich Wundversorgung nach Nr. 45 (X3) mit 40 Punkten, der Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes nach Nr. 47b (Hern) mit 72 Punkten und den Osteotomien mit 58, 72 bzw. 78 Punkten müsse der Beklagten eine Überprüfung der tatsächlichen Leistungserbringung möglich sein. Entscheidend sei nicht die Ausführlichkeit der Darlegungen, sondern die Nachvollziehbarkeit des Berichts für einen anderen Zahnmediziner. Pauschalierende Begründungen seien unzureichend. Damit würden an die Beweislast eines Vertragszahnarztes geringere Anforderungen als die Erbringung eines Vollbeweises gestellt, ein Nachweis könne wesentlich durch Plausibilität des zahnmedizinischen Befundes und die Schilderung der vorgefundenen Zahnsituation geführt werden.

Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, lediglich lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügten aber nicht den genannten Anforderungen. Soweit bereits kein Röntgenbild vorgelegen habe, könne dessen Beweiskraft durch einen OP-Bericht allenfalls dann ersetzt werden, wenn aus (zahn)medizinischen Gründen ein Röntgenbild nicht angefertigt werden können. Für die hier strittigen Fälle werde dies auch seitens der Klägerin nicht behauptet. In den OP-Berichten werde bzgl. der streitbefangenen Absetzungen, die allesamt zur Voraussetzung hatten, dass der Leistungsinhalt sich nicht bereits aus dem röntgenologischen Befund ergab, im Wesentlichen der Leistungsinhalt der Leistungsnummern wiederholt oder lediglich ausgeführt, es sei eine "Aufklappung" erforderlich geworden. Soweit zum Teil ausgeführt werde, eine Osteotomie sei erforderlich geworden, weil die Zähne entweder gar nicht mit der Zange oder dem Hebel zu fassen gewesen seien oder aber sie nach dem Fassen frakturiert seien, würden die unterschiedlichen Gründe nicht nach den einzelnen Zähnen unterschieden und die näheren Umstände seien für einen Zahnmediziner nicht ersichtlich und damit die Leistungserbringung nicht nachvollziehbar. Die Kammer habe dies mit den Beteiligten im Einzelnen anhand der Behandlungsfälle 98, 115, 140, 145 und 166 in der mündlichen Verhandlung erörtert.

Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 56a bis 56c (Zy1 bis Zy3) abgesetzt. Die mit 120 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 56a (Zy1) beinhalte die Operation einer Zyste durch Zystektomie, die mit 72 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 56b (Zy2) beinhalte die Operation einer Zyste durch orale Zystektomie und die mit 48 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 56c (Zy3) beinhalte die Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion. Das Entfernen von Granulationsgewebe und kleinen Zysten sei nicht nach Nr. 56 abrechnungsfähig. Voraussetzung zur Berechnung der Leistungen nach Nr. 56 sei eine im Röntgenbild diagnostizierbare Zyste und ein zusätzlicher, nach Art und Inhalt einer Zystenoperation entsprechender chirurgischer Aufwand. Dabei komme es nicht allein auf die Größe des entfernten Gewebes an. Soweit die Notwendigkeit der Durchführung einer Operation nach Nr. 56 nicht ausschließlich durch Röntgenbilder belegt werden könne, komme es in diesen seltenen Ausnahmefällen entscheidend auf den klinischen Befund, also auf den Zustand an, wie ihn nur der Operateur sehe. Dabei könne ein Nachweis ferner nicht durch die Untersuchungsbefunde eines pathologischen Instituts geführt werden, da diese Institute nur eine Gewebeprobe erhalten, die sie untersuchen, die sie aber nicht dahingehend unterscheiden können, woher diese Proben stammen, ob es sich um Gewebeproben eines Zahnfollikels oder einer follikulären Zyste handelt. Die Voraussetzungen für die Erbringung des vollständigen Leistungsinhalts seien vom Vertragszahnarzt im Falle von Beanstandungen nachzuweisen, da er einen Anspruch geltend mache. Die

Kammer verkenne hierbei nicht, dass in den Fällen, in denen allein der klinische Befund den Nachweis für die Voraussetzungen der Nr. 56 erbringen kann, der Vertragszahnarzt wenige Möglichkeiten für diesen hat. Der klinische Befund könne nur von ihm vorgenommen werden. Andererseits berechtige nicht jede Gewebsentfernung die Abrechnung nach Nr. 56, so dass die Verwaltung nicht auf die alleinige Behauptung des Vertragszahnarztes verwiesen werden könne.

Der röntgenologische Befund reiche vorliegend in allen Absetzungen nicht aus. Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, wiederum nur lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Diese genügen aber nicht den genannten Anforderungen.

Der Vortrag im Klageverfahren zu den Behandlungsfällen Nrn. 1 bis 9, 13 bis 16, 21 bis 28, 32, 34, 37, 39 bis 48 und 51 bis 67 beschränke sich auf die Wiederholung des Vortrags im Widerspruchsverfahren, die Beklagte definiere nicht, welcher chirurgische Mehraufwand erforderlich sei bzw. es werde lediglich vorgetragen, ein solcher sei nicht erforderlich (Behandlungsfälle Nrn. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 31, 34, 37, 39, 52 bis 65.), ein pathohistologischer Befund liege vor (Behandlungsfälle Nrn. 2, 16, 51). Bei sämtlichen Zystenentfernungen werde im Operationsbericht festgehalten, dass klinisch eine Zyste vorgelegen habe, auf die Größe der Zyste dürfe nicht abgestellt werden (Behandlungsfall Nr. 9), das Röntgenbild/OPG sei an den nachbehandelnden Arzt oder Patienten ausgehändigt worden (Behandlungsfälle Nrn. 3, 6, 16, 21, 24, 25, 26, 34, 37, 43, 44, 47, 48, 52 bis 65) oder es werde ausschließlich lapidar darauf hingewiesen, der Leistungsinhalt sei erbracht bzw. eine Zyste entfernt worden (Behandlungsfälle Nrn. 7, 41, 46).

Das Sozialgericht verweist ferner auf seine bisherige Rechtsprechung, wonach es nicht darauf ankomme, welchen neuen Sachvortrag die Klägerin im gerichtlichen Verfahren hält.

Soweit die Klägerin im Behandlungsfall Nr. 67 vortrage, auch wenn ein OPG nur zur Hälfte abgebildet sei, sei die Leistung abrechenbar, so werde auf obige Ausführungen zur Qualitätsprüfung und zur Einhaltung von Qualitätsstandards verwiesen. Soweit die Klägerin rüge, im Behandlungsfall Nr. 26 werde der Grund für die Absetzung der Leistungen nach den Ziffern 40 und 23 nicht angegeben, so weise die Beklagte zutreffend darauf hin, dass nach dem OPG vom 10. März 2003 Zahn 13 noch vorhanden sei, weshalb die Ziffern 47a, 40 und 23 als Begleitleistungen abzusetzen seien. Soweit die Klägerin vortrage, OPGs bereits im Verwaltungsverfahren vorgelegt zu haben (Behandlungsfälle Nrn. 5, 28 und 59), so treffe dies nur für Behandlungsfall Nr. 59 zu, der aber insoweit nicht mehr streitgegenständlich sei, da die Beklagte die Absetzung aufgehoben und diesen Teil der Klage anerkannt habe, was die Klägerin in der mündlichen Verhandlung angenommen habe. In den beiden übrigen Behandlungsfällen Nrn. 5 und 28 seien die OPGs nicht vorgelegt worden bzw. fehle es an einem Nachweis hierfür, was die Kammer mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung erörtert habe. Soweit die Klägerin vortrage, OPGs im Gerichtsverfahren nachgereicht zu haben (Behandlungsfälle Nrn. 14, 32, 42, 66) bzw. am 11. Februar 2010 an die Beklagte gesandt zu haben (Behandlungsfall Nr. 1), komme es hierauf nicht an, da maßgeblich sei, welche OPGs bis zur Entscheidung über den Widerspruch vorgelegt worden seien. Soweit die Klägerin in den Behandlungsfällen Nrn. 32, 42 und 59 vortrage, das nachgereichte OPG zeige, dass der Leistungsinhalt der Ziffern 53 bzw. 47a bzw. 46c erfüllt worden sei, sei dies ebenfalls verspätet bzw. treffe dies nicht zu. Im Übrigen werde zu den Einzelfällen auf die Begründung des angefochtenen Widerspruchbescheides verwiesen, der die Kammer folge ([§ 236 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz - SGG-](#)).

Von einer Beweiserhebung durch Beauftragung eines Sachverständigen habe die Kammer absehen können, weil die mit einer Zahnärztin und einem Zahnarzt besetzte Kammer ausreichende Sachkunde besitze und der Vertragszahnarzt bereits dann zu einem weiteren Nachweis verpflichtet sei, wenn Zweifel an der Leistungserbringung bestehen.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin rechtzeitig Berufung eingelegt.

Quartal II/03 ([S 12 KA 227/11](#))

Umstritten ist eine sachlich rechnerische Berichtigung in noch 108 Behandlungsfällen in Höhe von insgesamt 17.388,83 EUR.

Der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen Hessen überwies mit Beschluss vom 19. April 2005 einen bei ihm anhängigen Vorgang zur Durchführung einer sachlich-rechnerischen Berichtigung an die Beklagte hinsichtlich der Leistungen nach den Nrn. 56a bis 56c (Zy1 bis Zy3) sowie der Positionen nach 47a (Ost1), 48 (Ost2) und 53 (Ost3). Mit Bescheid vom 9. August 2007 setzte die Beklagte Leistungen nach Nrn. 56a und 56c (Zy1 und Zy3) sowie Röntgenleistungen ab und nahm Umwandlungen der Osteotomieleistungen nach Nrn. 47a (Ost1) und 48 (Ost2) in entsprechend niedriger bewertete Leistungen in 109 Fällen in Höhe von 21.027,72 EUR vor. Diesen Betrag reduzierte sie unter Berücksichtigung des HVM-Einbehaltes für das Jahr 2003 auf 17.665,39 EUR. Zur Begründung führte sie die Grundsätze zur Dokumentations- und Nachweispflicht der Vertragszahnärzte aus und gab allgemeine Hinweise zu den Leistungsvoraussetzungen der strittigen Leistungen und begründete die Absetzungen im Einzelnen fallbezogen.

Hiergegen legte die Klägerin am 14. September 2007 Widerspruch ein mit der Begründung, bei der Ost1 und Ost2 sei ein "Mehraufwand" keine Abrechnungsvoraussetzung. Die Erfüllung des Leistungsinhaltes ergebe sich aus dem OP-Protokoll für die Ost1, die Erfüllung des Leistungsinhaltes der Ost2 ergebe sich aus dem Röntgenbild und dem OP-Protokoll. Immer dann, wenn aus dem OP-Bericht hervorgehe, dass eine Aufklappung mit Osteotomie erfolgt sei, sei nicht die Ost2 die richtige Leistungsziffer, sondern die Ost1. Der Leistungstext ziele ausdrücklich nicht auf die Schwierigkeit ab, sondern lediglich auf die Leistungserbringung. Insofern sei es unerheblich, ob die Zähne ggf. auch mit einem Hebel hätten entfernt werden können ohne Aufklappung und Osteotomie. Wenn Aufklappung und Osteotomie erfolgt seien, seien sie auch abrechenbar.

Die Diagnostizierbarkeit einer Zyste im Röntgenbild sei nicht erforderlich und nicht immer möglich. In unklaren Fällen müsse eine pathohistologische Untersuchung nach dem operativen Eingriff der ganz oder teilweise entfernten Zyste erfolgen. Aufgrund des Röntgenbefundes könne eine Zyste immer nur vermutet werden. Die endgültige Diagnose werde während der Operation histologisch gestellt. Die These, dass zwei Kriterien aus der Liste radiologischer Befund, OP-Bericht und histologischer Befund erfüllt sein müssten, sei nicht haltbar. Das Vorliegen der Zyste könne sich nach einem der Kriterien ergeben. Auch gebe es keinen Rechtsgrundsatz, dass eine Zyste eine gewisse Größe haben müsse, damit ihre Entfernung abrechenbar sei. Fehlende Röntgenaufnahmen seien oftmals an Patienten ausgeliehen worden oder aber Fremdbehandlern zur Verfügung gestellt worden. Das Fehlen sei kein Indiz dafür, dass kein Röntgenbild angefertigt worden sei. Es werde oftmals keine sachlich-rechnerische Richtigkeit vorgenommen, sondern eine vollkommen andere

zahnmedizinische Diagnostik bzw. Indikation für die von ihr vorgenommenen Behandlungsmaßnahmen gestellt. Auch für weiche Zysten werde nun ein Mehraufwand gefordert, der nicht Teil des Leistungstextes sei. Im Einzelnen erörterte sie zunächst zehn Behandlungsfälle, nämlich Fall 5, 10, 17, 35, 42, 45, 64, 66, 71 und 84 und ging mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 26. März 2010 auf weitere Behandlungsfälle ein.

Die Beklagte half mit Widerspruchsbescheid vom 1. März 2011 dem Widerspruch im Umfang von 276,56 EUR ab und wies diesen im Übrigen zurück. Zur Begründung führte sie die Voraussetzungen der Abrechenbarkeit der Nr. 47a BEMA, der Nr. 48 BEMA (Ost2) und der Nr. 53 BEMA (Ost3) auf, der Mehraufwand sei im Einzelfall zu dokumentieren und ggf. nachzuweisen. Sie hat zu den einzelnen Behandlungsfällen Stellung genommen und ausgeführt, in den Fällen, in denen keine abgerechnete prächirurgische Röntgenaufnahme vorgelegt worden sei, seien - neben Absetzung der Leistungen für die Röntgenaufnahme (Nr. Ä935d BEMA) - die höher bewerteten Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1) bzw. 48 (Ost2) BEMA in die Nrn. 43 (X1), 44 (X2) oder 45 (X3) BEMA umzuwandeln. Nicht dokumentierte Leistungen würden nach der gängigen Rechtsprechung als "nicht erbracht" eingestuft werden. Dem Widerspruch half die Beklagte im Fall Nr. 42 ab, da anstatt des Küngungsbetrages von 80,42 EUR zunächst irrtümlich der Betrag von 120,63 EUR angesetzt worden war. Die Absetzung der Nr. 56c im Behandlungsfall Nr. 50 hob sie auf, da die Leistung als erfüllt angesehen werde. Im Behandlungsfall Nr. 54 sei keine Nr. 56c angesetzt gewesen, weshalb sie von einer Absetzung Abstand nehme. Im Behandlungsfall Nr. 60 wandelte sie die Absetzung der Nr. 48 in Nr. 44 um, da ohne prächirurgische Röntgenaufnahme ein chirurgischer Mehraufwand im Sinne des Leistungsinhalts der Nr. 48 nicht nachgewiesen sei. Im Behandlungsfall Nr. 84 sah sie nunmehr den Leistungsinhalt der Nr. 46a als erfüllt an. Im Behandlungsfall Nr. 97 korrigierte sie den ursprünglichen Ansatz mit 120 Punkten für die Absetzung der Nr. 46 in einer Absetzung im Umfang von 96 Punkten. Den Widerspruch bezüglich aller übrigen Absetzungen wies sie zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 31. März 2011 Klage erhoben und zu den einzelnen Behandlungsfällen Stellung genommen. Hierauf wird im Einzelnen verwiesen.

Mit Urteil vom 20. Juni 2012 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten vom 29. August 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. März 2011 seien, soweit die Klägerin noch beschwert ist, rechtmäßig. Die Beklagte sei zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung und zum Zeitpunkt des Zugangs des angefochtenen Bescheids sei die Ausschlussfrist von vier Jahren noch nicht verstrichen gewesen.

Der angefochtene Berichtigungsbescheid sei auch materiell-rechtlich nicht zu beanstanden. Soweit die Klägerin die Röntgenaufnahmen nicht vorgelegt und deren Verbleib nicht nachgewiesen habe, treffe die Auffassung der Beklagten zu, dass es an einem Nachweis für die Erbringung der Röntgenleistungen fehle. Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1) (Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung; Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes, 58 Punkt), 48 (Ost2) (Entfernen eines verlagerten oder retinierten Zahnes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung, 78 Punkte) und 53 (Ost3) (Osteotomie des Kiefers, Sequestrotomie, 72 Punkte) abgesetzt und in niedriger bewertete Leistungen umgewandelt. Für die Erbringung der höher bewerteten Leistungen durch die Klägerin fehle es an einem Nachweis. Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, lediglich lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügen aber nicht den zu stellenden Anforderungen. Soweit bereits kein Röntgenbild vorliege, könne dessen Beweiskraft durch einen OP-Bericht allenfalls dann ersetzt werden, wenn aus (zahn)medizinischen Gründen ein Röntgenbild nicht angefertigt werden konnte. Für die hier strittigen Fälle werde dies seitens der Klägerin nicht behauptet. In den OP-Berichten werde bezüglich der streitbefangenen Absetzungen, die allesamt zur Voraussetzung hätten, dass der Leistungsinhalt sich nicht bereits aus dem röntgenologischen Befund ergab, im Wesentlichen der Leistungsinhalt der Leistungsnummern wiederholt oder lediglich ausgeführt, es sei eine "Aufklappung" erforderlich geworden. Soweit zum Teil ausgeführt werde, eine Osteotomie sei erforderlich geworden, weil die Zähne entweder gar nicht mit der Zange oder dem Hebel zu fassen gewesen seien oder aber sie nach dem Fassen frakturierten, würden die unterschiedlichen Gründe nicht nach den einzelnen Zähnen unterschieden, die näheren Umstände seien für einen Zahnmediziner daher nicht ersichtlich und damit die Leistungserbringung nicht nachvollziehbar. Die Kammer habe dies mit den Beteiligten im Einzelnen anhand der Behandlungsfälle 98, 115, 140, 145 und 166 in der mündlichen Verhandlung erörtert. Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 56a bis 56c (Zy1 bis Zy3) abgesetzt. Der röntgenologische Befund habe in allen Absetzungen nicht ausgereicht. Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, wiederum lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügen aber nicht den genannten Anforderungen.

Im Klageverfahren habe sich die Klägerin zunächst auf ihr Vorbringen im Widerspruchsverfahren beschränkt, dort hatte sie zunächst jedoch nur einen allgemeinen Vortrag gehalten, wie bereits im Verfahren mit dem Az.: [S 12 KA 520/08](#), dem jedoch nicht zu folgen sei. Der im gerichtlichen Verfahren erfolgte Vortrag zu den einzelnen Behandlungsfällen beschränke sich im Schriftsatz vom 2. September 2011 auf einen Hinweis auf den OP-Bericht bzw. das OP-Protokoll (Behandlungsfälle Nrn. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108 und 109) und/oder den pathohistologischen Befund (Behandlungsfälle Nrn. 11, 24, 43 und 61), auf die Behauptung, eine prächirurgische Röntgenaufnahme müsse nicht vorliegen (Behandlungsfall Nr. 2) und dass das Röntgenbild/OPG an den Hauszahnarzt oder nachbehandelnden Arzt oder Patienten ausgehändigt worden sei (Behandlungsfälle Nrn. 3, 4, 6, 7, 8, 10, 14, 15, 21, 22, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 39, 40, 41, 45, 47, 52, 59, 62, 64, 65, 68, 69, 76, 83, 84, 90, 95, 98 und 108). Neues werde in der Replik vom 9. Februar 2012 zur Klageerwiderung nicht hinzugefügt. Im Behandlungsfall Nr. 2 seien nach der Abrechnung Röntgenbilder angefertigt, jedoch von der Klägerin nicht vorgelegt worden. Es gehe daher darum, ob Röntgenbilder vorgelegt werden müssen, die bereits angefertigt wurden, um beurteilen zu können, ob und welche Osteotomien gemacht wurden. Die Kammer habe die Klägerin bereits in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen, dass in ca. 35 Behandlungsfällen sich der Vortrag darauf beschränke, dass das Röntgenbild weitergegeben und dass weder eine Quittung hierüber noch ein Anschreiben über die Weitergabe vorgelegt worden sei. Dies gelte auch für die sachlich-rechnerischen Berichtigungen der Quartale III/03 bis II/04 und I/05, über die die Kammer am selben Tag verhandelt und entschieden hat. Die Häufigkeit des Fehlens von Röntgenbildern, insbesondere aber das Fehlen eines Nachweises über deren Verbleib, sei auch unter Berücksichtigung des operativen Schwerpunkts der klägerischen Praxis äußerst ungewöhnlich.

Die Erörterung des Behandlungsfalls Nr. 11 in der mündlichen Verhandlung habe ergeben, dass das präoperative OPG bei keinem Zahn eine Zyste erkennen lässt. Unter Einbeziehung des postoperativen OPGs sei die Kammer zur Erkenntnis gelangt, dass auch hierauf keine Stelle

für eine Zyste in einer Größe von bis zu 1,5 cm erkennbar ist, wobei zu berücksichtigen sei, dass das OPG einen Vergrößerungsfaktor von ca. 1,2 bis 1,5 hat. Insofern sei für die Kammer nicht nachvollziehbar, weshalb es im pathologisch-anatomischen Befund heiße, es gebe einen Zystenbalg bis 1,5 cm. Dieser Defekt im Knochen finde sich auf dem postoperativen Röntgenbild nicht wieder. Von daher sei der pathologisch-anatomische Befund nicht geeignet zum Nachweis für die Erfüllung der strittigen Leistungslegende. Im Übrigen werde zu den Einzelfällen auf die Begründung des angefochtenen Widerspruchsbescheides verwiesen, der die Kammer folge.

Die vollständige Leistungserbringung sei grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen (vgl. SG Marburg, Urteil vom 3. Juni 2009 - [S 12 KA 521/08](#) - juris Rdnr. 27, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 50/09](#) -). Ein Vertragszahnarzt sei in zeitlicher Hinsicht darauf beschränkt, seiner Nachweispflicht bis zur Entscheidung der Beklagten als Widerspruchsbehörde nachzukommen.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin rechtzeitig Berufung eingelegt.

Quartal III/03 ([S 12 KA 640/11](#))

Umstritten ist eine sachlich rechnerische Berichtigung in noch 97 Fällen in Höhe von 13.671,64 EUR.

Der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen Hessen überwies mit Beschluss vom 19. April 2005 einen bei ihm anhängigen Vorgang zur Durchführung einer sachlich-rechnerischen Berichtigung an die Beklagte hinsichtlich der Leistungen nach den Nrn. 56a bis 56c (Zy1 bis Zy3) sowie der Positionen nach 47a (Ost1), 48 (Ost2) und 53 (Ost3).

Mit Bescheid vom 8. November 2007 setzte die Beklagte Leistungen nach Nrn. 56a und 56c (Zy1 und Zy3) sowie Röntgenleistungen ab und nahm Umwandlungen der Osteotomieleistungen nach Nrn. 47a (Ost1) und 48 (Ost2) in entsprechend niedriger bewertete Leistungen vor, ferner setzte sie im Behandlungsfall Nr. 36 zwei Leistungen nach Nr. 41a und eine Leistung nach Nr. 38, im Behandlungsfall Nr. 79 eine Leistung nach Nr. 23 ab. Insgesamt nahm sie Berichtigungen in 109 Fällen in Höhe von 18.364,18 EUR vor. Diesen Betrag reduzierte sie unter Berücksichtigung des HVM-Einbehaltes für das Jahr 2003 auf 15.427,75 EUR. Zur Begründung führte sie die Grundsätze der ordnungsgemäßen Abrechnung von Gebührenposition und die Nachweispflichten eines Vertragszahnarztes aus. Vorliegend seien mittels einer Stichprobe die abgerechneten Gebühren und Behandlungsabläufe aus dem prüfgegenständlichen Quartal unter Einbeziehung der zur Verfügung gestellten Röntgenaufnahmen und der Karteiblätter einer eingehenden Überprüfung unterzogen worden. Sie begründete die Absetzungen im Einzelnen fallbezogen.

Hiergegen legte die Klägerin am 19. November 2007 Widerspruch ein, den sie nicht weiter begründete.

Die Beklagte half dem Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 6. Juli 2011 im Umfang von 1.756,11 EUR ab und wies ihn im Übrigen zurück. Mit der Abhilfe änderte die Beklagte in zwölf Behandlungsfällen ihre sachlich rechnerische Berichtigung vollständig und in sieben Behandlungsfällen teilweise, die aufrecht erhaltenen Absetzungen begründete sie im Einzelnen.

Hiergegen hat die Klägerin am 1. August 2011 rechtzeitig Klage erhoben.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 20. Juni 2012 abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 8. November 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Juli 2011 sei, soweit die Klägerin noch beschwert sei, rechtmäßig. Die Beklagte sei zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung, zum Zeitpunkt des Zugangs des angefochtenen Bescheides sei die Ausschlussfrist von vier Jahren noch nicht verstrichen gewesen.

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

Die Kammer verweist zunächst auf Ausführungen früherer Entscheidungen zwischen den Beteiligten bezüglich der Vorlage und Abrechenbarkeit von Röntgenleistungen und führt aus, die Beklagte habe Röntgenleistungen zu Recht abgesetzt, die nicht durch Vorlage der Röntgenaufnahme nachgewiesen worden seien. Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1) (Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung; Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes, 58 Punkt), 48 (Ost2) (Entfernen eines verlagerten oder retinierten Zahnes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung, 78 Punkte) und 53 (Ost3) (Osteotomie des Kiefers, Sequestrotomie, 72 Punkte) abgesetzt und in niedriger bewertete Leistungen umgewandelt. Für die Erbringung der höher bewerteten Leistungen durch die Klägerin fehle es an einem Nachweis.

Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, nur lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügten aber nicht den genannten Anforderungen. Für die hier strittigen Fälle würde dies auch seitens der Klägerin nicht behauptet. In den OP-Berichten würde bezüglich der streitbefangenen Absetzungen, die allesamt zur Voraussetzung hatten, dass der Leistungsinhalt sich nicht bereits aus dem röntgenologischen Befund ergab, im Wesentlichen der Leistungsinhalt der Leistungsnummern wiederholt oder lediglich ausgeführt, es sei eine "Aufklappung" erforderlich geworden. Soweit zum Teil ausgeführt werde, eine Osteotomie sei erforderlich geworden, weil die Zähne entweder gar nicht mit der Zange oder dem Hebel zu fassen gewesen seien oder aber sie nach dem Fassen frakturierten, würden die unterschiedlichen Gründe nicht nach den einzelnen Zähnen unterschieden, die näheren Umstände seien daher für einen Zahnmediziner nicht ersichtlich und damit die Leistungserbringung nicht nachvollziehbar. Die Kammer habe dies mit den Beteiligten im Einzelnen anhand der Behandlungsfälle 98, 115, 140, 145 und 166 in der mündlichen Verhandlung erörtert.

Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 56a bis 56c (Zy1 bis Zy3) abgesetzt. Der röntgenologische Befund reiche in allen Absetzungen nicht aus. Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, wiederum lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügten aber nicht den genannten Anforderungen. Die Klägerin habe ihre Klage nur knapp begründet. Ihr Hinweis auf die Widerspruchsbegründung gehe ins Leere, da der Widerspruch nicht begründet worden war. Ihr Vortrag zu Nr. 47a BEMA sowie zu den Zysten sei bereits Gegenstand des Urteils der Kammer vom 3. Juni 2009 Az.: [S 12 KA 520/08](#) gewesen, aus den dortigen Urteilsgründen sei dem nicht zu folgen. Im Übrigen werde zu den Einzelfällen auf die Begründung des angefochtenen Widerspruchsbescheides verwiesen, der die Kammer folge.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin rechtzeitig Berufung eingelegt.

Quartal IV/03 (S 12 KA 641/11)

Umstritten ist eine sachlich-rechnerische Berichtigung in noch 107 Fällen in Höhe von 12.644,10 EUR.

Der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen Hessen überwies mit Beschluss vom 19. April 2005 einen bei ihm anhängigen Vorgang zur Durchführung einer sachlich-rechnerischen Berichtigung an die Beklagte hinsichtlich der Leistungen nach den Nrn. 56a bis 56c (Zy1 bis Zy3) sowie der Positionen nach 47a (Ost1), 48 (Ost2) und 53 (Ost3).

Mit Bescheid vom 19. Dezember 2007 setzte die Beklagte Leistungen nach Nrn. 56a und 56c (Zy1 und Zy3) sowie Röntgenleistungen ab und nahm Umwandlungen der Osteotomieleistungen nach Nrn. 47a (Ost1) und 48 (Ost2) in entsprechend niedriger bewertete Leistungen vor. Insgesamt nahm sie Berichtigungen in 109 Fällen in Höhe von 15.836,67 EUR vor, nach Berücksichtigung des HVM-Einhaltes für das Jahr 2003 in Höhe von 13.304,39 EUR. Zur Begründung legte sie die Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Abrechnung von Gebührenpositionen und die Nachweis- und Dokumentationspflicht des Vertragszahnarztes dar, gab allgemeine Hinweise zu den Leistungsvoraussetzungen der strittigen Leistungen und begründete die Absetzungen im Einzelnen fallbezogen.

Hiergegen legte die Klägerin am 19. November 2007 Widerspruch ein, den sie nicht weiter begründete.

Die Beklagte half mit Widerspruchsbescheid vom 14. Juli 2011 dem Widerspruch im Umfang von 660,29 EUR ab und wies im Übrigen den Widerspruch zurück. Dem Widerspruch half die Beklagte in zwei Behandlungsfällen vollständig und in einem Behandlungsfall teilweise ab. Den Widerspruch bezüglich aller übrigen Absetzungen wies sie zurück.

Die hiergegen am 1. August 2011 erhobene Klage hat das Sozialgericht mit Urteil vom 20. Juni 2012 abgewiesen, der Bescheid der Beklagten vom 19. Dezember 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juli 2011 sei, soweit die Klägerin noch beschwert sei, rechtmäßig. Die Beklagte sei zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung, im Zeitpunkt des Zugangs des angefochtenen Bescheids sei die Ausschlussfrist von vier Jahren noch nicht verstrichen gewesen.

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

Soweit die Klägerin die Röntgenaufnahmen nicht vorgelegt und deren Verbleib nicht nachgewiesen habe, treffe die Auffassung der Beklagten zu und es fehle an einem Nachweis für die Erbringung der Röntgenleistungen. Die Röntgenleistungen in den Fällen Nrn. 24 und 134 seien mangelhaft, was die Klägerin nicht bestritten habe. Sie seien daher ebenfalls zu Recht abgesetzt worden.

Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1) (Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung; Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes, 58 Punkte), 48 (Ost2) (Entfernen eines verlagerten oder retinierten Zahnes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung, 78 Punkte) und 53 (Ost3) (Osteotomie des Kiefers, Sequestrotomie, 72 Punkte) abgesetzt und in niedriger bewertete Leistungen umgewandelt. Für die Erbringung der höher bewerteten Leistungen durch die Klägerin fehle es an einem Nachweis. Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, lediglich lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügten aber nicht den zu stellenden Anforderungen. Soweit bereits kein Röntgenbild vorgelegen habe, könne dessen Beweiskraft durch einen OP-Bericht allenfalls dann ersetzt werden, wenn aus (zahn)medizinischen Gründen ein Röntgenbild nicht angefertigt werden konnte. Für die hier strittigen Fälle werde dies auch seitens der Klägerin nicht behauptet. In den OP-Berichten werde im Wesentlichen der Leistungsinhalt der Leistungsnummern wiederholt oder lediglich ausgeführt, es sei eine "Aufklappung" erforderlich geworden. Soweit zum Teil ausgeführt wird, eine Osteotomie sei erforderlich geworden, weil die Zähne entweder gar nicht mit der Zange oder dem Hebel zu fassen gewesen seien oder aber sie nach dem Fassen frakturierten, würden die unterschiedlichen Gründe nicht nach den einzelnen Zähnen unterschieden und die näheren Umstände seien für einen Zahnmediziner nicht ersichtlich und damit die Leistungserbringung nicht nachvollziehbar. Die Kammer habe dies mit den Beteiligten im Einzelnen anhand der Behandlungsfälle 98, 115, 140, 145 und 166 in der mündlichen Verhandlung erörtert. Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 56a bis 56c (Zy1 bis Zy3) abgesetzt. Der röntgenologische Befund reiche in allen Absetzungen nicht aus. Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, wiederum lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügten aber nicht den genannten Anforderungen.

Die Klägerin habe ihre Klage nur knapp begründet. Ihr Hinweis auf die Widerspruchsbegründung gehe ins Leere, da der Widerspruch nicht begründet worden war. Ihr Vortrag zu Nr. 47a BEMA sowie zu den Zysten sei bereits Gegenstand des Urteils der Kammer vom 3. Juni 2009 Az.: [S 12 KA 520/08](#) gewesen, aus den dort genannten Urteilsgründen sei dem nicht zu folgen. Im Übrigen werde zu den Einzelfällen auf die Begründung des angefochtenen Widerspruchsbescheides verwiesen, der die Kammer folge.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin rechtzeitig Berufung eingelegt.

Quartal I/04 (S 12 KA 812/04)

Umstritten ist eine sachlich-rechnerische Berichtigung in 108 Behandlungsfällen in Höhe von insgesamt 15.224,89 EUR.

Der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen führte am 16. Mai 2006 mit dem Gesellschafter der Klägerin Dr. Dr. A. und deren Prozessbevollmächtigten am 16. Mai 2006 eine Prüfsitzung bezüglich der Quartale I bis IV/04 durch. Darin stellte er ausweislich des Protokolls fest, im Rahmen der Überprüfung exemplarischer Behandlungsfälle sei im Bereich der Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1), 51b (PlaO), 56c (Zy3) und im endodontischen Sektor festgestellt worden, dass diese nicht vertragskonform durchgeführt worden seien. Anhand der vorliegenden Röntgenaufnahmen könne er in den meisten Fällen nicht den Leistungsinhalt der genannten Leistungen nachvollziehen. Überwiegend, fast regelmäßig, werde die Leistung nach Nr. 51b (PlaO) im Zusammenhang mit einer Osteotomie nach Nr. 47a (Ost1) und einer Zystektomie nach Nr. 56c (Zy3) abgerechnet. Zur Überprüfung der Leistung nach Nr. 56c (Zy3) liege ihm nicht immer der histologische Befund vor. Des Weiteren fehle von jedem vorliegenden Zystenbefall der OP-Bericht. Weiterhin entspreche die Größe der Zyste anhand des Röntgenbildes oftmals nicht den vertraglichen Richtlinien. Im endodontischen Bereich lägen ihm nicht alle

Röntgenaufnahmen, insbesondere die Kontrollaufnahme der Wurzelkanalaufbereitung und der endgültigen Wurzelfüllung, zur Überprüfung vor. Auch sei die technische Qualität der Röntgenaufnahmen zu einer genaueren Auswertung nicht immer ausreichend. Die Wurzelfüllungen entsprächen nicht in jedem Behandlungsfall den neuen vertraglichen Richtlinien. Es handele sich hierbei im Schwerpunkt um die Frage sachlich-rechnerische Berichtigung, deren Klärung über die von der Rechtsprechung dem Ausschuss zugewiesene Randzuständigkeit hinausgehe. Aus diesem Grund erfolge die Verweisung aller abgerechneten Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1), 51b (PlaO), 56c (Zy3) und des endodontischen Sektors inkl. deren Begleitleistungen aus den Quartalen I/04 bis IV/04 an die Beklagte zur Durchführung der sachlich-rechnerischen Berichtigung. Der Prüfungsausschuss übersandte das Protokoll unter Datum vom 4. Juli 2006 an den Prozessbevollmächtigten der Klägerin.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin machte gegenüber dem Prüfungsausschuss mit Schriftsatz vom 10. Juli 2006 geltend, der erforderliche Mehraufwand sei durch die histologischen Befunde nachgewiesen, die in der überwiegenden Anzahl der Fälle vorgelegen hätten.

Mit Bescheid vom 25. Juni 2008 setzte die Beklagte verschiedene Leistungen aus dem konservierend-chirurgischen Leistungsbereich, insbesondere Leistungen nach Nrn. 56a und 56c (Zy1 und Zy3), Röntgenleistungen sowie endodontische Maßnahmen ab und nahm Umwandlungen der Osteotomieleistungen nach Nr. 47a (Ost1) und 48 (Ost2) in entsprechend niedriger bewertete Leistungen in 108 Behandlungsfällen in Höhe von 16.135,50 EUR vor. Diesen Betrag reduzierte sie unter Berücksichtigung des HVM-Einbehaltes für das Jahr 2004 auf 15.293,23 EUR. Zur Begründung benannte sie die Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Abrechnung einer Gebührenposition durch einen Vertragszahnarzt. Mit Blick auf die vorliegende Verweisung seien mittels einer Stichprobe die abgerechneten Gebühren und Behandlungsabläufe aus den prüfgegenständlichen Quartalen unter Einbeziehung der zur Verfügung gestellten Röntgenaufnahmen und der Karteiblätter einer eingehenden Überprüfung unterzogen worden. Sie gab allgemeine Hinweise zu den Leistungsvoraussetzungen der strittigen Leistungen und begründete die Absetzungen im Einzelnen fallbezogen.

Hiergegen legte die Klägerin am 25. Juli 2008 Widerspruch ein, den sie nicht weiter begründete.

Nach fruchtloser Fristsetzung zur Begründung des Widerspruchs half die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 29. September 2011 dem Widerspruch in Höhe von 68,34 EUR ab und wies ihn im Übrigen zurück. Die Abhilfe beruhte im Behandlungsfall 13 auf einem Additionsfehler im Ausgangsbescheid.

Die hiergegen am 3. November 2011 erhobene Klage hat das Sozialgericht mit Urteil vom 20. Juni 2012 abgewiesen, die angegriffenen Bescheide der Beklagten seien rechtmäßig. Die Beklagte sei zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung und zum Zeitpunkt des Zugangs des angefochtenen Bescheids sei die Ausschlussfrist von vier Jahren noch nicht verstrichen gewesen.

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

Soweit die Klägerin die Röntgenaufnahmen nicht vorgelegt und deren Verbleib nicht nachgewiesen habe, treffe die Auffassung der Beklagten zu und es fehle an einem Nachweis für die Erbringung der Röntgenleistungen. Auch soweit Röntgenleistungen mangelhaft sind, seien sie zu Recht abgesetzt worden.

Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1) (Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung; Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes, 58 Punkte), 48 (Ost2) (Entfernen eines verlagerten oder retinierten Zahnes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung, 78 Punkte) und 53 (Ost3) (Osteotomie des Kiefers, Sequestrotomie, 72 Punkte) abgesetzt und in niedriger bewertete Leistungen umgewandelt. Für die Erbringung der höher bewerteten Leistungen durch die Klägerin fehle es an einem Nachweis.

Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, lediglich lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügten aber nicht den genannten Anforderungen. Soweit bereits kein Röntgenbild vorgelegen habe, könne dessen Beweiskraft durch einen OP-Bericht allenfalls dann ersetzt werden, wenn aus (zahn)medizinischen Gründen ein Röntgenbild nicht angefertigt werden konnte. Für die hier strittigen Fälle werde dies auch seitens der Klägerin nicht behauptet.

In den OP-Berichten werde bzgl. der streitbefangenen Absetzungen, die allesamt zur Voraussetzung hatten, dass der Leistungsinhalt sich nicht bereits aus dem röntgenologischen Befund ergab, im Wesentlichen der Leistungsinhalt der Leistungsnummern wiederholt oder lediglich ausgeführt, es sei eine "Aufklappung" erforderlich geworden. Soweit zum Teil ausgeführt werde, eine Osteotomie sei erforderlich geworden, weil die Zähne entweder gar nicht mit der Zange oder dem Hebel zu fassen gewesen seien oder aber sie nach dem Fassen frakturierten, würden die unterschiedlichen Gründe nicht nach den einzelnen Zähnen unterschieden und die näheren Umstände für einen Zahnmediziner nicht ersichtlich und damit die Leistungserbringung nicht nachvollziehbar. Die Kammer habe dies mit den Beteiligten im Einzelnen anhand der Behandlungsfälle 98, 115, 140, 145 und 166 in der mündlichen Verhandlung erörtert.

Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 56a bis 56c (Zy1 bis Zy3) abgesetzt. Der jeweilige röntgenologische Befund reiche in allen Absetzungen nicht aus. Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, wiederum lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügten aber nicht den genannten Anforderungen.

Hinsichtlich der endodontischen Maßnahmen könne nach Auffassung der fachkundig mit einer Vertragszahnärztin und einem Vertragszahnarzt besetzten Kammer im Notfall eine Schmerzbesichtigung durch eine Trepanation abgerechnet werden. Eine Wurzelkanalaufbereitung setze die vollständige Aufbereitung des Wurzelkanals voraus, was röntgenologisch abzusichern sei. Allein die Bahnung eines Wegs in den Wurzelkanal, um ein Medikament anzubringen, erfülle noch nicht die Voraussetzungen einer Wurzelkanalaufbereitung nach Nr. 32 (WK) BEMA-Z und der medikamentösen Einlage nach Nr. 34 (Med) BEMA-Z. Eine Behandlung im Notdienst habe sich auf schmerzbesichtigende Maßnahmen zu beschränken. Damit könne im Regelfall eine Wurzelkanalaufbereitung nicht abgerechnet werden (vgl. bereits SG Marburg, Urteil vom 7. Dezember 2005 - S 12 KA 22/05 -). Bei Patienten, die als Schmerzfälle

abgerechnet würden, könne sich die Behandlung nicht auf Maßnahmen erstrecken, die auf einen späteren Zeitpunkt hätten verschoben werden können. Zur Erlangung von Schmerzfreiheit reiche die Trepanation nach Nr. 31 BEMA-Z oder die Vitalexstirpation nach Nr. 28 BEMA-Z des betroffenen Zahns aus. Sowohl das zusätzliche Aufbereiten des Wurzelkanalsystems nach Nr. 32 BEMA-Z als auch die zusätzliche medikamentöse Einlage nach Nr. 34 BEMA-Z in Verbindung mit einer Maßnahme nach den Nrn. 28, 29 oder 32 BEMA-Z diene danach nicht mehr der Beseitigung der geklagten Schmerzen. Sie seien Teil einer sich an die Akutbehandlung anschließenden Wurzelkanalbehandlung, die aus den Arbeitsschritten Eröffnen des Pulpenkavums, Kanaleröffnung, Gestaltung des Zugangskavität, Pulpenentfernung, Kanalreinigung, Kanaldesinfektion, Kanalverbreiterung und schließlich Kanalfüllung bestehe. Soweit die zahnmedizinischen Fachgesellschaften befürworteten, dass auch in Akutfällen nach Möglichkeit kausal und nicht nur symptombezogen behandelt wird, sei dies ohne Belang, denn dies habe bisher jedenfalls keinen Eingang in das vertragszahnärztliche Regelwerk gefunden (Hinweis auf LSG Hamburg, Urteil vom 24. September 2008 - [L 2 KA 35/06](#) -).

Die Kammer sehe es ferner als zahnmedizinisch gesichert an, dass eine Wurzelfüllung im Regelfall drei Röntgenaufnahmen erfordere. Zu diagnostischen Zwecken sei vor Beginn der Behandlung eine Röntgenaufnahme anzufertigen. Nach Aufbereitung des Wurzelkanals habe eine weitere Röntgenaufnahme zu Kontrollzwecken zu erfolgen. Diese Aufnahme könne durch andere Messtechniken ersetzt werden. Nach Abschluss der Wurzelbehandlung habe eine dritte Aufnahme zu erfolgen zur Qualitätskontrolle und -sicherung. Soweit nach dem Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse eine Röntgenaufnahme erforderlich ist, handele es sich auch um eine notwendige Röntgenaufnahme, die keinen Verstoß gegen die Röntgenverordnung bedeute.

Hinsichtlich der Anästhesieleistungen stimmten die Beteiligten aufgrund eines vor dem Landessozialgericht abgeschlossenen Vergleichs in einem anderen Verfahren darin überein, dass die Anästhesie nach einer Operationsdauer von drei Stunden wiederholt werden kann. Insoweit reiche es nicht aus, dass im OP-Bericht lediglich vermerkt wird, dass der Operateur zunächst Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesien erbracht habe und in welchem Bereich und darüber hinaus lediglich vermerkt wird: "Intraoperativ Wiederholen der Anästhesien". Daraus werde nicht ersichtlich, nach welchem Zeitablauf in welchem Bereich die einzelnen Anästhesien verabreicht worden sind. Nach der insoweit fachkundig besetzten Kammer gehöre dies aber bereits zu den Standards eines OP-Berichts. Wegen des Ausnahmecharakters solcher Anästhesien sei ferner generell zu verlangen, dass die Verabreichung mit Zeit (in Bezug auf den Operationsverlauf) und Bereich vermerkt wird (Hinweis auf SG Marburg, Urteil vom 15. März 2006 - [S 12 KA 26/05](#) -). Hieran fehle es vorliegend in den abgesetzten Fällen.

Die Klägerin habe ihre Klage nur knapp begründet. Ihr Hinweis auf die Widerspruchsbegründung habe die Klage nicht begründen können. Im Übrigen werde zu den Einzelfällen auf die Begründung des angefochtenen Widerspruchsbekandes verwiesen, der die Kammer folge.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin rechtzeitig Berufung eingelegt.

Quartal II/04 ([S 12 KA 116/12](#))

Umstritten ist eine sachlich rechnerische Berichtigung in 144 Fällen in Höhe von 14.863,74 EUR.

Der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen führte am 16. Mai 2006 mit dem Gesellschafter der Klägerin Dr. Dr. A. und deren Prozessbevollmächtigten am 16. Mai 2006 eine Präsitzung bzgl. der Quartale I/04 bis IV/04 durch. Darin stellte er ausweislich des Protokolls fest, im Rahmen der Überprüfung exemplarischer Behandlungsfälle sei im Bereich der Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1), 51b (PlaO), 56c (Zy3) und im endodontischen Sektor festgestellt worden, dass diese nicht vertragskonform durchgeführt worden seien. Anhand der vorliegenden Röntgenaufnahmen könne in den meisten Fällen nicht der Leistungsinhalt der genannten Leistungen nachvollzogen werden. Überwiegend, fast regelmäßig, werde die Leistung nach Nr. 51b (PlaO) im Zusammenhang mit einer Osteotomie nach Nr. 47a (Ost1) und einer Zystektomie nach Nr. 56c (Zy3) abgerechnet. Zur Überprüfung der Leistung nach Nr. 56c (Zy3) liege ihm nicht immer der histologische Befund vor. Des Weiteren fehle von jedem vorliegenden Zystenbefall der OP-Bericht. Weiterhin entspreche die Größe der Zyste anhand des Röntgenbildes oftmals nicht den vertraglichen Richtlinien. Im endodontischen Bereich lägen ihm nicht alle Röntgenaufnahmen, insbesondere die Kontrollaufnahme der Wurzelkanalaufbereitung und der endgültigen Wurzelfüllung, zur Überprüfung vor. Auch sei die technische Qualität der Röntgenaufnahmen zu einer genaueren Auswertung nicht immer ausreichend. Die Wurzelfüllungen entsprächen nicht in jedem Behandlungsfall den neuen vertraglichen Richtlinien. Es handele sich hierbei im Schwerpunkt um die Frage sachlich-rechnerische Berichtigung, deren Klärung über die von der Rechtsprechung dem Ausschuss zugewiesene Randzuständigkeit hinausgehe. Aus diesem Grund erfolge die Verweisung aller abgerechneten Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1), 51b (PlaO), 56c (Zy3) und des endodontischen Sektors inkl. deren Begleitleistungen aus den Quartalen I/04 bis IV/04 an die Beklagte zur Durchführung der sachlich-rechnerischen Berichtigung. Der Prüfungsausschuss übersandte das Protokoll unter dem 4. Juli 2006 an den Prozessbevollmächtigten der Klägerin. Dieser verwies als Nachweis auf die histologischen Befunde, die in einer überwiegenden Anzahl der Fälle vorgelegen hätten.

Mit Bescheid vom 26. September 2008 setzte die Beklagte verschiedene Leistungen aus dem konservierend-chirurgischen Leistungsbereich, insbesondere Leistungen nach Nrn. 56a und 56c (Zy1 und Zy3), Röntgenleistungen sowie endodontische Maßnahmen ab und nahm Umwandlungen der Osteotomieleistungen nach Nrn. 47a (Ost1) und 48 (Ost2) in entsprechend niedriger bewertete Leistungen in 147 Behandlungsfällen in Höhe von 16.260,70 EUR vor. Diesen Betrag reduzierte sie unter Berücksichtigung des HVM-Einbehaltes für das Jahr 2004 auf 15.411,89 EUR. Zur Begründung führte sie aus, die Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Abrechnung einer Gebührenposition seien vom Vertragszahnarzt nachzuweisen, was vorliegend in den abgesetzten Fällen nicht erfolgt sei. Sie begründete die Absetzungen im Einzelnen fallbezogen.

Hiergegen legte die Klägerin am 28. Oktober 2008 Widerspruch ein und trug vor, ein Versand der Röntgenbilder müsse an den Nachbehandler erfolgen. Soweit sie Röntgenbilder nicht vorlegen könne, habe sie diese an den Nachbehandler ausgehändigt. Es sei rechtswidrig, dann Leistungen abzusetzen. Ferner machte sie zu den ersten zwölf Behandlungsfällen weitere Ausführungen.

Die Beklagte half mit Widerspruchsbekleid vom 16. Februar 2012 dem Widerspruch in Höhe von 548,15 EUR ab und wies diesen im Übrigen zurück. Im Ergebnis setzte sie die Honorarberichtigung auf 15.682,36 EUR bzw. unter Berücksichtigung des HVM-Einbehaltes auf die noch strittigen 14.863,74 EUR fest. Die Abhilfe beruhte auf der Aufhebung der Berichtigung in den Behandlungsfällen Nrn. 65 (30,16 EUR, vor Berücksichtigung des HVM-Einbehaltes), 129 (10,76 EUR) und 157 (12,57 EUR), sowie Teilstattgaben in den Behandlungsfällen Nrn. 2 (9,21 EUR), 10 (36,02 EUR), 25 (20,94 EUR), 30 (70,37 EUR), 49 (98,85 EUR), 61 (9,21 EUR), 64 (145,76 EUR), 74 (32,29 EUR), 161 (36,02 EUR), 179 (15,08 EUR) und 180 (30,16 EUR). Der Widerspruchsbekleid wurde dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 21. Februar

2012 zugestellt, auf die ausführliche Begründung wird verwiesen.

Hiergegen hat die Klägerin am 8. März 2011 Klage erhoben. Zur Begründung führt sie aus, es werde auf das Verwaltungsverfahren und die Vorverfahren mit identischem Inhalt Bezug genommen.

Mit Urteil vom 20. Juni 2012 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 26. September 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2012 sei, soweit die Klägerin noch beschwert ist, rechtmäßig.

Soweit die Klägerin die Röntgenaufnahmen nicht vorgelegt und deren Verbleib nicht nachgewiesen habe, fehle es an einem Nachweis für die Erbringung der Röntgenleistungen. Soweit die Röntgenaufnahmen mangelhaft seien, gehörten zur sachlich-rechnerischen Berichtigung auch Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1) (Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung; Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes, 58 Punkt), 48 (Ost2) (Entfernen eines verlagerten oder retinierten Zahnes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung, 78 Punkte) und 53 (Ost3) (Osteotomie des Kiefers, Sequestrotomie, 72 Punkte) abgesetzt und in niedriger bewertete Leistungen umgewandelt. Für die Erbringung der höher bewerteten Leistungen durch die Klägerin fehle es an einem Nachweis.

Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, nur lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügten aber nicht den zu stellenden Anforderungen. Soweit bereits kein Röntgenbild vorliege, könne dessen Beweiskraft durch einen OP-Bericht allenfalls dann ersetzt werden, wenn aus (zahn)medizinischen Gründen ein Röntgenbild nicht angefertigt werden konnte. Für die hier strittigen Fälle werde dies auch seitens der Klägerin nicht behauptet. In den OP-Berichten werde bezüglich der streitbefangenen Absetzungen, die allesamt zur Voraussetzung hatten, dass der Leistungsinhalt sich nicht bereits aus dem röntgenologischen Befund ergab, im Wesentlichen der Leistungsinhalt der Leistungsnummern wiederholt oder lediglich ausgeführt, es sei eine "Aufklappung" erforderlich geworden. Soweit zum Teil ausgeführt werde, eine Osteotomie sei erforderlich geworden, weil die Zähne entweder gar nicht mit der Zange oder dem Hebel zu fassen gewesen seien oder aber sie nach dem Fassen frakturierten, würden die unterschiedlichen Gründe nicht nach den einzelnen Zähnen unterschieden und die näheren Umstände seien für einen Zahnmediziner nicht ersichtlich und damit die Leistungserbringung nicht nachvollziehbar. Die Kammer habe dies mit den Beteiligten im Einzelnen anhand der Behandlungsfälle 98, 115, 140, 145 und 166 in der mündlichen Verhandlung erörtert.

Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 56a bis 56c (Zy1 bis Zy3) abgesetzt. Der röntgenologische Befund habe in allen Absetzungen nicht ausgereicht. Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, wiederum nur lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügten aber nicht den genannten Anforderungen.

Es reiche für die Abrechnung wiederholter Anästhesien auch nicht aus, dass im OP-Bericht lediglich vermerkt wird, dass der Operateur zunächst Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesien erbracht habe und in welchem Bereich und im Übrigen "Intraoperativ Wiederholen der Anästhesien" vermerkt wird. Daraus werde nicht ersichtlich, nach welchem Zeitablauf in welchem Bereich die einzelnen Anästhesien verabreicht worden sind. Wegen des Ausnahmecharakters solcher Anästhesien sei generell zu verlangen, dass die Verabreichung mit Zeit (in Bezug auf den Operationsverlauf) und Bereich vermerkt wird.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin rechtzeitig Berufung eingelegt.

Quartal I/05 ([S 12 KA 137/11](#))

Umstritten ist eine sachlich rechnerische Berichtigung in noch 118 Behandlungsfällen in Höhe von 26.066,15 EUR.

Der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen beschloss in der Sitzung am 29. Juni 2006, hinsichtlich der konservierend-chirurgischen Abrechnung der Quartale I/05 bis IV/05 den Vorgang an die Beklagte zur sachlich-rechnerischen Berichtigung zu verweisen.

Die Beklagte setzte - nachdem sich die Klägerin trotz Fristsetzung nicht geäußert hatte - mit Bescheid vom 25. Juni 2009 eine Honorarberichtigung für das Quartal I/05 in Höhe von 79.843,54 EUR fest, die sie unter Berücksichtigung der HVM-Einbehalte für die Jahre 2004/2005 auf 76.732,37 EUR reduzierte. Sie nahm in 126 namentlich aufgeführten Behandlungsfällen eine Komplettabsetzung vor, weil ihr die Behandlungsunterlagen nicht vorgelegt worden seien. Damit seien die Voraussetzungen der ordnungsgemäßen Abrechnung aus dem prüfgegenständlichen Quartal I/05 nicht nachgewiesen worden. Abgesetzt worden seien auch Leistungen aus Vor- und Nachquartalen, die den Verlauf und Abschluss einer WB-Behandlung beinhalteten. Die Beklagte setzte mit weiterem Bescheid vom 25. Juni 2009 für das Quartal IV/04 im Behandlungsfall D. einen Betrag von 323,82 EUR für das Quartal IV/04 fest, den sie auf 306,92 EUR wegen der HVM-Einbehalte reduzierte, da es sich um Leistungen aus dem Vorquartal hinsichtlich der Berichtigung für das Quartal I/05 handele. Die Beklagte setzte mit weiterem Bescheid vom 25. Juni 2009 im Behandlungsfall E. 32,93 EUR ab, die sie auf 223,94 EUR reduziert, da es sich um Leistungen im Folgequartal III/05 handele.

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten vom 27. Juli 2009 Widerspruch ein. Sie teilte unter Datum vom 13. August 2009 mit, sie arbeite die Quartale I/05 und II/05 derzeit nach, es sei erforderlich, mehrere hundert Krankenakten durchzuschauen und hunderte OP-Protokolle nach vorliegenden Diktaten schreiben zu lassen. Mit Schreiben vom 24. August 2009 übersandte die Klägerin an die Beklagte drei Ordner mit Unterlagen.

Die Beklagte half dem Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 20. Januar 2011 teilweise ab und setzte den Berichtigungsbetrag auf 26.066,15 EUR - der ursprüngliche Betrag von 27.117,18 EUR war entsprechend der HVM-Einbehalte reduziert worden - fest. Im Übrigen wies sie den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Abrechnung einer Gebührenposition seien vom Vertragszahnarzt nachzuweisen. Da ihr bis zum 25. Juni 2009 trotz Fristverlängerungen die Unterlagen nicht vorgelegt worden seien, habe sie den Bescheid vom 25. Juni 2009 bei fehlenden Unterlagen erstellt. Bei allen Absetzungen handele es sich

um sachlich-rechnerische Berichtigungen. Mittels einer Stichprobe seien die abgerechneten Gebühren und Behandlungsabläufe aus dem prüfgegenständlichen Quartal unter Einbeziehung der zur Verfügung gestellten Röntgenaufnahmen und OP-Berichte einer eingehenden Prüfung unterzogen worden. Sie verweist zunächst auf die einschlägigen Abrechnungsvoraussetzungen. Dies führte sie im Einzelnen für die Nr. 47a (Ost1) (Entfernung eines Zahnes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung), 48 (Ost2) (Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung), 51b (PlaO) (Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit Osteotomie) und 56 a bis d (Zy1 bis Zy4) (Operation einer Zyste) und die endodontischen Maßnahmen aus. Bei der Überprüfung der Unterlagen seien zusammenfassend nachfolgende Feststellungen zu treffen: Von 127 angeforderten Karteikartenauszügen seien sieben Karteikartenauszüge in Kopie vorgelegt worden. Bei den sieben Kopien sei die Dokumentation unzureichend und stereotyp geführt. BEMA- und/oder GOZ-Positionen seien ohne Dokumentation von z. B. angewandten Maßnahmen, Begründungen oder Indikationen für zahnärztliche Behandlungen aufgeführt. Die Aufzeichnung und der fachliche Inhalt der OP-Berichte seien ebenfalls stereotyp ausgeführt. Nachbehandlungen (Nr. 38 [N] BEMA) am gleichen OP-Tag in zweiter Sitzung seien in Ausnahmefällen möglich, wenn eine entsprechende Indikation und die angewandten Maßnahmen plausibel und ausreichend dokumentiert seien. Eine ausreichende Dokumentation der Nachbehandlungsmaßnahme nach Nr. 38 BEMA liege in den überwiegenden Behandlungsfällen nicht vor. Bei allen Behandlungsfällen, bei denen die Nr. 7750 GOÄ (Krankheitsbericht) abgerechnet worden sei, habe keine Dokumentation (ausführlicher Krankheitsbericht einschließlich anamnestischer Angaben zur epikritischen Bewertung) vorgelegen. Wenn die Karteikarte in Kopie vorliege, seien lediglich "Abrechnungskürzel" ohne Dokumentation aufgeführt. Ebenfalls habe bei allen Behandlungsfällen, bei denen die Nrn. 271 GOÄ (Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer), 272 GOÄ (Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer), 252 (Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär) und 253 (Injektion intravenös) abgerechnet worden seien, keine Dokumentation über eine entsprechende Indikation vorgelegen, auch die angewandten Maßnahmen und Medikamente seien nicht dokumentiert. Die Qualität der Röntgenaufnahmen sei insbesondere bei Wurzelkanalbehandlungen und/oder Wurzelspitzenresektionen teilweise mangelhaft. Die Aufnahmen seien verprojiziert und/oder überbelichtet oder fehlerhaft entwickelt worden. Diese Röntgenaufnahmen seien nicht auswertbar und dienten nicht zur Qualitätskontrolle solcher Behandlungsmaßnahmen. Röntgenaufnahmen, welche zum Nachweis von chirurgischen Eingriffen (Osteotomie, Zystektomie etc.) notwendig seien oder auch Röntgenaufnahmen, welche zum Nachweis bei endodontischen Maßnahmen notwendig seien, hätten nur bei wenigen Behandlungsfällen beigelegt. Wiederholungsanästhesien bei den Nrn. 40 (I) und 41a (L1) BEMA seien bei den überwiegenden Behandlungsfällen unplausibel. Wiederholungsanästhesien seien begründungsbedürftig. Die Dokumentation der Wiederholungsanästhesien sei stereotyp aufgeführt und nicht individuell auf den chirurgischen Eingriff abgestimmt. In neun namentlich aufgeführten Behandlungsfällen seien keine Absetzungen vorgenommen worden. Die Absetzung der endodontischen Leistungen am Zahn 24 (Behandlungsfall 77) im Zeitraum vom 6. August 2004 bis 3. Januar 2005 sei bereits im Bescheid vom 19. Februar 2008 (IM/04) vorgenommen worden. In den zwei Behandlungsfällen Nrn. 49 und 100 liege keine Dokumentation vor, so dass die abgerechneten Leistungen komplett abgesetzt worden seien. In den Behandlungsfällen Nrn. 40 und 101 stimme der OP-Bericht nicht mit der Abrechnung überein. Im Übrigen begründete sie die Absetzungen in den Behandlungsfällen im Einzelnen, worauf verwiesen wird.

Hiergegen hat die Klägerin am 16. Februar 2011 die Klage erhoben. Soweit Röntgenleistungen abgesetzt worden seien, weil Röntgenbilder nicht vorhanden seien, sei dies sachwidrig. Zahnärzte seien verpflichtet, Röntgenbilder an Nach- und Mitbehandler zu entleihen. Sie habe keinen Einfluss auf die Rückgabe dieser Röntgenbilder. Die Beklagte habe von der Richtigkeit der zahnärztlichen Dokumentation auszugehen und könne nur in Zweifelsfällen nachfragen. Ferner nahm sie zu den einzelnen Behandlungsfällen und den Beanstandungen Stellung. Weiter führte sie aus, es sei falsch, dass die Dokumentation der Behandlungsschritte nicht durch BEMA-Kürzel wiedergegeben werden könnten. Ferner nahm sie mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 15. Februar 2012, auf den ebenfalls verwiesen wird, zu den Ausführungen der Beklagten zu einzelnen Leistungspositionen Stellung. Ebenso nahm sie darin Stellung zur Verwertbarkeit oder dem Fehlen von Röntgenaufnahmen sowie weiteren Teilen der Begründung im Widerspruchsbescheid.

Die Beklagte führte nochmals die Geschichte der Anforderung der Behandlungsunterlagen an. Zum ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht nach Nr. 7750 GOÄ führte sie aus, bei den nachgelieferten Behandlungsunterlagen vom 16. Juni 2011 habe es sich zum einen um den Nachweis der abgerechneten Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ (ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht) gehandelt. In fünf Behandlungsfällen seien zwar Behandlungsunterlagen nachgeliefert worden, habe sie aber die Leistung nach Nr. 7750 GOÄ überhaupt nicht abgesetzt. In vier Behandlungsfällen habe die Klägerin die Absetzung anerkannt. Zu den Behandlungsunterlagen führte sie aus, dass die im Nachgang gelieferten elektronischen Karteikartenauszüge vom 16. Juni 2011 unvollständig seien, es fehlten sieben Karteikartenauszüge. Die abgerechneten Leistungen seien überwiegend nur in BEMA bzw. GOÄ-Kürzeln wiedergegeben. Weitere Dokumentationen (Angabe der verwandten Materialien usw.) seien nicht oder nur mangelhaft dargestellt. Vor diesem Hintergrund sei festzustellen, dass keine ausreichende Karteikartendokumentation vorliege. Sie verweise exemplarisch auf die Behandlungsfälle Nr. 1 und Nr. 2. Die Indikation der Besucherleistungen nach den Nrn. 7500 bis 7516 GOÄ sowie Wegegeld nach den Nrn. 7810 bis 7841 GOÄ seien ebenfalls im Karteiblatt nicht dokumentiert. Die Indikation und/oder die angewandten Maßnahmen für die Erbringung der Leistungen nach Nrn. 8252, 8271 oder 8272 GOÄ seien in der Karteikarte nicht dokumentiert. Die Leistungen nach Nrn. 8271 und 8272 seien im zeitlichen Zusammenhang nicht nebeneinander abrechnungsfähig. Diese Leistungen seien je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag (= Kalendertag) abrechnungsfähig. Die zweimalige Abrechnung setze gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus. In der Regel erfolgten Infusionen über Verweilkanülen oder Katheder, die nach Beendigung einer Infusion im Gefäß verbleiben könne. Bei wiederholtem Anlegen einer Infusion bei liegender Verweilkanüle oder Katheder könne auf die erneute Gefäßpunktion verzichtet werden. Die folgenden Infusionen könnten nach den Nrn. 8271 oder 8272 auch ohne erneute Gefäßpunktion abgerechnet werden, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag (= Kalendertag). Eine medizinische Indikation für die Erbringung der Nachbehandlung am Tag der Operation nach Nr. 38 BEMA sei im Karteiblatt nicht dokumentiert. Dies gelte auch für andere Ansätze der Leistung. Die Aufzeichnungen und Begründungen "operativer Eingriff" und/oder "Lange Dauer" im Hinblick auf die Wiederholungsanästhesien nach den Nrn. 40 (I) und 41a (L1) BEMA seien stereotyp geführt. Weitere Dokumentationen (Dauer des Eingriffs, Uhrzeit etc.) zur Wiederholungsanästhesie lägen nicht vor. Weitere Ausführungen zu chirurgischen Leistungen, die in Verbindung mit den Wiederholungsanästhesien erbracht worden seien, lägen nicht vor. Nicht vorliegende Röntgenaufnahmen würden nach der gängigen Rechtsprechung als "nicht erbracht" eingestuft werden. Ferner nahm sie nochmals zu den Einzelfallbegründungen Stellung (Schriftsatz vom 23. August 2011). Ferner seien die Grundlagen der Dokumentationspflicht nicht erfüllt worden (Schriftsatz vom 27. Dezember 2011 im Einzelnen).

Mit Urteil vom 20. Juni 2012 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Klage sei zulässig aber unbegründet. Streitgegenstand des Verfahrens sei neben dem umfangreichen Ausgangsbescheid vom 25. Juni 2009 auch der weitere Bescheid vom 25. Juni 2009 bezüglich des

Patienten E ... Insofern sei der Klageantrag des Prozessbevollmächtigten in diesem Sinn auszulegen. Im Ergänzungsbescheid vom 25. Juni 2009 bezüglich des Patienten E. habe die Beklagte die Wurzelbehandlungsmaßnahme, die für die Quartale I/05 und II/05 bereits Gegenstand des umfangreichen Ausgangsbescheids vom 25. Juni 2009 ist, auch im Quartal III/05, in dem sie fortgesetzt wurde, berichtigt. Alle Berichtigungen seien dann auch im angefochtenen Widerspruchsbescheid als Behandlungsfall Nr. 30 abgehandelt. Der weitere Ergänzungsbescheid vom 25. Juni 2009 bezüglich der Patientin D. werde im angefochtenen Widerspruchsbescheid als Behandlungsfall Nr. 77 ebenfalls mit abgehandelt, es werde aber insgesamt von einer Berichtigung in diesem Behandlungsfall abgesehen. Damit sei hinsichtlich des weiteren Ergänzungsbescheids vom 25. Juni 2009 bezüglich der Patientin D. Erledigung bereits vor Klageerhebung eingetreten.

Der angefochtene Berichtigungsbescheid sei materiell-rechtlich nicht zu beanstanden. Soweit die Klägerin in der mündlichen Verhandlung die Auffassung vertreten habe, es sei rechtswidrig, dass in dem Fall, in dem in der Betreffzeile das Quartal I/05 angegeben wird, Leistungen in anderen Quartalen berichtigt würden, sei dem nicht zu folgen. Maßgeblich sei allein die Berichtigung im konkreten Behandlungsfall. Einen Vertrauensstatbestand dahingehend, dass jeweils nur bestimmte Quartale berücksichtigt werden, habe die Beklagte nicht gesetzt und werde von der Klägerin auch nicht behauptet. Die Kammer habe auch bereits in der mündlichen Verhandlung geklärt, dass eine Doppelkürzung aufgrund der Berichtigungsbescheide in den Folgequartalen nicht eingetreten ist. Im Übrigen würde dies allenfalls zur Rechtswidrigkeit der Berichtigung in diesen Folgequartalen führen.

Die Klägerin habe ihren Widerspruch nicht begründet, sondern lediglich verschiedene Unterlagen vorgelegt, die die Beklagte zur Teilabhilfe in nicht unerheblichem Umfang veranlasst hat. Die im Gerichtsverfahren vorgelegten Unterlagen oder Einlassungen, soweit sie medizinische Sachverhalte und damit die Tatsachengrundlagen der streitgegenständlichen Honorarberichtigung betreffen, seien grundsätzlich nicht mehr zu beachten.

Im Übrigen sei aber auch der Vortrag im gerichtlichen Verfahren nicht geeignet, einen Nachweis für die abgesetzten Leistungen zu erbringen. Die Beklagte weise auf eine unzureichende Dokumentation und damit auf einen unzureichenden Nachweis auch in einer Vielzahl der Einzelbeanstandungen hin. Die Kammer sah sich daher veranlasst, auf die rechtliche Bedeutung einer Dokumentation hinzuweisen.

Die von der Klägerin gegenüber der Beklagten vorgelegten Karteikartenausdrucke enthielten grundsätzlich nur die Leistungsposition mit Angabe der Leistungslegende. Die im Gerichtsverfahren vorgelegten Karteikarten seien offensichtlich ergänzt worden, was durch einen eckigen Zusatz mit dem Beginn "KZVintern" kenntlich gemacht worden sei. Dieser Zusatz werde dann weiter erläutert. Hierbei handle es sich aber nicht um eine ergänzte Dokumentation, sondern lediglich um ein Beteiligtenvorbringen. Die Kammer habe bereits in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen, dass sie Zweifel hat, ob es sich hierbei um eine Dokumentation handelt, da diese offensichtlich wesentlich später angeführt und keinerlei Beweis erbracht wurde, dass sie zeitnah erbracht wurde. Diese Zusätze seien erst im Gerichtsverfahren vorgelegt worden, also Jahre nach den strittigen Behandlungen und der ersten Nachfrage seitens der Beklagten. Die Klägerin habe zu keinem früheren Zeitpunkt darauf hingewiesen oder eine solche ergänzende Dokumentation vorgelegt oder gar das Original vorgelegt. Von daher gehe die Kammer davon aus, dass die Behauptung, es handle sich um eine zeitnah erstellte Dokumentation, auch ansatzweise nicht nachgewiesen ist. Es handle sich eben um schlichtes Beteiligtenvorbringen, dem kein Beweiswert zukomme. Dies gelte auch nach arzt haftungsrechtlichen Gesichtspunkten. Der ärztlichen Dokumentation könne bis zum Beweis des Gegenteils Glauben geschenkt werden. Um die Annahme der Vollständigkeit der Dokumentation zu erschüttern, müssten konkret erkennbare Anhaltspunkte vorliegen, z. B. nachträgliche Änderungen am Operationsbericht oder dass er erst mit langem zeitlichen Abstand zur Operation verfasst worden ist (vgl. OLG Naumburg, Urteil vom 15. November 2011 -1 U 31/11 - juris = [GesR 2012, 310](#) m. w. N.

Die Beklagte habe sowohl die Abrechnung der (nicht nachgewiesenen) Röntgenaufnahmen zutreffend beanstandet, als auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 47a (Ost1) (Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung; Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes, 58 Punkte), 48 (Ost2) (Entfernen eines verlagerten oder retinierten Zahnes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung, 78 Punkte) und 53 (Ost3) (Osteotomie des Kiefers, Sequestrotomie, 72 Punkte) abgesetzt und in niedriger bewertete Leistungen umgewandelt. Für die Erbringung der höher bewerteten Leistungen durch die Klägerin fehle es an einem Nachweis.

Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, nur lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügten aber nicht den genannten Anforderungen. Soweit bereits kein Röntgenbild vorlag, könne dessen Beweiskraft durch einen OP-Bericht allenfalls dann ersetzt werden, wenn aus (zahn)medizinischen Gründen ein Röntgenbild nicht angefertigt werden konnte. Für die hier strittigen Fälle werde dies auch seitens der Klägerin nicht behauptet. In den OP-Berichten werde bzgl. der streitbefangenen Absetzungen, die allesamt zur Voraussetzung hatten, dass der Leistungsinhalt sich nicht bereits aus dem röntgenologischen Befund ergab, im Wesentlichen der Leistungsinhalt der Leistungsnummern wiederholt oder lediglich ausgeführt, es sei eine "Aufklappung" erforderlich geworden. Soweit zum Teil ausgeführt werde, eine Osteotomie sei erforderlich geworden, weil die Zähne entweder gar nicht mit der Zange oder dem Hebel zu fassen gewesen seien oder aber sie nach dem Fassen frakturierten, seien die unterschiedlichen Gründe nicht nach den einzelnen Zähnen unterschieden worden und die näheren Umstände für einen Zahnmediziner seien nicht ersichtlich und damit die Leistungserbringung nicht nachvollziehbar. Die Kammer habe dies mit den Beteiligten im Einzelnen anhand der Behandlungsfälle 98, 115, 140, 145 und 166 in der mündlichen Verhandlung erörtert.

Die Beklagte habe auch in nicht zu beanstandender Weise die Leistungen nach Nrn. 56a bis 56c (Zy1 bis Zy3) abgesetzt. Der röntgenologische Befund habe in allen Absetzungen nicht ausgereicht. Die Klägerin habe zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, wiederum nur lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügten aber nicht den genannten Anforderungen.

Die noch streitgegenständlichen Absetzungen der Beklagten seien insoweit nicht zu beanstanden. Soweit sich die Klägerin zu den Einzelbeanstandungen geäußert habe, sei ihren Einwänden nicht zu folgen. Die Klägerin habe ihren Widerspruch nicht begründet, sondern lediglich verschiedene Unterlagen vorgelegt, die die Beklagte zur Teilabhilfe in nicht unerheblichem Umfang veranlasst hätten. Der erst im gerichtlichen Verfahren erfolgte Vortrag zu den Behandlungsfällen beschränke sich im Wesentlichen auf die Wiederholung des allgemeinen Vortrags und nehme nicht zu allen Absetzungen Stellung. Von daher sei den Einwendungen der Klägerin nicht zu folgen. So bestreite die Klägerin hinsichtlich der Zahnentfernungen und die damit verbundene Umwandlung höherer in niedriger bewertete Leistungen die Aussagekraft von Röntgenbildern (z. B. Behandlungsfall Nr. 1) oder verweise auf das OP-Protokoll (Behandlungsfälle Nrn. 1, 4, 5, 13, 18, 21,

22, 23, 25, 26, 36, 39, 44, 46, 52, 53, 56, 60, 62, 63, 67, 68, 69, 74, 75, 76, 79, 80, 84, 85, 88, 94, 96, 103, 104, 105, 106, 108, 115, 117, 119, 121, 124 und 125) oder dass das Röntgenbild ausgeliehen worden sei (z. B. Behandlungsfall Nr. 5). Hinsichtlich der Absetzungen der Leistungen nach Nr. 56c BEMA beschränke sich die Einlassung der Klägerin auf den Vortrag, dass ein pathohistologischer Befund vorliege und/oder ein Nachweis durch das OP-Protokoll erfolgt sei (Behandlungsfälle Nrn. 5, 10, 29, 33, 41, 51, 53, 61, 63, 68, 69, 74, 75, 79, 82, 84, 86, 89, 92, 97, 100, 102, 107, 108, 109, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 123 und 127).

Bezüglich der Absetzung der Röntgenleistungen wegen fehlender Röntgenbilder trage die Klägerin lediglich vor, dass das Röntgenbild/OPG an den nachbehandelnden Arzt oder Patienten ausgehändigt worden sei (Behandlungsfälle Nrn. 7, 12 - die Absetzung war allerdings wegen mangelnder Qualität erfolgt -, 23, 24, 25, 35, 38, 40, 43, 45, 46, 48, 56, 57, 59, 62, 64, 66, 69, 71, 75, 81, 98, 99 - die Absetzung war allerdings wegen mangelnder Qualität erfolgt-, 100, 117). Im Behandlungsfall Nr. 100 habe die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, das postoperative OPG habe zur Kontrolle eines Implantats, das keine GKV-Leistung gewesen sei, gedient. Hiermit setze sich die Klägerin nicht auseinander bzw. behaupte lediglich die Abrechenbarkeit.

Soweit die Beklagte Röntgenleistungen wegen mangelnder Qualität abgesetzt habe, sei dies ebenfalls nicht zu beanstanden. Der Vortrag der Klägerin beschränke sich hierzu auf eine hinreichende Auswertbarkeit (z. B. Behandlungsfälle Nrn. 52, 54, 61 und 71) oder die Einhaltung der Abrechnungsbestimmungen (z. B. Behandlungsfälle Nrn. 53, 54 und 61).

Die Beklagte habe auch zu Recht die Leistungen nach Nrn. 40 (I) und 41a (L1) BEMA abgesetzt. Auch in diesem Verfahren verweise die Beklagte zutreffend auf einen fehlenden Nachweis für diese Leistungen. Die Klägerin verweise lediglich auf die Operationsdauer und/oder das OP-Protokoll, ohne darzulegen, dass dieses nähere Angaben zu den Wiederholungsanästhesien enthalten würde (Behandlungsfälle Nrn. 1, 2, 6, 13, 14, 18, 23, 41, 43, 46, 52, 60, 75, 76, 80, 84, 85, 86, 88, 89, 92, 94, 95, 97, 101, 102, 103, 106, 108, 109, 111, 113, 116, 118, 119, 120, 123, 124, 125 und 127), was auch nicht der Fall sei. Ohne solche Angaben genüge aber ein OP-Protokoll nicht den Anforderungen an eine Dokumentation und sei daher zum Nachweis der Wiederholungsanästhesien nicht geeignet.

Die Beklagte habe ferner Besuchsleistungen einschließlich des Weggeldes abgesetzt, da es an einer Dokumentation mit näheren Angaben (Uhrzeit etc.) fehlt. Der Einwand der Klägerin beschränke sich auf den Hinweis, die Besuchsleistung sei notwendig gewesen und/oder den Anforderungsgrund sowie die nicht näher substantiierte Behauptung, alle notwendigen Informationen seien mit der Quartalsabrechnung übermittelt worden (Behandlungsfälle Nrn. 2, 4, 5, 6, 15, 19, 21, 23, 26, 37, 38, 39, 42, 44, 48, 50, 52, 57, 62, 63, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 76, 84, 89, 92, 95, 96, 102, 104, 105, 107, 108, 109, 113, 114, 116, 118, 119, 120, 124 und 127).

Die Beklagte habe zu Recht Leistungen nach Ziffern 8271 GOÄ-82 und 8272 GOÄ-82 abgesetzt. Ziffer 8271 GOÄ-82 beinhalte eine Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer, die Ziffer 8272 GOÄ-82 eine Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer. Nach den Abrechnungsbestimmungen seien die Leistungen nach Nrn. 8271 und 8272 je Gefäßzugang nur einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die Beklagte habe darauf hingewiesen, dass die Indikation und die angewandten Maßnahmen für die Erbringung dieser Leistungen nicht dokumentiert seien. Demgegenüber verweise die Klägerin nur allgemein auf die Erforderlichkeit der Infusion (Behandlungsfälle Nrn. 1, 2, 4, 5, 6, 13, 15, 18, 21, 26, 37, 38, 39, 41, 42, 48, 50, 52, 56, 57, 60, 62, 63, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 76, 79, 84, 89, 92, 95, 96, 102, 104, 105, 107, 109, 113, 114, 115, 118, 120, 121, 124 und 127). Gleiches gelte für die Absetzung der Ziffer 8252 GOÄ-82 (Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär, 5 Punkte) (Behandlungsfälle Nrn. 84, 109).

Die Beanstandungen der endodontischen Maßnahmen seien von der Kammer nicht zu beanstanden. Nach Auffassung der fachkundig mit einer Vertragszahnärztin und einem Vertragszahnarzt besetzten Kammer (vgl. auch bereits Urteil der Kammer vom 7. Juli 2010 - [S 12 KA 633/09](#) -) könne im Notfall eine Schmerzbesitzigung durch eine Trepanation abgerechnet werden und setzt die Wurzelkanalaufbereitung die vollständige Aufbereitung des Wurzelkanals voraus, was röntgenologisch abzusichern sei. Allein die Bahnung eines Wegs in den Wurzelkanal, um ein Medikament anzubringen, erfülle noch nicht die Voraussetzungen einer Wurzelkanalaufbereitung nach Nr. 32 (WK) BEMA-Z und der medikamentösen Einlage nach Nr. 34 (Med) BEMA-Z. Eine Behandlung im Notdienst habe sich auf schmerzbesitzigende Maßnahmen zu beschränken. Damit könne im Regelfall eine Wurzelkanalaufbereitung nicht abgerechnet werden (vgl. bereits SG Marburg, Urteil vom 7. Dezember 2005 - S 12 KA 22/05 -). Bei Patienten, die als Schmerzfälle abgerechnet werden, könne sich die Behandlung nicht auf Maßnahmen erstrecken, die auf einen späteren Zeitpunkt hätten verschoben werden können. Zur Erlangung von Schmerzfremheit reiche die Trepanation nach Nr. 31 BEMA-Z oder die Vitalexstirpation nach Nr. 28 BEMA-Z des betroffenen Zahns aus. Sowohl das zusätzliche Aufbereiten des Wurzelkanalsystems nach Nr. 32 BEMA-Z als auch die zusätzliche medikamentöse Einlage nach Nr. 34 BEMA-Z in Verbindung mit einer Maßnahme nach den Nrn. 28, 29 oder 32 BEMA-Z dienten danach nicht mehr der Beseitzigung der geklagten Schmerzen. Sie seien Teil einer sich an die Akutbehandlung anschließenden Wurzelkanalbehandlung, die aus den Arbeitsschritten Eröffnen des Pulpenkavums, Kanaleröffnung, Gestaltung des Zugangskavität, Pulpenentfernung, Kanalreinigung, Kanaldesinfektion, Kanalverbreiterung und schließlich Kanalfüllung bestehe. Soweit die zahnmedizinischen Fachgesellschaften befürworten, dass auch in Akutfällen nach Möglichkeit kausal und nicht nur symptombezogen behandelt wird, sei dies ohne Belang, denn dies habe bisher jedenfalls keinen Eingang in das vertragszahnärztliche Regelwerk gefunden (vgl. LSG Hamburg, Urteil vom 24. September 2008 - L 2 KA35/06).

Die Kammer sehe es ferner als zahnmedizinisch gesichert an, dass eine Wurzelfüllung im Regelfall drei Röntgenaufnahmen erfordere. Hinsichtlich der endodontischen Maßnahmen weise die Klägerin lediglich darauf hin, dass das Röntgenbild/OPG an den nachbehandelnden Arzt oder Patienten ausgehändigt worden sei (Behandlungsfälle Nrn. 5, 7, 8, 20, 45), die Maßnahme lege artis durchgeführt worden sei (Behandlungsfälle Nrn. 11, 38, 40, 45 und 71) oder auf das OP-Protokoll (Behandlungsfälle Nrn. 18, 48, 53, 56, 99 und 115) oder darauf, dass die Abrechnungsbestimmungen eingehalten worden seien (Behandlungsfälle Nrn. 16, 17, 20, 24, 35, 38, 40, 45, 48, 52, 53, 56, 59, 66, 75, 76, 77, 81, 98, 99, 101, 110, 115, 117, 122 und 126), ohne sich mit den Beanstandungen der Beklagten, die Wurzelkanäle seien nach der Kontrollaufnahme unvollständig gefüllt oder es sei kein chirurgischer Eingriff erkennbar oder es fehle an einer unvollständigen Aufbereitung oder es fehlten Mess- und Kontrollaufnahmen und/oder eine Dokumentation auseinanderzusetzen.

Soweit die Beklagte auf den fehlenden röntgenologischen Nachweis für die Indikation einer Wurzelspitzenresektionen hinweise, habe die Klägerin einen solchen Nachweis nicht geführt, sondern lediglich die generelle Erkennbarkeit im Röntgenbild bestritten (Behandlungsfälle Nr. 25). Dieser Rechtsansicht der Klägerin sei nicht zu folgen.

Die Beklagte habe zu Recht Leistungen nach Nr. 38 (N) Bema-Z abgesetzt. Die Nr. 38 BEMA-Z werde definiert als Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung, je Sitzung und ist mit der Bewertungszahl 10 bewertet. Entgegen der Auffassung der Klägerin (Behandlungsfälle Nrn. 1, 2, 4, 5, 6, 13, 15, 18, 21, 23, 28, 35, 37, 38, 39, 42, 44, 48, 50, 52, 56, 57, 62, 63, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 84, 89, 92, 96, 102, 104, 105, 107, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 124 und 127) könne die Leistung nach Nr. 38 (N) BEMA nicht in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Extraktion oder Operation angesetzt werden, sondern nur, wenn sie in einer besonderen Sitzung erbracht worden ist. Dies folge bereits aus den vereinbarten Abrechnungsbestimmungen im BEMA. Soweit die Klägerin hierbei eine besondere Sitzung am selben Behandlungstag geltend mache, fehle es hierfür an einer Substantiierung und an einem Nachweis oder beschränke sich die Klägerin auf Nennung der durchgeführten Maßnahmen.

Für die Behandlungsfälle Nrn. 31, 32, 42, 46, 51 u. a. verweise die Klägerin bezüglich aller Absetzungen nur auf die Dokumentation des OP-Protokolls, was aber aus den genannten Gründen gerade nicht ausreiche. Zum Teil werde ausschließlich lapidar darauf hingewiesen, der Leistungsinhalt sei erbracht worden (z. B. Behandlungsfälle Nrn. 1, 2, 5 zu Ziff. 62 (Alv)).

Ferner habe die Beklagte in den verschiedenen Behandlungsfällen weitere Leistungen abgesetzt. Den hiergegen von der Klägerin erhobene Einwände sei aber ebenfalls nicht zu folgen.

Im Behandlungsfall Nr. 89 habe die Beklagte ferner zutreffend die Ziff. 36 (Nbl1) BEMA (Stillung einer übermäßigen Blutung, 15 Punkte) abgesetzt, da eine "Blutstillung" integrativer Bestandteil der Nr. 48 (Ost2) BEMA ist. Der Hinweis der Klägerin auf das OP-Protokoll setze sich hiermit nicht auseinander. Die Leistung könne im Übrigen nur abgerechnet werden, wenn hierfür ein erheblicher zusätzlicher Zeitaufwand erforderlich war. Im Behandlungsfall Nr. 89 habe die Beklagte darüber hinaus die Ziffer 37 (Nbl2) BEMA (Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbohrung, 29 Punkte) abgesetzt, weil die Indikation der Leistung nicht nachgewiesen werde. Der Hinweis der Klägerin auf das OP-Protokoll setze sich hiermit nicht auseinander, in dem OP-Protokoll werde lediglich "Wundnaht" vermerkt. Entsprechendes gelte in den Behandlungsfällen Nrn. 95, 96. Die Klägerin verweise lediglich auf eine "Umstechung" und eine "Nachblutung" (Behandlungsfall Nr. 96)

Im Behandlungsfall Nr. 101 habe die Beklagte ferner die Ziff. 41b (L2) BEMA (Leitungsanästhesie, extraoral, 16 Punkte) abgesetzt, da bei regio 13 kein chirurgischer Eingriff erfolgt sei. Der Hinweis auf den OP-Bericht reiche als Nachweis dafür nicht aus, selbst wenn es zutreffen sollte, dass nicht alle Leistungen abgerechnet worden sein sollten.

Im Behandlungsfall Nr. 2 habe die Beklagte ferner die Ziff. 50 (Exc2) BEMA abgesetzt, was ebenfalls nicht zu beanstanden gewesen sei. Die Kammer habe bereits in der mündlichen Verhandlung dargelegt, dass der Zahn 36 entfernt wurde. Unter Hinzuziehung des OP-Berichts habe sich ergeben, dass die Schleimhaut aufgeklappt und der Zahn entfernt wurde. Die Extraktion sei aber nur in der Regio 35 vermerkt, es werde nicht dargestellt, wo diese genau erfolgte. Es könne auch sein, dass sich die Zyste gebildet hat, das heißt, die Schleimhaut nach außen gegangen sein könnte und sich zur Zunge hin entwickelt haben könnte, d.h. zum Zahn 35. Von daher könne nicht ausgeschlossen werden, dass es sich um dasselbe Operationsgebiet gehandelt habe. Im OP-Bericht sei nicht vermerkt, dass es sich um ein neues Operationsgebiet gehandelt hat. Im Ergebnis fehle es daher an einem Nachweis für die vollständige Erfüllung der Leistungslegende.

Im Behandlungsfall Nr. 93 habe die Beklagte ferner die Ziff. 51a (Pla1) BEMA (Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion, 80 Punkte) abgesetzt, da die Leistung mit den Angaben im OP-Protokoll fachlich unglaubwürdig sei, was die Beklagte näher ausgeführt habe. Der lapidare Hinweis der Klägerin auf das OP-Protokoll ist daher nicht geeignet, die nachvollziehbare Implausibilität der Leistung zu widerlegen.

Im Behandlungsfall Nr. 60 habe die Beklagte ferner die Ziff. 51b (PlaO) BEMA (Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit Osteotomie, 40 Punkte) abgesetzt, weil die Leistung im Rahmen des Wundverschlusses bei Implantation im Bereich der Kieferhöhle abgegolten sei und zwei Implantate in regio 24 und 26 zu erkennen seien, so dass keine weitere Abrechnung der Leistung über die GKV möglich sei. Eine Begutachtung der vorhandenen Röntgenbilder durch die Kammer in der mündlichen Verhandlung habe ergeben, dass das Bild vom 27. Januar 2005 nicht zu den Angaben in der Karteikarte, die vom Kläger vorgelegt wurde, passt. Das Bild passe zwar zum vorliegenden OPG-Befund vom 27. Januar 2005 in der Verwaltungsakte, aber nicht zum OP-Protokoll vom gleichen Tag, weil von Zähnen und Wurzeln gesprochen werde, die auf dem Bild nicht erkennbar seien. Auf dem Bild seien Implantate sichtbar, sodass davon auszugehen sei, dass das Bild nach dem Ziehen der Zähne angefertigt wurde. Da ein vom Ziehen resultierendes Loch im Knochen nicht mehr ersichtlich sei, sei davon auszugehen, dass das Ziehen bereits ca. drei Monate vorher stattgefunden habe. Daraus folge zwingend, dass dies nichts mit der Ziffer 51b zu tun habe. Von daher sei dem Einwand der Klägerin, eine Abrechenbarkeit sei bei Eröffnung der Kieferhöhle möglich, nicht zu folgen.

Im Behandlungsfall Nr. 68 habe die Beklagte ferner die Ziff. 51b (PlaO) BEMA abgesetzt, weil das Granulom an Zahn 14 bereits vor der Kieferhöhle ende und deshalb die Kieferhöhle auch während des Entfernens nicht tangiert werde. Diese Absetzung hat die Beklagte in der mündlichen Verhandlung aufgehoben. Die Klägerin hat dieses Teilanerkennnis angenommen. Gleiches gelte im Behandlungsfall Nr. 51 hinsichtlich der Absetzung der Ziffer 54c (WR3) BEMA.

Im Behandlungsfall Nrn. 44, 56 habe die Beklagte ferner die Ziff. 59 (Pla2) BEMA (Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte) abgesetzt, weil die Indikation für einen chirurgischen Eingriff nicht dokumentiert worden sei, außerdem liege keine Röntgenaufnahme vor. Der Hinweis auf das OP-Protokoll, das die Leistungen lediglich vermerkt, reiche für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus. Im Behandlungsfall Nr. 67 habe die Beklagte ferner die Ziff. 59 (Pla2) BEMA abgesetzt, weil eine Vestibulumplastik im direkten Zusammenhang mit einer Osteotomie nicht durchführbar sei, da keine Mukoperiostlappenbildung möglich sei; bei einer Vestibulumplastik müsse das Periost noch auf dem Knochen belassen werden, um den Lappen zu fixieren. Die Klägerin habe dies lediglich bestritten. Die Kammer habe bereits in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen, dass aus dem OP-Bericht eine Begründung für die Leistung nicht ersichtlich ist. Aus dem OP-Bericht, auch im Zusammenhang mit den weiteren Unterlagen, könne die Leistung nicht nachvollzogen werden. Insofern seien die Ausführungen der Beklagtenseite im angefochtenen Widerspruchsbescheid nachvollziehbar.

Im Behandlungsfall Nrn. 42, 88, 97, 106, 123, habe die Beklagte ferner die Ziffer Ä935d (OPG) in die Ziffer Ä935a (Teilaufnahme) umgewandelt, da nur eine Teilaufnahme des Schädels vorliege. Dies folge bereits aus der Leistungslegende. Die Ziffer Ä935d (OPG) setze ein Orthopantomogramm sowie eine Panoramaaufnahme oder Halbseitenaufnahme aller Zähne des Ober- und Unterkiefers voraus. Die Klägerin habe nicht dargelegt, weshalb die Leistungslegende erfüllt sein soll, das heißt, dass alle Zähne des Ober- und Unterkiefers erfasst worden sind. Der Hinweis, auch die halbseitige Darstellung aller Zähne einer Seite (Ober- und Unterkiefer) reiche aus, treffe insofern nicht zu.

In den Behandlungsfällen Nrn. 5, 10, 108, habe die Beklagte ferner die Ziffer 1466 (Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) - ggf. einschließlich der Leistung nach Nr. 1465) und 1479 GOÄ-82 (Ausspülen der Kiefer-, Keilbein- Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus - auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließl. Installation von Arzneimitteln, 7 Punkte) wegen fehlender Indikation für eine Behandlung der Kieferhöhle (fehlende prächirurgische Dokumentation, keine rechtfertigende Indikation im Röntgenbild erkennbar) abgesetzt. Damit weise die Beklagte auf die Implausibilität der Abrechnung hin. Der Hinweis auf das OP-Protokoll, das die Leistungen lediglich vermerkt, reiche für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus. Im Behandlungsfall Nr. 9 habe die Beklagte ferner die Ziffer 1479 GOÄ-82 wegen fehlender Indikation und damit als implausibel abgesetzt. Der Hinweis auf das OP-Protokoll, das die Leistungen lediglich vermerkt, reiche für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus.

In den Behandlungsfällen Nrn. 26 und 57 habe die Beklagte ferner die Ziffer 1479 GOÄ-82 wegen fehlender Dokumentation der Maßnahmen abgesetzt. Die Klägerin erläutere lediglich ihre Vorgehensweise, ohne eine Dokumentation vorzulegen bzw. verweise auf das OP-Protokoll, was nicht ausreiche.

Im Behandlungsfall Nr. 89 habe die Beklagte ferner die Ziffer 1479 GOÄ-82 als fachlich implausibel abgesetzt, da eine Wundtoilette integrativer Bestandteil der Nr. 51b (PlaO) BEMA sei und die Leistung daher nicht zutreffend sei. Dies sei zutreffend. Der Einwand der Klägerin, die Leistung sei durch das OP-Protokoll nachgewiesen, setze sich hiermit nicht auseinander.

In den Behandlungsfällen Nrn. 36, 37, 69, 72, 73, 76, 84, 95, 112, 114, 124 habe die Beklagte ferner die Ziffer 1479 GOÄ-82 wegen fehlender Dokumentation und wegen fehlender Indikation abgesetzt. Der Hinweis auf das OP-Protokoll, das die Leistungen lediglich vermerkt, reiche für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus.

Im Behandlungsfall Nr. 12 habe die Beklagte ferner die Ziffer 1485 GOÄ-82 (Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen, 103 Punkte) und Ziffer 1479 GOÄ-82 (Ausspülen der der Kieferr-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus - auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschl. Instillation von Arzneimitteln, 7 Punkte) wegen fehlender Dokumentation der Leistung abgesetzt, auch fehle die Indikation (fehlende prächirurgische Dokumentation, keine rechtfertigende Indikation im Röntgenbild erkennbar). Der Hinweis auf das OP-Protokoll, in welchem die Leistungen lediglich vermerkt ist, reiche für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus.

Im Behandlungsfall Nr. 28 habe die Beklagte ferner die Ziffer 1485 GOÄ-82 wegen fehlender Dokumentation der Leistung abgesetzt, auch fehle die Indikation (fehlende prächirurgische Dokumentation, keine rechtfertigende Indikation im Röntgenbild erkennbar). Auch hier beschränke sich der Einwand der Klägerin auf einen Hinweis auf das OP-Protokoll.

Im Behandlungsfall Nr. 12 habe die Beklagte ferner die Ziffer 2255 GOÄ-82 (Frei Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne), 165 Punkte) abgesetzt, weil die Indikation und die Maßnahme in Bezug auf den Leistungsinhalt nicht erkennbar sei (fehlende prächirurgische Dokumentation, keine rechtfertigende Indikation im Röntgenbild erkennbar). Der Hinweis auf das OP-Protokoll, das die Leistungen lediglich vermerkt, reiche für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus.

In den Behandlungsfällen Nrn. 2, 36, 48 und 63 habe die Beklagte ferner die Ziffer 2430 GOÄ 82 (Eröffnung eines tieferliegenden Abszesses, 34 Punkte) abgesetzt und in Ziffer Ä161 (Inz1) BEMA umgewandelt, weil nach dem OP-Bericht ein subperiostaler Abszess geöffnet sei und die Leistungslegende nicht erfüllt sei. Der Einwand der Klägerin, es handele sich bei einem subperiostalen Abszess um einen tieferliegenden Abszess (im Behandlungsfall Nr. 36 ergehe dieser Einwand zu Nr. 35), sei nicht zu folgen. Die Kammer hat mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung exemplarisch den Behandlungsfall Nr. 2 erörtert und die Frage im Behandlungsfall Nr. 36 vertieft. Die Begutachtung des Röntgenbildes im Behandlungsfall Nr. 36 durch die Kammer habe keinen Nachweis für das klägerische Vorbringen erbracht. Aus dem OP-Bericht gehe nicht hervor, dass eine Drainage oder ähnliches eingelegt worden sei. Von daher werde aus dem OP-Bericht nicht ersichtlich, dass es sich um einen tiefer liegenden Abszess gehandelt hat. Entsprechendes gilt auch für die übrigen Absetzungen.

In den Behandlungsfällen Nrn. 15, 66, 79, 89, 96, 101, 117, 125 habe die Beklagte ferner die Ziffer 2430 GOÄ-82 abgesetzt, weil im OP-Bericht keine "Eröffnung eines tieferliegenden Abszesses" dokumentiert sei. Der Einwand der Klägerin (offensichtlich irrtümlich im Behandlungsfall Nr. 15 zu Behandlungsfall Nr. 14), es habe sich um einen subperiostalen Logenabszess gehandelt, dies sei ein tieferliegender Abszess, berücksichtige nicht den Absetzungsgrund der fehlenden Dokumentation. Dies gelte auch für die gleiche Absetzung im Behandlungsfall Nr. 45. Der Hinweis der Klägerin auf das OP-Protokoll, das die Leistungen lediglich vermerkt, reiche für einen Nachweis der Leistungserbringung ebenfalls nicht aus.

Im Behandlungsfall Nr. 6 habe die Beklagte ferner die Ziffer 2584 GOÄ-82 (Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, 165 Punkte) abgesetzt, da sich die Zahnkeime oberhalb der Nervenverlagerung befinden und der Nerv (Trigeminus) bei der Entfernung der Zahnkeime nicht tangiert werden könne. Der Einwand der Klägerin, das Dach des Nervus alveolaris inferior sei durch die folliculäre Zyste arrodirt gewesen und es habe eine Fixation am Nerv bestanden, was eine Neurolyse erfordert habe, was sich zudem aus dem OP-Protokoll ergebe, setze sich nicht mit der von der Beklagten vorgenommenen Befundung aufgrund des Röntgenbildes auseinander und sei daher nicht geeignet, die von der Beklagten dargelegte Implausibilität zu entkräften. Der Hinweis der Klägerin auf das OP-Protokoll, das die Leistungen lediglich vermerkt, reiche für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus. Gleiches gelte für die Absetzung dieser Leistung in dem Behandlungsfall Nr. 86

In den Behandlungsfällen Nrn. 36, 112, 114, 116, 118, 120 habe die Beklagte ferner die Ziffer 2584 GOÄ-82 abgesetzt, da Indikation und

Ausführung der Leistung nicht nachgewiesen sei, zum Teil mit der Ergänzung, dass der Nerv unterhalb der Alveole liege und bei dem chirurgischen Eingriff nicht tangiert worden sei. Der Hinweis auf das OP-Protokoll, das die Leistungen allenfalls lediglich vermerkt, reiche für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus.

Im Übrigen werde zu den Einzelfällen auf die Begründung des angefochtenen Widerspruchbescheides verwiesen, der die Kammer folge.

Auch gegen dieses Urteil hat die Klägerin rechtzeitig Berufung eingelegt.

Zur Begründung ihrer Berufungen trägt die Klägerin im Wesentlichen gleich lautend vor, dass nach der Rechtsprechung des BGH die Pflicht zur Dokumentation des Behandlungsgeschehens der Sicherheit des Patienten diene. Deshalb sei eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich sei, auch nicht aus Rechtsgründen geboten. Zu dokumentieren seien die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, insbesondere Abweichungen von Standardbehandlung und Verlaufsdaten. Grundsätzlich genüge eine Aufzeichnung in Stichworten, so dass Irrtümer beim nachbehandelnden Arzt vermieden würden. Sich von selbst verstehende Routinehandlungen und -kontrollen müssten nicht dokumentiert werden. Die Klägerin beschreibt die Leistungsziffer Ost 1, 47 a (Entfernen eines Zahnes zu Deponie einschließlich Wundversorgung; Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes) nach dem vereinbarten Abrechnungsbestimmungen, den Richtlinien und dem Kommentar. Sie vertritt weiterhin die Auffassung, dass mit der Dokumentation "Aufklappung" die Indikation zur Ost 1 und der wesentliche Arbeitsschritt dokumentiert sei. Mehr bedürfe es hierzu nicht.

Zu Ost 2 Nr. 48 (Entfernen eines verlagerten oder retinierten Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung) macht sie geltend, soweit die Beklagte einen Mehraufwand forderte, der zu dokumentieren sei, fände dies keinerlei Grundlage in der Leistungslegende der Gebührenscheine. Da die Dokumentation für einen Sachverständigen nachvollziehbar sein muss, reiche für die Erbringung der Ost1 die Angabe der Gebühren. Wenn zusätzlich das Wort "Aufklappung" notiert sei, wisse jeder Sachverständige, welche Leistung erbracht worden sei. Weitere Nachweise könnten nicht verlangt werden, es bestehe keine Notwendigkeit weiterer Aufzeichnungen, insbesondere einen OP Bericht zu fertigen.

Zu der Abrechnungsziffer Zy Nr. 56 (Operation einer Zyste) führt die Klägerin aus, eine eindeutige Diagnose einer Zyste allein anhand des Röntgenbildes sei nicht immer möglich, in unklaren Fällen müsse nach dem operativen Eingriff eine pathohistologische Untersuchung der ganz oder teilweise entfernten Zyste erfolgen. Aufgrund des Röntgenbefundes könne eine Zyste immer nur vermutet werden; die endgültige Diagnose werde während der Operation und histologisch gestellt (Hinweis auf Schwenzer/Grimm, Zahn-Mund-Kieferheilkunde, Bd. II, spezielle Chirurgie, 2 Aufl., Seite 73).

Bei der Abrechnungsziffer Zy 3, Nr. 46c (Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Ost oder WR) lasse nach dem Urteil des BSG vom 8. Mai 1996 (6 RKA 45/95) eine Einzelfallprüfung mit Hochrechnung keinen zuverlässigen Aufschluss über die Wirtschaftlichkeit der Gebühren zu. Es lasse sich danach weder anhand des in den Behandlungsunterlagen dokumentierten klinischen und histologischen Befundes noch unter Zuhilfenahme von Röntgenaufnahmen nachträglich mit hinreichender Sicherheit feststellen, ob im konkreten Behandlungsfall die Indikation für eine Zystektomie nach der Nr. 56c gegeben war und ob die Voraussetzungen für die Abrechnung dieser Ziffer vorgelegen haben oder nicht. Danach seien die Feststellungen im angefochtenen Urteil unzutreffend, wonach hierfür eine im Röntgenbild feststellbare diagnostizierbare Zyste erforderlich sei.

Mit Beschluss vom 21. April 2015 hat der Senat das Verfahren [L 4 KA 50/12](#) (führendes Az.) mit den Verfahren [L 4 KA 41/12](#), [L 4 KA 42/12](#), [L 4 KA 43/12](#), [L 4 KA 44/12](#), [L 4 KA 46/12](#) und [L 4 KA 40/12](#) gemäß [§ 113 Abs. 1 SGG](#) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

In der mündlichen Verhandlung am 27. Mai 2015 hat der Senat die noch zweifelhaften Fälle mit (im gerichtlichen Verfahren) nachgereichten Unterlagen mit den Beteiligten erörtert. Die Beklagte hat daraufhin in den Fällen 32, 42 und 66 des Quartals I/2003 die Absetzungen in Höhe von insgesamt 214,45 EUR zurückgenommen und die Klägerin hat dieses Teilerkenntnis angenommen. Ebenfalls zurückgenommen wurden die Absetzungen bezüglich der mit Schriftsatz der Klägerin vom 10. Juni 2011 nachgereichten Hausarztbriefe. Auch dieses Teilerkenntnis hat die Klägerin angenommen.

Die Klägerin beantragt,
die Urteile des Sozialgerichts Marburg vom 20. Juni 2012 (Aktenzeichen [S 12 KA 152/12](#), [S 12 KA 227/11](#), [S 12 KA 640/11](#), [S 12 KA 641/11](#), [S 12 KA 812/11](#), [S 12 KA 116/12](#), [S 12 KA 137/11](#)) sowie die angefochtenen Bescheide der Beklagten (Bescheid vom 29. März 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Juli 2010, Az. [S 12 KA 152/12](#); den Bescheid vom 9. August 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. März 2011, Az.: [S 12 KA 227/11](#); den Bescheid vom 8. November 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Juli 2011, Az.: [S 12 KA 640/11](#); den Bescheid vom 19. Dezember 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juli 2011, Az.: [S 12 KA 641/11](#); den Bescheid vom 25. Juni 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. September 2011, Az.: [S 12 KA 812/11](#); den Bescheid vom 26. September 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2012, Az.: [S 12 KA 116/12](#); den Bescheid vom 25. Juni 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Januar 2011, Az.: [S 12 KA 137/11](#)) aufzuheben,
hilfsweise,
die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufungen zurückzuweisen.

Das Sozialgericht habe die Klage zutreffend abgewiesen, die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen seien rechtmäßig ergangen, die Klägerin habe die den Leistungsinhalt nicht erfüllenden Leistungspositionen zu Recht abgesetzt. Die Klägerin sei für die Erbringung der Leistungen nachweislich, nicht dokumentierte Leistungen gelten nach höchstrichterlicher Rechtsprechung als nicht erbracht. Für den Umfang der Dokumentationspflicht gelte der Grundsatz, dass ein anderer Zahnarzt die Behandlungsmaßnahme nachvollziehen können muss, allein die Eintragung von BEMA- oder GOÄ-Abrechnungs- Kürzeln stellten dabei in keinem Fall eine ordnungsgemäße Dokumentation dar. Trotz Aufforderung der Beklagten zur Vorlage der Dokumentationen und anschließender Fristverlängerung habe die Klägerin bei den im

Streit stehenden Fällen teilweise gar keine oder nur eine unzureichende Dokumentation vorweisen können.

Die abgesetzten Röntgenleistungen hätten nicht durch Vorlage der Bilder nachgewiesen werden können. Soweit sich die Klägerin darauf berufe, die Röntgenbilder an den Hauszahnarzt oder Überweiser weggegeben zu haben, gehe dieser Einwand der Klägerin ins Leere, da sie zur Aufbewahrung verpflichtet sei. Die Beklagte sei auch zur Absetzung der unstreitig erheblich mangelhaften Röntgenleistungen berechtigt gewesen.

Die Abrechnung von Nr. 47a BEMA setze die Aufklappung des Zahnfleisches voraus, wofür nach der Leistungslegende 58 Punkte vorgesehen seien. Hierfür sei aber ein Nachweis des Mehraufwandes erforderlich, den die Klägerin in den abgesetzten Fällen nicht erbracht habe. Etwaige abrechenbare Röntgenleistungen, nach denen beurteilt werden könnte, ob eine Leistung nach den höheren Abrechnungsziffern nachvollziehbar sei, habe die Klägerin, wie in den Widerspruchsbescheiden bezeichnet, nicht vorgelegt. Die Vorlage eines OP-Berichts reiche zur Nachvollziehbarkeit der Indikation nicht aus. Dies gelte umso mehr, soweit die OP-Berichte nur den Hinweis enthielten, eine Aufklappung sei erforderlich gewesen. Ohne Angabe, warum die Leistung und bei welchem Zahn erforderlich gewesen ist, sei die Maßnahme nicht nachzuvollziehen. Gleiches gelte für die Abrechnung nach Nr. 48 und Nr. 53 BEMA.

Auch für die Abrechnung der Leistungen nach Nr. 56a (Zy1), Nr. 56c (Zy2) und Nr. 56b (Zy3) BEMA müsse ein chirurgischer Mehraufwand nachvollziehbar dokumentiert werden. Grundsätzlich seien hierfür die Röntgenaufnahmen heranzuziehen. Zeigten die Röntgenbilder keine diagnostizierbare Zyste, was durchaus sein könne, müsse der Vertragszahnarzt anderweitige Dokumentationen vorlegen, da er die Beweislast trage. Nach der Rechtsprechung sei die Vorlage eines detaillierten klinischen Befundes möglich und erforderlich. Ein Nachweis durch Untersuchungsbefunde eines pathologischen Instituts könne nicht geführt werden, weil diese Institute lediglich Gewebeproben erhielten, ohne zuordnen zu können, ob es sich um Gewebeproben eines Zahnfollikels oder einer follikulären Zyste handelt. Da die prächirurgischen Röntgenaufnahmen entweder nicht vorlagen oder nicht ausreichten, kam es auf die klinischen Befunde an. Die OP-Berichte seien insoweit nicht ausreichend.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen der Klägerin waren zurückzuweisen, denn sie sind zwar zulässig, insbesondere jeweils fristgerecht eingelegt worden, sie sind jedoch unbegründet.

Die angefochtenen Urteile des Sozialgerichts vom 20. Juni 2012 sind - soweit diese noch im Streit stehen - im Ergebnis rechtlich nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die von der Beklagten berichtigten und noch streitbefangenen abgesetzten Honorarbeträge für die streitgegenständlichen Quartale. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind auch unter Berücksichtigung des klägerischen Vorbringens im Gerichtsverfahren insoweit rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Die angegriffenen Bescheide sind formell rechtmäßig, insbesondere ist die Beklagte zuständig für die vorgenommenen sachlich-rechnerischen Berichtigungen, und die für diese geltende vierjährige Ausschlussfrist, innerhalb derer der Richtigstellungsbescheid der K(Z)ÄV dem Betroffenen bekannt gegeben werden muss, war jeweils noch nicht verstrichen. Insoweit wird auf die zutreffenden Ausführungen in den Urteilsbegründungen Bezug genommen ([§ 153 Abs.2 SGG](#)).

Nach dem allgemein und grundsätzlich gehaltenen Vortrag der Berufung ist zur Begründung zunächst auf folgendes hinzuweisen.

1. Nachweis- und Dokumentationspflichten und -obliegenheiten im Kontext vertragsärztlicher Leistungsabrechnungen

Nachweis- und Dokumentationspflichten bezüglich der (vertrags-)ärztlichen bzw. (vertrags-)zahnärztlichen Leistungen ergeben sich 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, auf die die Beteiligten hingewiesen haben.

Hiervon zu unterscheiden sind die Aufzeichnungs- und Dokumentationspflichten des behandelnden Arztes im Rahmen der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringung. Nach § 5 des BMV-Z (Stand 01.04.2013) 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 (s. hierzu jüngst BSG Urteil v.13. Mai 2015, Az.: [B 6 KA 18/14 R](#), zitiert nach Terminbericht des BSG Nr. 20/15 Nr. 4) 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. Entgegen der klägerischen Auffassung ist insoweit nicht ausreichend, dass der leistungserbringende Arzt nachweist, dass die Leistung erbracht wurde, der Nachweispflicht unterfällt auch, 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.

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. Die Beklagte und das Sozialgericht sind daher zutreffend davon ausgegangen, dass nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen (Gebührenpositionen) als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen sind und daher nicht abgerechnet werden können (s. 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: Bechtold/Huster/Rehborn (Hrsg.), Gesundheitsrecht 2015, [§ 106 SGB V](#), Rn 13).

Mit der Beklagten und dem Sozialgericht ist auch zu fordern, dass die Dokumentation einer (zahn)ärztlichen Behandlung zeitnah zu erfolgen hat, 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.

Soweit das Sozialgericht allerdings als Grundsatz postuliert, dass lediglich das Vorbringen des abrechnenden Vertragsarztes bis zum Erlass des Widerspruchsbescheids zu berücksichtigen ist, folgt dem der erkennende Senat nicht. 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 (s. Urteil des Senats vom 20. März 2013, Az.: [L 4 KA 60/10](#)). 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.

2. Voraussetzungen und Nachweispflichten für die Abrechnung der Nr. 47,47a BEMA Z (Entfernung eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung (Ost1, Bewertungszahl 58).

Die Entfernung eines Zahnes durch Osteotomie ist dann notwendig, wenn der Zahn aus bestimmten Gründen nicht erhaltungswürdig ist und die einfache Extraktion durch Durchtrennung von oberflächlich gelegenen Faserbündeln des Zahnhalteapparats, die Lockerung (Luxation) des Zahnes im Zahnfach des Kieferknochens (Alveole) sowie das anschließende Entfernen des Zahnes aus seinem Zahnfach (Extraktion) mittels Zange und Hebel allein nicht mehr gelingt und auch Maßnahmen nach BEMA-Nr. 45 nicht ausreichen. (Vgl. hierzu und im Folgenden Liebhold/Raff/Wissing, BEMA und GOZ, Kommentar, Stand März 2015, Zi. 1.1 zu Nr. 47,47a BEMA). Die Entscheidung zur Zahnentfernung durch Osteotomie kann einerseits während einer Extraktion erst zu fällen sein, wenn diese auf normalem Wege nicht gelingt, oder andererseits auch schon vor der Operation getroffen worden sein, wenn die gegebene Situation sich so darstellt, dass eine von vornherein geplante Osteotomie zu einem geordneteren, kontrollierteren und für den Patienten schonenderen Ablauf des Eingriffs führen wird. Osteotomien sind häufig notwendig

- bei vorhandenen Wurzelresten oder soweit zerstörten Zähnen, dass keine Zahnhart-substanz mehr zum Ansatz für Hebel oder Zange zur Verfügung steht;

- prophylaktisch (vorsorglich) bei Zahnentfernungen, bei denen es aufgrund der anatomischen Form oder des Zerstörungsgrades des Zahnes voraussichtlich nicht gelingen wird, den zu extrahierenden Zahn in seiner Gesamtheit zu entfernen, d. h. Zahnanteile bzw. Wurzelfragmente wahrscheinlich in der Alveole stecken bleiben werden.

Oft wird daher der Osteotomie der Vorzug gegenüber der Entfernung eines tieffraktureierten oder tiefzerstörten Zahnes ohne Osteotomie (BEMA-Nr. 45) eingeräumt, da die Osteotomie in der Regel die Gewähr bietet für eine übersichtlichere Darstellung des Operationsgebietes und somit für eine kontrolliertere und schonendere Durchführung der Operation;

- bei Zahnentfernungen, bei denen es beim Extraktionsversuch nicht gelungen ist, den zu extrahierenden Zahn in seiner Gesamtheit zu entfernen, d. h. Zahnanteile bzw. Wurzelfragmente in der Alveole verblieben sind;

- nach (auch klinisch unbemerkt abgelaufenen) Entzündungen des Alveolarknochens, so dass es zu einer Verpackung des Zahnes mit seiner Umgebung gekommen ist.

Die Entfernung eines Zahnes durch Osteotomie stellt nach alledem eine qualifizierte Form der Zahnentfernung dar, deren besondere Voraussetzungen vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots nachzuweisen sind.

Die Beklagte und das Sozialgericht haben zutreffend entschieden, dass die Klägerin diese besonderen Voraussetzungen in den beanstandeten Fällen weder im Einzelnen dargelegt, noch nachgewiesen hat. Eine Röntgenaufnahme, der bei dieser Abrechnungsziffer eine besondere Bedeutung zukommt, liegt nicht oder nur in unbrauchbarer Form vor. Insbesondere ist der Auffassung der Klägerin entgegenzutreten, dass zur Abrechnung dieser Leistungsziffer die Angabe der Nummer der Leistungsziffer ausreiche, dass die Angabe im OP-Bericht genüge, dass die Leistung tatsächlich erbracht worden sei und dass es unerheblich sei, ob die Zähne ggf. auch mit einem Hebel

hätten entfernt werden können ohne Aufklappung und Osteotomie. Die höher bewerteten Leistungen nach Nr. 47a (Ost1) BEMA sind von der Beklagten daher zu Recht in die Nr. 43 (X1), 44 (X2) oder 45 (X3) BEMA umgewandelt worden. Wegen der Einzelheiten wird auf die diesbezüglichen zutreffenden Ausführungen in den Gründen der angegriffenen Entscheidungen des Sozialgerichts Bezug genommen ([§ 153 Abs.2 SGG](#)).

3. Voraussetzungen und Nachweispflichten für die Abrechnung der BEMA Z Nr. 48 (Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder im- paktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung - Ost2, Bewertungszahl 78) a. Verlagerte und/oder retinierte Zähne Zu den nicht regelrecht in der Zahnreihe sich befindenden Zähnen zählen: - retinierte Zähne, d. h. Zähne, die entweder keine Verbindung mit der Mundhöhle (vollretiniert) oder nur eine Verbindung mit einem Kronenteil mit der Mundhöhle (teilretiniert) aufweisen - impaktierte Zähne, d. h. Zähne, die allseitig in Knochen eingebettet sind oder durch benachbarte strukturdichte Gebilde (Zähne, Tumoren) am Durchbruch in die Mundhöhle gehindert werden - tief verlagerte Zähne, d. h. Zähne, die an falscher Stelle angelegt (Keimversprengung) oder ihre eigentliche Durchbruchsrichtung verlassen haben und nun fehlplatziert im Kieferknochen liegen Diese Zähne sind also nicht in der Lage, ihre eigentliche Kaufunktion zu übernehmen (vgl. hierzu und im Folgenden Liebhold/Raff/Wissing, a.a.O. Zi. 1.1 ff. zu Nr. 48 BEMA). Bei den Indikationen kommt der prophylaktischen (vorsorglichen) Zahnentfernung aus mehreren Gründen eine wichtige Bedeutung zu. b. Zahnkeime Als Zahnkeim (Germ) wird ein noch nicht mit vollständigem Wurzelwachstum versehener Zahn solange betrachtet, bis er in die Mundhöhle durchgebrochen ist. Die Entwicklung und das Durchbrechen der Zahnkeime vor allem der unteren dritten Molaren (Weisheitszähne) stehen häufig in Zusammenhang mit der Entstehung eines Platzmangels der anderen Zähne, welcher sich in der Regel in einem so genannten Engstand der Unterkieferfrontzähne manifestiert. Ein solcher Engstand stellt sowohl in ästhetischer als auch in funktioneller Hinsicht (z. B. erhöhte Karies- und Parodontopathieanfälligkeit) ein Problem dar und sollte daher nach Möglichkeit verhindert werden. Zeichnet sich (im Röntgenbild sichtbar) ein Platzmangel der unteren dritten Molarenkeime ab, eventuell mit einer bereits sich in diesem Stadium darstellenden Verlagerung der Keime, oder zeigen sich Anzeichen einer Entstehung eines Engstands in der Front, so kann die Entfernung der betreffenden Zahnkeime indiziert sein. c. Impaktierte Wurzelreste Impaktierte Wurzelreste sind Restfragmente ehemals entfernter Zähne, die fälschlicherweise im Knochen verblieben sind und nunmehr rundherum im Knochen eingebettet sind. Die prophylaktische oder therapeutische Entfernung ist u.a. aus folgenden Gründen indiziert: - bei drohender oder vorliegender Infektion des umgebenden Knochen- oder Weichgewebes - wenn der impaktierte Wurzelrest Ausgangspunkt einer Zyste ist - wenn der impaktierte Wurzelrest in einem Gebiet liegt, das gleichzeitig von einer Neuralgie (anfallsartigem Nervenschmerz) betroffen ist und im Verdacht steht, die Ursache der Neuralgie zu sein - wenn der impaktierte Wurzelrest in vermutetem Zusammenhang steht mit einer chronischen Allgemeinerkrankung (Herdgeschehen). - Impaktierte Wurzelreste können Schäden an ihren benachbarten funktionstüchtigen Zähnen verursachen (z. B. Wurzelresorptionen). Aus Gründen der Gesunderhaltung des Restgebisses ist eine prophylaktische Entfernung solcher Wurzelreste indiziert.

Der Unterschied zur Entfernung eines nicht verlagerten Zahnes durch Osteotomie nach BEMA-Nr. 47a besteht in folgenden Charakteristika: - durch die Verlagerung bzw. Retention des Zahnes ist ein in der Regel mit einem wesentlich höheren Aufwand versehenes umfangreicheres bzw. tiefergehendes Entfernen des umgebenden Knochens notwendig um den Zahn oder den impaktierten Wurzelrest aufzusuchen und sodann darzustellen, um ihn schließlich entfernen zu können. - Die Entfernung des Zahnes kann oftmals nur in mehreren, gezielt geteilten Fragmenten erfolgen (z. B. bei unteren Weisheitszähnen). Durch diese oft mehrfachen Trennungen des Zahnes kann der Umfang der Entfernung des umgebenden Knochens im Rahmen gehalten werden. - Häufig sind das Zahnsäckchen bzw. degenerierte Reststrukturen davon bei der Entfernung verlagertes/retinierter Zähne mit zu entfernen. Solche Strukturen sind bei der Entfernung nichtverlagertes Zähne nicht zu berücksichtigen. - Je nach Größe der durch die Entfernung des verlagerten/retinierten Zahnes entstandenen Knochen- und Weichgewebswunde sind entsprechend aufwändigere Maßnahmen zur Wundversorgung nötig (z. B. Blutstillung, Modellation des Knochens, Naht, Legen einer Drainage, Zahnfleischverband etc.).

Die Leistungsziffer 48 BEMA stellt somit selbst gegenüber der Leistungsziffer 47,47a BEMA eine qualifizierte Leistung dar, deren besondere Voraussetzungen im Einzelnen dargelegt und nachgewiesen werden müssen.

Die Beklagte und das Sozialgericht haben zutreffend entschieden, dass die Klägerin diese besonderen Voraussetzungen in den beanstandeten Fällen im Einzelnen dargelegt, noch nachgewiesen hat. Eine Röntgenaufnahme, der bei dieser Abrechnungsziffer eine besondere Bedeutung zukommt, liegt in den insoweit beanstandeten Fällen nicht oder nur in unbrauchbarer Form vor. Wegen der Einzelheiten wird auf die diesbezüglichen zutreffenden Ausführungen in den Gründen der angegriffenen Entscheidungen des Sozialgerichts Bezug genommen ([§ 153 Abs.2 SGG](#)).

4. Voraussetzungen und Nachweispflichten für die Abrechnung der BEMA Z Nr. 53 (Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer, Ost3, Bewertungszahl 72)

Unter einem Sequester versteht man ein abgegrenztes, abgestorbenes Stück Knochen, welches sich im Rahmen einer chronischen Osteomyelitis (Knochenmarksentzündung) bildet. Die Entfernung eines solchen Knochenstückes wird Sequestrotomie genannt (vgl. hierzu und im Folgenden Liebhold/Raff/Wissing, a.a.O. Zi. 1 und 2a zu Nr. 53 BEMA Z). Aus dieser Einengung der Leistungslegende der BEMA-Nr. 53 auf die Knochenmarksentzündung ergibt sich, dass bei der Durchführung von anderen osteotomierenden Eingriffen als zum Zweck der Sequestrotomie bei Osteomyelitis auf jeweils andere, zum Teil im BEMA (z. B. BEMA-Nr. 48 bei impaktierten Wurzelresten) enthaltene, zum Teil nicht im BEMA enthaltene Gebührennummern zurückgegriffen werden muss. Letztere sind - nach Maßgabe von Nr. 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum BEMA - geltende GOÄ-Nummern wie z. B. Nr. 2010 (Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers aus dem Knochen), Nr. 2250 (Probeausmeißelung aus einem Knochen) oder Nr. 2256 (Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen). Charakteristisch für die Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer nach der BEMA-Nr. 53 ist das unüblich weite Vordringen in den Kieferknochen hinein mit dem Ziel, einen oder mehrere Sequester aus dem Knochen zu entfernen. Die BEMA-Nr. 53 stellt, insbesondere seit den therapeutischen Möglichkeiten durch die Gabe von Antibiotika, eine seltene Leistung dar. Das Aufsuchen und Entfernen des oder der Sequester macht dabei den erheblichen Arbeitsaufwand aus.

Auch diese Voraussetzungen sind von der Klägerin in den streitbefangenen Fällen nicht hinreichend dargelegt und dokumentiert. Die Absetzungen sind daher zu Recht ergangen. Wegen der Einzelheiten wird auf die diesbezüglichen zutreffenden Ausführungen in den Gründen der angegriffenen Entscheidungen des Sozialgerichts Bezug genommen ([§ 153 Abs.2 SGG](#)).

5. Voraussetzungen und Nachweispflichten für die Abrechnung der BEMA Z Nr. 56 (Operation einer Zyste, a. durch Zystektomie Zy 1

Bewertungszahl 120, b. durch orale Zystostomie ZY2, Bewertungszahl 72, c. durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion Zy3 Bewertungszahl 48, d. durch orale Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion Zy4, Bewertungszahl 48)

Unter einer Zyste (wörtlich: "Blase") versteht man ein pathologisches (krankhaftes) Hohlgebilde, welches mit flüssiger oder gasförmiger Substanz gefüllt ist (vgl. hierzu und im Folgenden Liebhold/Raff/Wissing, a.a.O. Zi. 1 ff. zu Nr. 56 BEMA Z). Die die Zahnheilkunde betreffenden Zysten wachsen im Kieferknochen oder in den Weichgeweben des Gesichtes oder des Halses. Die Knochenzysten treten häufiger auf als die Weichteilzysten. Es existieren zwei grundsätzlich zu unterscheidende Arten der Zystenentfernung: die Zystenfensterung mit nur teilweiser Entfernung des Zystenbalgs (Zystostomie) und die Zystenentfernung mit vollständiger Entfernung des Zystenbalgs (Zystektomie). Eine Zystektomie als selbstständige Leistung kommt dann nach BEMA-Nr. 56 zur Abrechnung, wenn es sich entweder um zahnlose Knochenzysten handelt (z. B. Residualzysten, nicht-odontogene Zysten, Keratozysten) oder als zusätzlicher Eingriff nach Extraktionen des die Zyste verursachenden Zahnes. Wird die Zystektomie in Kombination mit einer Wurzelspitzenresektion oder einer Osteotomie durchgeführt, so wird dies nach der BEMA-Nr. 56c abgerechnet. Eine Zystostomie als selbstständige Leistung wird dann als BEMA-Nr. 56b abgerechnet, wenn es sich entweder um zahnlose Zysten handelt (z. B. Residualzysten, nicht-odontogene Zysten) oder die Zyste nach Extraktion des die Zyste verursachenden Zahnes in einem zeitlich getrennten Zweiteingriff operativ gefenestert wird. Es besteht auch die Möglichkeit, dass eine radikuläre Zyste bei Extraktion eines Zahnes unerkannt bleibt und zu einem späteren Zeitpunkt operiert werden muss. Wird die Zystostomie in Kombination mit einer Wurzelspitzenresektion oder einer Osteotomie durchgeführt, so wird dies nach der BEMA-Nr. 56d abgerechnet. Hierbei handelt es sich in aller Regel um odontogene Kieferzysten (z. B. follikuläre Zysten, radikuläre Zysten). Verlagerte, retinierte oder impaktierte Zähne stellen oft den Ausgangspunkt einer follikulären Zyste dar. Diese Zähne können nur durch Osteotomie (vgl. BEMA-Nr. 48) entfernt werden. Häufig wird der chirurgische Eingriff einer Zystenentfernung mit dem einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion kombiniert (BEMA-Nr. 56c). Bei einem solchen kombinierten chirurgischen Eingriff wird die Zystektomie als Zusatzoperation zur Osteotomie aufgefasst.

Nach den vereinbarten Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 56 BEMA ist das Entfernen von Granulationsgewebe und kleinen Zysten nicht nach dieser Leistungsziffer abrechnungsfähig, weil diese Leistungen in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen nur einen zu geringen Mehraufwand ergeben. Diese Leistung ist daher mit den zur Abrechnung kommenden BEMA-Nrn. 47a, 48 und 54 abgegolten. Für diese Abgrenzung bei der Abrechenbarkeit der BEMA Nr. 56c hat die Beklagte Größenwerte ermittelt, die rechtlich nicht zu beanstanden sind. In diesem Zusammenhang kommt dem radiologischen Bild einer Zyste eine entscheidende Bedeutung zu (s. BSG vom 13. Dezember 2000 (Az.: B 6 R KA 28/00); LSG Rheinland-Pfalz vom 24. Februar 2000 (Az.: L 5 KA 50/97); SG Mainz vom 6. September 2006 (Az.: S 2 KA 108/04).

Medizinisch unstrittig ist, dass die Indikationsstellung zur Zystektomie oder Zystostomie nach BEMA-Nr. 56a - d in der Regel durch ein Röntgenbild erfolgt, da Zysten häufig erst bei erheblicher Größe, d. h. spät symptomatisch werden. Insofern korreliert in der Regel ein radiologischer zystischer Befund mit einer Zystenoperation im Knochen.

Allerdings kann es durch verschiedene anatomische oder röntgentechnische Besonderheiten wie z.B. die Überlagerungen anderer anatomischer Strukturen (Wurzeln, Knochendicke etc.) oder z.B. durch die Lage einer Zyste außerhalb der dargestellten Schicht bei der Panorama-Schichtaufnahme in einzelnen Fällen zur Nichtdarstellung oder Verkleinerung klinisch vorhandener Zysten kommen. Nach der Rechtsprechung des BSG (a.a.O.) bedarf es in diesen Fällen für eine Abrechenbarkeit einer fachgerechten (klinischen) Dokumentation: "Abrechnungsfähig sind nach dem Wortlaut der Leistungslegende der BEMA-Nr. 56c sowie der Anmerkung 1 zu BEMA-Nr. 56 nur Zystenoperationen durch Zystektomien, soweit sie nicht im Auskratzen einer "kleinen Zyste" in einer Osteomiewunde besteht. Zwischen in diesem Sinne "kleinen" Zysten und Zysten im Sinne der BEMA-Nr. 56c muss abgegrenzt werden. Dabei kommt dem röntgenologischen Befund erhebliche Bedeutung zu, weil Zysten in der Regel als Zufallsbefunde im Röntgenbild bemerkt werden, da ihnen klinische Symptome weitgehend fehlen bzw. sich solche erst in einem sehr fortgeschrittenen Stadium des Zystenwachstums bemerkbar machen (Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zum BEMA, Band 2, Stand: August 1998, Seite III/263). Danach wird regelmäßig der röntgenologische Befund Anlass für die Planung und Durchführung einer Zystenoperation im Sinne der BEMA-Nr. 56c geben, während die im Zuge einer anderen zahnmedizinischen Behandlung mögliche Entdeckung und unverzügliche Behandlung einer kleinen Zyste nicht gesondert berechnungsfähig ist. Da mithin der generelle Aussagewert von röntgenologischen Befunden für die Berechnungsfähigkeit der BEMA-Nr. 56c im typischen Fall nicht zweifelhaft ist, kann nicht allgemeingültig bzw. rechtsgrundsätzlich geklärt werden, ob in extrem gelagerten Fällen eine Zyste auch dann nicht mehr "klein" im Sinne der Anmerkung 1 zu BEMA-Nr. 56 sein kann, wenn eine eindeutig als Zyste identifizierbare Aufhellung im Röntgenbild trotz fachgerechter Durchführung der Aufnahme und ebensolcher Interpretation des Röntgenbildes nicht sicher erkennbar ist. In extrem gelagerten, d. h. also sehr seltenen Fällen sind Konstellationen denkbar, in denen kein radiologisch eindeutiger Zystenbefund gegeben ist, es jedoch trotzdem (als klinischer Zufallsbefund) der knöchernen Zystenoperation mit Mehraufwand zu einer anderen Operation bedarf. Hierbei ist die fachgerechte Dokumentation von außerordentlicher Bedeutung, dann ist auch in einem solchen Sonderfall eine Zystenoperation nach BEMA-Nr. 56 vertragsgerecht abrechenbar." Ein detaillierter klinischer Befund ist demnach - worauf das SG zutreffend hingewiesen hat - nur dann zu erstellen, wenn nicht schon aufgrund der Röntgenbefunde die Voraussetzungen der Nr. 56 nachgewiesen werden können (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 24. Februar 2000 - L 5 Ka 50/97 -, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschluss vom 13. Dezember 2000 - [B 6 KA 28/00 B](#) -; LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 19. April 2002 - [L 6 KA 34/99](#) -; sowie Urteil vom 20. Juni 2006 - [L 4 KA 20/05](#); SG Mainz, Urteil vom 6. September 2006 - S 2 KA 108/04 -).

Entgegen der Auffassung der Klägerin ist die histologische Befundung in diesem Zusammenhang nicht von Bedeutung, weil das histologische Vorliegen von häufig fragmentärem Zystengewebe keinen Rückschluss zulässt auf den tatsächlichen, in der Abrechnungsbestimmung zur BEMA-Nr. 56c geforderten Mehraufwand einer Zystenoperation. Ausgehend von diesen Grundsätzen haben die Beklagte und das Sozialgericht in den streitbefangenen Fällen die angeforderten Leistungen nach Nr. 56a - d BEMA zu Recht abgesetzt, weil weder (hinreichende) Röntgenbefunde noch aussagekräftige klinische Dokumentationen vorgelegt wurden. Wegen der Einzelheiten wird auf die diesbezüglichen zutreffenden Ausführungen in den Gründen der angegriffenen Entscheidungen des Sozialgerichts Bezug genommen ([§ 153 Abs.2 SGG](#)).

6. Voraussetzungen und Nachweispflichten für die Abrechnung der Röntgendiagnostik BEMA Nrn. Ä 925, Ä 935.

§ 28 der Röntgenverordnung schreibt in Abs.1 umfangreiche Aufzeichnungen über jede Anwendung von Röntgenstrahlung am Menschen vor. Diese sind ebenso wie die Röntgenbilder selbst 10 Jahre lang nach der letzten Untersuchung aufzubewahren (Abs.3), sie können als Wiedergabe auf einem Bildträger oder auf anderen Datenträgern aufbewahrt werden (Abs.4) und an einen später untersuchenden oder

behandelnden Zahnarzt vorübergehend überlassen werden, dabei ist auf die Pflicht zur Rückgabe an den Aufbewahrungspflichtigen in geeigneter Weise hinzuweisen (Abs.8). Die Anfertigung von Röntgenbildern erfolgt nach zwei Methoden, der filmgebundenen (konventionellen) Technik und der digitalen Detektion (vgl. hierzu und im Folgenden Liebhold/Raff/Wissing, a.a.O. Zi. 1.2 zu Nr. Ä 925 BEMA Z). Zwischen konventioneller und digitaler Technik ergeben sich grundsätzliche Unterschiede bzgl. der Dokumentation bzw. Archivierung und der Weitergabe. Während bei der konventionellen Technik die Archivierung typischerweise in den Karteikarten der Patienten bzw. in einem separaten Bereich (Röntgen-Archiv) erfolgt, werden digital erhobene Daten aktuell auf Backup-Servern gesichert. Die Weitergabe von konventionellen Bildern kann entweder in Kopie oder durch Herausgabe des Originals umgesetzt werden. Bei letzterem Vorgehen ist allerdings zu beachten, dass eine temporäre Überlassung von Originalen entsprechend dokumentiert wird. Bei digitalen Bildern ist eine Weitergabe als Papierausdruck gemäß DIN 6868-160 möglich. Eine rein digitale Weitergabe kann entweder über Datenträger oder durch Nutzung öffentlicher Netzwerke erfolgen.

Die Beklagte und das Sozialgericht haben abgerechnete Röntgenaufnahmen, die nicht vorgelegt worden sind und deren Verbleib nicht nachgewiesen ist, zu Recht als nicht erbracht angesehen und diese Leistungen abgesetzt. Die pauschale ohne alle weiteren Nachweise un belegte Behauptung der Klägerin, diese Röntgenaufnahmen seien weitergegeben und nicht zurückgegeben worden, bedarf keiner weitergehenden Würdigung durch den Senat, insbesondere kann im vorliegenden Verfahren dahinstehen, ob es sich dabei um bloße Schutzbehauptungen handelt und aufgrund der Vielzahl der Fälle ein Anfangsverdacht angenommen werden könnte, dass diese Röntgenaufnahmen auch tatsächlich nicht angefertigt worden sind.

Wegen der Einzelheiten hierzu und im Übrigen wird auf die diesbezüglichen zutreffenden Ausführungen in den Gründen der angegriffenen Entscheidungen des Sozialgerichts Bezug genommen ([§ 153 Abs.2 SGG](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 2, 162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Kosten waren der Klägerin ganz aufzuerlegen, da die Beklagte nur zu einem geringen Teil Auerkennnisse abgegeben hat (Rechtsgedanke [§ 155 Abs. 1 S. 3 VwGO](#)).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-11-08