

S 12 KA 640/11

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 640/11

Datum
20.06.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 42/12

Datum
21.04.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Parallelverfahren zu SG Marburg, Urt. v. 20.06.2012 - [S 12 KA 227/11](#) -
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine sachlich rechnerische Berichtigung für das Quartal III/03 in noch 97 Fällen in Höhe von 13.671,64 EUR.

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

Der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen Hessen überwies mit Beschluss vom 19.04.2005 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 08.11.2007, der Klägerin über ihren Prozessbevollmächtigten am 09.11.2007 zugegangen, setzte die Beklagte Leistungen nach Nrn. 56a und 56c (Zy1 und Zy3) sowie Röntgenleistungen ab und nahm Umwandlungen der Osteotomieleistungen nach Nr. 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 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 unter Tragen des Beweislastrisikos nachzuweisen. Exemplarisch verweise sie auf das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt vom 30.08.1995 mit Az. S 27 KA 1670/95. 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 19.11.2007 Widerspruch ein, den sie nicht weiter begründete.

Die Beklagte half mit Widerspruchsbescheid vom 06.07.2011 dem Widerspruch im Umfang von 1.756,11 EUR ab und wies im Übrigen den Widerspruch zurück. Dem Widerspruch half die Beklagte in zwölf Behandlungsfällen vollständig und in sieben Behandlungsfällen teilweise ab. Den Widerspruch bezüglich aller übrigen Absetzungen lehnte sie ab. 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 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. 56a-d (Zy1-Zy4). Selbst bei Vorhandensein von echtem zystischem Gewebe löste dessen notwendige Entfernung in der unmittelbaren Peripherie eines (verlagerten) Zahnes nicht die Position "Zystektomie" aus. Die Abrechnungsbestimmung 1 zu den Nrn. 56a-d stelle klar, dass das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in einer Extraktions- oder Osteotomiewunde nicht nach Nr. 56 BEMA berechnet werden könne. Wenn das präoperative Röntgenbild keine größere zystische Aufhellung zeige (in erkennbar größtmöglicher Ausdehnung (als 6mm (Zahnfilm) bzw. (als 7,5mm (OPG)), bestehe kein nachvollziehbarer Mehraufwand auf Grundlage des Röntgenbildes. Jedoch könne durch einen pathohistologischen Befund "Zyste", der eine Summe der Einzelpräparate von) 9mm (halber Umfang einer im Durchmesser 6mm großen Zyste) ausweise, der operative Mehraufwand nachgewiesen werden. 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 werden. Soweit Röntgenaufnahmen der 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 sei. 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 Auszeichnungen 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. Ferner nahm sie zu den einzelnen Behandlungsfällen Stellung.

Hiergegen hat die Klägerin am 01.08.2011 die Klage erhoben. Sie verweist auf ihr Vorbringen im Widerspruchsverfahren. Weiter führt sie aus, es sei unzutreffend, dass ein chirurgischer Mehraufwand bei der Nr. 47a BEMA nur aus einer prächirurgischen Röntgenaufnahme ergeben könne, dieser könne sich ebenso gut aus der pathohistologischen Untersuchung ergeben. Die Größenangaben für die Anerkennung der Leistungen im Hinblick auf die Zyste entbehrten jeglicher Grundlage.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid vom 08.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.07.2011 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden. Hinsichtlich des Vortrags der Klägerin zu Nr. 47a BEMA sowie zu den Zysten verweist sie auf das Urteil der Kammer vom 03.06.2009 - [S 12 KA 520/08](#) -.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragszahnärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragszahnärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 S. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 08.11.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.07.2011 ist, soweit die Klägerin noch beschwert ist, rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klage war abzuweisen.

Die Beklagte war zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz](#) haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertrags(zahn)ärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertrags(zahn)ärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertrags(zahn)ärzte fest; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Es obliegt deshalb nach [§ 19 BMV-Z](#) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.1995 - [6 RKa 30/94](#) - [SozR 3-5525 § 32 Nr. 1](#) = [NZS 1996, 134](#) = [Breith 1996, 280](#) = [USK 95120](#), juris Rdnr. 12; BSG, Urt. v. 28.04.2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 5](#), juris Rdnr. 15; BSG, Urt. v. 30.06.2004 - [B 6 KA 34/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 11](#) = [BSGE 93, 69](#) = [SGB 2004, 474](#) = [GesR 2004, 522](#) = [MedR 2005, 52](#) = [NZS 2005, 549](#), juris Rdnr. 17) bzw. [§ 12 Abs. 1 Satz 1 EKV-Z](#) (vgl. BSG, Urt. v. 13.05.1998 - [B 6 KA 34/97 R](#) - [SozR 3-5555 § 10 Nr. 1](#) = [USK 98155](#), juris Rdnr. 13; BSG, Urt. v. 28.04.2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) - aaO.; BSG, Urt. v. 30.06.2004 - [B 6 KA 34/03 R](#) - aaO.).

Zum Zeitpunkt des Zugangs des angefochtenen Bescheids war die Ausschlussfrist von vier Jahren noch nicht verstrichen.

Für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen gilt eine vierjährige Ausschlussfrist, innerhalb derer der Richtigstellungsbescheid der K(Z)ÄV dem Betroffenen bekannt gegeben werden muss. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Richtigstellung auf der Rechtsgrundlage der bundesmantelvertraglichen Richtigstellungsvorschriften ausgeschlossen. Sie ist dann nur noch nach Maßgabe der Vertrauensauschlussstatbestände des [§ 45 \(Abs. 2 i.V.m. Abs. 4 Satz 1\) SGB X](#) möglich (vgl. BSG, Urt. v. 06.09.2006 - [B 6 KA 40/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 15](#) = [BSGE 97, 84](#) = [GesR 2007, 174](#) = [USK 2006-114](#), juris Rdnr. 12).

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

Materiell-rechtlich streiten die Beteiligten im Wesentlichen um drei Komplexe, die sich in den Einzelfällen wiederholen, nämlich die Absetzung von Röntgenleistungen, die Beanstandung von Zahnentfernungen und die damit verbundene Umwandlung höherer in niedriger bewertete Leistungen und die Beanstandung von Zystektomien.

Die Kammer hat hierzu bereits im die Beteiligten betreffenden Urteil vom 03.06.2009 [S 12 KA 520/08](#) - bzgl. einer sachlich-rechnerischen Berichtigung für das Quartal I/02 in noch 116 Fällen in Höhe von 15.634,20 EUR - das Berufungsverfahren zum Az.: [L 4 KA 53/09](#) wurde am 21.09.2011 durch Vergleich vor dem LSG Hessen beendet - folgendes ausgeführt:

"Die Beklagte hat Röntgenleistungen abgesetzt, weil die Klägerin Röntgenaufnahmen nicht vorgelegt hat bzw. - in den Fällen Nr. 24 und 134 - weil die Aufnahmen unbrauchbar waren. Die Klägerin hat hierzu erklärt, Röntgenaufnahmen würden oftmals an Patienten oder Fremdbehandler ausgeliehen und seien insofern häufig nicht greifbar. Ihr Fehlen sei kein Indiz dafür, dass kein Röntgenbild angefertigt worden sei. In der Begründung zu den Einzelabsetzungen hat sie lapidar in allen Fällen erklärt, es sei nicht zumutbar, dass Patienten das Röntgenbild nicht mitgegeben werden könne zur Weiterbehandlung bzw. das Röntgenbild befinde sich bei dem Hauszahnarzt. Zur Qualität der Bilder in den Fällen Nr. 24 und 134 hat die Klägerin sich nicht geäußert.

Soweit die Klägerin die Röntgenaufnahmen nicht vorgelegt und deren Verbleib nicht nachgewiesen hat, trifft die Auffassung der Beklagten zu und fehlt es an einem Nachweis für die Erbringung der Röntgenleistungen.

Nach [§ 5 Abs. 2 BMV-Z](#) ist der Vertragszahnarzt verpflichtet, seine Aufzeichnungen mindestens drei Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist für Röntgenaufnahmen richtet sich nach der Röntgenverordnung. Eine längere Aufbewahrung ist darüber hinaus geboten, wenn sie nach medizinischen Erfordernissen angezeigt ist. Nach [§ 7 Abs. 3 EKV-Z](#) sind die zahnärztlichen Aufzeichnungen und sonstigen Behandlungsunterlagen vier Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Aufbewahrungsfristen vorgeschrieben sind. Nach [§ 28 Abs. 3 \(Aufzeichnungspflichten, Röntgenpass\)](#) der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung - RöV), neugefasst durch Bekanntmachung v. 30.04.2003, [BGBl. I S. 604](#); Geltung ab 01.01.1988 sind die Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen 30 Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren. Röntgenbilder und die Aufzeichnungen nach Absatz 1 Satz 2 über Röntgenuntersuchungen sind zehn Jahre lang nach der letzten Untersuchung aufzubewahren.

Die Kammer folgert hieraus, dass die Aufbewahrungspflicht allein den Vertragszahnarzt trifft. Gibt er die Bilder weg, so ist er hierüber nachweispflichtig. Dies gilt auch für die Aushändigung an Patienten.

Soweit die Röntgenaufnahmen mangelhaft sind, gehören zur sachlich-rechnerischen Berichtigung auch Maßnahmen der Qualitätssicherung. Stellt die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen fest, dass die Qualität der Leistung nicht den fachlichen Anforderungen genügt oder ergeben eingeleitete Maßnahmen der Qualitätssicherung konkrete Hinweise auf erhebliche Mängel von Röntgen-Leistungen und der Kassen- bzw. Vertragsarzt verhindert, dass die zuständigen Kommissionen für Radiologie nach objektiven Auswahlkriterien eine Überprüfung vornehmen, steht der Kassenärztlichen Vereinigung das Recht zu, die Bezahlung sämtlicher geltend gemachter Röntgen-Honorare im Wege der sachlichen und rechnerischen Berichtigung aus der Abrechnung herauszunehmen (Vgl. LSG Hessen, Urt. v. 24.03.1993 - [L-7/Ka-510/91](#) -).

Von daher war die Beklagte auch zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung hinsichtlich der mangelhaften Bilder. Als K(Z)V ist die

Beklagte nach [§ 136 Abs. 2 SGB V](#) auch berechtigt zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Danach prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben (vgl. SG Frankfurt a. M., Urt. v. 08.10.2003 - S 27 KA 3134/02 -). Die Röntgenleistungen in den Fällen Nr. 24 und 134 waren mangelhaft, was die Klägerin nicht bestritten hat. Sie sind daher zu Recht abgesetzt worden.

Die Beklagte hat 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 fehlt es an einem Nachweis.

Die Kammer geht dabei davon aus, dass ein Nachweis durch die Abrechnung des Vertragszahnarztes in Verbindung mit einem Röntgenbild ausreichend ist. Anhand eines Röntgenbildes kann im Regelfall festgestellt werden, ob der Zahn so gelegen ist, dass eine Osteotomie vorgenommen werden muss. Am Röntgenbild wird erkennbar, ob eine Hebelextraktion möglich ist. Immer dann, wenn die Indikation anhand des Röntgenbilds nicht ganz eindeutig ist, so dass die Vornahme einer Osteotomie für einen zahnärztlichen Betrachter ohne Weiteres nachvollziehbar ist, kann der Nachweis durch weitere Aufzeichnungen des Vertragszahnarztes, insbesondere einen OP-Bericht erbracht werden. Aus diesen zeitnah zu erstellenden Unterlagen muss wiederum 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" reichen für den Nachweis einer Osteotomie nicht aus. Frakturiert z. B. der Zahn wider Erwarten, so sind die Hebelversuche und der weitere Verlauf kurz darzustellen. Ist der Zahn entgegen der Aussage des Röntgenbildes so beschaffen, dass eine Hebelextraktion nicht möglich ist, so ist die Zahnbeschaffenheit kurz darzustellen. Ist die Retinierung eines Zahnes nicht eindeutig im Röntgenbild zu erkennen, so bedarf es für den Nachweis des Leistungsinhalts gleichfalls weiterer Darlegungen. Durch diese Anforderungen wird nicht entgegen den Leistungslegenden ein "Mehraufwand" verlangt, sondern der Vertragszahnarzt bleibt 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 einschl. Wundversorgung) oder 44 (X2) (Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes einschl. Wundversorgung) mit 10 bzw. 15 Punkten, der Entfernung eines tieffrakturierten Zahnes einschl. Wundversorgung nach Nr. 45 (X3) mit 40 Punkten, der Hemisektion u. Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes nach Nr. 47b (Hem) mit 72 Punkten und den Osteotomien mit 58, 72 bzw. 78 Punkten muss der Beklagten eine Überprüfung der tatsächlichen Leistungserbringung möglich sein. Entscheidend ist nicht die Ausführlichkeit der Darlegungen, sondern die Nachvollziehbarkeit des Berichts für einen anderen Zahnmediziner. Pauschalierende Begründungen sind unzureichend. Insofern ist seitens der Klägerin in der mündlichen Verhandlung zutreffend darauf hingewiesen worden, es komme immer auf den Einzelfall an. Damit werden an die Beweislast eines Vertragszahnarztes geringere Anforderungen als die Erbringung eines Vollbeweises gestellt, als ein Nachweis wesentlich durch Plausibilität des zahnmedizinischen Befundes und der Schilderung der vorgefundenen Zahnsituation geführt werden kann.

Die Klägerin hat zur Klagebegründung, auch in den Einzelfällen, lapidar darauf verwiesen, der OP-Bericht reiche zur Dokumentation des Leistungsinhaltes aus. Die OP-Berichte genügen aber nicht den genannten Anforderungen. Soweit bereits kein Röntgenbild vorlag, kann 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 wird dies auch seitens der Klägerin nicht behauptet.

In den OP-Berichten wird 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 z. T. 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, werden die unterschiedlichen Gründe nicht nach den einzelnen Zähnen unterschieden und werden die näheren Umstände für einen Zahnmediziner nicht ersichtlich und damit die Leistungserbringung nicht nachvollziehbar. Die Kammer hat dies mit den Beteiligten im Einzelnen anhand der Behandlungsfälle 98, 115, 140, 145 und 166 in der mündlichen Verhandlung erörtert.

Die Beklagte hat 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) beinhaltet die Operation einer Zyste durch Zystektomie, die mit 72 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 56b (Zy2) beinhaltet die Operation einer Zyste durch orale Zystektomie und die mit 48 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 56c (Zy3) beinhaltet die Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion. Das Entfernen von Granulationsgewebe und kleinen Zysten ist nicht nach Nr. 56 abrechnungsfähig.

Voraussetzung zur Berechnung der Leistungen nach Nr. 56 muss eine im Röntgenbild diagnostizierbare Zyste und ein zusätzlicher, nach Art und Inhalt einer Zystenoperation entsprechender chirurgischer Aufwand sein. 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 kann, kommt es in diesen seltenen Ausnahmefällen entscheidend auf den klinischen Befund, also auf den Zustand, wie ihn nur der Operateur sieht, an. Dabei kann 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 sind vom Vertragszahnarzt nachzuweisen, da er einen Anspruch geltend macht. In der Regel genügt er diesen Voraussetzungen durch Einreichung der Behandlungsausweise. Komme es aber zu Beanstandungen, so hat er im Einzelfall die Voraussetzungen unter Tragen des Beweislastrisikos nachzuweisen. Die Kammer erkennt 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 kann 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. Dem Beweisnotstand kann durch einen detaillierten klinischen Befund abgeholfen werden, der nur dann zu erstellen ist, wenn nicht schon aufgrund der Röntgenbefunde die Voraussetzungen der Nr. 56 nachgewiesen werden können (vgl. Urt. der Kammer v. 07.12.2005 - S 12 KA 22/05 -; LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 24.02.2000 - L 5 KA 50/97 -, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v.

13.12.2000 - [B 6 KA 28/00 B](#) -; LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 19.04.2002 - [L 6 KA 34/99](#) -; LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.06.2006 - [L 4 KA 20/05](#) -; SG Frankfurt am Main, Urt. v. 30.08.1995 - S-27/KA-1670/95 -; v. 11.02.2004 - S 27 KA 1076/03 -; SG Gotha, Urt. v. 13.02.2008 - [S 7 KA 4379/06](#) - und - [S 7 KA 2743/05](#) -, www.zahn-forum.de/zf/urteile/juris; SG Mainz, Urt. v. 06.09.2006 - S 2 KA 108/04 -).

Der röntgenologische Befund reichte in allen Absetzungen nicht aus. Die Klägerin hat 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."

Hieran hält die Kammer nach neuerlicher Prüfung fest.

Die Klägerin hat ihre Klage nur knapp begründet. Ihr Hinweis auf die Widerspruchsbegründung geht ins Leere, da der Widerspruch nicht begründet worden war. Ihr Vortrag zu Nr. 47a BEMA sowie zu den Zysten war bereits Gegenstand des Urteils der Kammer vom 03.06.2009 - [S 12 KA 520/08](#) -. Aus den genannten Urteilsgründen war dem nicht zu folgen.

Im Übrigen wird weiter zu den Einzelfällen auf die Begründung des angefochtenen Widerspruchbescheides verwiesen, der die Kammer folgt ([§ 236 Abs. 4 SGG](#)).

Nach allem war die Klage insgesamt abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-11