

## S 12 KA 137/11

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 137/11

Datum

20.06.2012

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 40/12

Datum

21.04.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Bei einer reinen Anfechtungsklage ist für die Prüfung der Rechtmäßigkeit des angegriffenen Verwaltungsaktes grundsätzlich die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung zugrunde zu legen (vgl. zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung BSG, Urt. v. 13.03.1991 - [6 RKa 35/89](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 2](#) = [MedR 1992, 58](#) = USK 91111, juris Rdnr. 14; ebs. zum Sonderfall der Plausibilitätsprüfung BSG, Urt. v. 26.01.1994 - [6 RKa 29/91](#) - [SozR 3-1300 § 45 Nr. 21](#) = [BSGE 74, 44](#) = USK 94153, juris Rdnr. 15).
  2. Die vollständige Leistungserbringung ist grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen. In Zweifelsfällen kann sie in einem Verwaltungsverfahren nachgereicht werden. Im Gerichtsverfahren kann die Dokumentation weder nachgereicht noch ergänzt werden. Insofern ist auch die Amtsermittlungspflicht beschränkt. Die Amtsermittlungspflicht gilt nur für die Frage, in welchem Umfang im Verwaltungsverfahren Unterlagen vorgelegt wurden und ob diese zum Nachweis der Leistungserbringung ausreichend waren (Festhalten an SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 - [S 12 KA 768/09](#) - Berufung anhängig, LSG Hessen [L 4 KA 60/10](#) -).
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 I/05 in noch 118 Behandlungsfällen in Höhe von 26.066,15 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 in Hessen beschloss in der Sitzung am 29.06.2006, hinsichtlich der konservierend-chirurgischen Abrechnung der Quartale I bis IV/05 den Vorgang an die Beklagte zur sachlich-rechnerischen Berichtigung zu verweisen.

Die Beklagte bat die Klägerin unter Datum vom 28.11.2008 um Übersendung der Behandlungsunterlagen für alle in einer Anlage aufgeführten 127 Behandlungsfälle aus dem Quartal I/05 und 141 Behandlungsfälle aus dem Quartal II/05. Die Beklagte erinnerte die Klägerin unter Datum vom 19.01.2009 an die Übersendung der erbetenen Unterlagen und setzte hierfür eine Frist bis zum 30.01.2009. Für das Quartal II/05 setzte sie die Frist bis zum 23.02.2009.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 25.06.2009 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, da die Behandlungsunterlagen ihr 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 25.06.2009 für das Quartal III/04 im Behandlungsfall L. einen Betrag von 323,82 EUR für das Quartal III/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 25.06.2009 im Behandlungsfall J. 232,93 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 27.07.2009 Widerspruch ein.

Auf Anforderung der Klägerin übersandte die Beklagte nochmals die Patientenlisten.

Die Klägerin teilte unter Datum vom 13.08.2009 mit, sie habe seinerzeit die Patientenlisten für die Quartale I und II/05 nicht erreicht. Aus diesem Grund sei sie zurzeit dabei, die Angelegenheit nachzuarbeiten. Für das Quartal II/05 werde sie die Unterlagen bis zum 14.08.2009 einreichen, am 17.08.2009 die Unterlagen für das Quartal III/05 und bis zum 24.08.2009 die Unterlagen für das Quartal I/05, und dann bis zum 04.09.2009 die Unterlagen für das Quartal IV/05. Es sei erforderlich, mehrere hundert Krankenakten durchzuschauen und hunderte OP-Protokolle nach vorliegenden Diktaten schreiben zu lassen.

Mit Schreiben vom 24.08.2009 übersandte die Klägerin an die Beklagte drei Ordner mit Unterlagen.

Die Beklagte half dem Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 20.01.2011 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. Die Aufwendungen für das Widerspruchsverfahren waren nicht zu erstatten. Der Widerspruchsbescheid wurde dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 24.01.2011 zugestellt. Zur Begründung führte sie aus, die Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Abrechnung einer Gebührenposition seien vom Vertragszahnarzt nachzuweisen. Da ihr bis zum 25.06.2009 trotz Fristverlängerungen die Unterlagen nicht vorgelegt worden seien, habe sie den Bescheid vom 25.06.2009 unter Berücksichtigung fehlender 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 verweise 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 (Pla0) (Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit Osteotomie) und 56a-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 Karteikartenausügen seien sieben Karteikartenausüge 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 aufgeführt. 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 06.08.2004 bis 03.01.2005 sei bereits im Bescheid vom 19.02.2008 (III/04) vorgenommen worden. In den zwei Behandlungsfällen Nr. 49 und 100 liege keine Dokumentation vor, so dass die abgerechneten Leistungen komplett abgesetzt worden seien. In den Behandlungsfällen Nr. 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 16.02.2011 die Klage erhoben. Sie trägt vor, in der Vergangenheit habe eine Verwaltungsübung bei der Beklagten bestanden, vor sachlich-rechnerischer Berichtigung von Leistungen, die sich nicht zwangsweise aus einer handschriftlich geführten Dokumentation oder aus einer elektronischen Dokumentation ergäben wie z. B. Besuche, Wegegeld, die Dauer und Begründung für Infusionsziffern 8272, 8271, 8252 und 38 BEMA darauf hinzuweisen, auch die diesbezüglichen Unterlagen (z. B. Briefe an den Hausarzt) mit zu übersenden. Das sei hier nicht geschehen, so dass ursprünglich die diesbezüglichen Unterlagen nicht mit übersandt worden seien, weil die Beklagte offensichtlich entgegen der bisher bestehenden Verwaltungsübung hierauf keinen Wert gelegt habe. Dann könnten diese Leistungen aber nicht sachlich-rechnerisch berichtigt werden. Sie sei insoweit überrascht worden. 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. Dies könne ihr nicht zur Last gelegt werden. Darüber hinaus sei die Durchführung von Röntgenaufnahmen allein mit dem Ziel der Leistungsdokumentation nicht mit der Röntgenverordnung zu vereinbaren. In der Anlage übersende sie die Dokumentation der Hausbesuche mit Wegegeld, Nr. 38 BEMA, Infusionsleistungen, Briefe an den Hausarzt sowie unzutreffende Wertungen der Beklagten im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung. Die Beklagte habe zunächst von den eingereichten Abrechnungsunterlagen auszugehen und könne nur zusätzliche, darin noch nicht enthaltene weitere Informationen anfordern. Offenbar stelle die Beklagte nicht auf die bereits eingereichten Behandlungsunterlagen ab, sondern nur auf die zusätzlich angeforderten Unterlagen. Soweit die Beklagte ihre Anforderungen ändere, die in der Regel nicht in den Leistungslegenden enthalten seien, müsse sie dies zuvor ankündigen und die Rechtsgrundlage für die Dokumentation darlegen. Die Beklagte habe von der Richtigkeit der zahnärztlichen Dokumentation auszugehen und könne nur in Zweifelsfällen nachfragen. Es gelte der

Amtsermittlungsgrundsatz. Nach Auffassung des LSG Darmstadt ([L 4 KA 53/09](#)) sei selbst in der Berufungsinstanz im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung über jede einzelne Leistung zu prüfen. Daneben fielen allgemein Begründungen auf, die nicht den jeweiligen Einzelfall in adäquater Art und Weise darstellten. Dies legte die Klägerin in 13 Beispielen weiter dar. Ferner nahm sie zu den einzelnen Behandlungsfällen und den Beanstandungen Stellung. Hierzu wird auf den Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 23.09.2011 verwiesen. Weiter führte sie aus, es sei falsch, dass die Dokumentation der Behandlungsschritte nicht durch BEMA-Kürzel wiedergegeben werden könne. Ferner nahm sie mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 15.02.2012, 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 Klägerin beantragt,  
die Bescheide vom 25.06.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.01.2011 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie führt nochmals die Geschichte der Anforderung der Behandlungsunterlagen an. Zum ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht nach Nr. 7750 GOÄ führt sie aus, bei den nachgelieferten Behandlungsunterlagen vom 16.06.2011 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 den übrigen Behandlungsfällen läge die Dokumentation über den Nachweis der Leistung nach Nr. 7750 GOÄ zwar vor, allerdings seien die nachgelieferten Unterlagen nicht mehr zu berücksichtigen. Der erforderliche Nachweis sei im laufenden Verwaltungsverfahren zu erbringen. Eine Nachholung im abschließenden Gerichtsverfahren scheide aus. Hierzu führte sie 25 Behandlungsfälle auf. In vier Behandlungsfällen habe die Klägerin die Absetzung anerkannt. Zu den Behandlungsunterlagen führte sie aus, dass die im Nachgang gelieferten elektronischen Karteikartenauszüge vom 16.06.2011 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, hierzu wird auf ihren Schriftsatz vom 23.08.2011 verwiesen. Weiter führte sie aus, die Grundlagen der Dokumentationspflicht seien nicht erfüllt worden. Dies hat sie im Schriftsatz vom 27.12.2011 im Einzelnen erläutert, worauf ebenfalls verwiesen wird. Hinsichtlich des Vorwurfs der allgemeinen Begründungen verweist sie im Einzelnen auf ihre Widerspruchsbegründung. Weiter führte sie aus, dass die Widerspruchsbegründungen zu den Einzelfällen stereotyp aufgeführt seien. Vor diesem Hintergrund werde sie zu den streitbefangenen Abrechnungsleistungen Stellung nehmen, die entsprechend den Einzelfällen zugeordnet seien. Die stereotypen Widerspruchsbegründungen zu den Leistungen nach Nrn. 10 (ÜZ), 12 (bMF), 25 (ZP), 49 (Exz1) und 105 (Mu) seien irreführend, da diese nicht zum Tragen kämen. Ferner nahm sie zu den einzelnen Leistungen in einer tabellarischen Übersicht Stellung.

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 Klage ist zulässig unbegründet. Streitgegenstand des Verfahrens ist neben dem umfangreichen Ausgangsbescheid vom 25.06.2009 auch der weitere Bescheid vom 25.06.2009 bezüglich des Patienten X ... Insofern ist der Klageantrag des Prozessbevollmächtigten in diesem Sinn auszulegen. Im Ergänzungsbescheid vom 25.06.2009 bezüglich des Patienten X. hat die Beklagte die Wurzelbehandlungsmaßnahme, die für die Quartale I/05 und II/05 bereits Gegenstand des umfangreichen Ausgangsbescheides vom 25.06.2009 ist, auch im Quartal III/05, in dem sie fortgesetzt wurde, berichtigt. Alle Berichtigungen werden dann auch im angefochtenen Widerspruchsbescheid als Behandlungsfall Nr. 30 abgehandelt. Der weitere Ergänzungsbescheid vom 25.06.2009 bezüglich der Patientin L. wird im angefochtenen Widerspruchsbescheid als Behandlungsfall Nr. 77 ebf. mit abgehandelt, es wird aber insgesamt von einer Berichtigung in diesem Behandlungsfall abgesehen. Damit ist hinsichtlich des weiteren Ergänzungsbescheides vom 25.06.2009 bezüglich der Patientin L. Erledigung bereits vor Klageerhebung eingetreten.

Die Klage ist aber unbegründet. Die beiden Bescheide der Beklagten vom 25.06.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.01.2011 sind, soweit die Klägerin noch beschwert ist, rechtmäßig und waren 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.).

Bei den Absetzungen handelt sich auch um sachlich-rechnerische Berichtigungen.

Während die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß [§ 106 SGB V](#) bei der Menge der erbrachten Leistungen ansetzt, erstreckt sich die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - also ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind. Solche Verstöße können zum Beispiel darin liegen, dass die Leistungen überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden sind (vgl. BSG, Urt. v. 01.07.1998 - [B 6 KA 48/97 R](#) - [BSG SozR 3-2500 § 75 Nr. 10](#) S 43 = [Breith 1999, 659](#) = [USK 98163](#), juris Rdnr. 15 m. w. N.). Eine K(Z)V darf im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung vom Arzt in Ansatz gebrachte Leistungen in vollem Umfang streichen, wenn deren Voraussetzungen erweislich nicht vorliegen oder ihr Vorliegen sich im Einzelfall nicht nachweisen lässt. Diese Berechtigung besteht unabhängig davon, ob die Nichterfüllung der Leistungslegende nur in Einzelfällen oder in vielen Fällen im Streit ist. Während bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung allein an die Menge ärztlicher oder ärztlich veranlasseter Leistungen angeknüpft wird, die in grundsätzlicher Übereinstimmung mit den gesetzlichen und/oder vertraglichen Bestimmungen erbracht worden sind, bezieht sich die Prüfung der Abrechnung seitens der KV auf Rechenfehler und die Einhaltung der tatbestandlich umschriebenen Voraussetzungen einer Position der Gebührenordnung und der sie flankierenden Regelungen. Dieses bedingt bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Zurückführung der überhöht erbrachten Leistungen ggf. auf Durchschnittswerte, während für nicht in Einklang mit den Vergütungsnormen erbrachte Leistungen unabhängig von ihrer Menge - kein Vergütungsanspruch besteht. Ergeben sich in einzelnen Behandlungsfällen begründete Zweifel daran, dass der Tatbestand einer Gebührenordnungsposition erfüllt ist, weil der abrechnende Vertragsarzt den Inhalt der Leistungslegende verkannt hat, obliegt es auch dem betroffenen Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche Angaben mitzuwirken. Da ihn als Anspruchssteller grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch trifft, liegt eine derartige Mitwirkung in seinem eigenen Interesse. Den KVen ist es nicht untersagt, anhand von Einzelfällen zu prüfen, worauf etwa ein als implausibel bewerteter Anstieg der Ansatzhäufigkeit einer bestimmten EBM-Ä-Position beruht und darauf ggf. mit einer Korrektur der Abrechnung zu reagieren (vgl. BSG, Beschl. v. 06.09.2000 - [B 6 KA 17/00 B](#) - juris Rdnr. 8).

Nach der Rechtsprechung des BSG ist ferner anerkannt, dass die K(Z)Ven ärztliche Leistungen nicht honorieren müssen, die der Vertragsarzt nicht hat erbringen dürfen, weil sie nicht Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind. Eine Leistungspflicht der GKV besteht nicht bei solchen Leistungen, die sich im konkreten Behandlungszusammenhang in offenkundigem Widerspruch zum Stand der medizinischen Wissenschaft befinden oder erkennbar ohne jeden Nutzen erbracht worden sind. Ist bei vertragsarztrechtlich an sich zulässigen Leistungen diese Evidenzschwelle nicht erreicht, kommt aus kompetenzrechtlichen Gründen nur die Untersuchung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise durch die zuständigen Prüfgremien in Betracht (vgl. BSG, Urt. v. 05.02.2003 - [B 6 KA 15/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 95 Nr. 1](#) = [MedR 2003, 591](#) = [Breith 2003, 704](#) = [USK 2003-125](#), juris Rdnr. 19; BSG, Urt. v. 20.03.1996 - [6 RKA 85/95](#) - [SozR 3-5533 Nr. 3512 Nr. 1](#) = [NZS 1997, 44](#) = [SGB 1997, 229](#) = [MedR 1997, 187](#) = [USK 9696](#), juris Rdnr. 14; jurisPK-Clemens, [§ 106a](#), Rdnr. 38; s.a. BSG, Beschl. v. 17.03.2010 - [B 6 KA 23/09 B](#) -, juris Rdnr. 11).

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).

Eine ausreichende Anhörung ist erfolgt. Dem Erfordernis der Anhörung wird bereits durch Übersendung einer Liste mit den strittigen Behandlungsfällen erfüllt. Vor Erlass des Widerspruchsbescheids muss keine weitere Anhörung unter Hinweis auf die korrigierten bzw. nunmehr differenzierten Absetzungen erfolgen, auch soweit zunächst im Ausgangsbescheid eine Komplettabsetzung erfolgt ist. Soweit die Klägerin vorträgt, die Liste nicht erhalten zu haben, wird jedenfalls eine Anhörung durch die Widerspruchsmöglichkeit gegen den Ausgangsbescheid nachgeholt. Im Übrigen hat sich die Beklagte auch im Gerichtsverfahren mit den Einlassungen der Klägerin auseinandergesetzt.

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

Soweit der Prozessbevollmächtigte der Klägerin für diese in der mündlichen Verhandlung die Auffassung vertreten hat, es sei rechtswidrig, dass in dem Fall, in dem in der Betreffzeile des Quartal I/05 angegeben wird, Leistungen in anderen Quartalen berichtigt würden, war dem nicht zu folgen. Maßgeblich ist allein die Berichtigung im konkreten Behandlungsfall. Einen Vertrauenstatbestand dahingehend, dass jeweils nur bestimmte Quartale berücksichtigt werden, hat die Beklagte nicht gesetzt und wird von der Klägerin auch nicht behauptet. Die Kammer konnte auch bereits in der mündlichen Verhandlung klären, 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. Im Übrigen hat die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass dieses Problem nur im Bereich des Wurzelbehandlungskomplexes auftaucht, da es keinen Sinn macht, diesen Komplex nur quartalsbezogen zu prüfen, wenn die Behandlung über ein oder mehrere Quartale hinaus erfolgt ist.

Die Klägerin hat 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, sind grundsätzlich nicht mehr zu beachten.

Bei einer reinen Anfechtungsklage ist für die Prüfung der Rechtmäßigkeit des angegriffenen Verwaltungsaktes grundsätzlich die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung zugrunde zu legen (vgl. zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung BSG, Urt. v. 13.03.1991 - [6 RKA 35/89](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 2](#) = [MedR 1992, 58](#) = USK 91111, juris Rdnr. 14; ebs. zum Sonderfall der Plausibilitätsprüfung BSG, Urt. v. 26.01.1994 - [6 RKA 29/91](#) - [SozR 3-1300 § 45 Nr. 21](#) = [BSGE 74, 44](#) = USK 94153, juris Rdnr. 15).

Die Kammer hat ferner bereits im die Beteiligten betreffenden Urteil vom 07.07.2010 S [12 KA 768/09](#) - Berufung anhängig, LSG Hessen zum Az.: [L 4 KA 60/10](#) - folgendes ausgeführt (s. a. Urteil der Kammer vom 07.07.2010 - [S 12 KA 440/10](#) -, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch LSG Hessen, Beschl. v. 10.11.2011 - [L 4 KA 63/10](#) NZB -):

"Sind von einem Zahnarzt abgerechnete Leistungen aus den Krankenblättern nicht ersichtlich, so ist zunächst davon auszugehen, dass er diese Leistungen tatsächlich nicht erbracht hat. Es obliegt dann dem Zahnarzt, die Erbringung der von ihm abgerechneten Leistungen nachzuweisen. Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung ist gerechtfertigt, wenn die gebührenordnungsgemäßen Leistungen und Abrechnungsvoraussetzungen nicht eingehalten worden sind, die Behandlungsdokumentation Vollständigkeit vermissen lässt und Richtlinienverstöße vorliegen, die im Hinblick auf die Qualitätssicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung zu beachten und einzuhalten sind (so LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 - [L 3 KA 510/02](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 25).

Soweit die Beklagte daher Zweifel an einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung hat, hat sie einen Vertragszahnarzt hierzu anzuhören und ihn aufzufordern, einen vollständigen Beweis für die Leistungserbringung zu führen. Maßgeblich sind dann die im Verwaltungsverfahren vorgelegten Urkunden oder sonstigen Nachweise. Die vom Vertragszahnarzt geführte Dokumentation nebst weiteren technischen Aufzeichnungen kann allein vom Vertragszahnarzt vorgelegt werden.

Die vollständige Leistungserbringung ist grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen. In Zweifelsfällen kann sie in einem Verwaltungsverfahren nachgereicht werden. Im Gerichtsverfahren kann die Dokumentation weder nachgereicht noch ergänzt werden. Insofern ist auch die Amtsermittlungspflicht beschränkt. Die Amtsermittlungspflicht gilt nur für die Frage, in welchem Umfang im Verwaltungsverfahren Unterlagen vorgelegt wurden und ob diese zum Nachweis der Leistungserbringung ausreichend waren.

Die vollständige Leistungserbringung ist grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen (vgl. SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 - [S 12 KA 521/08](#) - juris Rdnr. 27, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 50/09](#) -). Ein Vertragszahnarzt ist in zeitlicher Hinsicht darauf beschränkt, seiner Nachweispflicht bis zur Entscheidung der Beklagten als Widerspruchsbehörde nachzukommen. Dies beruht letztlich darauf, dass die Kenntnis solcher möglicherweise entscheidungserheblichen Tatsachen allein in der Sphäre des Vertragszahnarztes liegt, soweit sie nicht offenkundig sind und von Amts wegen erkannt werden können. Bei Zweifeln an der ordnungsgemäßen Leistungserbringung wird der Vertragszahnarzt wieder auf die ursprüngliche Position eines Leistungserbringers zurückgeworfen, auch die ordnungsgemäße Erbringung seiner Leistungen nachzuweisen. Es handelt sich hierbei um ein bloßes Tatsachenvorbringen. Wie im allgemeinen Wirtschaftsleben muss dann der Vertragszahnarzt nachweisen, dass er die Leistung erbracht hat (vgl. bereits zur Wirtschaftlichkeitsprüfung SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 - [S 12 KA 137/09](#) - juris Rdnr. 73 (Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 99/09](#) -; zum verspäteten Vorbringen in einem Disziplinarverfahren SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 - [S 12 KA 137/09](#) - AZR 2007, 108, juris Rdnr. 43)."

Ausgehend von diesen Grundsätzen (s.a. SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 - [S 12 KA 325/09](#) -) kommt es nicht darauf an, welchen neuen Sachvortrag die Klägerin im gerichtlichen Verfahren vorgelegt hat - so verweist die Klägerin z. B. im Behandlungsfall Nr. 49 auf den nachgereichten Karteikartenausdruck - oder welche fehlenden Unterlagen, insb. Röntgenbilder sie nachgereicht hat. Dies gilt auch für den Fall einer Komplettabsetzung im Ausgangsverfahren wegen fehlender Einreichung von Unterlagen.

Im Übrigen ist aber auch der Vortrag im gerichtlichen Verfahren nicht geeignet, einen Nachweis für die abgesetzten Leistungen zu erbringen.

Generell weist die Beklagte auf eine unzureichende Dokumentation und damit einen unzureichenden Nachweis auch in einer Vielzahl der Einzelbeanstandungen hin, was von der Klägerin aber durchweg bestritten wird, abgesehen von den wenigen Fällen, in denen sie die Berichtigung akzeptiert hat. Die Kammer sieht sich daher veranlasst, auf die rechtliche Bedeutung einer Dokumentation hinzuweisen (s. bereits Urteile der Kammer v. 06.04.2011 - [S 12 KA 831/10](#) -, Berufung anhängig LSG Hessen zum Az.: [L 4 KA 37/11](#); v. 07.07.2010 - [S 12 KA 325/09](#) -).

Grundsätzlich ist für die Erbringung einer zahnärztlichen Leistung der Vertragszahnarzt als Leistungserbringer nachweispflichtig. Im vertragszahnärztlichen Leistungssystem reicht hierfür im Regelfall der Nachweis durch die Angaben des Vertragszahnarztes auf dem Behandlungsausweis aus. Bestehen allerdings Zweifel an der ordnungsgemäßen und/oder vollständigen Erbringung der Leistung, so ist der Vertragszahnarzt wiederum nachweispflichtig. Ein Mittel für den Nachweis der Leistungserbringung sind seine Aufzeichnungen in der Karteikarte, die auch elektronisch geführt werden kann, oder die angefertigten technischen Aufzeichnungen wie z. B. Röntgenbilder.

Der Zahnarzt ist bereits nach berufsrechtlichen Regelungen grundsätzlich verpflichtet, Befunde und Behandlungsmaßnahmen chronologisch und für jeden Patienten getrennt zu dokumentieren (zahnärztliche Dokumentation) und mindestens zehn Jahre aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften andere Aufbewahrungspflichten bestehen (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Berufsordnung der Landes Zahnärztekammer Hessen v. 04.06.2005, zit. nach [www.lzkh.de/S002DABE8-0062292A.0/BO LZKH neu.pdf](#), im Folgenden: BO).

Die (zahn)ärztliche Dokumentationspflicht dient der Sicherstellung wesentlicher medizinischer Daten und Fakten für den Behandlungsverlauf. Eine Dokumentation, die aus medizinischer Sicht nicht erforderlich ist, ist nach Haftungsgrundsätzen auch aus Rechtsgründen nicht geboten (vgl. BGH, Urt. v. 06.07.1999 - [VI ZR 290/98](#) - [NJW 1999, 3408](#) = [VersR 1999, 1282](#), juris Rdnr. 13). Soweit die (zahn)ärztliche Dokumentation primär dem therapeutischen Interesse des Patienten und der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Behandlung bzw. Behandlungsführung hinsichtlich der Diagnose und Therapie dient, so bezweckt sie auch die Information sowohl des behandelnden (Zahn-)Arztes, als auch dessen Vertreters im Verhinderungsfall, ebenso sonstiger (Zahn-)Ärzte oder des Pflegepersonals. Für alle kann die Kenntnis vom Zustand des Patienten, der erstellten Diagnose, dem Verlauf der Behandlung und den durchgeführten oder anstehenden Maßnahmen und Medikation relevant sein, um eine fachgerechte Behandlung des Patienten sicherzustellen. Zu dokumentieren sind deshalb die Umstände, die für die Diagnose und Therapie nach medizinischem Standard wesentlich sind und deren Aufzeichnung und Aufbewahrung für die weitere Behandlung des Patienten medizinisch erforderlich sind (vgl. OLG München, Beschl. v. 17.03.2011 - [1 U 5245/10](#) - juris Rdnr. 31). In Arzthaftungsprozessen werden dabei an festgestellte Mängel oder Lücken der Behandlungsunterlagen auch beweisrechtliche Folgen geknüpft. Zum einen gilt eine nicht dokumentierte, aber dokumentationsbedürftige Maßnahme bis zum Beweis des Gegenteils durch den Behandler als nicht durchgeführt (vgl. BGH, Urt. v. 29.09.1998 - [VI ZR 268/97](#) - [NJW 1999, 863](#) = [VersR 1999, 190](#), juris Rdnr. 14 m.w.N.). Zum anderen kann eine fehlende oder mangelhafte Dokumentation den Patienten in derartige Beweisnot bringen, dass eine Beweislastumkehr gerechtfertigt ist. Es gehört zu den Organisationsaufgaben des Behandlers, Unterlagen, die Auskunft über das Behandlungsgeschehen geben, zu sichern (vgl. BGH, Urt. v. 21.11.1995 - [VI ZR 341/94](#) - [NJW 1996, 779](#) = [MedR 1996, 215](#) = [VersR 1996, 330](#), juris Rdnr. 10). Zum dritten gilt auch im Arzthaftungsprozess das Verbot der schuldhaften Beweisvereitelung mit der Folge, dass der Beweis für die benachteiligte Partei als geführt anzusehen ist (vgl. OLG München, aaO., Rdnr. 32).

Soweit diese Dokumentationspflicht in erster Linie therapeutischen Zwecken dient, wird sie im Rahmen des Sachleistungsprinzips innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert und dient auch zum Nachweis einer wirtschaftlichen und ordnungsgemäßen Leistungserbringung. Die Dokumentationspflichten werden daher im SGB V, in den Bundesmantelverträgen und auch in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) festgelegt und erweitert.

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und die übrigen Leistungserbringer sind verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gemäß den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen ([§ 294 SGB V](#)). Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind verpflichtet, u. a. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden aufzuzeichnen und zu übermitteln ([§ 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)).

Nach den Bundesmantelverträgen 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 ([§ 5 Abs. 1 BMV-Z](#)). Der Vertragszahnarzt hat 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 ([§ 7 Abs. 3 Satz 1 und 2 EKV-Z](#)).

Nach der zum 01.01.2004 in Kraft getretenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) vom 4. Juni 2003/24. September 2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2003, Seite 24966, in den hier maßgeblichen Teilen nicht geändert, zitiert nach <http://www.g-ba.de>, gehören zur vertragszahnärztlichen Versorgung die Befunderhebung und Diagnose sowie ihre Dokumentation. Inhalt und Umfang der diagnostischen Maßnahmen sind in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken (Abschn. B.I.1. Abs. 1 Behandlungsrichtlinie). Weitere Vorgaben werden z. B. hinsichtlich der Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) (B.V.2. Behandlungsrichtlinie) oder der Röntgenuntersuchungen gegeben; für Röntgenuntersuchungen findet die Röntgenverordnung Anwendung; das gilt auch für die Aufzeichnungspflicht (B.II.5 Behandlungsrichtlinie). Die Röntgenverordnung (Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen, neugefasst durch Bek. v. 30.04.2003, [BGBl 2003 I, 604](#)) regelt insb. in [§ 28](#) die Aufzeichnungspflichten.

So handelt es sich auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei der Dokumentationspflicht seit jeher um eine jeden Behandler treffende Verpflichtung, die bei der Behandlung eines Patienten gemachten Feststellungen und durchgeführten Behandlungsmaßnahmen zu dokumentieren (vgl. BSG, Urt. v. 07.02.2007 - [B 6 KA 11/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 95c Nr. 2](#) = [GesR 2007, 260-264](#) = [NZS 2007, 609-612](#) = [USK 2007-20](#), juris Rdnr. 23).

Es obliegt insb. nicht dem einzelnen Vertragszahnarzt zu entscheiden, ob er eine Dokumentation unterlässt, weil es sich um eine vermeintliche Routinemaßnahme handelt. Die Dokumentation muss mindestens so umfassend sein, dass ein anderer Zahnarzt im Einzelnen die Behandlungsmaßnahme nachvollziehen kann (vgl. SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 - [S 12 KA 73/09](#) - juris Rdnr. 49).

Die vollständige Leistungserbringung ist grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen (vgl. SG Marburg, Urt. v. 03.06.2009 - [S 12 KA 521/08](#) - juris Rdnr. 27, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 50/09](#) -). Ein Vertragszahnarzt ist in zeitlicher Hinsicht darauf beschränkt, seiner Nachweispflicht bis zur Entscheidung der Widerspruchsbehörde nachzukommen. Dies beruht letztlich darauf, dass die Kenntnis solcher möglicherweise entscheidungserheblicher Tatsachen allein in der Sphäre des Vertragszahnarztes liegt, soweit sie nicht offenkundig sind und von Amts wegen erkannt werden können. Bei Zweifeln an der ordnungsgemäßen Leistungserbringung wird der Vertragszahnarzt wieder auf die ursprüngliche Position eines Leistungserbringers zurückgeworfen, auch die ordnungsgemäße Erbringung seiner Leistungen nachzuweisen. Es handelt sich hierbei um ein bloßes Tatsachenvorbringen. Wie im allgemeinen Wirtschaftsleben muss dann der Vertragszahnarzt nachweisen, dass er die Leistung erbracht hat (vgl. zur Wirtschaftlichkeitsprüfung SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 - [S 12 KA 137/09](#) - juris Rdnr. 73, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 07.07.2010 - [L 4 KA 99/09](#) -, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.11.2010 - [B 6 KA 45/10 B](#) - [BeckRS 2010, 75832](#); zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung s. SG Marburg, Urt. v. 07.07.2010 - [S 12 KA 325/09](#) - juris Rdnr. 46; zum verspäteten Vorbringen in einem

Disziplinarverfahren s. SG Marburg, Urt. v. 25.11.2009 - [S 12 KA 137/09](#) - AZR 2007, 108, juris Rdnr. 43).

Die von der Klägerin gegenüber der Beklagten vorgelegten Karteikartenausdrucke enthalten grundsätzlich nur die Leistungsposition mit Angabe der Leistungslegende. Die im Gerichtsverfahren vorgelegten Karteikarten sind offensichtlich ergänzt worden, was durch einen eckigen Zusatz mit dem Beginn "KZVintern" kenntlich gemacht wurde. Dieser Zusatz wird dann weiter erläutert. Hierbei handelt es sich aber nicht um eine ergänzte Dokumentation, sondern lediglich um ein Beteiligtenvorbringen. Die Kammer hat 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 sind erst im Gerichtsverfahren vorgelegt worden, also Jahre nach den strittigen Behandlungen und der ersten Nachfrage seitens der Beklagten. Die Klägerin hat zu keinem früheren Zeitpunkt darauf hingewiesen oder eine solche ergänzende Dokumentation vorgelegt oder gar das Original vorgelegt. Von daher geht die Kammer davon aus, dass die Behauptung, es handele sich um eine zeitnah erstellte Dokumentation, auch ansatzweise nicht nachgewiesen ist. Es handelt sich eben um schlichtes Beteiligtenvorbringen, dem kein Beweiswert zukommt. Dies gilt auch nach arzt haftungsrechtlichen Gesichtspunkten. Der ärztlichen Dokumentation kann bis zum Beweis des Gegenteils Glauben geschenkt werden. Um die Annahme der Vollständigkeit der Dokumentation zu erschüttern, müssen 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, Urt. v. 15.11.2011 - [1 U 31/11](#) - juris = [GesR 2012, 310](#) m.w.N.). Im Übrigen ist die Klägerin auch als vertragsärztliche Leistungserbringerin verpflichtet, die vollständige Dokumentation vorzulegen und steht es nicht in ihrem Belieben, wann sie welche Teile gegenüber der Beklagten offenlegt.

Soweit sich die Beteiligten materiell-rechtlich um die drei Komplexe streiten, die sich in einer Vielzahl der Einzelfälle 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, so hat die Kammer 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 mitgeben 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 einschließl. Wundversorgung) oder 44 (X2) (Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes einschließl. Wundversorgung) mit 10 bzw. 15 Punkten, der Entfernung eines tieffrakturierten Zahnes einschließl. 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 Gewebprobe 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 verkennt 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. Urte. der Kammer v. 07.12.2005 - S 12 KA 22/05 -; LSG Rheinland-Pfalz, Urte. 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, Urte. v. 19.04.2002 - [L 6 KA 34/99](#) -; LSG Schleswig-Holstein, Urte. v. 20.06.2006 - [L 4 KA 20/05](#) -; SG Frankfurt am Main, Urte. v. 30.08.1995 - S-27/KA-1670/95 -; v. 11.02.2004 - S 27 KA 1076/03 -; SG Gotha, Urte. v. 13.02.2008 - [S 7 KA 4379/06](#) - und - [S 7 KA 2743/05](#) -, [www.zahn-forum.de/zf/urteile/juris](http://www.zahn-forum.de/zf/urteile/juris); SG Mainz, Urte. 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.

Insofern waren die noch streitgegenständlichen Absetzungen der Beklagten in diesen drei Komplexen nicht zu beanstanden. Soweit sich die Klägerin zu den Einzelbeanstandungen geäußert hat, war ihren Einwänden nicht zu folgen.

Die Klägerin hat ihren Widerspruch nicht begründet, sondern lediglich verschiedene Unterlagen vorgelegt, die die Beklagte zur Teilabhilfe in nicht unerheblichem Umfang veranlasst hat. Im Klageverfahren war ihr allgemeiner Vortrag bereits im Verfahren zum Az.: [S 12 KA 520/08](#) Gegenstand. Aus den genannten Urteilsgründen der Kammer ist dem Vortrag nicht zu folgen. Der erst im gerichtlichen Verfahren erfolgte Vortrag zu den Behandlungsfällen beschränkt sich im Wesentlichen auf die Wiederholung des allgemeinen Vortrags und nimmt nicht zu allen Absetzungen Stellung. Von daher war den Einwendungen der Klägerin nicht zu folgen.

So bestreitet die Klägerin hinsichtlich der Zahntentfernungen und die damit verbundene Umwandlung höherer in niedriger bewertete Leistungen die Aussagekraft von Röntgenbildern (z. B. Behandlungsfall Nr. 1) oder verweist auf das Op-Protokoll (Behandlungsfälle Nr. 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 beschränkt sich die Einlassung der Klägerin auf den Vortrag, dass ein pathohistologischer Befund vorliege und/oder ein Nachweis durch das OP-Protokoll erfolgt sei (Behandlungsfälle Nr. 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).

Bzgl. der Absetzung der Röntgenleistungen wegen fehlender Röntgenbilder trägt die Klägerin lediglich vor, dass das Röntgenbild/OPG an den nachbehandelnden Arzt oder Patienten ausgehändigt worden sei (Behandlungsfälle Nr. 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 verweist die Beklagte zutreffend darauf hin, das postoperative OPG habe zur Kontrolle eines Implantats, das keine GKV-Leistung gewesen sei, gedient. Hiermit setzt sich die Klägerin nicht auseinander bzw. behauptet lediglich die Abrechenbarkeit.

Soweit die Beklagte Röntgenleistungen wegen mangelnder Qualität abgesetzt hat, war dies ebf. nicht zu beanstanden. Der Vortrag der Klägerin beschränkt sich hierzu auf eine hinreichende Auswertbarkeit (z. B. Behandlungsfälle Nr. 52, 54, 61 und 71) oder die Einhaltung der Abrechnungsbestimmungen (z. B. Behandlungsfälle Nr. 53, 54 und 61).

Die Beklagte hat auch zu Recht die Leistungen nach Nr. 40 (I) und 41a (L1) BEMA abgesetzt.

Hinsichtlich der Anästhesieleistungen hat die Kammer bereits in dem zwischen den Beteiligten ergangenen Urteil vom 03.06.2009 - [S 12 KA 521/08](#) - folgendes ausgeführt:

"In der mündlichen Verhandlung konnte geklärt werden, dass die Beteiligten darin übereinstimmen, aufgrund eines vor dem Landessozialgericht abgeschlossenen Vergleichs in einem anderen Verfahren, dass die Anästhesie nach einer Operationsdauer von 3 Stunden wiederholt werden kann. Die Klägerin hat ferner eingeräumt, dass der Nachweis für die Dauer der Operation bisher nicht erbracht wurde. Soweit sie allgemein angeboten hat, den Nachweis hierfür nachzuholen, steht ihr diese Möglichkeit im Klageverfahren nicht mehr offen. Die vollständige Leistungserbringung ist mit der Abrechnung nachzuweisen. Soweit hier zugunsten der Klägerin unterstellt wird, seinerzeit sei es noch nicht darauf angekommen, die Operationsdauer anzugeben, so hätte sie dies aber für dieses Verfahren spätestens nach dem genannten Vergleichsschluss nachholen müssen, jedenfalls dann in der mündlichen Verhandlung. Einer Aufforderung hierzu durch die Beklagte oder das Gericht bedurfte es nicht."

Die Berufung gegen das Urteil der Kammer wurde vom LSG Hessen, Urteil vom 21.09.2011 - [L 4 KA 50/09](#) - zurückgewiesen. Auch das LSG Hessen geht in dem Urteil davon aus, dass ein Nachweis in jenem Verfahren nicht erfolgt sei.

In dem zwischen den Beteiligten ergangenen Urteil vom 07.07.2010 - [S 12 KA 167/10](#) - hat die Kammer weiter ausgeführt, es reiche 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 es heißt: "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 (vgl. bereits SG Marburg, Ur. v. 15.03.2006 - [S 12 KA 26/05](#) -). Hieran hält die Kammer fest.

Auch in diesem Verfahren verweist die Beklagte zutreffend auf einen fehlenden Nachweis für diese Leistungen. Die Klägerin verweist lediglich auf die Operationsdauer und/oder das OP-Protokoll, ohne darzulegen, dass dieses nähere Angaben zu den Wiederholungsanästhesien enthalten würde (Behandlungsfälle Nr. 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 ist. Ohne solche Angaben genügt aber ein OP-Protokoll nicht den Anforderungen an eine Dokumentation und ist daher zum Nachweis der Wiederholungsanästhesien nicht geeignet

Die Beklagte hat ferner Besuchsleistungen einschließlich des Weggeldes abgesetzt, da es an einer Dokumentation mit näheren Angaben (Uhrzeit etc.) fehlt. Der Einwand der Klägerin beschränkt 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 würde (Behandlungsfälle Nr. 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, 115, 116, 118, 119, 120, 124 und 127).

Die Beklagte hat zu Recht Leistungen nach Ziff. 8271 GOÄ-82 und 8272 GOÄ-82 abgesetzt.

Ziff. 8271 GOÄ-82 beinhaltet eine Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer und wird mit 20 Punkten bewertet, Ziff. 8272 GOÄ-82 eine Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer und wird mit 20 Punkten bewertet. Nach den Abrechnungsbestimmungen sind die Leistungen nach Nr. 8271 und 8272 je Gefäßzugang nur einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass die Indikation und die angewandten Maßnahmen für die Erbringung der

Leistungen nicht dokumentiert seien. Demgegenüber verweist die Klägerin nur allgemein auf die Erforderlichkeit der Infusion (Behandlungsfälle Nr. 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, 116, 118, 120, 121, 124 und 127). Gleiches gilt für die Absetzung der Ziff. 8252 GOÄ-82 (Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär, 5 Punkte) (Behandlungsfälle Nr. 84, 109).

Die Beanstandungen der endodontischen Maßnahmen waren von der Kammer nicht zu beanstanden.

Die Auffassung der fachkundig mit einer Vertragszahnärztin und einem Vertragszahnarzt besetzten Kammer (vgl. auch bereits Urte. der Kammer vom 07.07.2010 - [S 12 KA 633/09](#) -) kann im Notfall eine Schmerzabsetzung durch eine Trepanation abgerechnet werden und setzt die Wurzelkanalaufbereitung die vollständige Aufbereitung des Wurzelkanals voraus, was röntgenologisch abzusichern ist. Allein die Bahnung eines Wegs in den Wurzelkanal, um ein Medikament anzubringen, erfüllt 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 hat sich auf schmerzabsetzende Maßnahmen zu beschränken. Damit kann im Regelfall eine Wurzelkanalaufbereitung nicht abgerechnet werden (vgl. bereits SG Marburg, Urte. v.07.12.2005 - S 12 KA 22/05 -). Bei Patienten, die als Schmerzfälle abgerechnet werden, kann sich die Behandlung nicht auf Maßnahmen erstrecken, die auf einen späteren Zeitpunkt hätten verschoben werden können. Zur Erlangung von Schmerzfreiheit reicht 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 dienen danach nicht mehr der Beseitigung der geklagten Schmerzen. Sie sind 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 besteht. Soweit die zahnmedizinischen Fachgesellschaften befürworten, dass auch in Akutfällen nach Möglichkeit kausal und nicht nur symptombezogen behandelt wird, ist dies ohne Belang, denn dies hat bisher jedenfalls keinen Eingang in das vertragszahnärztliche Regelwerk gefunden (vgl. LSG Hamburg, Urte. v. 24.09.2008 - [L 2 KA 35/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)).

Die Kammer sieht es ferner als zahnmedizinisch gesichert an, dass eine Wurzelfüllung im Regelfall drei Röntgenaufnahmen erfordert. Zu diagnostischen Zwecken ist vor Beginn der Behandlung eine Röntgenaufnahme anzufertigen. Nach Aufbereitung des Wurzelkanals hat eine weitere Röntgenaufnahme zu Kontrollzwecken zu erfolgen. Diese Aufnahme kann durch andere Messtechniken ersetzt werden. Nach Abschluss der Wurzelbehandlung hat eine dritte Aufnahme zu erfolgen zur Qualitätskontrolle und -sicherung. Soweit nach dem Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse eine Röntgenaufnahme erforderlich ist, handelt es sich auch um eine notwendige Röntgenaufnahme und kommt ein Verstoß gegen die Röntgenverordnung nicht in Betracht.

Hinsichtlich der endodontischen Maßnahmen weist die Klägerin lediglich darauf hin, dass das Röntgenbild/OPG an den nachbehandelnden Arzt oder Patienten ausgehändigt worden sei (Behandlungsfälle Nr. 5, 7, 8, 20, 45), die Maßnahme lege artis durchgeführt worden sei (Behandlungsfälle Nr. 11, 38, 40, 45 und 71) oder auf das OP-Protokoll (Behandlungsfälle Nr. 18, 48, 53, 56, 99 und 115) oder darauf, dass die Abrechnungsbestimmungen eingehalten worden seien (Behandlungsfälle Nr. 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 hinweist, hat die Klägerin einen solchen Nachweis nicht geführt, sondern lediglich die generelle Erkennbarkeit im Röntgenbild bestritten (Behandlungsfälle Nr. 25). Aus den genannten Gründen war aber auch generell dieser Rechtsansicht der Klägerin nicht zu folgen.

Die Beklagte hat zu Recht Leistungen nach Nr. 38 (N) Bema-Z abgesetzt. Die Nr. 38 Bema-Z wird 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 Nr. 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) kann 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 folgt bereits aus den vereinbarten Abrechnungsbestimmungen zum BEMA. Soweit die Klägerin hierbei eine besondere Sitzung am selben Behandlungstag geltend macht, fehlt es hierfür an einer Substantiierung und an einem Nachweis oder beschränkt sich die Klägerin auf Nennung der durchgeführten Maßnahmen.

Für die Behandlungsfälle Nr. 31, 32, 42, 46, 51 u. a. verweist die Klägerin bzgl. aller Absetzungen nur auf die Dokumentation des OP-Protokolls, was aber aus den genannten Gründen gerade nicht ausreicht. Z. T. wird ausschließlich lapidar darauf hingewiesen, der Leistungsinhalt sei erbracht worden (z. B. Behandlungsfälle Nr. 1, 2, 5 zu Ziff. 62 (Alv)).

Ferner hat die Beklagte in den verschiedenen Behandlungsfällen weitere Leistungen abgesetzt. Den hiergegen von der Klägerin erhobene Einwände war aber ebf. nicht zu folgen.

Im Behandlungsfall Nr. 89 hat die Beklagte ferner die Ziff. 36 (Nb1) BEMA (Stillung einer übermäßigen Blutung, 15 Punkte) abgesetzt, da eine "Blutstillung" integrativer Bestandteil der Nr. 48 (Ost2) BEMA ist. Dies ist zutreffend. Der Hinweis der Klägerin auf das OP-Protokoll setzt sich hiermit nicht auseinander. Die Leistung kann im Übrigen nur abgerechnet werden, wenn hierfür ein erheblicher zusätzlicher Zeitaufwand erforderlich war. Im Behandlungsfall Nr. 89 hat die Beklagte ferner die Ziff. 37 (Nb2) BEMA (Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbolzung, 29 Punkte) abgesetzt, weil die Indikation der Leistung nicht nachgewiesen wurde. Der Hinweis der Klägerin auf das OP-Protokoll setzt sich hiermit nicht auseinander, sondern verweist lediglich auf das OP-Protokoll. In diesem wird lediglich "Wundnaht" vermerkt. Entsprechendes gilt in den Behandlungsfällen Nr. 95, 96. Die Klägerin verweist lediglich auf eine "Umstechung" und eine "Nachblutung" (Behandlungsfall Nr. 96)

Im Behandlungsfall Nr. 101 hat 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 reicht als Nachweis dafür nicht aus, selbst wenn es zutreffen sollte, dass nicht alle Leistungen abgerechnet worden sein sollten.

Im Behandlungsfall Nr. 2 hat die Beklagte ferner die Ziff. 50 (Exc2) BEMA abgesetzt, was ebf. nicht zu beanstanden war. Die Kammer hat bereits in der mündlichen Verhandlung dargelegt, dass der Zahn 36 entfernt wurde. Unter Hinzuziehung des OP-Berichts ergibt sich, dass die Schleimhaut aufgeklappt wurde und der Zahn entfernt wurde. Nach dem OP-Bericht war nur in der Regio 35 die Exzision, es wird nicht dargestellt, wo diese genau war. Es kann auch sein, dass sich die Zyste gebildet hat, dass heißt, die Schleimhaut ging nach außen, und sie kann sich auch zur Zunge hin entwickelt haben zum Zahn 35. Von daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass es sich um dasselbe Operationsgebiet handelt. Damit war festzustellen, dass im OP-Bericht nicht vermerkt wird, dass es sich um ein neues Operationsgebiet gehandelt hat. Im Ergebnis fehlt es daher an einem Nachweis für die vollständige Erfüllung der Leistungslegende.

Im Behandlungsfall Nr. 93 hat 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 hat. Der lapidare Hinweis der Klägerin auf das OP-Protokoll ist daher nicht geeignet, die nachvollziehbare Implausibilität der Leistung zu widerlegen.

Im Behandlungsfall Nr. 60 hat die Beklagte ferner die Ziff. 51b (Pla0) 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 ergab, dass das Bild vom 27.01.2005 nicht zu den Angaben in der Karteikarte, die vom Kläger vorgelegt wurde, passt. Das Bild passt zwar zum in der Verwaltungsakte vorliegenden OPG-Befund vom 27.01.2005, aber nicht zum OP-Protokoll vom gleichen Tag, weil von Zähnen und Wurzeln gesprochen wird, die auf dem Bild nicht erkennbar sind. Auf dem Bild sind Implantate sichtbar, sodass davon auszugehen ist, dass das Bild nach dem Ziehen der Zähne angefertigt wurde. Da vom Ziehen ein Loch im Knochen nicht mehr ersichtlich ist, ist davon auszugehen, dass das Ziehen bereits ca. drei Monate vorher stattgefunden hat. Daraus folgt zwingend, dass dies nichts mit der Ziff. 51b zu tun hat. Diese Leistung ist von daher war dem Einwand der Klägerin, eine Abrechenbarkeit sei bei Eröffnung der Kieferhöhle möglich, nicht zu folgen.

Im Behandlungsfall Nr. 68 hat die Beklagte ferner die Ziff. 51b (Pla0) 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 Teilanerkentnis angenommen. Gleiches gilt im Behandlungsfall Nr. 51 hinsichtlich der Absetzung der Ziff. 54c (WR3) BEMA.

Im Behandlungsfall Nr. 44, 56 hat 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, die die Leistungen lediglich vermerkt, reicht für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus.

Im Behandlungsfall Nr. 67 hat 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 hat dies lediglich bestritten. Die Kammer hat 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, kann die Leistung nicht nachvollzogen werden. Insofern sind die Ausführungen der Beklagtenseite im angefochtenen Widerspruchsbescheid nachvollziehbar.

Im Behandlungsfall Nr. 42, 88, 97, 106, 123, hat die Beklagte ferner die Ziff. Ä935d (OPG) in die Ziff. Ä935a (Teilaufnahme) umgewandelt, da nur eine Teilaufnahme des Schädels vorliege. Dies folgt bereits aus der Leistungslegende. Die Ziff. Ä935d (OPG) setzt ein Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahme oder Halbseitenaufnahme aller Zähne des Ober- und Unterkiefers voraus. Die Klägerin hat nicht dargelegt, weshalb die Leistungslegende erfüllt sein soll, d.h. 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, trifft insofern nicht zu.

Im Behandlungsfall Nr. 5, 10, 108, hat die Beklagte ferner die Ziff. 1466 (Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) - ggf. einschl. 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 einschließlich Installation von Arzneimitteln, 7 Punkte) wegen fehlender Indikation für eine Behandlung der Kieferhöhle (fehlende prächirurgische Dokumentation, keine rechtfertigende Indikation im Röntgenbild erkennbar) abgesetzt. Damit weist die Beklagte auf die Implausibilität der Abrechnung hin. Der Hinweis auf das OP-Protokoll, die die Leistungen lediglich vermerkt, reicht für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus.

Im Behandlungsfall Nr. 9 hat die Beklagte ferner die Ziff. 1479 GOÄ-82 wegen fehlender Indikation und damit als implausibel abgesetzt. Der Hinweis auf das OP-Protokoll, die die Leistungen lediglich vermerkt, reicht für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus. In den Behandlungsfällen Nr. 26 und 57 hat die Beklagte ferner die Ziff. 1479 GOÄ 82 wegen fehlender Dokumentation der Maßnahmen abgesetzt. Die Klägerin erläutert lediglich ihre Vorgehensweise, ohne eine Dokumentation vorzulegen bzw. verweist auf das OP-Protokoll, was nicht ausreicht. Im Behandlungsfall Nr. 89 hat die Beklagte ferner die Ziff. 1479 GOÄ-82 als fachlich unplausibel abgesetzt, da eine Wundtoilette integrativer Bestandteil der Nr. 51b (Pla0) BEMA sei und die Leistung daher nicht zutreffend sei. Dies ist zutreffend. Der Einwand der Klägerin, die Leistung sei durch das OP-Protokoll nachgewiesen, setzt sich hiermit nicht auseinander. In den Behandlungsfällen Nr. 36, 37, 69, 72, 73, 76, 84, 95, 112, 114, 124 hat die Beklagte ferner die Ziff. 1479 GOÄ-82 wegen fehlender Dokumentation und wegen fehlender Indikation abgesetzt. Der Hinweis auf das OP-Protokoll, die die Leistungen lediglich vermerkt, reicht für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus.

Im Behandlungsfall Nr. 12 hat die Beklagte ferner die Ziff. 1485 GOÄ-82 (Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen, 103 Punkte) und Ziff. 1479 GOÄ-82 (Ausspülen der der Kiefer-, 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, die die Leistungen lediglich vermerkt, reicht für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus. Im Behandlungsfall Nr. 28 hat die Beklagte ferner die Ziff. 1485 GOÄ-82 wegen fehlender Dokumentation der Leistung abgesetzt, auch fehle die Indikation (fehlende prächirurgische Dokumentation, keine rechtfertigende Indikation im Röntgenbild erkennbar), abgesetzt. Auch hier beschränkt sich der Einwand der Klägerin auf einen Hinweis auf das OP-Protokoll.

Im Behandlungsfall Nr. 12 hat die Beklagte ferner die Ziff. 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, die die Leistungen lediglich vermerkt, reicht für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus.

In den Behandlungsfällen Nr. 2, 36, 48 und 63 hat die Beklagte ferner die Ziff. 2430 GOÄ 82 (Eröffnung eines tieferliegenden Abszesses, 34 Punkte) abgesetzt und in Ziff. Å161 (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 ergeht dieser Einwand zu Nr. 35), war nicht zu folgen. Die Kammer mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung exemplarisch Behandlungsfall Nr. 2 erörtert und die Frage im Behandlungsfall Nr. 36 vertieft. Die Begutachtung des Röntgenbilds im Behandlungsfall Nr. 36 durch die Kammer erbrachte keinen Nachweis für das klägerische Vorbringen. Aus dem OP-Bericht geht nicht hervor, dass eine Drainage oder ähnliches eingelegt wurde. Von daher wird aus dem OP-Bericht nicht ersichtlich dass es sich um einen tiefer liegenden Abszess gehandelt hat. Entsprechendes gilt auch für die übrigen Absetzungen.

Im Behandlungsfall Nr. 15, 66,79, 89, 96, 101, 117, 125 hat die Beklagte ferner die Ziff. 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, berücksichtigt nicht den Absetzungsgrund der fehlenden Dokumentation. Dies gilt auch für die gleiche Absetzung im Behandlungsfall Nr. 45. Der Hinweis der Klägerin auf das OP-Protokoll, das die Leistungen lediglich vermerkt, reicht für einen Nachweis der Leistungserbringung ebf. nicht aus

Im Behandlungsfall Nr. 6 hat die Beklagte ferner die Ziff. 2584 GOÄ-82 (Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, 165 Punkte) abgesetzt, da sich die Zahnkeime oberhalb der Nerveneinbettung 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 follikuläre Zyste arrodirt gewesen und es habe eine Fixation am Nerv bestanden, was eine Neurolyse erfordert habe, was sich zudem aus dem OP-Protokoll ergebe, setzt sich nicht mit der von der Beklagten vorgenommenen Befundung aufgrund des Röntgenbildes auseinander und ist daher nicht geeignet, die von der Beklagten dargelegte Implausibilität zu entkräften. Der Hinweis der Klägerin auf das OP-Protokoll, die die Leistungen lediglich vermerkt, reicht für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus. Gleiches gilt für die Absetzung dieser Leistung in dem Behandlungsfall Nr. 86

Im Behandlungsfall Nr. 36, 112, 114, 116, 118, 120, hat die Beklagte ferner die Ziff. 2584 GOÄ-82 abgesetzt, da Indikation und Ausführung der Leistung nicht nachgewiesen sei, z. T. 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, die die Leistungen allenfalls lediglich vermerkt, reicht für einen Nachweis der Leistungserbringung nicht aus.

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 abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Soweit die Beklagte Teilerkenntnisse ausgesprochen hat, machen diese nur einen äußerst geringen Teil der Kürzung aus. Rechtskraft

Aus  
Login  
HES  
Saved  
2016-03-10