

S 12 KA 8/12

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 8/12

Datum
21.11.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 64/12

Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Überprüfung des Bescheids der Prüfungsstelle kann nicht im Wege der Feststellungsklage erreicht werden. Gegenstand des Verfahrens ist nur der Bescheid des Beschwerdeausschusses (vgl. BSG, Urt. v. 19.06.1996 - [6 RKa 40/95](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 35](#) = [NZS 1997, 135](#) = USK 96134; zitiert nach juris Rdnr. 12; BSG, Urt. v. 28.06.2000 - [B 6 KA 36/98 R](#) - USK 2000-165, juris Rdnr. 14).
 2. Für eine Entscheidung der Prüfungsstelle gilt nicht die Absetzungsfrist von fünf Monaten, auch wenn eine mündliche Anhörung vor ihr stattgefunden hat.
 3. (Zahn-)Medizinische Einwände können bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung im gerichtlichen Verfahren nicht mehr neu geltend gemacht werden. Diese für sog. Praxisbesonderheiten zu Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren entwickelte Rechtsprechung (s. z. B. BSG, Beschl. v. 14.08.2012 - [B 6 KA 10/12 B](#) - [BeckRS 2012, 72997](#) m.w.N.; BSG, Beschl. v. 27.06.2012 - [B 6 KA 78/11 B](#) - [BeckRS 2012, 71762](#); LSG Hessen, Urt. v. 07.07.2010 - [L 4 KA 99/09](#) - juris unter Hinweis auf BSG, Urt. v. 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#), juris, Rn. 26 m.w.N., Zurückweisung der Nichtzulassungsbeschwerde durch BSG, Beschl. v. 17.11.2010 - [B 6 KA 45/10 B](#) - [BeckRS 2010, 75832](#)) gilt in Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren für alle medizinischen Sachverhalte, die die konkrete Behandlung durch den Vertragszahnarzt betreffen, insbesondere auch für die Prüfung von Parodontosebehandlungen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 31.08.2011 [L 7 KA 157/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris, Rdnr. 29, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 27.06.2012 - [B 6 KA 78/11 B](#) - a.a.O.).
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in 128 Parodontose-Behandlungsfällen im Zeitraum Juli 2007 bis Juni 2008 in Höhe von insgesamt 41.075,37 EUR.

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

Die zu 2) beigel. AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen beantragte am 08.08.2008 die Prüfung von 129 PAR-Behandlungsfällen, die von der Klägerin in den Monaten Juli 2007 bis Juni 2008 ihr gegenüber zur Abrechnung gebracht worden seien.

Die gemeinsame Prüfungsstelle der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen übersandte unter Datum vom 11.08.2008 den Prüfantrag an die Klägerin. Dem Antrag beigelegt war eine Patientenliste mit den 129 Patientennamen.

Die Gemeinsame Prüfungsstelle setzte mit Bescheid vom 16.02.2011 eine Honorarkürzung in Höhe von 40.838,86 EUR fest, die sie mit Rücksicht auf die Honorareinbehalte auf der Grundlage des Honorarverteilungsmaßstabes der Beigeladenen zu 1) für das Jahr 2007 und 2008 und der Abrechnungsminderung auf Basis degressionsrechtlicher Regelungen für das Jahr 2007 und 2008 auf 31.025,95 EUR reduzierte. Die Entscheidung erging nach einer mündlichen Anhörung der Klägerin, von der Herr C. in Begleitung des Prozessbevollmächtigten Gebrauch machte. Zur Begründung der Entscheidung machte die Prüfungsstelle allgemeine Ausführungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien. Sie wies auf allgemeine Auffälligkeiten hin. So werde bei Leistungen nach Nr. 111 BEMA nicht in der Karteikarte dokumentiert, was diese Leistung beinhalte. Die Notwendigkeit der abgerechneten Leistung nach Nr. 108 BEMA sei aufgrund der unzureichenden bzw. fehlenden Dokumentation nicht nachzuvollziehen. Im Einzelfall sei auffällig, dass zum Teil an Zähnen, die

mit Zahnersatz (Kronen/Brücken) versorgt seien, die Leistung nach Nr. 108 BEMA erbracht worden sei. Nach den vertraglichen Bestimmungen seien die Leistungen nach Nr. 108 BEMA nur für das Einschleifen des natürlichen Gebisses abrechnungsfähig. Darüber hinaus sei die Leistung nach Nr. 11 BEMA zum einen mehrfach pro Sitzung erbracht worden, zum anderen vor Abschluss der Behandlung nach Abrechnung der PAR-Behandlung. Die Nr. 11 BEMA könne pro Sitzung nur einmal erfolgen. Sie sei Bestandteil des Genehmigungsverfahrens. Die zu erwartende Anzahl der Nachbehandlungssitzungen sei auf dem PAR-Status einzutragen. Abgerechnet werde dann die tatsächliche Anzahl der Nachbehandlungssitzungen. Kleinere Abweichungen seien hier unvermeidlich, da der Wundheilungsverlauf im Einzelnen nicht vorhergesagt werden könne. Die Leistungen, die nach Abschluss/Abrechnung der Parodontalbehandlung erbracht und/oder nicht im Krankenblatt dokumentiert würden, seien nicht vergütungsfähig. In einigen Fällen sei keine vertragsgerechte Vorbehandlung durchgeführt worden, konservierende Behandlungsmaßnahmen seien vor Durchführung der PAR-Behandlung nicht zum Abschluss gelangt. Die Vorbehandlung gehe der systematischen chirurgischen PAR-Behandlung voraus. Sie bestehe aus der Entfernung des Zahnsteins, der weichen Beläge und sonstiger Reizfaktoren sowie in der Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene. Um den Versicherten eine bedarfsgerechte Versorgung zuteilwerden zu lassen, solle vom Vertragszahnarzt erst der konservierend/chirurgische Bereich abgeklärt werden, dann die parodontalen Verhältnisse und zuletzt die Zahnersatzmaßnahmen erfolgen. Auffällig sei, dass die PAR-Pläne erhoben worden seien, ohne die Mitarbeit des Patienten ausreichend sicherzustellen. Es hätten bei ihr teils keine oder nicht auswertbare Röntgenaufnahmen vorgelegen (Einstellung nicht richtig, Apizes nicht zu erkennen/Belichtungszeit). Röntgenaufnahmen seien neben dem PAR-Status unbedingt erforderlich, die den Gesamtgebisszustand darstellten. Der Röntgenbefund erfordere aktuelle (i. d. R. nicht älter als sechs Monate) und auswertbare Röntgenaufnahmen. In einigen Fällen seien an nicht therapiewürdigen und noch kariösen Zähnen (kariöse Defekte seien auf den Röntgenbildern sichtbar) die Leistungen nach den Nr. P200 BEMA und P201 BEMA abgerechnet worden. Ferner sei die Abrechnung der Nr. P201 BEMA an Zähnen (7er), die unmittelbar im Kontakt mit den Weisheitszähnen stünden und durch die Engstellung nicht kurettierbar seien, nicht möglich. Es sei darauf zu achten, dass fehlende, antagonistenseitige und elongierte Zähne nicht in eine systematische Parodontalbehandlung mit einbezogen würden. Auch seien, je nach Indikation, vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitis-Therapie nicht erhaltungswürdiger Zähne zu entfernen und kariöse Zähne konservierend zu versorgen. Ferner seien in Einzelfällen kurz nach abgeschlossener Parodontalbehandlung Leistungen nach Nr. 105 BEMA erbracht und abgerechnet worden. Nach den vertraglichen Bestimmungen sei dies nicht möglich. Die Leistung nach Nr. 59 BEMA sei im Einzelfall zeitgleich mit der PAR-Behandlung zur Abrechnung gelangt. Nach dem 01.01.2004 seien nach Abschnitt B.V.1 der allgemeinen Behandlungsrichtlinien die Behandlung von Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut im Rahmen der Parodontalbehandlung nicht mehr Gegenstand der vertragsärztlichen Behandlung. Vestibulumplastiken könnten daher nicht mehr nach Nr. 59 BEMA abgerechnet werden. Weiter auffällig sei, dass in jedem Fall Doppelanästhesien im Rahmen der PAR-Behandlung zur Abrechnung gelangt seien. Diese Häufigkeit sei vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht nachzuvollziehen. Ferner erläuterte sie in den 128 Behandlungsfällen die Einzelabsetzungen, wobei sie in den Behandlungsfällen Nr. 39, 79, 82, 123, 126 und 127 keine Absetzungen vornahm, da Beanstandungen nicht vorgelegen hätten.

Hiergegen legte die Klägerin am 23.02.2011 Widerspruch ein. Sie trug vor, der Bescheid sei nicht von dem Leiter der Prüfungsstelle, sondern von einer Sachbearbeiterin und damit nicht wirksam unterzeichnet worden. Die Mitglieder der Prüfungsstelle und damit die Mitglieder der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie die Mitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, die die Entscheidung getroffen hätten, würden nicht genannt werden. Die Prüfungsstelle habe am 21.04.2010 getagt und ihre Entscheidung erstmals fünf Monate hiernach bekannt gegeben. Eine Entscheidung müsse aber spätestens innerhalb von fünf Monaten vorliegen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung sei wie die Prüfung einer sachlich-rechnerischen Berichtigung und entsprechend den Richtlinien für die PAR-Behandlung durchgeführt worden. Es könne jedoch nur um den unwirtschaftlichen Teil der PAR-Behandlung gehen. Die Methode der Prüfung sei weder benannt worden noch finde sie sich in dem Bescheid. Dokumentationspflichten im Allgemeinen seien kein Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Genehmigte Nachbehandlungen nach Nr. 111 BEMA könnten nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung sein. Nicht jede mangelnde Übereinstimmung mit den PAR-Richtlinien sei unwirtschaftlich (z. B. fehlende Röntgenaufnahmen). Der Hinweis auf doppelte Anästhesien zeige, dass die Patienten zielgerichtet und nach doppelten Anästhesien und nicht nach allgemeinen Prüfmethoden ausgewählt worden seien. Die Forderungen bzgl. der Angabe von Daten der Vorbehandlung oder der Erhebung verschiedener Indizes, die Aussagen zur gingivalen/parodontalen Gesundheit erlaubten, seien nicht durch die Richtlinien gedeckt, gleich ob diese Forderungen von den Krankenkassen oder von den Gutachtern erhoben würden. Mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 08.03.2011 trug sie weiter zu den Behandlungsfällen Nr. 1, 124 und 125 vor.

Die Beigeladene zu 2) legte am 10.03.2011 Widerspruch ein. Zur Begründung trug sie vor, vor dem Hintergrund der diversen Feststellungen der Prüfungsstelle halte sie die durchgeführten berichtigenden Maßnahmen für unzureichend. Unter Hinweis auf die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen bitte sie um erneute Prüfung und ggf. weitergehende Berichtigungsmaßnahmen.

Der Beklagte lud unter Datum vom 09.06.2011 die Klägerin zu einer Sitzung am 02.08.2011. Ferner bat sie um Einreichung weiterer Unterlagen und einer Stellungnahme zu den in der Anlage aufgeführten Behandlungsfällen.

Mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 20.06.2011 bat die Klägerin um Vertagung, da für den Verhandlungstermin bereits eine Auslandsreise gebucht sei.

Der Beklagte bat mit Schriftsatz vom 22.06.2011 um Substantiierung des Vertagungsgesuchs.

Die Klägerin legte am 28.06.2011 eine Buchung vom 07.02.2011 für den 28.07. bis 02.08.2011 für Herrn C. vor und führte aus, dieser sei der Praxisinhaber und der wesentliche Zahnarzt, der zu den Behandlungen inhaltlich Stellung nehmen könne.

Der Beklagte wies unter Datum vom 01.07.2011 darauf hin, dass die Ladung frühzeitig erfolgt sei und somit noch die Möglichkeit zur Einarbeitung bestehe und die Gemeinschaftspraxis auch aus mehreren Behandlern bestehe, die für ihre Tätigkeit im Rahmen der Gemeinschaftspraxis auch zu gleichen Teilen verantwortlich seien. Es sei auch klägerseits darum gebeten worden, die Angelegenheit alsbald zu bescheiden. Sie halte deshalb an dem Termin fest.

Der Beklagte erinnerte die Klägerin unter Datum vom 07.07.2011 an die Vorlage der Unterlagen. Die Klägerin bat um Verlängerung der bis zum 15.07.2011 gesetzten Frist, was die Beklagte ablehnte. Unter Datum vom 13.07.2011 legte sie die zurzeit verfügbaren Unterlagen vor. Sie wies nochmals auf die Abwesenheit des C. hin. Ferner führte sie aus, der Beklagte prüfe ganz offensichtlich bewusst die gleichen

Patienten in verschiedenen Prüfungsbereichen. Hier würden ca. 20 Patienten sowohl im Bereich PA, als auch im Bereich KCH geprüft werden. Sie könne natürlich nicht in beiden Verfahren zeitgleich die Röntgenbilder und sonstige Unterlagen vorlegen. Es sei auch nicht mehr möglich, eine umfassende Bearbeitung und Stellungnahme durchzuführen, wenn die Unterlagen bereits bei der Beigeladenen zu 1) zur KH-Prüfung lägen. Die Karteikartendokumentationen müssten bereits seit dem 26.02.2010 vorliegen (Prüfungsausschuss).

An der Sitzung des Beklagten nahm weder ein Mitglied der Klägerin noch ihr Prozessbevollmächtigter teil.

Der Beklagte gab mit Beschluss vom 02.08.2011 dem Widerspruch der Klägerin teilweise und dem Widerspruch der Beigeladenen zu 2) statt und setzte die Honorarkürzung auf 53.389,36 EUR fest, die er unter Berücksichtigung der HVM-Einbehalte und der Degressionsregelungen auf 41.075,37 EUR herabsetzte. Ferner gab er dem Antrag der Klägerin auf Verlegung des Sitzungstermins nicht statt. Der Bescheid wurde am 05.12.2011 ausgefertigt und dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 06.12.2011 zugestellt. Zur Begründung führte der Beklagte aus, dem Antrag auf Terminverlegung habe nicht entsprochen werden können, da alle Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft die Verantwortung für die Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots trügen, es sich um Leistungen handele, die grundsätzlich von jedem Vertragszahnarzt erbracht und abgerechnet werden könnten und das aufgrund der frühzeitigen Ladung auch eine wechselseitige Einarbeitung in die Prüfmaterie gewährleistet gewesen sei. Nachdem ausschließlich ein Verhinderungsgrund für Herrn C. vorgetragen worden sei, habe mangels weitergehender Substantiierung des Verlegungsantrags nicht von einem erheblichen Grund für eine Terminverlegung ausgegangen werden können. Nach der Prüfvereinbarung könne der Bescheid der Prüfungsstelle von einer vom Leiter beauftragten Person unterzeichnet werden. Aufgrund der Gesetzesänderung ergehe seit 2008 der Ausgangsentscheid durch die Prüfungsstelle als Verwaltungseinrichtung und nicht mehr als Beschluss eines Gremiums. Er wies ferner auf erhebliche Dokumentationsmängel hin. So seien die Röntgenaufnahmen vielfach überhaupt nicht oder nur teilweise befundet. Das in den ärztlichen Unterlagen aufgeführte Kürzel PABV (vorbereitende Maßnahmen zur Parodontosebehandlung) habe mangels weitergehender Aufzeichnungen nicht als eine hinreichende Dokumentation im Bereich der Vorbehandlungsmaßnahmen gewertet werden können. Ferner seien vielfach hinsichtlich der Compliance der Patienten keine Einträge in der Karteikarte vorhanden gewesen. In allen vorliegenden Behandlungsfällen fehlten in den ärztlichen Aufzeichnungen Einträge bezüglich der Therapieart. Die Dokumentation, insbesondere auch zu den Leistungen nach Nr. 111 BEMA (Nachbehandlung) Nr. 108 (Einschleifen) stellten sich minimalistisch dar. Die Grundlagen der Dokumentationspflicht seien sowohl gesetzlich als auch vertraglich geregelt. Obgleich er berücksichtigt habe, dass Röntgenaufnahmen in einigen Fällen für das Prüfverfahren bei der Beigeladenen zu 1) zur Verfügung gestellt worden seien, hätten ihm zum Teil keine oder nicht auswertbare Röntgenaufnahmen vorgelegen. Die Vorbehandlung stelle nach wie vor den wissenschaftlichen Status Quo dar. Die Mitarbeit des Patienten mit adäquater Mundhygiene und die Herstellung hygienischer Verhältnisse sei die Voraussetzung für einen Langzeiterfolg der Behandlung. Dieses Ziel in einer einzigen Behandlungssitzung erreichen zu wollen, sei unrealistisch. Es werde meist erforderlich sein, mehrere Termine dafür anzuberaumen und den Patienten sofern über einen längeren Zeitraum zu begleiten, seine Mitarbeit und Einsichtsfähigkeit zu prüfen und sich hierdurch seiner Compliance zu versichern. Die Beachtung dieser Kriterien ließen sich den Karteiaufzeichnungen nicht entnehmen. Insoweit werde auch auf die umfangreichen Ausführungen im Bescheid der Erstinstanz verwiesen. Soweit nach der Antragstellung noch Vorbehandlungsmaßnahmen durchgeführt würden, werde eine Reevaluation erforderlich, die anhand der vorliegenden Unterlagen nicht festgestellt werden könne. Bereits die Prüfungsstelle habe dargelegt, dass eine Gingivitis als Vorstufe einer parodontalen Erkrankung lange bestehen könne, ohne dass sie in eine Parodontitis übergehe. Solange dies nicht geschehen sei, führe die Wiederaufnahme effektiver Mundhygienemaßnahmen in fast jedem Fall zur Wiederherstellung der gingivalen Gesundheit. Dies habe hier erhöhte Bedeutung, weil von der Klägerin im PAR-Status vielfach Sondierungstiefen von 3 und 4 mm angegeben worden seien, bei denen erfahrungsgemäß ein hoher Prozentsatz im Rahmen einer fachgerechten, erfolgreichen Vorbehandlung zur Ausheilung komme, mit der Folge, dass Maßnahmen nach der Nr. P200 bis P203 nicht mehr erforderlich würden. Eine Beachtung dieser Grundsätze habe, insbesondere mit Blick auf die Vielzahl der Behandlungsabbrüche, nicht festgestellt werden können. Teilweise seien auch anhand der Unterlagen die angegebenen Sondierungstiefen nicht nachvollziehbar gewesen. Bzgl. der weiteren Ausführungen in der Widerspruchsbegründung weise er darauf hin, dass auf der Grundlage der geltenden Richtlinien vor der PAR-Therapie folgende Maßnahmen erfolgt sein sollten: Entfernung überstehender Führungsränder, Füllungen bei approximaler Karies, endodontische Behandlung bei apikaler Aufhellung, notwendige Extraktionen (ggf. in der PAR-Sitzung). Füllungen, die nicht den Approximalraum betreffen, könnten im Laufe der PAR-Behandlung gelegt werden. Der Einbezug der Weisheitszähne in eine PAR-Behandlung setze voraus, dass diese Zähne vollständig orthograd durchbrochen, also nicht teiltriniert, sowie vollständig hygienefähig seien und nicht im Engstand zum Nachbarzahn stünden. Seien diese Voraussetzungen nicht erfüllt, sei die Entfernung angezeigt, um die Erhaltungsprognose für den Nachbarzahn zu verbessern. Darüber hinaus solle mit Blick auf die Gefahr der Elongation ein Antagonist vorhanden sein. Allerdings könnten antagonistische Weisheitszähne aufgrund ihrer Funktion im Rahmen einer ZE-Versorgung (distaler Pfeiler) sich erhaltungs- bzw. therapiewürdig darstellen. Zwar seien in Einzelfällen Doppelanästhesien möglich, in den vorliegenden Behandlungsfällen würden jedoch regelmäßig Anästhesien doppelt abgerechnet werden. Die Begründung erfolge in der Kartei hier lediglich stereotyp in Textbausteinen. Mit Blick auf die Behandlerkompetenz, den vermeintlichen Dosierungsumfang sowie die Wirkungsdauer der Anästhetika könne nicht von einem nachvollziehbaren und insoweit auch nicht von einem wirtschaftlichen Vorgehen ausgegangen werden. Ferner legte er in allen Behandlungsfällen die Einzelabsetzungen und die Gründe hierfür dar, worauf im Einzelnen verwiesen wird.

Hiergegen hat die Klägerin am 05.01.2012 die Klage erhoben. Zur Begründung trägt sie vor, es lägen bereits formelle, nicht heilbare Mängel des Bescheids der Prüfungsstelle vor. Sie verweist nochmals auf die Zeitspanne zwischen Tagung der Prüfungsstelle am 21.04.2010 und der Zustellung des Bescheids am 17.02.2011. Der Widerspruch der AOK sei unzureichend begründet gewesen. Zudem handele es sich bei einer Prüfung nach der PAR-Richtlinie nicht um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern um eine sachlich-rechnerische Berichtigung. Daher sei der Widerspruch der AOK zurückzuweisen gewesen mit der Folge, dass keine Verböserung hätte eintreten können. Die Ablehnung des Verlegungsantrags verletze das Recht auf Gehör. Die Effektivität des Rechtsschutzes ([Art. 19 Abs. 4 GG](#)) sei ebenfalls betroffen, weil formale Stränge ohne erkennbaren schutzwürdigen Zweck praktiziert würden. Außerdem gebiete das allgemeine Verfahrensgrundrecht auf ein faires Verfahren die Rücksichtnahme auf Verfahrensbeteiligte in der konkreten Situation. Es habe sich auch um eine sachlich-rechnerische Berichtigung gehandelt und nicht um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Hierfür sei der Beklagte nicht zuständig, sondern die Beigeladene zu 1). Soweit dem Beklagten seitens der Beigeladenen zu 1) die Abrechnungsunterlagen übermittelt worden seien, in denen sich sowohl der 01-Befund als auch die einzelnen abgerechneten Leistungen befänden, schränke sich ihre Mitwirkungspflicht ein und diese Unterlagen seien nicht noch einmal vorzulegen. Was unter "PAR-Status" zu verstehen sei, erschließe sich aus dem angegriffenen Bescheid nicht. Auch nach Abschluss einer PAR-Behandlung könne es vorkommen, dass ein Zahn abbreche, eine Karies auftrete, ein Zahn überempfindlich werde oder ein Zahn aufgrund eines Traumas oder einer anderen akuten Beeinträchtigung extraktionsbedürftig werde. Es sei kaum vertretbar zu fordern, dass nach einer PAR-Behandlung in der Mundhöhle des Patienten außer Zahnersatz gar nichts mehr gemacht werden dürfe.

Gleichwohl und hilfsweise werde zu den einzelnen Fällen Stellung genommen. Im Einzelnen wird auf die Anlage zum Schriftsatz des Prozessbevollmächtigten der Klägerin vom 30.03.2012 verwiesen.

Die Klägerin beantragt,
festzustellen, dass der Bescheid der Prüfungsstelle vom 16.02.2011 und der Beschluss des Beklagten vom 02.08.2011 nichtig sind, hilfsweise
den Beschluss vom 02.08.2011 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Widerspruch neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er verweist auf seine Ausführungen im angefochtenen Beschluss und trägt ergänzend vor, Streitgegenstand sei allein sein Beschluss, weshalb es auf etwaige Verfahrensmängel im Verfahren vor der Prüfungsstelle nicht ankomme. Bei der Entscheidung der Prüfungsstelle komme es auf die Fünf-Monatsfrist nicht an. Auch bei Fehlen einer Widerspruchsbegründung sei er von Amts wegen zur Ermittlung verpflichtet. Hinsichtlich der Terminverlegung verweise er auf seine Beschlussgründe. Bei mangelnder Dokumentation sei nicht hinreichend dargetan, dass die Behandlung notwendig gewesen sei. Er habe lediglich dargelegt, dass nach den Richtlinien die konservierend-chirurgische Behandlung in der Regel vor der Parodontalbehandlung erfolgen solle, was bei der Klägerin fast nie der Fall sei. Der Vortrag zu den Einzelbeanstandungen bestünde größtenteils aus sechs Textbausteinen, die z. T. nicht nachvollziehbar seien oder nicht zu den Behandlungsfällen passten, bei denen sie zitiert seien. Kommentarzitate würden durch Herausreißen aus dem Zusammenhang und durch Weglassen bestimmter Passagen verwässert oder gar ins Gegenteil verkehrt. Im Einzelnen nimmt er zu sieben "Bausteinen" Stellung und trifft nochmals zusammenfassend allgemeine Aussagen zur PAR-Behandlung seitens der Klägerin. Ferner nimmt er Stellung zum Vortrag der Klägerin zu den Einzelfällen.

Die Beigeladenen zu 2) bis 8) beantragen,
die Klage abzuweisen.

Die Beigeladenen zu 2) und 3) schließen sich den Ausführungen des Beklagten an. Die übrigen Beteiligten haben sich zum Verfahren schriftsätzlich nicht geäußert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 06.01.2012 die Beiladung ausgesprochen.

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 einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragszahnärzte und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragszahnarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)). Sie konnte dies trotz des Ausbleibens eines Vertreters der Klägerin und Beigeladenen zu 1) tun, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind ([§ 110 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

Die Klage ist im Hauptantrag unzulässig. Ein Feststellungsinteresse besteht nicht.

Eine Feststellungsklage kann u. a. über die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat ([§ 55 Abs. 1 SGG](#)). Daran fehlt es, wenn das Klageziel im Wege der Anfechtungs- oder Verpflichtungsklage erreicht werden kann. Diesen gegenüber ist die Feststellungsklage subsidiär.

Gegenstand des Verfahrens ist nur der Bescheid des Beklagten, nicht auch der Prüfungsstelle. In Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung beschränkt sich die gerichtliche Kontrolle auf die das Verwaltungsverfahren abschließende Entscheidung des Beschwerdeausschusses. Dieser wird mit seiner Anrufung für das weitere Prüfverfahren ausschließlich und endgültig zuständig. Sein Bescheid ersetzt den ursprünglichen Verwaltungsakt des Prüfungsausschusses bzw. jetzt der Prüfungsstelle, der abweichend von [§ 95 SGG](#) im Fall der Klageerhebung nicht Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird. Eine dennoch gegen diesen Bescheid erhobene Klage ist unzulässig (vgl. BSG, Urt. v. 19.06.1996 - [6 RKA 40/95](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 35](#) = [NZS 1997, 135](#) = USK 96134; zitiert nach juris Rdnr. 12; BSG, Urt. v. 28.06.2000 - [B 6 KA 36/98 R](#) - USK 2000-165, juris Rdnr. 14). Sofern der Bescheid des Beklagten rechtswidrig ist, ist nur er, nicht dagegen auch ein ihm vorausgegangener - ebenfalls rechtswidriger - Bescheid des Prüfungsausschusses aufzuheben. Etwas anderes könnte nur dann gelten, wenn der Beschwerdeausschuss etwa aus formalen Gründen gehalten wäre, den angefochtenen Bescheid des Prüfungsausschusses aufzuheben, z. B. weil eine Zuständigkeit der Prüforgane nicht gegeben war oder der für die Einleitung des Prüfverfahrens erforderliche Prüfantrag fehlte. Dies beruht auf dem Umstand, dass beide Ausschüsse rechtlich verselbständigte Gremien sind, denen kraft Gesetzes die Befugnis zusteht, im Einzelfall den Umfang der zu vergütenden ärztlichen Leistungen zu bestimmen und insofern ergänzend den Honoraranspruch des Arztes bzw. den Regress rechtsgestaltend festzulegen. Ihre Entscheidungen sind nicht einem anderen Rechtsträger, sondern ihnen selbst zuzurechnen. Diese sozialrechtliche Besonderheit beruht darauf, dass die Ausschüsse Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen sind und damit von verschiedenen Rechtsträgern getragen werden (s. [§ 106 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Als Konsequenz dieser organisatorischen Verselbständigung hat das SGG den Prüfungs- und den Beschwerdeausschüssen die Beteiligungsfähigkeit zuerkannt ([§ 70 Nr. 4 i. V. m. § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#)) und ihnen damit zugleich im Rahmen ihrer Sachkompetenz die Prozessführungsbefugnis eingeräumt (vgl. BSG, Urt. v. 09.03.1994 - [6 RKA 5/92](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 22](#) = [BSGE 74, 59](#) = [MedR 1995, 248](#) = USK 94119, juris Rdnr. 16 f. m. w. N.).

Bereits von daher kann auch nicht im Wege der Feststellungsklage eine Überprüfung des Bescheids der Prüfungsstelle erreicht werden.

Im Übrigen besteht auch für eine Überprüfung des Bescheids der Prüfungsstelle kein Rechtsschutzinteresse, da der Beschluss des Beklagten

voll überprüfbar ist.

Eine Feststellungsklage gegen den Beschluss des Beklagten scheidet aber aus, da insofern eine Anfechtungsklage erhoben werden kann.

Die Klage war daher im Hauptantrag abzuweisen.

Die Klage ist im Hilfsantrag zulässig, aber unbegründet. Der angefochtene Beschluss des Beklagten vom 13.12.2011 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seines Widerspruchs gegen den Bescheid der Gemeinsamen Prüfungsstelle vom 16.02.2011 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Die Klage war daher auch im Hilfsantrag abzuweisen.

Der Beklagte war zuständig.

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt der an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmende (Zahn)Arzt - Vertrags(zahn)arzt - die Stellung eines Leistungserbringers ein. Er versorgt die Mitglieder der Krankenkassen mit (zahn)ärztlichen Behandlungsleistungen, unterfällt damit auch und gerade dem Gebot, sämtliche Leistungen im Rahmen des Wirtschaftlichen zu erbringen. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf er nach dem hier anzuwendenden Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung i. d. F. des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) v. 14.11.2003, [BGBl I 2190](#) - SGB V - nicht erbringen. Die Krankenkassen und die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung. Über die Frage, ob der Vertrags(zahn)arzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind, entscheiden die Prüfungsgremien ([§ 106 Abs. 1 und Abs. 5 Satz 1 SGB V](#); vgl. hierzu Urteil des Bundessozialgerichts - BSG - v. 31.07.1991 - [6 Rka 20/90](#) - [BSGE 69, 154](#) = SozR 3-2500 [§ 106 SGB V](#) Nr. 8 = USK 91179, hier zitiert nach juris, Rdnr. 11 ff.).

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. Juli 1998, Az: [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 veranlasster 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 Prüfungsgremien 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).

Bei den Parodontose-Richtlinien handelt es sich aber nicht um eine Konkretisierung der Leistungslegende zur Abrechnung von Parodontose-Behandlungen oder um eine Vorgabe zur Leistungserbringung. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, konkretisieren die Parodontose-Richtlinien das Wirtschaftlichkeitsgebot. Bei den Parodontose-Richtlinien handelt es sich nicht um eine Regelung der Abrechenbarkeit, über deren Einhaltung im Interesse einer ausreichenden Gewährleistung der Therapiefreiheit kein paritätisch besetztes Organ, sondern nur die KZV allein entscheiden darf. Die Verbindlichkeit von Richtlinien, die das Wirtschaftlichkeitsgebot konkretisieren, beruht darauf, dass sie Erfahrungssätze wiedergeben. Im Regelfall ist von den Richtlinien auszugehen. Der Kassen(zahn)arzt kann aber darlegen, dass im Einzelfall ein Abweichen wirtschaftlich war, oder dass der zugrundeliegende Erfahrungssatz nicht dem gegenwärtigen Erkenntnisstand entspricht. Der Charakter von Richtlinien zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots trägt damit der Therapiefreiheit weitergehend Rechnung als eine strikte Regelung der Abrechenbarkeit. Die Zuordnung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung wird auch nicht - wie die Beklagte geltend macht - durch die der systematischen Parodontosebehandlung vorausgehende Genehmigung des Parodontalstatus durch die Krankenkasse ausgeschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 05.08.1992 - [14a/6 Rka 17/90](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 12](#), juris Rdnr. 34 ff.; BSG, Urt. v. 16.06.1993 - [14a Rka 4/92](#) - SozR 3 2500 § 106 Nr. 18 juris Rdnr. 19).

Von daher geht die Kammer davon aus, dass es sich sachlich um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung handelte, für die die Prüfungsgremien zuständig sind (ausdrücklich auch für den Ersatzkassenbereich s. SG Marburg, Urt. v. 22.02.2012 - [S 12 KA 9/11](#) - juris, Berufung anhängig: LSG

Hessen - [L 4 KA 19/12](#) -).

Abseits ihrer primären Zuständigkeit zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sind die Prüfungsgremien aus verfahrensökonomischen Gründen berechtigt, sachlich-rechnerische Richtigstellungen vorzunehmen, wenn sich die Notwendigkeit dazu im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nachträglich ergibt und die Frage der Abrechnungsfähigkeit einzelner Leistungen nach den Vorschriften des Bewertungsmaßstabs im Verhältnis zur Wirtschaftlichkeit keine derart überragende Bedeutung zukommt, dass eine Abgabe des Verfahrens an die K(Z)ÄV geboten ist (vgl. BSG, Urt. v. 29.11.2006 - [B 6 KA 39/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 106a Nr. 3](#) = USK 2006-122, juris Rdnr. 17 m.w.N.).

Nach der Prüfvereinbarung 2008 (§ 5 Nr. 5) können Anträge bezogen auf einzelne Behandlungsfälle auch durch eine Krankenkasse gestellt werden. Gleiches galt bereits nach der Prüfvereinbarung 1995 (§ 7 Abs. 1).

Auf eine evtl. Rechtswidrigkeit des Bescheids der Prüfungsstelle kommt es nicht an.

Auch wenn für die Zeitspanne zwischen der Sitzung der Prüfungsstelle und deren Entscheidung eine Zeitspanne von fünf Monaten gelten sollte, so wäre dies ohne Auswirkung auf die Wirksamkeit des Bescheids und damit ohne Auswirkung auf die Rechtmäßigkeit des angefochtenen Beschlusses des Beklagten. Aus einem Verstoß gegen die Fünf-Monatsfrist folgt allenfalls die Rechtswidrigkeit einer Entscheidung, nicht aber deren Nichtigkeit. Ferner ist ein solcher Verstoß insofern unbeachtlich, als Streitgegenstand eines gerichtlichen Verfahrens, wie bereits ausgeführt, nur der Bescheid des Beklagten, nicht auch des Prüfungsausschusses ist. Im Übrigen hat der Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass es bei der Entscheidung der Prüfungsstelle auf die Fünf-Monatsfrist nicht ankommt. Insofern fehlt es an einer entsprechenden Regelung und können die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze für paritätisch besetzte Spruchkörper nicht auf eine monokratisch strukturierte Behörde wie die Prüfungsstelle übertragen werden. Gleiches gilt für eine eventuell fehlerhafte Unterzeichnung des Bescheids der Prüfungsstelle. So hat die Kammer mit Urteil vom 21.11.2012 - S 12 KA 7/12 - entschieden, dass selbst das Fehlen einer Unterschrift im Bescheid der Prüfungsstelle nicht zur Nichtigkeit des Bescheids führt. Dieser wird vielmehr wirksam. Ferner hat der Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass nach der ab Januar 2008 geltenden Prüfvereinbarung der Bescheid der Prüfungsstelle von einer vom Leiter beauftragten Person unterzeichnet werden kann (§ 8 Nr. 5 Satz 2 Prüfvereinbarung) und dass aufgrund der Gesetzesänderung seit 2008 der Ausgangsentscheid durch die Prüfungsstelle als Verwaltungseinrichtung und nicht mehr als Beschluss eines Gremiums ergeht.

Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs wegen der Ablehnung des Verlegungsantrags liegt nicht vor. Insofern liegt eine Ermessensentscheidung des Beklagten vor, die Ermessensfehler nicht erkennen lässt. Der Beklagte führt in nicht zu beanstandender Weise aus, dass alle Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft die Verantwortung für die Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots tragen und dass aufgrund der frühzeitigen Ladung auch eine wechselseitige Einarbeitung in die Prüfmaterie gewährleistet gewesen ist. Von daher war der Vortrag der Klägerin, Herr C. sei der Praxisinhaber und der wesentliche Zahnarzt, der zu den Behandlungen inhaltlich Stellung nehmen könne, unzutreffend und von dem Beklagten nicht weiter zu berücksichtigen. Die Klägerin hat nicht dargelegt, nachdem ausschließlich ein Verhinderungsgrund für Herrn C. vorgetragen worden ist, weshalb nur dieser sachlich in der Lage gewesen sein sollte, die Klägerin in der Prüfsitzung zu vertreten. Soweit auch ausschließlich die Überprüfung der PAR-Behandlungen Prüfgegenstand war, lag nicht ohne weiteres auf der Hand, dass es primär um die Kompetenz aus dem Bereich der MKG-Chirurgie ging.

Hinsichtlich des Fehlens einer Widerspruchsbegründung der Beigeladenen zu 2) weist der Beklagte zutreffend darauf hin, dass er von Amts wegen zur Ermittlung verpflichtet ist.

Der Beschluss des Beklagten ist auch materiellrechtlich nicht zu beanstanden.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, entfällt die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Parodontose-Behandlung nicht deshalb, weil die jeweilige Krankenkasse die Behandlung genehmigt hat. Soweit ein Verstoß gegen die Parodontose-Richtlinien vorliegt, verkürzt sich sowohl die Aufklärungs- und Beweispflicht des Beklagten als auch der Gerichte. Es braucht dann nicht in jedem Einzelfall bewiesen zu werden, dass die Behandlungsweise des Vertragszahnarztes unwirtschaftlich war. Die Prüfungsgremien sind dann insbesondere nicht verpflichtet, in jedem Einzelfall zahnärztliche Nachuntersuchungen durchzuführen. Gerade wegen der Schwierigkeit, im Nachhinein die Wirtschaftlichkeit der Parodontose-Behandlung festzustellen, haben die Vertragspartner die Einhaltung eines bestimmten Verfahrens mit einer Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse vereinbart. Die strikte Einhaltung dieses Verfahrens bietet die größte Sicherheit vor unwirtschaftlichen Behandlungen, die im Hinblick auf den hohen Kostenaufwand bei Parodontose-Behandlungen im besonderen Maße vermieden werden müssen. Der Arzt ist grundsätzlich an die Richtlinien gebunden. Das hindert ihn nicht einzuwenden, dass die Richtlinien ganz oder teilweise dem Gesetz widersprechen, dem gegenwärtigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr entsprechen oder ein Ausnahmefall vorgelegen hat, der ein Abweichen von den Richtlinien rechtfertigt (so BSG, Urt. v. 16.06.1993 - [14a RKa 4/92](#) - [SozR 3-2500 § 106 SGB V](#) Nr. 18 = [SozSich 1994, 230](#) = USK 93122, hier zitiert nach juris, Rdnr. 19 und 25). Bei den erforderlichen Bewertungen haben die Prüfungsgremien einen Beurteilungsspielraum, sodass deren Einschätzungen von den Gerichten nur in begrenztem Umfang überprüft und ggf. beanstandet werden können (vgl. BSG, Urt. v. 21.03.2012 - [B 6 KA 18/11](#) - 4-1500 § 86a Nr. 2, juris Rdnr. 18 m.w.N.).

Bei Zugrundelegung dieser Anforderungen und Maßstäbe erweist sich die angefochtene Honorarkürzung als rechtmäßig, denn die Klägerin hat in den 128 zur Prüfung gestellten Fällen gegen die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vom 7. Dezember 1962 (zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 24. Juli 1998, BAnz. Nr. 177) verstoßen. Diese Verstöße rechtfertigen die Annahme der Unwirtschaftlichkeit und die von dem Beklagten festgesetzte Honorarkürzung.

Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist die Kammer auf die zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Beschluss des Beklagten, dem sie insbesondere auch in der Begründung zu den Einzelfällen folgt, weshalb sie von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe absieht ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)). Ergänzend setzt sie sich nur mit den Ausführungen im Klageverfahren auseinander.

Mit seinem Vorbringen zu (zahn)medizinischen Sachverhalten kann die Klägerin allerdings im gerichtlichen Verfahren nicht mehr gehört werden.

Es ist grundsätzlich Sache des Vertragszahnarztes, zahnmedizinische Einwände gegen den Anschein der Unwirtschaftlichkeit bereits vor den Prüfungsgremien vorzutragen, da nur der Vertragszahnarzt die näheren Behandlungsumstände kennt und nur dann die Prüfungsgremien hinreichend von ihrem Beurteilungsspielraum Gebrauch machen können. Ihn trifft hinsichtlich der Einwendungen die Darlegungslast. Die Mitwirkungspflicht des Vertragszahnarztes ist gerichtet auf die umfassende Darlegung aller internen Umstände nebst deren vollständiger Verifizierung. Denn ebenso wie im privaten Geschäftsverkehr eine Rechnung ausreichend spezifiziert sein muss, ist auch der Vertragsarzt verpflichtet, seine Honorarforderung für die vertragsärztliche Tätigkeit, insbesondere einen außergewöhnlichen Mehraufwand zu begründen und zu belegen. Dies kann wegen des den Prüfungsgremien zustehenden Ermessensspielraums, aber auch wegen der gesamten Struktur des Verfahrens zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit vertragszahnärztlicher Leistungserbringung, in zeitlicher Hinsicht nur im Verwaltungsverfahren bis zur Entscheidung des Beschwerdeausschusses erfolgen und im Gerichtsverfahren nicht nachgeholt werden. Diese für sog. Praxisbesonderheiten zu Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren entwickelte Rechtsprechung (s. z. B. BSG, Beschl. v. 14.08.2012 - [B 6 KA 10/12 B](#) - [BeckRS 2012, 72997](#) m.w.N.; BSG, Beschl. v. 27.06.2012 - [B 6 KA 78/11 B](#) - [BeckRS 2012, 71762](#); LSG Hessen, Ur. v. 07.07.2010 - [L 4 KA 99/09](#) - juris unter Hinweis auf BSG, Ur. v. 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#), juris, Rn. 26 m.w.N., Zurückweisung der Nichtzulassungsbeschwerde durch BSG, Beschl. v. 17.11.2010 - [B 6 KA 45/10 B](#) - [BeckRS 2010, 75832](#)) gilt in Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren für alle medizinischen Sachverhalte, die die konkrete Behandlung durch den Vertragszahnarzt betreffen, insbesondere auch für die Prüfung von Parodontosebehandlungen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 31.08.2011 [L 7 KA 157/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris, Rdnr. 29, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 27.06.2012 - [B 6 KA 78/11 B](#) - a.a.O.). Von daher können von der Kammer nur noch rechtliche Einwendungen, nicht aber ein neuer zahnmedizinischer Vortrag berücksichtigt werden.

Von daher sind nachgereichte medizinische Unterlagen von der Kammer nicht zu berücksichtigen. So ist es unerheblich, dass die Klägerin die Nachreichung von Röntgenunterlagen angekündigt (Fall Nr. 48) bzw. ein Röntgenbild nachgereicht hat (Fall Nr. 98).

Soweit die Beklagte auf Dokumentationsmängel hingewiesen hat, war dies von der Kammer nicht zu beanstanden. Die Kammer hat hierzu in ihrem Urteil vom 06.04.2011 [S 12 KA 831/10](#) - (Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 19/12](#) -) folgendes ausgeführt, woran sie nach neuerlicher Überprüfung festhält:

"Der Beklagte hat die Absetzungen im Wesentlichen damit begründet, dass die vorgelegten Dokumentationen unzureichend gewesen seien. Dies war von der Kammer nicht zu beanstanden. Die Durchsicht der von dem Beklagten in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Unterlagen der insoweit fachkundig mit einem Vertragszahnarzt besetzten Kammer hat ergeben, dass eine auch nur annähernd aussagefähige Dokumentation nicht vorgelegt wurde. Die Unterlagen beschränken sich auf den Parodontalstatus, die Abrechnungsscheine mit den Abrechnungsdaten, eine kurze chronologische Auflistung des Behandlungsablaufs ohne nähere Angaben – es werden lediglich die Leistung und der Zahn bezeichnet – und z. T. der Kopie eines Orthopantomogramms. Damit kann auch für einen Zahnmediziner nicht ansatzweise der Behandlungsablauf nachvollzogen werden.

Der Beklagte konnte bei einer fehlenden Dokumentation auf die Unwirtschaftlichkeit schließen. Fehlt es bereits an der Dokumentation, so fehlt es damit bereits an einer Begründung, weshalb Kosten angefallen sind (so bereits SG Marburg, Ur. v. 05.12.2007 - [S 12 KA 114/07](#) - juris Rdnr. 40; Ur. v. 25.11.2009 - [S 12 KA 73/09](#) - juris Rdnr. 48, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 2/10](#) -).

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, Ur. 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. Behandlungsfortführung 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. v. 25.11.2009 - [S 12 KA 137/09](#) - juris Rdnr. 73, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Ur. 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, Ur. v. 07.07.2010 - [S 12 KA 325/09](#) - juris Rdnr. 46; zum verspäteten Vorbringen in einem Disziplinarverfahren s. SG Marburg, Ur. v. 25.11.2009 - [S 12 KA 137/09](#) - AZR 2007, 108, juris Rdnr. 43).

Die Kammer hat auf dieser Grundlage bisher für den kieferorthopädischen Bereich entschieden, dass, soweit Bänder erneuert werden, in jedem Fall der Kieferbereich anzugeben ist; werden Brackets erneuert, ist der Zahn anzugeben; werden Reparaturen vorgenommen, ist anzugeben, welche Reparatur in welchem Kieferbereich bzw. welchen Zahn betreffend vorgenommen wurde (vgl. SG Marburg, Ur. v. 25.11.2009 - [S 12 KA 73/09](#) - juris Rdnr. 49). Ein Nachweis für eine ausreichende Vorbehandlung im Rahmen einer Parodontosebehandlung kann nur anhand der Dokumentation geführt werden. Die Dokumentation ist parallel zur Behandlung zu erstellen und beruht auf den eigenen Angaben des Vertragszahnarztes. Soweit keine Anzeichen für eine unwahre Dokumentation vorliegen, haben die Prüfungsgremien von der Richtigkeit der Dokumentation auszugehen. Damit beruht die Abrechnung, was fast für das gesamte Abrechnungswesen gilt, im Wesentlichen allein auf den Angaben des Vertragszahnarztes. Im Umkehrschluss muss sich dieser aber an seiner eigenen Dokumentation festhalten lassen und ist ihm der Einwand, er habe die Leistungen, zu deren Dokumentation er verpflichtet ist, zwar nicht dokumentiert, aber dennoch erbracht, abgeschnitten (vgl. SG Marburg, Ur. v. 05.12.2007 - [S 12 KA 804/06](#) - juris Rdnr. 37). Wesentlich und eine Absetzung tragend ist auch der Umstand, dass ein Vertragszahnarzt in allen Fällen einer Komplettabsetzung nicht die Therapieform angegeben hat (vgl. SG Marburg, Ur. v. 05.12.2007 - [S 12 KA 804/06](#) - juris Rdnr. 40). Ebenso sind die Lockerungsgrade zu dokumentieren (vgl. SG Marburg, Ur. v. 05.12.2007 - [S 12 KA 804/06](#) - juris Rdnr. 41).

Für die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) wird in B.V.2. Behandlungsrichtlinie unter der Überschrift "Anamnese und Diagnostik im Hinblick auf den Parodontalzustand" Folgendes ausdrücklich geregelt: Grundlage für die Therapie sind die Anamnese, der klinische Befund (Parodontalstatus) und Röntgenaufnahmen. Die Krankenkasse kann vor der Kosten-Übernahmeentscheidung diese Unterlagen und den Patienten begutachten lassen. Die Anamnese umfasst:

- Allgemeine Anamnese (darunter Risikofaktoren für Parodontitis wie Diabetes mellitus, Tabakkonsum, HIV-Infektion im fortgeschrittenen Stadium, Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten, Osteoporose)

- Familienanamnese im Hinblick auf Parodontalerkrankungen
- Spezielle Anamnese (Schmerzen/Vorbehandlungen). Die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) umfasst:
 - Taschentiefen und Blutung der Zahnfleischtaschen auf Sondieren - parodontale Rezessionen, um einen Ausgangswert für die Beurteilung einer möglichen Progression der Parodontitis zu erheben; fakultativ und alternativ kann auch der klinische Attachmentverlust aufgezeichnet werden.
- Furkationsbefall:
 - Grad 1 = bis 3 mm in horizontaler Richtung
 - Grad 2 = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung
 - Grad 3 = durchgängig
- Zahnlockerung:
 - Grad I = gering horizontal (0,2 mm - 1 mm)
 - Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)
 - Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (in der Regel nicht älter als sechs Monate), auswertbare Röntgenaufnahmen.

Die Diagnosen sind gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontitiden der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben.

Die Klägerin hat dem Beklagten eine auch nur annähernd aussagefähige Dokumentation nicht vorgelegt. Hierzu war sie aber im Rahmen des Prüfverfahrens verpflichtet. Soweit es an einer Dokumentation fehlt, können die Prüfungsgremien von der Nichterbringung der Leistung ausgehen. Der Beklagte rügt zu Recht, dass die vorgelegten Aufzeichnungen nur pauschale Bezeichnungen wie "MHU = Mundhygieneunterweisung", "EK = Erfolgskontrolle", "TB = Therapieberatung", "PA-N" etc. umfassten. Außer diesen Sammelbegriffen finden sich in den Aufzeichnungen keinerlei Spezifizierungen, welche konkreten Verrichtungen an welchen Zähnen vorgenommen worden sind. Es fehlen Röntgenbefunde sowie Einträge bezüglich der Therapieart. Auch die 01-Befunde sind nicht dokumentiert. Den weiteren Ausführungen des Beklagten, er habe die Dokumentation "PA-N" ohne genaue Angaben, welche konkreten Maßnahmen am einzelnen Patienten am jeweiligen Tag erfolgt seien, nicht nachvollziehen können, ist ebf. zuzustimmen. Von daher war auch die Schlussfolgerung des Beklagten, anhand der pauschalen Auflistungen zu den Behandlungsdaten und Behandlungsvermerken auf den Patientenlisten sei es nicht möglich gewesen, von einer Einhaltung der Behandlungsrichtlinie auszugehen, nicht zu beanstanden. Soweit es am Nachweis der Einhaltung der Behandlungsrichtlinie fehlt, konnte der Beklagte vom fehlenden Nachweis einer wirtschaftlichen Behandlung ausgehen."

Von daher hat die Klägerin ihre Dokumentation so zu führen, dass die erbrachten Leistungen für einen Zahnarzt nachvollziehbar sind. Aus ihnen muss auch die Einhaltung der Behandlungsrichtlinie hervorgehen. Das bloße Verzeichnen der Leistungskürzel reicht als Dokumentation nicht aus. Maßgeblich kann als Dokumentation auch nur gewertet werden, was zeitnah erstellt und was den Prüfungsgremien vorgelegt wurde.

Nicht zu beanstanden ist auch die Auffassung des Beklagten zur Vorbehandlung.

Nach den Richtlinien für die systematische Befunderhebung und Behandlung der Parodontopathien (Abschnitt V der Richtlinien des Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung) gehören zur Befunderhebung der Parodontalstatus, Röntgenaufnahmen und Kiefermodelle. Die Vorbehandlung geht der systematischen Behandlung voraus. Sie besteht in der Entfernung des Zahnsteins, der weichen Beläge und sonstiger Reizfaktoren sowie in der Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene. Zwei bis drei Wochen nach Abschluss der Vorbehandlung ist zu entscheiden, ob eine systematische PAR-Behandlung noch angezeigt ist. Dies ist in der Regel nicht der Fall, wenn die Mitarbeit des Patienten nicht ausreichend und deshalb ein Erfolg nicht zu erwarten ist oder nach dem Rückgang der entzündlichen Schwellung des Zahnfleisches nur noch Zahnfleischtaschen bis 2 mm und keine funktionellen Störungen bestehen (Nr. 21 der Richtlinien) (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 - [S 12 KA 21/05](#) - juris).

Insofern war von der Kammer auch die Auffassung nicht zu beanstanden, dass das Kürzel PABV allein nicht ausreicht, um eine fachgerechte Vorbehandlung ausreichend zu dokumentieren.

Das Vorbringen der Klägerin zu 120 der 128 Behandlungsfälle - es erfolgt überhaupt kein Vortrag zu den Fällen Nr. 23, 39, 63, 79, 82, 123, 126 und 127 - beschränkt sich im Wesentlichen auf allgemeine und stereotype Wiederholungen in Form von weitgehend identischen Textbausteinen und nimmt nicht in allen Fällen zu allen Beanstandungen Stellung.

Soweit der Kläger zu den abgesetzten Anästhesieleistungen vorträgt, beschränkt er sich auf den Einwand, eine Begründung werde im Rahmen des Prüfungsgesprächs geliefert (Fall Nr. 1, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 27, 29, 30, 33, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 49, 50, 52, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 64, 67, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 80, 81, 83, 84, 86, 89, 91, 92, 96, 97, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 114, 116, 117, 118, 120, 125 und 128). Soweit die Klägerin damit auf einen mündlichen Vortrag vor der Prüfungsstelle verweist, enthebt sie dies nicht von ihren Dokumentationspflichten. Im Übrigen handelt es sich um eine unsubstantiierte Behauptung. Entscheidend ist aber, dass es sich nur um eine Folgeabsetzung zur Absetzung der PAR-Behandlungen handelt. Soweit die PAR-Behandlungen abzusetzen waren, ist es nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die im Zusammenhang stehenden Anästhesieleistungen ebenfalls abgesetzt hat. Widersprüchlich ist der Vortrag zudem, wenn einerseits auf eine Vollnarkose hingewiesen wird, zum anderen von der Notwendigkeit der Anästhesien ausgegangen wird (Fall Nr. 8, 10, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 20 und 91).

Gegen den Vorwurf mangelnder Dokumentation insb. bzgl. der Art der Vorbehandlung und der Motivation macht die Klägerin lediglich allgemein geltend, sie habe dies mündlich anhand eigener Aufzeichnungen erläutert (Fall Nr. 6, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 25, 27, 30, 31, 32, 34, 37, 38, 40, 42, 44, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124 und 125). Entscheidend ist aber die schriftliche und vorgelegte Dokumentation im dargelegten Umfang. Dies gilt auch für den weiteren allgemeinen Vortrag, der Patient sei dem Behandler bekannt, Mitwirkungsfähigkeit und Bereitschaft seien geprüft worden, entsprechendes sei im Prüfungsgespräch dargelegt worden (Fall Nr. 19, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 34, 37, 38, 39, 40, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 73, 76, 77, 78, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124 und 125).

Hinsichtlich der Beanstandung eines zu geringen Abstands zu anderen Behandlungen wendet die Klägerin lediglich allgemein ein, es sei auf den individuellen Gesundheitszustand des einzelnen Patienten abzustellen, ohne dies zu erläutern, und der Patient müsse, wenn er nur in Narkose behandelbar sei, nur in einer Sitzung behandelt werden (Fall Nr. 6, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 32 und 91). Dies ist in dieser Allgemeinheit nicht nachvollziehbar. Im Übrigen handelt es sich jeweils um einen verspäteten zahnmedizinischen Einwand.

Soweit die Klägerin zum Röntgenbefund vorträgt, es sei falsch, dass die Röntgenbilder nicht zu befunden seien, zusammen mit der klinischen Untersuchung sei die Befundung durchführbar, auch fehle es an einer rechtlichen Vorgabe zur Notwendigkeit eines Röntgenbildes, was auch ethisch zweifelhaft wäre, da ganze Patientenkreise von der Behandlung ausgeschlossen würden (Fall Nr. 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 18, 22, 24, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 38, 46, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 64, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 92, 94, 95, 96, 98, 99, 102, 103, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121 und 122), beschränkt sie sich auf allgemeine Ausführungen bzw. trägt vor, ein Röntgenbild sei entweder auswertbar oder nicht (Fall Nr. 62). Sie legt nicht dar, weshalb und wie die Röntgenbilder zu befunden seien. Im Übrigen ist die Auffassung des Beklagten zutreffend, dass nur vollständig auswertbare und schriftlich befundete Röntgenbilder abrechenbar sind. Insofern besteht auch, wie bereits ausgeführt, eine Randzuständigkeit des Beklagten zur sachlich-rechnerischen Berichtigung bzw. sind die im Zusammenhang mit der PAR-Behandlung erbrachten Röntgenleistungen ebenfalls abzusetzen, wenn der PAR-Status insgesamt abzusetzen ist. Widersprüchlich ist der Vortrag der Klägerin bzgl. der Strahlenbelastung, da sie zum einen Röntgenaufnahmen angefertigt hat und zum anderen bei einer nur unzureichenden Befundung der Strahlenbelastung gerade nicht der diagnostische Erkenntnisgewinn gegenübersteht. Die fachkundig mit einem Vertragszahnarzt besetzte Kammer ist ferner der Auffassung, dass der als Folge einer Parodontitis einsetzende Knochenabbau für die PAR-Behandlung sichtbar sein muss.

Bei dem Einwand, die Parodontosebehandlung antagonistischer Zähne sei medizinisch dann indiziert, wenn es Anhalte dafür gebe, wenn dies im Rahmen einer prothetischen Versorgung mit einbezogen werden müsse, was der Fall gewesen sei (Fall Nr. 4, 21, 55, 62 und 128), handelt es sich um einen verspäteten zahnmedizinischen Einwand, der zudem von dem Beklagten bestritten wird bzw. der Beklagte weist darauf hin, dass der betreffende Zahn nicht einbezogen worden sei.

Soweit die Klägerin vorträgt, die Nr. 04 könne noch vorgelegt werden und sei bereits mit der Quartalsabrechnung übermittelt worden (Fall Nr. 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31 und 32), so weist der Beklagte zutreffend darauf hin, dass diese nur als Abrechnungsziffer im Krankenblatt festgehalten worden ist und es an einer Dokumentation der einzelnen Werte fehlt. Eine Nachreichung ist aber im gerichtlichen Verfahren nicht mehr möglich.

Bei dem Hinweis, die konservierenden Maßnahmen nach Abschluss der PA-Behandlung hätten sich akut ergeben (Fall Nr. 26, 27, 34, 37, 38, 39, 40, 42, 44, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 69, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 100, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 124 und 125), handelt es sich um eine bloße unsubstantiierte Behauptung. Zudem handelt es sich um einen zahnmedizinischen Sachverhalt, mit dem die Klägerin im gerichtlichen Verfahren nicht mehr gehört werden kann. Auch betreffen diese Beanstandungen, worauf der Beklagte hinweist, schon vor der PAR-Behandlung festgestellte kariöse Defekte, die häufig in die Zahnzwischenräume reichten, also für die PAR-Behandlung relevant sind, oder Fälle, in denen es gar nicht zur Behandlung wegen der häufigen Abbrüche gekommen ist. Nach den Behandlungsrichtlinien setzt die PAR-Behandlung ein insgesamt im Übrigen gesundes Gebiss voraus.

Soweit die Klägerin im Behandlungsfall Nr. 70 vorträgt, konservierend-chirurgische Maßnahmen an einzelnen Zähnen hätten allenfalls zur Absetzung der PA-Behandlung an diesen Zähnen führen dürfen, so weist die Beklagte zutreffend darauf hin, dass die Absetzung wegen fehlender Vorbehandlung erfolgt ist. Gleiches gilt für Fall Nr. 86, der nicht wegen zweier Zahnfüllungen, sondern der fehlenden Vorbehandlung abgesetzt wurde.

Der Hinweis der Klägerin im Fall Nr. 72, die zweimalige Absetzung der Nr. 108 sei nicht begründet worden, trifft nicht zu. Die Absetzung erfolgte wegen fehlender Vorbehandlung. Damit sind alle damit in Zusammenhang stehenden Leistungen abzusetzen. Der ausdrückliche Hinweis der Klägerin auf eine Unzuständigkeit des Beklagten zur sachlich-rechnerischen Berichtigung (Fall Nr. 83) trifft, wie bereits dargelegt, nicht zu. Im Übrigen erfolgte die Absetzung u. a. wegen fehlender Vorbehandlung.

Bei dem Einwand, die Nr. 59 BEMA sei in einer anderen Region abgerechnet worden (Fall Nr. 32) handelt es sich um eine bloße Behauptung, die zudem als zahnmedizinischer Einwand verspätet ist. Der Hinweis auf den Allgemeinzustand der Patientin im Fall Nr. 91 betrifft einen medizinischen Sachverhalt. Zudem weist der Beklagte zutreffend darauf hin, dass nicht nachvollziehbar ist, weshalb eine Röntgenaufnahme wegen Angstzuständen nicht möglich sei, während sehr umfangreiche Behandlungssitzungen unter Narkose möglich sein sollten. Nicht zu beanstanden war auch die Absetzung bei fehlender konservierender Behandlung (Zahn 15 im Behandlungsfall Nr. 43). Die konservierend-chirurgische Behandlung hat gerade aus Gründen der Wirtschaftlichkeit der Parodontosebehandlung vorzuziehen.

Nach allem war der angefochtene Beschluss des Beklagten rechtmäßig und nicht aufzuheben und die Klage insgesamt im Haupt- und Hilfsantrag 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

2013-06-18