

Dr. Stefan Stelzl, veröffentlicht in MedR 1999, 173 ff.

Wirtschaftlichkeitsprüfung, Ärzte und Zahnärzte

Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragszahnärztlichen Parodontosebehandlung

Die vertragszahnärztliche Abrechnung unterliegt, genau wie die ärztliche Abrechnung, der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V. Dies gilt auch für einen Sonderaspekt der Abrechnung, nämlich die Behandlung von Parodontose-Patienten.

Wirtschaftlich gesehen, spielt dieser Bereich eine zunehmende Rolle, da immer mehr Zahnärzte immer mehr Parodontose-Behandlungen (PA-Behandlung) erbringen (1). Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) gehen deshalb vermehrt dazu über, Honorarkürzungen in diesem Bereich durchzuführen. Da mit der Parodontosebehandlung durchaus hohe Honorarvolumina erreicht werden (2), können derartige Kürzungen die einzelne Zahnarztpraxis empfindlich treffen.

Die Kürzungen erfolgen oftmals mit Argumentationen, die sich gemessen an den einschlägigen Richtlinien sowie der zum Themenbereich ergangenen Rechtsprechung, nicht aufrecht erhalten lassen. Der den Zahnarzt beratende Anwalt muss den Ablauf einer "korrekten" PA-Behandlung kennen, um die damit verbundenen rechtlichen Probleme einordnen zu können. Im Folgenden soll deshalb anhand der einschlägigen Regelungen eine richtlinienkonforme PA-Behandlung dargestellt werden, bevor auf die mit der Honorarkürzung verbundenen rechtlichen Probleme eingegangen wird.

1. Rechtliche Grundlagen

Das Kassen(zahn)arztrecht (3) basiert bekanntlich nicht auf einer einheitlichen Regelungsmaterie, sondern wird durch ein Regelungsgeflecht aus Richtlinien und Vereinbarungen der Selbstverwaltungsorgane der (Zahn)Ärzte und Krankenkassen kodifiziert.

1.1 Die materiellen Regelungen zur "technischen" zahnmedizinischen Durchführung der Parodontose-Behandlung finden sich für den Primärkassenbereich (4) in den "Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung" (5). Die Bestimmungen zur "Systematischen Behandlung von Parodontopathien (PA-Behandlung)" befinden sich im Abschnitt B V unter den Ziff. 19 - 26 dieser Richtlinien. (6)

Für den Ersatzkassenbereich wurden gesonderte "Richtlinien für die systematische Befunderhebung und Behandlung der Parodontopathien" (7) vereinbart, die inhaltlich aber den Primärkassen-Richtlinien entsprechen.

1.2 Vor Beginn der Behandlung ist der Zahnarzt verpflichtet, einen Behandlungsplan (sog. Parodontalstatus) zu erstellen und der Krankenkasse zur Bestätigung der Kostenübernahme zur Verfügung zu stellen. Das entsprechende Verfahren ist für den Primärkassenbereich in der Anlage 9 zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) (8) als "Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen von Parodontopathien" und für den Ersatzkassenbereich als Anlage 23 zum Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte (EKV-Z) (9) als "Gutachterverfahren für PA-Behandlungsfälle" geregelt. Inhalt und Umfang des Parodontalstatus sind in den Anlagen 10 und 11 zum BMV-Z bzw. 20 und 21 zum EKV-Z geregelt. (10)

Dr. Stefan Stelzl¹

Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Sozialrecht
Stefan.Stelzl@Stelzl-RA.de

Daniela Stelzl²

Rechtsanwältin
Familienrecht
Daniela.Stelzl@Stelzl-RA.de

Zettachring 8 A

70567 Stuttgart

Tel.: 0711 49097480

Fax: 0711 49097489

www.Stelzl-RA.de

USt-Id Nr.: 97345/38616

BW Bank Stuttgart

Kto-Nr.: 7421017400

BLZ: 600 501 01

IBAN:

DE03600501017421017400

BIC: SOLADEST

¹ Mitglied bei:

Rechtsanwaltskammer Stuttgart

Anwaltverein Stuttgart e.V.

Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte
im Medizinrecht e.V.

Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im
Deutschen Anwaltverein e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kassen-
Arztrecht e.V.

Arbeitsgemeinschaft Sozialrecht im
Deutschen Anwaltverein

² Mitglied bei:

Rechtsanwaltskammer Stuttgart

Anwaltverein Stuttgart e.V.

Arbeitsgemeinschaft Familienrecht im
Deutschen Anwaltverein e.V.

1.3 Die Abrechnung der vertragszahnärztlichen PA-Behandlung erfolgt im Wesentlichen nach den Ziffern P 200 - P 202 BEMA-Z (11).

1.4 Die genannten Regelungen sind für den einzelnen Zahnarzt gem. § 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V i.V.m. § 81 Abs. 3 Nr. 2 SGB V, 95 Abs. 3 Satz 1, 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V verbindlich.

2. Ablauf einer richtlinienkonformen PA-Behandlung

Parodontopathien sind definiert als krankhafte Veränderung der Funktionseinheit aus Gingiva (12), Alveolarfortsatz (13), Wurzelhaut (Desmodont) und des Zahnzements. Umfaßt sind entzündliche, dystrophische und atrophische Vorgänge, wobei das Ziel der systematischen PA-Behandlung darin besteht, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern, entzündliche Erscheinungen zum Abklingen zu bringen und einer weiteren Retraktion des Zahnhalteapparates vorzubeugen.

2.1 Der Zahnarzt hat zunächst einen Gesamtbefund festzustellen, wofür neben der klinischen Befundung der Parodontalstatus, Röntgenaufnahmen (14) und Kiefermodelle erforderlich sind. Zu erheben sind folgende Befunde:

2.1.1 Lokalbefund

Dieser umfasst die Feststellung

- fehlender und ersetzter Zähne,
- von Karies (15),
- des Zustands und Verlaufs des Zahnfleischsaumes (16),
- des Höhen- und Seitenabbaus des Kieferknochens,
- der Breite und Form des Desmodontalspaltes (17),
- mechanischer Reizfaktoren wie Zahnstein oder subgingivale Konkremente (18) sowie
- von mangelhaften, insbes. abstehenden Füllungen und Kronen.

2.1.2 Funktionsbefund

Dieser umfasst Kieferfehlbildungen und Stellungsanomalien, ungünstige Belastungsverhältnisse bei verschiedenen Bißlagen, Parafunktionen wie Knirschen, Pressen und "habits" (19), sowie Zahnwanderungen und Zahnlockerungen (20).

2.1.3 Internbefund

Hierunter fällt die Feststellung von Allgemeinerkrankungen, ggf. unter Einschaltung entsprechender Fachärzte.

2.2 Kommt der Zahnarzt aufgrund seiner Befunderhebung zum Ergebnis, dass eine parodontale Erkrankung vorliegt, so ist zunächst die Diagnose festzuhalten (21). Gleichzeitig ist eine Prognoseentscheidung erforderlich, da eine PA-Behandlung nur bei frühzeitigem Behandlungsbeginn Erfolg verspricht und zudem von der Mitarbeit des Patienten in Form einer guten Zahn- und Mundhygiene abhängt. Auch bei bestimmten Allgemeinerkrankungen (z.B. Diabetes, HIV, Alkohol- oder Drogensucht etc.) sowie fortgeschrittenen parodontalen Erkrankungen und erheblichen Lockerungsgraden etc. ist eine systematische PA-Behandlung nach den Richtlinien nicht möglich (22). Der Patient muss zur Mitarbeit motiviert werden.

2.3 Nach Befunderhebung, Diagnosestellung und positiver Prognoseentscheidung, ist eine Vorbehandlung erforderlich.

Sie besteht in der Entfernung des Zahnsteins, der weichen Beläge und sonstiger Reizfaktoren (23), sowie in der Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene. Die Vorbehandlung dient der Beseitigung aller Faktoren, die belastend auf das Parodontium einwirken können. Ziel ist zum einen, das Zahnfleisch zu beruhigen und zum anderen, optimale Verhältnisse für die eigentliche PA-Behandlung zu schaffen.

2.4 Zwei bis drei Wochen nach Abschluss der Vorbehandlung ist zu entscheiden, ob eine systematische PA-Behandlung noch angezeigt ist.

Kontraindiziert ist eine Behandlung nach den Richtlinien, wenn die schlechte Mundhygiene des Patienten zeigt, dass trotz entsprechender Motivation eine hinreichende Mitarbeit nicht zu erwarten ist oder wenn die Zahnfleischtaschen aufgrund der Vorbehandlung auf 2 mm oder weniger zurückgegangen sind und keine funktionellen Störungen vorliegen (24).

2.5 Stellt sich heraus, dass eine weitere Behandlung noch angezeigt ist, so hat der Zahnarzt den "Parodontalstatus" zu erstellen und zur Zuschussfestsetzung bei der Krankenkasse einzureichen (25). Nach den einschlägigen Vorschriften soll mit der Behandlung - mit Ausnahme von Schmerzbesitzungsmaßnahmen oder akuten Erkrankungen - erst nach Rücksendung des Parodontalstatus an den Zahnarzt begonnen werden.

2.6 Die eigentliche PA-Behandlung (26), umfasst nach den Richtlinien die Entfernung von Konkrementen (27), das sog. "scaling" (28), die Beseitigung bzw. Einebnung der Zahnfleischtaschen mittels Kürettage (29), die Herstellung eines günstigen Zahnfleischreliefs und verschiedene Zahnfleischoperationsmethoden (30).

Gleichzeitig sind die Bissverhältnisse zu korrigieren, wenn sich diese belastend auf das Parodontium auswirken sollten (31).

2.7 Der Behandlungserfolg sollte laut Richtlinien spätestens 3 Monate nach Durchführung der systematischen Behandlung und dann nochmals zwischen 3 und 6 Monaten nach der Behandlung kontrolliert werden (32).

3. Rechtliche Problemfelder

3.1 Zuständigkeit der Prüfungsgremien

Es war lange ungeklärt, ob die Einhaltung der PA-Richtlinien im Rahmen der sog. sachlich-rechnerischen Richtigstellung der zahnärztlichen Abrechnung oder im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu überprüfen ist.

Es handelt sich hierbei nicht um eine rein akademische Frage, da von der Eingruppierung die Zuständigkeit der Prüfungsgremien abhängt, mit der Folge, dass bei Tätigwerden des falschen Organs der Kürzungsbescheid rechtswidrig ist.

3.1.1 Nach § 19 BMV-Z bzw. § 12 Abs. 1 Satz 1 EKV-Z obliegt es den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die vom Zahnarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Demgegenüber sind für die Wirtschaftlichkeitsprüfung die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse des § 106 Abs. 4 und 5 SGB V (33) zuständig (34).

3.1.2 In einer Entscheidung aus dem Jahre 1991 (35) hat dann das BSG klargestellt, dass der Richtliniengeber mit den PA-Richtlinien das Wirtschaftlichkeitsgebot in rechtlich zulässiger Weise konkretisiert habe. Soweit die Durchführung systematischer Parodontosebehandlungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung die

Beachtung eines bestimmten Verfahrensablaufs voraussetze, diene dies der Sicherstellung des Behandlungserfolges und damit der Wirtschaftlichkeit der Behandlung (36). Für die Prüfung der Richtlinienkonformität der PA-Behandlung sind demnach allein die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse zuständig.

3.1.3 Die zuständigen Ausschüsse sind aber nicht nur zur Feststellung der Unwirtschaftlichkeit, sondern auch zur Kürzung des Honorars berechtigt und verpflichtet. Das BSG hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Entscheidung darüber, welche Maßnahmen wegen einer Verletzung der Richtlinien und damit wegen einer Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu treffen sind, nicht in die Zuständigkeit der KZV gehört.

Eine Überweisung des Vorgangs an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zur Durchführung der Honorarkürzung - wie dies gelegentlich geschieht - ist deshalb unzulässig.

Wird das Honorar durch die sachlich unzuständige KZV gekürzt, so ist dieser Verfahrensmangel gem. § 42 Satz 1 SGB X beachtlich und nicht heilbar. Zur sachlichen Zuständigkeit gehört auch die Zuständigkeit besonderer Organe, jedenfalls wenn diese anders besetzt sind, als das handelnde Organ. Dies ist vorliegend der Fall. Die Prüfungsausschüsse sind paritätisch mit Mitgliedern der (Zahn)Ärzte und der Krankenkassen besetzt, während die KZV eine derartige paritätische Besetzung nicht kennt. Erlässt die KZV einen Verwaltungsakt, für dessen Erlass die Prüforgane zuständig waren, so ist der VA allein wegen fehlender sachlicher Zuständigkeit aufzuheben (37).

3.2 Unvollständiger Parodontalstatus

Wie bereits erwähnt, muss der vervollständigte Parodontalstatus der zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung eingereicht werden. Erfolgt keine Beanstandung durch die Krankenkasse, sondern eine vorbehaltlose Genehmigung, so fragt sich, ob eine Geltendmachung der Unvollständigkeit im späteren Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren noch möglich ist. Von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der zuständigen Ausschüsse wird jedenfalls teilweise die Auffassung vertreten, daß ein unvollständiger Parodontalstatus die Behandlung insgesamt unwirtschaftlich mache und zu einer Kürzung des gesamten insoweit erhaltenen Honorars führe.

3.2.1 Der notwendige Inhalt des Parodontalstatus ergibt sich aus den Anlagen 11 zum BMV-Z bzw. 21 EKV-Z (Anleitung zum Parodontalstatus). Danach müssen die folgenden Befunde in das Zahnschema auf der Rückseite des Formulars eingetragen werden:

- Fehlende Zähne
- Tief zerstörte, nicht erhaltungswürdige Zähne, auch geplante Extraktionen
- Freiliegende Bi- oder Trifurkationen (38)
- Marktote Zähne
- Pathologisch vertiefte Zahnfleischtaschen in Millimetern mit Angabe der Lage der Zahnfleischtaschen
- Angabe der Zahnlockerung in Graden (39).

3.2.2 Alle anderen Angaben, wie beispielsweise freiliegende Zahnhälse, Karies, Füllungen und Wurzelfüllungen, Kronen, Brücken, Bissverhältnisse sowie Verlauf des Knochensaumes, sind dagegen nicht zwingend erforderlich, sondern können ggf. als Planungs erleichterung in das Zahnschema eingetragen werden.

3.2.3 Das BSG hat klargestellt, dass die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Parodontosebehandlung grundsätzlich nicht deshalb entfällt, weil die jeweilige Krankenkasse die Behandlung genehmigt hat. Zur Begründung wird zurecht darauf hingewiesen, dass die - der Genehmigung des Parodontalstatus durch die Krankenkasse vorausgehende - Prüfung nach den vertraglichen Vereinbarungen nicht die Einhaltung von Wartefristen und die vertragsgemäße Durchführung der Vorbehandlung umfasst, da der Zahnarzt hierzu im Parodontalstatus keine näheren Angaben machen muß (40).

Entsprechend hat das Bundessozialgericht für den Bereich der prothetischen Versorgung klargestellt, dass die Genehmigung des Heil- und Kostenplanes es nicht ausschließt, die Ausführung des Planes als mangelhaft anzusehen (41).

Auch im Bereich der kieferorthopädischen Behandlung ist die Wirtschaftlichkeitsprüfung trotz vorheriger Genehmigung des Behandlungsplanes durch die Kassen nach Auffassung des BSG nicht ausgeschlossen, wenn zwar ein genehmigter Behandlungsplan vorliegt, dann aber vom Behandler eine Entscheidung getroffen wird, die vom genehmigten Behandlungsplan abweicht. Das BSG hatte einen Fall zu entscheiden, bei dem entgegen dem eingereichten und genehmigten Behandlungsplan eine Extraktionstherapie durchgeführt wurde, die ein Rüksinken der Knochenstruktur und im Unterkiefer eine extreme Mittellinienverschiebung nach rechts, mit starker Kippung der Frontzähne zur Folge hatte (42). Dies gilt nach Auffassung des BSG trotz der Bestimmung in § 2 Abs. 3 der Anlage 6 zum BMV-Z (43), wonach Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund eines Behandlungsplanes die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, nicht mehr der Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit unterliegen sollen.

3.2.4 Eine Übertragung dieser Grundsätze auf den Bereich der PA-Behandlung bedeutet, dass auch nach Genehmigung durch die Krankenkassen die richtlinienkonforme Ausführung des Behandlungsplanes, wie er sich im Parodontalstatus darstellt, im Rahmen der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung überprüft werden darf.

Die Entscheidungen des BSG im Zahnersatz-, Kieferorthopädie- und Parodontosebereich zeigen, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung immer insoweit zugelassen wird, als Tatsachen betroffen sind, die zeitlich nach Genehmigung des Planes liegen und die deshalb für die Krankenkassen zum Zeitpunkt der Genehmigung nicht erkennbar sind. Es ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass die Genehmigung der Kassen nur diejenigen Bereiche umfassen kann, die zu diesem Zeitpunkt zugänglich sind, dass aber spätere Fehler des Behandlers bei der Ausführung des Planes oder eigenmächtige Abweichungen von der ursprünglichen Planung nicht von der Genehmigung umfasst sein können und deshalb der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen.

3.2.5 Ganz anders verhält es sich jedoch bei der Unvollständigkeit eines (parodontalen) Behandlungsplanes.

Der Krankenkasse ist es ein Leichtes, zu überprüfen, ob der eingereichte Parodontalstatus alle zwingend erforderlichen Eintragungen aufweist, ob also beispielsweise die Zahnlockerungsgrade festgehalten sind oder nicht. Die Kasse hat dann die Möglichkeit, entweder die Behandlungsplanung nicht zu genehmigen oder die Planung begutachten zu lassen (44).

Genehmigt die Kasse trotz Unvollständigkeit den Behandlungsplan, so kann nachträglich die Unvollständigkeit des Planes nicht mehr gerügt werden. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist in gesetzeskonformer Auslegung auf die Bereiche zu

beschränken, die bei der vorangehenden Genehmigung zu überprüfen waren, oder tatsächlich abschließend geprüft wurden (45).

3.3 Zeitpunkt des PA-Antrags und Wartefrist

Ziff. 21 der PA-Richtlinien (46) hat folgenden Wortlaut:

"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 zu richtiger Mundhygiene. Zwei bis drei Wochen nach Abschluss der Vorbehandlung ist zu entscheiden, ob eine systematische Pa-Behandlung noch angezeigt ist..."

Von Seiten der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse wird daraus teilweise geschlossen,

- es müsse eine mindestens 14-tägige Wartefrist zwischen Beantragung des Parodontalstatus und der eigentlichen PA-Behandlung liegen oder
- die Erstellung des Parodontalstatus sei erst nach Abschluss der Vorbehandlung möglich.

Beides ist unrichtig.

Das BSG hat klargestellt (47), dass es der Gesamtzusammenhang der PA-Richtlinien nicht ausschließe, das Genehmigungsverfahren in der 14-tägigen Wartezeit zwischen Vorbehandlung und systematischer PA-Behandlung durchzuführen. Aus Wortlaut und Zweck der PA-Richtlinien und aus der Gestaltung der vom Zahnarzt zu verwendenden Formulare sei zudem nicht klar ersichtlich, dass der Zahnarzt den Antrag erst nach Abschluss der Vorbehandlung stellen dürfe und es nicht ausreiche, wenn bei Beginn der systematischen Behandlung die Wartefrist abgelaufen sei.

An einen objektiven Verstoß gegen Richtlinien dürfen nach richtiger Auffassung des BSG aus Gründen der Rechtssicherheit nur dann nachteilige Folgen für den Arzt geknüpft werden, wenn sie die Pflichten des Arztes eindeutig festlegen.

Es bleibt festzuhalten, dass die einzige vom Zahnarzt einzuhaltende Frist diejenige zwischen Vorbehandlung und systematischer PA-Behandlung ist. Sie muss mindestens 14 Tage betragen. Über den Zeitpunkt der Antragstellung (= Einreichung des Parodontalstatus bei den Kassen) besagen die Richtlinien nichts.

3.3.1 Das bedeutet, dass der Zahnarzt den Parodontose-Antrag stellen kann, sobald er die Befundung durchgeführt und eine entsprechende Diagnose gestellt hat. Er muss nicht erst den Erfolg der Vorbehandlung abwarten.

Er ist lediglich verpflichtet, vor Beginn der eigentlichen PA-Behandlung zu überprüfen, ob eine solche noch angezeigt ist.

Ist dies der Fall, kann die systematische PA-Behandlung (48) durchgeführt werden, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt der PA-Antrag gestellt wurde (49). Liegen die Voraussetzungen für eine PA-Behandlung zu diesem Zeitpunkt nicht mehr vor, kann und darf der Zahnarzt von der bereits ausgesprochenen Genehmigung durch die Krankenkasse keinen Gebrauch machen. Eine Verpflichtung, dies der Krankenkasse zu melden, besteht nach den Richtlinien nicht. Es ist ausreichend, wenn der Zahnarzt den Behandlungsplan in diesem Fall "verfallen" lässt, eine PA-Behandlung also nicht durchgeführt wird. Bereits erbrachte Vorbehandlungsmaßnahmen bleiben aber abrechenbar.

3.3.2 Aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts folgt weiter, dass der Zahnarzt aus Rechtsgründen im Rahmen einer einzigen Sitzung

- die Befunderhebung durchführen,
- die Diagnose einer parodontalen Erkrankung stellen,
- den PA-Status an die Kasse versenden und
- die erforderlichen Vorbehandlungen beginnen oder - wenn keine ganz umfangreichen Maßnahmen erforderlich sind - bereits abschließend durchführen kann.

Im günstigsten Fall kann dann bereits in der zweiten Sitzung - nach Einhaltung einer 14-tägigen Wartefrist - die systematische PA-Behandlung durchgeführt werden.

Eine Regelung, wonach die Behandlung nur quadrantenweise oder pro Kieferhälfte erfolgen dürfte, enthalten die Richtlinien nicht.

3.3.3 Ebenso wenig bestimmen die einschlägigen Vorschriften eine Höchstfrist zwischen Vor- und Hauptbehandlung. Man wird hier allerdings einen so engen zeitlichen Zusammenhang fordern müssen, dass die Vorbehandlung noch als eine solche im Rahmen der Parodontosebehandlung erkennbar bleibt. Ist der zeitliche Abstand so groß, dass sich bis zum Beginn der Lokalbehandlung bereits wieder neue Reizfaktoren gebildet haben, verstößt die Durchführung der PA-Behandlung gegen die Richtlinien und ist deshalb als unwirtschaftlich anzusehen.

3.4 Relevante Reizfaktoren

Die einschlägigen Vorschriften enthalten keinen abschließenden Katalog von Reizfaktoren, die im Rahmen der Vorbehandlung beseitigt werden müssen. Ausdrücklich genannt sind nur

- die Entfernung des Zahnsteins
- die Entfernung der weichen Beläge
- die Entfernung "sonstiger" Reizfaktoren (50)

Einen Anhaltspunkt für die sonstigen Reizfaktoren liefert Ziff. 22 Nr. 1 der Primärkassenrichtlinien (51), wonach die Befunderhebung u.a. kariöse Defekte, entzündliche Prozesse und mechanische Reizfaktoren (z.B. subgingivale Konkremente, mangelhaft Füllungen und Kronen) erfassen muss.

Was daneben als Reizfaktor im Sinne der Parodontose-Richtlinien in Betracht kommt und ob und inwieweit das Übersehen einzelner Reizfaktoren die PA-Behandlung insgesamt oder teilweise fehlerhaft und damit unwirtschaftlich macht, wird letztlich nur durch ein zahnmedizinisches Sachverständigengutachten beantwortet werden können.

Es wird allerdings zu fordern sein, dass sich der jeweilige Reizfaktor "zahnfleischrelevant" auswirkt.

3.5 Zeitpunkt der Zahnersatz-Behandlung

Fraglich ist, zu welchem Zeitpunkt eine allfällige Zahnersatzbehandlung im paradontal geschädigten Gebiss durchgeführt werden muss bzw. kann.

Ein insuffizienter Zahnersatz stellt als potentieller Bakterienherd grundsätzlich einen Reizfaktor im Sinne der PA-Richtlinien dar (52). Nach den obigen Ausführungen wäre dieser Reizfaktor vor der Durchführung der systematischen PA-Behandlung im Rahmen der Vorbehandlung zu beseitigen.

Gleichzeitig bestimmen die ZE-Richtlinien (53) in Ziff. 9 folgendes:

"Der Versorgung mit Zahnersatz soll die notwendige chirurgische (auch parodontalchirurgische) und konservierende Behandlung des Restgebisses vorausgehen.

...

e) Notwendige Parodontalbehandlungen müssen bereits vorgenommen sein oder gleichzeitig durchgeführt werden."

Die Richtlinien widersprechen sich. Während die PA-Richtlinien die Zahnersatzbehandlung in den Rahmen der Vorbehandlung verweisen (ZE vor PA), verlangen die ZE-Richtlinien die vorhergehende Parodontalbehandlung (PA vor ZE). Die ZE-Richtlinien sind zudem in sich unklar, da nach Ziff. 9 Satz 1 die parodontalchirurgische Behandlung vorausgehen soll, während nach Ziff. 9 lit. e) notwendige Parodontalbehandlungen vorher oder gleichzeitig durchgeführt werden müssen.

Eine verbindliche Handlungsanweisung für den Zahnarzt lässt sich den Richtlinien nicht übernehmen. Wenn aber nach der Rechtsprechung des BSG an einen Verstoß gegen Richtlinien aus Gründen der Rechtssicherheit nur dann nachteilige Folgen für den (Zahn)Arzt geknüpft werden dürfen, wenn sie die Pflichten des Arztes eindeutig festlegen (54), so bedeutet dies für den vorliegenden Fall, dass Kürzungsmaßnahmen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht damit begründet werden können, die Zahnersatzbehandlung sei zu einem falschen Zeitpunkt durchgeführt worden.

Es kann insoweit keine Rolle spielen, ob sich die unklaren und/oder widersprüchlichen Vorschriften in ein- und derselben Richtlinie befinden, wie in dem vom BSG entschiedenen Fall oder in verschiedenen Richtlinien. Beiden Fallgestaltungen ist gemein, dass die Pflichten des (Zahn)Arztes nicht eindeutig festgelegt werden und dass die Unklarheiten nicht zu Lasten des betroffenen (Zahn)Arztes gehen dürfen.

Ob es eine zahnmedizinisch "sinnvolle" Reihenfolge von PA und ZE-Behandlung gibt, spielt für die Frage der Zulässigkeit von Kürzungsmaßnahmen demzufolge keine Rolle.

3.6 Fehlende Nachbehandlung

Nach Ziff. 26 der PA-Richtlinien (55) ist eine regelmäßige Untersuchung des Patienten nach Abschluss der Behandlung wegen der Neigung zu Rezidiven und zur Kontrolle der Mitarbeit des Patienten "grundsätzlich" nötig. Die erste Behandlung "sollte" spätestens 3 Monate nach Abschluss der systematischen Behandlung erfolgen. In der Folge "sollten" weitere Nachuntersuchungen im Abstand von nicht mehr als 6 Monaten erfolgen.

Abgesehen davon, dass es sich um Soll-Vorschriften handelt, besitzt der Zahnarzt keine Möglichkeit, den Patienten zu Kontrollsitzen zu zwingen. Es obliegt der freien Entscheidung des Patienten, ob er Kontrolltermine vereinbart und ob er diese dann auch wahrnimmt. (56)

Fehlende Kontrolltermine können deshalb nicht zu Lasten des Zahnarztes gehen, in der Form, dass das Honorar für die ordnungsgemäß durchgeführte PA-Behandlung im Nachhinein gekürzt wird. Der Zahnarzt genügt seinen Obliegenheiten, wenn er den Patienten auf die Notwendigkeit von Nachuntersuchungen hinweist.

3.7 Einwand der Richtigkeit der Tätigkeit

Dem Zahnarzt steht immer der Einwand offen, die Richtlinien widersprüchen ganz oder teilweise dem Gesetz oder dem gegenwärtigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft, bzw. es läge ein Ausnahmefall vor, der ein Abweichen von den Richtlinien rechtfertige. (57)

Im Gegensatz zum heutigen Kenntnisstand steht beispielsweise die Fixierung auf die Taschentiefen. Heute stellt die Blutungsneigung des Parodonts das Leitsymptom dar. Auch der Umfang der KÜRRETTAGE ist heute wesentlich geringer, als früher vorgegeben.

Im Einzelnen wird insoweit die Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens erforderlich sein.

3.8 Auswirkungen der PA-Behandlungen auf die konservierendchirurgische Abrechnung

Die PA-Behandlung ist in doppelter Weise von der Wirtschaftlichkeitsprüfung betroffen. Zum einen wird - wie ausführlich dargestellt - die Richtlinienkonformität der Behandlung überprüft. Zum anderen hat die Durchführung einer Parodontosebehandlung aber auch Auswirkungen auf die Abrechnung des Zahnärzte im sog. konservierendchirurgischen Bereich. (58)

Im Rahmen der PA-Behandlung fallen sowohl bei der Vorbehandlung als auch bei der Lokalbehandlung Begleitleistungen an. Diese reichen von Anästhesien, Zahnsteinentfernungen und Röntgenleistungen bis hin zu Füllungsmaßnahmen, Extraktionen und Osteotomien (59) , Excisionen, Mundbehandlungen, Vitalitätsprüfungen und Beratungs- und Befundungsleistungen.

Eine hohe Zahl von PA-Behandlungen führt deshalb notwendigerweise zu hohen Abrechnungsfrequenzen bei den entsprechenden BEMA-Ziffern (60) . Diese erhöhten Abrechnungsfrequenzen stellen eine Praxisbesonderheit dar (61) , die entsprechend der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts von den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen auf der ersten Prüfungsstufe, d.h. bei der Feststellung des sog. "offensichtlichen Mißverhältnisses" festzustellen, zu quantifizieren und ggf. herauszurechnen sind. (62)

4. Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse

- Honorarkürzungen sind nur durch die Ausschüsse der Wirtschaftlichkeitsprüfung zulässig, nicht durch die KZV.
- Der PA-Status kann bereits nach der 1. Sitzung versandt werden, in der eine parodontale Erkrankung diagnostiziert wird.
- Ein unvollständiger Parodontalstatus kann ebensowenig zu einer Kürzung der Honorarabrechnung wegen Unwirtschaftlichkeit führen, wie fehlende Nachuntersuchungen.
- Zwischen Vorbehandlung und systematischer PA-Behandlung ist eine mindestens 14-tägige Wartezeit einzuhalten (nicht zwischen Erstellen des Parodontalstatus und PA-Behandlung oder zwischen anderen Behandlungsschritten)
- Kürzungsmaßnahmen mit der Begründung, der Zahnersatz sei zu einem falschen Zeitpunkt durchgeführt worden, sind unzulässig.
- Im Rahmen der Prüfung der konservierendchirurgischen Abrechnung müssen bei überdurchschnittlicher PA-Fallzahl die Begleitleistungen als Praxisbesonderheit berücksichtigt werden.

(1) Dies liegt zum einen daran, dass die PA-Behandlung an den Universitäten vermehrt gelehrt wird, zum anderen daran, dass immer mehr etablierte Zahnärzte bei sinkenden Einnahmen die PA-Behandlung als lukrativen Erwerbszweig entdeckt haben.

(2) Im vollbezahnten Gebiss (ohne Weisheitszähne) wird die PA-Behandlung ohne die erforderlichen Begleitleistungen mit ca. 1 300,- DM honoriert.

(3) Durch Art. 1 Nr. 32 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992 wurde mit Wirkung ab 01.01.1993 der Begriff "Kassen(zahn)arzt" durch "Vertrags(zahn)arzt" ersetzt.

Aus Gründen der besseren Anschaulichkeit soll allerdings der alte Begriff im vorliegenden Aufsatz verwendet werden.

(4) Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Industriekrankenkassen, landwirtschaftliche Krankenkassen

(5) In der ab 17.08.1995 gültigen Fassung. Die Richtlinienkompetenz ergibt sich aus § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V.

(6) Für die Parodontose-Behandlung wurden zunächst die Richtlinien der "Deutschen Gesellschaft für Parodontologie" für die systematische Befunderhebung und Behandlung von Parodontopathien durch eine Protokollnotiz vom 27.05.1974 zum einheitlichen Bewertungsmaßstab für kassenzahnärztliche Leistungen vertraglich vereinbart. Am 1. Juli 1976 beschloss dann der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V) Parodontose-Richtlinien, die am 05.10.1976 im Bundesanzeiger veröffentlicht und als neuer Teil B V in die bestehenden Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche kassenzahnärztliche Versorgung integriert wurden.

(7) Gemäß § 9 Abs. 9 Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte (EKV-Z) i. V. m. dessen Anlage 22

(8) Normsetzungsvertrag zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und den Bundesverbänden der Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und der landwirtschaftlichen Krankenkassen entsprechend § 87 Abs 1 SGB V.

(9) Normsetzungsvertrag zwischen der KZBV und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) und dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. (AEV) im Sinne des § 87 Abs. 1 SGB V

(10) Die Anlage 10 bzw. 20 legt das Mustereformular fest, welches der Zahnarzt bei der Krankenkasse einreichen muss. In Anlage 11 bzw. 21 befindet sich eine Anleitung zum Ausfüllen des Formulars.

(11) Der BEMA ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab für die kassenzahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 87 SGB V. Er ist von der KZBV mit den Bundesverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil des BMV-Z bzw des EKV-Z vereinbart worden. Der BEMA ist ein abweichendes Gebührenverzeichnis im Sinne des § 1 Abs. 1 der GOZ.

(12) Zahnfleisch

(13) Teil des Kiefers, in dem die Zähne verankert sind.

(14) In Betracht kommt - bei vollbezahntem Gebiss - ein sogenannter "Röntgenstatus nach Ziff. Ä 925d BEMA, d. h. mehr als 8 Röntgenaufnahmen einzelner Zähne oder eine Fernröntgenaufnahme (Orthopantomogramm nach Ziff. Ä 935d BEMA).

(15) einschließlich der Approximalkaries, d.h. der Zahnfäule an der Seite eines Zahnes, die dem nächsten Zahn zugewandt ist.

(16) Festgestellt werden sollen Entzündungen, die für Parodontose-Erkrankungen typischen Taschenbildungen, freiliegende Zahnhälse, Zahnfleischnischen etc.

(17) Durch degenerative Prozesse entstandener Spalt zwischen Zahn und Knochen.

(18) Es handelt sich hier um Ablagerungen am Zahnhals, die zu Entzündungen führen können.

(19) Angewöhnte Fehlfunktion.

(20) Die Zahnlockerung wird nach folgenden Graden eingeteilt:

I = fühlbar

II = sichtbar

III = beweglich auf Lippen- und Zungendruck oder inachsealer Richtung.

(21) Nach den Richtlinien ist eine systematische PA-Behandlung nur angezeigt bei
parodontitis marginalis superficialis (leichte Entzündung des Zahnbettes)
parodontitis marginalis profunda (fortgeschrittene Entzündung des Zahnbettes)
parodontosis (chronische Erkrankung des Zahnbettes, die zur Lockerung der Zähne führt).

(22) Kommt der Zahnarzt zu Ergebnis, dass eine PA-Behandlung nach den vertragszahnärztlichen Richtlinien nicht erfolgversprechend ist, wünscht der Patient aber dennoch eine entsprechende Behandlung, kommt ggf. eine Abrechnung auf Basis der privat Zahnärztlichen GOZ in Betracht.

(23) Zur Frage der Reizfaktoren vgl. unten Ziff. 3.4.

(24) Ziff. 21 der Primärkassenrichtlinien bzw. Abschnitt III. A. der Ersatzkassenrichtlinien

(25) vgl. §§ 1 und 2 der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen von Parodontopathien für den Primärkassenbereich bzw. § 1 der Bestimmungen über das Gutachterverfahren für PA-Behandlungsfälle im Ersatzkassenbereich.

(26) In der Terminologie der Richtlinien die "Lokalbehandlung"; auch "systematische PA-Behandlung" genannt.

(27) Ablagerungen am Zahn.

(28) Schaffung möglichst glatter Zahnhals- und Wurzelflächen

(29) Auskratzen des Krankheitsherdes.

(30) vgl. Ziff. 23 Nrn. 1 und 2 der Primärkassenrichtlinien bzw. Abschnitt III. B. der Ersatzkassenrichtlinien.

(31) sogenannte "Funktionsbehandlung im Sinne der Ziff. 24 der Richtlinien".

(32) Nr. 26 der Richtlinien.

(33) Früher § 368 n Abs. 5 RVO

(34) vgl. auch §§ 20 - 23 BMV-Z bzw. 13 - 15 EKV-Z.

(35) Urt. v. 31.07.1991 - 6 RKa 20/90 -; in der Folge auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.04.1992 - L 11 Ka 16/91 -.

(36) BSG, Urt. v. 05.08.1992 - 14 a/6 RKa 17/90 - und - 14a/6 RKa 21/90 -

(37) BSG, Urt. v. 05.08.1992 - 14a/6 RKa 61/91 -

(38) Stelle des Zahnes, von dem 2 oder 3 Wurzeln ausgehen.

(39) vgl. Fußnote 19

(40) BSG, Urt. v. 05.08.1992 - 14a/6 RKa 17/90

(41) BSG, Urt. v. 20.05.1992 - 14a/6 RKa 6/90 und 14a/6 RKa 9/90

(42) BSG, Urt. v. 05.08.1992 - 14a/6 RKa 61/91

- (43) Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei kieferorthopädischen Maßnahmen
- (44) vgl. § 3 der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen von Parodontopathien im Primärkassenbereich sowie § 1 und 2 des Gutachterverfahrens für PA-Behandlungsfälle im Ersatzkassenbereich.
- (45) BSG, Urt. v. 16.06.1993 - 14a/6 RKa 4/92
- (46) Es handelt sich um die Richtlinien für den Primärkassenbereich. In den Ersatzkassenrichtlinien existiert eine inhaltlich identische Regelung in Abschnitt III. A.
- (47) Urt. v. 05.08.1992 - 14a/6 RKa 17/90 -; Urt. v. 16.06.1993 - 14a RKa 4/92 -
- (48) im Abstand von mindestens 14 Tagen nach Abschluß der Vorbehandlung
- (49) Wie ausgeführt, soll allerdings nach § 2 Abs. 2 der Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen von Parodontopathien zumindest im Primärkassenbereich die Rücksendung des Parodontalstatus durch die Krankenkasse abgewartet werden.
- (50) Ziff. 21 der Primärkassenrichtlinien bzw. Abschnitt III. A. der Ersatzkassenrichtlinien.
- (51) bzw. Abschnitt II. Nr. 1 der Ersatzkassenrichtlinien.
- (52) Die Feststellungen im Einzelfall sind hier wiederum einem zahnmedizinischen Sachverständigengutachten zu überlassen.
- (53) Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in der ab 17.08.1995 geltenden Fassung.
- (54) BSG, Urt. v. 16.06.1993 - 14a RKa 4/92 -
- (55) bzw. Abschnitt V. der Ersatzkassenrichtlinien.
- (56) Zur Frage des Honorarausfalls bei versäumten Arztterminen vgl. Stelzl, Zahnärztemagazin....
- (57) BSG, Urt. v. 16.06.1993 - 14a RKa 4/92 -.
- (58) Hierunter fallen beispielsweise Füllungsmaßnahmen, Extraktionen oder Wurzelbehandlungen
- (59) Zahntentfernung mittels Entfernung von Kieferknochen.
- (60) z.B. Ziff. Ä1 (Beratung), 01 (Eingehende Untersuchung), Ä 935d (Panoramaröntgenaufnahme), 8 (Vitalitätsprüfung), 13a - d (Füllungen), 40 (Infiltrationsanästhesie), 41a (Leitungsanästhesie intraoral), 43 - 48 (Extraktionen und Osteotomien), 107 (Zahnsteinentfernung) u.a.
- (61) LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.01.1986 - L 1 Ka 2896/84 -.
- (62) BSG, Urt. v.09.03.1994 - 6 RKa 18/92 -; Urt. v. 21.06.1995 - 6 RKa 35/94 -; Urt. v. 18.06.1997 - 6 RKa 52/96 -; Urt. v. 28.01.1998 - B 6 Ka 69/96 R.