

## S 12 KA 804/06

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 804/06  
Datum  
05.12.2007  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat dem Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten und trägt die Gerichtskosten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in 21 Parodontose-Behandlungsfällen im Zeitraum August 1999 bis November 2000 in Höhe von insgesamt 15.259,45 Euro (29.844,89 DM).

Die Klägerin ist seit 1998 zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxisstz in A-Stadt zugelassen.

Die Beigeladenen zu 7) und 8), die auf 14 Behandlungsfälle hinwiesen, beantragten die Prüfung der PAR-Behandlungen. Der Prüfungsausschuss wies zwei Behandlungsfälle wegen Fristablaufs zurück. Die Beigeladene zu 2) beantragte die Überprüfung von weiteren 11 Parodontalstaten.

Der Prüfungsausschuss PAR bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen führte am 02.07.2003 eine Prüfsitzung durch, an der die Klägerin teilnahm.

Mit Bescheid vom 02.07.2003 setzte der Prüfungsausschuss eine Honorarberichtigung in Höhe von 5.905,91 EUR (11.550,95 DM) in 18 Behandlungsfällen fest. In fünf Behandlungsfällen (Nr. 1, 3, 7, 10 und 23) setzte er die komplette PAR-Behandlung ab, in 14 Behandlungsfällen (Nr. 2, 4, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21 und 22) nahm er einzelne Berichtigungen und in übrigen vier Behandlungsfällen (Nr. 5, 8, 16 und 20) nahm er keine Absetzungen vor.

Hiergegen legte die Klägerin am 13.10.2003 Widerspruch ein, den sie schriftlich nicht begründete. Die Verbände der Krankenkassen legten am 10.10.2003 ebf. Widerspruch ein, da sie die Berichtigung für nicht ausreichend hielten.

Der Beklagte hob zwei Terminladungen für eine Prüfsitzung wegen Verhinderung der Klägerin auf und lud sie mit Schreiben vom 15.09.2005 für eine Prüfsitzung am 14.12.2005, 14.00 Uhr. Mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 10.09.2005 kündigte die Klägerin ihre Teilnahme an. Mit Telefax vom 12.12.2005, das nach der Zeitangabe auf dem Fax um 22.17 Uhr einging, sagte die Klägerin eine Teilnahme ab, da ihre Kinderfrau seit dem 09.12.2005 erkrankt sei und sie erst heute die Folgebescheinigung der Krankmeldung bekommen habe. Ihre Kinder seien drei und acht Jahre alt. Dem Schreiben war eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für Frau S. L., geb. 1965, als Folgebescheinigung ausgestellt am 12.12.2005, für den Zeitraum bis 14.12.2005 bei Arbeitsunfähigkeit seit 09.12.2005 sowie die Erstbescheinigung vom 09.12.2005 beigelegt. Mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten vom 13.12.2005 teilte die Klägerin dann mit, sie selbst sei an Angina erkrankt unter Hinweis auf eine beigelegte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung der Praxis NX. vom 13.12.2005 für den Zeitraum 12. bis 16.12.2005. Ihre Situation verschärfe sich dadurch, dass auch ihre beiden Kinder und ihre Kinderbetreuerin erkrankt seien. Sie bitte um Verlegung. Am 14.12.2005, 8.43 Uhr, ging ferner als Telefax bei dem Beklagten ein Attest der Praxis NX. vom 13.12.2005 ein, in dem der Klägerin eine akute Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde. Die Schwere der Erkrankung erlaube ein Erscheinen vor dem Ausschuss nicht. Die voraussichtliche Erkrankungsdauer betrage ca. zwei Wochen.

An der Prüfsitzung nahm lediglich der Prozessbevollmächtigte der Klägerin für die Dauer der Verhandlung über den Verlegungsantrag teil.

Mit Beschluss vom 14.12.2005, ausgefertigt am 08.05. und der Klägerin am 12.05.2006 zugestellt, gab der Beklagte dem Verlegungsantrag der Klägerin nicht statt. Den Widerspruch der Klägerin wies er zurück. Auf den Widerspruch der Verbände der Krankenkassen setzte er die Honorarberichtigung in den strittigen 21 Behandlungsfällen auf insgesamt 29.846,64 DM, unter Berücksichtigung der HVM-Einbehalte für das Jahr 1999 auf 29.844,89 DM bzw. 15.259,45 Euro fest. In 18 Behandlungsfällen setzte er die komplette PAR-Behandlung ab; über die Absetzungen des Prüfungsausschusses hinaus (Nr. 1, 3, 7, 10 und 23) setzte er in 13 weiteren Behandlungsfällen (Nr. 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19 und 22) die komplette PAR-Behandlung ab; einzelne Berichtigungen nahm er in drei Behandlungsfällen (Nr. 2, 4 und 21) vor. In zwei Behandlungsfällen (Nr. 16 und 20) nahm er keine Absetzungen vor.

Zur Begründung führte er aus, sofern ein Antrag auf Terminsverlegung mit einer Erkrankung begründet werde, müsse sich die Erkrankung schlüssig aus dem vorgelegten Attest entnehmen lassen. Die Bescheinigung müsse so substantiiert sein, dass die Frage der Verhandlungsunfähigkeit, die mit einer Arbeitsunfähigkeit nicht zwangsläufig einhergehen müsse, selbst beurteilt werden könne. Vor dem Hintergrund der zwei vorangegangenen Verlegungsanträge fehle es an einer Substantiierung und seien die Angaben widersprüchlich. Obwohl im Attest vom 13.12.2005 pauschal angeführt werde, die Schwere der Erkrankung erlaube ein Erscheinen vor dem Ausschuss nicht, erwähne die Klägerin im Fax vom 12.12.2005 ihre eigene Erkrankung nicht.

Zur Absetzung führte der Beklagte zunächst allgemein aus, in dem von der Klägerin zur Verfügung gestellten PC-Karteikartenausdrucken seien in allen zu überprüfenden Behandlungsfällen zum Vorbehandlungskomplex die Vermerke PAR-Vorbehandlung mit den "API" (Approximalraum-Plaque-Index)- und vereinzelt SBI-Wert (modifizierter Sulkus-Blutungs-Index) angegeben. Hinsichtlich des Vermerks der API- und SBI-Werte vertrete er die Auffassung, dass es sich nur um eine technische Angabe handle (Begründung a). Diese Dokumentation habe, ohne genaue Angabe, welche konkreten Maßnahmen an diesem Tag erfolgt seien, nicht als eine ordnungsgemäße nachgewiesene Vorbehandlung anerkannt werden können. Ferner hätten die ärztlichen Aufzeichnungen in den einzelnen Behandlungsfällen keine 01-Befunde sowie keine Einträge bezüglich der Therapieart enthalten. Die vertraglichen Bestimmungen verpflichteten die Vertragszahnärzte, die Aufzeichnungen korrekt und lückenlos zu führen. Anhand der Dokumentation müssen die Behandlungsart, der Behandlungsumfang und die behandelten Zähne sowie das Behandlungsdatum klar ersichtlich sein. Abkürzungen (z. B. Ä1, N, Mu usw.) genügten nicht. Aus der Dokumentation müsse zu ersehen sein, von welchem Geschehen der Vertragszahnarzt ausgegangen sei, welche objektiven Befunde der Behandlung zugrunde gelegen hätten und welche Maßnahmen er ergriffen habe. Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen, die nicht nach diesen Anforderungen dokumentiert würden, seien als nicht vorgenommen anzusehen. Bei der Abrechnung der erbrachten Leistungen müssten alle Eintragungen auf dem Abrechnungsschein mit den Eintragungen in den Aufzeichnungen der Vertragszahnärzte übereinstimmen. Auch sei ersichtlich, dass die Leistung nach Nr. 108 (Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung) vielfach zum Einen nach Abschluss der systematischen PAR-Behandlung zur Abrechnung gelangt und zum Anderen nicht in der ärztlichen Kartei enthalten gewesen sei. Sofern Leistungen abgerechnet worden seien, zum Zeitpunkt der Abrechnung jedoch noch nicht erbracht worden seien, handle es sich um eine Abrechnung nicht erbrachter Leistungen. Sobald die PAR-Behandlung abgeschlossen sei, sei eine Abrechnung der zur Komplexbehandlung PAR gehörenden Leistungen nicht mehr möglich. Leistungen, die nach Abrechnung der abgeschlossenen systematischen PAR-Behandlung erbracht worden seien, seien nicht mehr vergütungsfähig (Begründung b). OPG-Aufnahmen seien in der Regel in der ersten Sitzung angefertigt worden. Die PAR-Statusen seien unzureichend befundet. Hierzu werde auf die Anleitung zum Ausfüllen des PAR-Status, Anlage 11 zum Bundesmantelvertrag Zahnärzte, hingewiesen. Die im PAR-Plan angegebenen Sondierungstiefen stimmten nicht mit den OPG-Aufnahmen überein. Insbesondere mit Blick auf die auf den PAR-Status angegebenen Sondierungstiefen sei teilweise auch ersichtlich, dass keine PAR-Nachbehandlungen (Nr. 111) geplant gewesen seien. Es stelle sich ferner die Frage, inwieweit Laserbehandlungen in den vorliegenden Behandlungsfällen durchgeführt worden seien. Die Anwendung eines Lasers sei keine Maßnahme, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden könne. Nach wie vor bestehe hier das Zuzahlungsverbot. Dies bedeute, dass eine Laserbehandlung von der Parodontalbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich zu trennen sei (Abschluss der PAR-Therapie, getrennte Sitzungen). Hinsichtlich der Entfernung harter Zahnbeläge (Nr. 107) sei darauf hinzuweisen, dass es sich um eine Leistung handle, welche der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung beinhalte. Eine private Verrechnung sei unzulässig. Der systematischen PAR-Behandlung habe eine Vorbehandlung vorauszugehen. Das Ziel der Vorbehandlung in einer einzigen Sitzung erreichen zu wollen, sei unrealistisch. Zur Befunderhebung gehörten der Parodontalstatus, Röntgenaufnahmen und Kiefermodelle. Der Lokalbefund umfasse bestimmte einzelne Befunde. Ebenso der Funktionsbefund. Die Lockerung werde nach Graden eingeteilt. Bei frühzeitiger Ausstellung des PAR-Status müsse auf eine nachfolgende Neubefundung besonders Wert gelegt werden, zumal insbesondere bei Sondierungstiefen von 3 und 4 mm erfahrungsgemäß ein hoher Prozentsatz im Rahmen einer fachgerechten erfolgreichen Vorbehandlung zur Ausheilung gelange, d. h. die Leistung nach Nr. P200 dann an den ausgeheilten Parodontien nicht mehr zum Ansatz komme. Teilweise seien in den Behandlungsfällen der ungefähre Verlauf des knöchernen Limbus alveolaris nach dem Röntgen-Status (Begründung c) sowie die entsprechenden Lockerungsgrade (Begründung d) in den PAR-Statusen nicht eingezeichnet worden. Der Vorbehandlung, insbesondere auch ihrer ordnungsgemäßen Dokumentation, komme eine grundsätzliche Bedeutung zu und die Vorbehandlung müsse sich über einen umfassenden Zeitraum erstrecken. Ferner begründete der Beklagte in allen Behandlungsfällen die Absetzungen im Einzelnen, insoweit wird auf Bl. 7 bis 48 des Beschlusses bzw. Bl. 143 bis 184 der Verwaltungsakte verwiesen.

Hiergegen hat die Klägerin am 12.06.2006 die Klage erhoben.

Die Klägerin trägt zur Begründung ihrer Klage vor, sie habe ohne Verzögerung den Beklagten über die Erkrankung ihrer Kinderfrau informiert, nachdem Versuche einer anderweitigen Betreuung gescheitert seien. Zu diesem Zeitpunkt sei sie bereits selbst gesundheitlich angeschlagen gewesen. Am 13.12.2005 seien sodann ihre beiden Kinder und sie selbst erkrankt gewesen. Bei Hinweis des Beklagten hätte sie ein ergänzendes Attest vorlegen können. Die von dem Beklagten geforderten Behandlungsschemata seien vielfach kontraproduktiv. Ihre Behandlungen seien systematisch. Sie bilde sich laufend fort. Im Einzelfall müsse die Parodontalbehandlung vor der konservierenden Behandlung erfolgen. Sie verwende hochwertige Kunststofffüllungen und setze Inlays ein, hierfür müsse Blutungsfreiheit gegeben sein. Soweit sie vor Eingang der Kostenzusage mit der Parodontalbehandlung begonnen habe, sei dies auf ihr eigenes Risiko für den Fall der späteren Versagung der beantragten Behandlung erfolgt. nach der damaligen Genehmigungspraxis hätte das Abwarten eine unnötige Förmerei bedeutet. PAR-Anträge seien damals innerhalb einer Woche genehmigt worden. Alle ihre Anträge seien im Übrigen genehmigt worden. Bei professionellen Zahnreinigungen handle es sich immer um Privatleistungen auf ausdrücklichen Wunsch der Patienten. Die Beanstandung einer Röntgenaufnahme nach Nr. Ä 935d (OPG) sei bereits mit der Prüfung der konservierend-chirurgischen Leistungen abgehandelt worden. Nur mit ihrer Hilfe könne eine sichere Diagnostik betrieben werden. Sie halte den Budgetrahmen mittlerweile ein bzw. unterschreite ihn. Die Aufzeichnungen enthielten keine spezifischen Angaben zur Therapieform, da sie die Behandlungen in immer gleicher Form vornehme und nur atypische Abweichungen dokumentiere. Dabei betreibe sie aus fachlichen Gründen einen höheren Aufwand als ihr

vergütet werde. Sie erfasse die Lockerungsgrade und den Verlauf des Limbus alveolaris. Die von ihr verwandte Software habe dies lediglich nicht mit ausgedruckt. Mit der jetzigen Software sei auch ein Ausdruck nachholbar. Ferner hat sie zu den einzelnen Behandlungsfällen ausgeführt, worauf im Einzelnen verwiesen wird.

Die Klägerin beantragt,  
unter Aufhebung des Beschlusses des Beklagten vom 14.12.2005 den Beklagten zu verurteilen, sie über ihren Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden,

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 1) bis 8) beantragen übereinstimmend,  
die Klage abzuweisen.

Der Beklagte führt ergänzend zu der Begründung im angefochtenen Beschluss aus, die Klägerin hätte, da ihr die Erkrankung der Kinderfrau seit längerem bekannt gewesen und die Sitzung bereits zweimal verlegt worden sei, rechtzeitig eine anderweitige Betreuung organisieren können. Ihr Verlegungsersuchen reflektiere deutlich den Grad ihres Mitwirkungsinteresses. Vor diesem Hintergrund müsse auch die Widersprüchlichkeiten der Verlegungsbegründung gesehen werden. Die bis Ende 2003 geltenden PAR-Richtlinien seien unter vielen Aspekten nicht beachtet worden. Die PAR-Richtlinien stellten eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots dar. Die Vorbehandlung setze die Therapie kariöser Defekte voraus, um eine ausreichende Pflégbarkeit des Gebisses zu gewährleisten. Der Patient müsse die Bereitschaft zeigen, den Behandlungszyklus durchzustehen, und müsse unzureichende Mundhygienegewohnheiten abstellen. Wegen einer ZE-Behandlung könne eine PAR-Behandlung nicht zügig durchgeführt werden. Die Motivationsphase sei sehr wichtig. Ein Eintrag "PA-Vorbehandlung" genüge nicht zur Dokumentation. Erst bei entsprechender Motivation könne ein Antrag gestellt werden. Bei den vielfach vorliegenden Sondierungstiefen von 3 und 4 mm sei es auch auffällig, dass die Anzahl der abgerechneten Gebühren nach Nr. P200 mit Ausnahme der abgebrochenen Behandlungsfälle stets der beantragten Anzahl entsprochen habe. Bei der Nr. P200 müsse auch die einzelne Maßnahme dokumentiert werden. Auszugehen sei allein von der Dokumentation. Laserbehandlungen seien keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Einhaltung des HVM-Budgets sei der kleineren Fallzahl – 176 und 197 Patienten im Vergleich zum hessischen Durchschnitt zwischen 441 und 529 Patienten – geschuldet. Trotz der kleineren Fallzahl habe sie im Prüfzeitraum 68 PAR-Behandlungen abgerechnet, während der hessische Durchschnitt bei mehr als doppelter Fallzahl bei 36 PAR-Behandlungen liege.

Die Beigeladene zu 2) schließt sich den Ausführungen des Beklagten an. Die übrigen Beteiligten haben sich schriftsätzlich nicht geäußert.

Mit Beschluss vom 13.06.2006 hat die Kammer 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 einer ehrenamtlichen RichterIn aus den Kreisen der Vertragszahnärzte und einer ehrenamtlichen RichterIn aus den Kreisen der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragszahnarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG -).

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der angefochtene Beschluss des Beklagten vom 14.12.2005 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Widerspruchs gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 02.07.2003. Die Klage war daher abzuweisen.

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 GKV-SolG v. 19.12.1998, [BGBl. I, 3853](#) – 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 – vom 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.).

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, Urteil vom 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).

Der Bescheid ist in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Durch die Ladung zur mündlichen Verhandlung des Beklagten hat – unabhängig von der Teilnahme der Klägerin an dieser – eine

ausreichende Anhörung stattgefunden (§ 24 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch, Verwaltungsverfahren - SGB X). Der Beklagte hat in nicht zu beanstandender Weise den Vertagungsantrag abgelehnt.

Die Rechtsprechung hat für Gerichtsverfahren – strengere Maßstäbe sind in keinem Fall an das Verwaltungsverfahren des Beklagten anzulegen – zur Glaubhaftmachung einer Verhandlungsunfähigkeit wegen Erkrankung (auch des Prozessbevollmächtigten) durch Einreichung eines Attests darauf abgestellt, dass dieses eine Diagnose der Erkrankung enthält, aus der sich die Verhandlungsunfähigkeit eindeutig und nachvollziehbar ergibt. Eine pauschale "Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Vorlage beim Arbeitgeber" hat die Rechtsprechung nicht als ausreichend angesehen (vgl. BFH, Beschluss vom 4. August 2005, Az: [I B 219/04](#), juris Rdnr. 6 m. w. N.). Insbesondere wenn der Antrag auf Terminverlegung "in letzter Minute" gestellt wird, müssen die Beteiligten mit einer Prüfung ihres Antrags unter jedem in Frage kommenden Gesichtspunkt rechnen und von sich aus alles unternehmen, damit ihrem Vortrag ggf. auch in tatsächlicher Hinsicht gefolgt werden kann. Notwendig ist in derartigen eiligen Fällen daher entweder die Vorlage eines ärztlichen Attestes, aus dem sich eindeutig die Verhandlungsunfähigkeit des Beteiligten ergibt, oder zumindest eine so genaue Schilderung der Erkrankung samt Glaubhaftmachung, dass das Gericht selbst beurteilen kann, ob die Erkrankung so schwer ist, dass ein Erscheinen zum Termin nicht erwartet werden kann (vgl. BFH, Beschl. v. 10. März 2005, Az: [IX B 171/03](#), juris Rdnr. 4 m. w. N.; s. a. bereits Urteil der Kammer v. 07.12.2005 - [S 12 KA 48/05](#) - juris Rdnr. 36). Das Gericht bzw. die Verwaltungsbehörde und nicht der behandelnde Arzt hat über die Frage der Verhandlungsunfähigkeit zu befinden. Es ist Aufgabe des Arztes oder des Antragstellers, dem Gericht bzw. der Verwaltungsbehörde die tatsächlichen Grundlagen durch möglichst genaue Angaben zum medizinischen Befund und der Begleitumstände der Erhebung mitzuteilen (vgl. OLG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 20.08.2007 - [2 Ws 343/07](#) - juris Rn. 18; KG Berlin, Beschl. v. 06.02.2007 - [1 AR 152/07](#) - [2 Ws 99/07](#), [1 AR 152/07](#), [2 Ws 99/07](#) - juris Rn. 4). Das Gericht bzw. die Verwaltungsbehörde muss selbst beurteilen können, ob der Betreffende reise- und verhandlungsunfähig ist (vgl. BFH, Beschl. v. 25.01.2007 - [VII B 118/06](#) - juris Rdnr. 4). Ein für diesen Zweck vorgelegtes privatärztliches Attest muss deshalb die Verhandlungsunfähigkeit eindeutig und nachvollziehbar beschreiben (vgl. BFH, Beschl. v. 12.12.2006 - [I B 54/06](#) - juris Rn. 3; BFH, Beschl. v. 16.10.2006 - [I B 46/06](#) - juris Rn. 3; BFH, Beschl. v. 07.08.2006 - [VIII B 89/05](#) - juris Rn. 2, jeweils m. w. N.). Die Verpflichtung, die Gründe für die krankheitsbedingte Verhinderung so präzise anzugeben und zu belegen, dass das Gericht bzw. die Verwaltungsbehörde die Frage, ob der Beteiligte aufgrund der Erkrankung verhandlungsunfähig ist, selbst beurteilen kann, besteht auch ohne Aufforderung (Hinweis) des Gerichts bzw. der Verwaltungsbehörde (vgl. BFH, Beschl. v. 10.04.2006 - [X B 162/05](#), juris Rn. 17 m. w. N.).

Im Ergebnis hat der Beklagte auf der Grundlage dieser Rechtsprechung den Verlegungsantrag gewürdigt und insbesondere auf die Widersprüchlichkeit, Verspätung und fehlende Präzisierung hingewiesen

Der erste Vertagungsantrag wegen Erkrankung der Kinderbetreuerin der Klägerin war nicht hinreichend substantiiert.

Die Klägerin hat hierbei nicht substantiiert dargelegt, welche Bemühungen sie unternommen hatte, um die Lücke bei der Betreuung ihrer Kinder für die Verhandlung vor dem Beklagten zu schließen. Immerhin war die Kinderbetreuerin bereits zuvor erkrankt gewesen und hat die Klägerin nicht dargelegt, dass sie aus diesem Grund die Praxis geschlossen hätte. Sie hätte daher darlegen müssen, weshalb die Lösungen, die sie für Freitag den 09.12., und Montag und Dienstag, den 12. und 13.12.2005 gefunden hatte, nicht auch für den Verhandlungstag am Mittwoch in Betracht kamen. Die Kammer hat bereits in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen, dass aus dieser Meldung alleine eine Plausibilität nicht nachvollziehbar sei, da die Klägerin seit Freitag vor dem Problem gestanden habe, schließe sie ihre Praxis oder sei sie in der Lage, eine andere Betreuung ihrer Kinder sicher zu stellen. Dieses Problem müsse sie unabhängig davon gehabt haben, ob der Beklagte am Mittwoch tagen werde oder nicht. Erst im Gerichtsverfahren hat sie allgemein vorgetragen, andere Betreuungsmöglichkeiten hätten sich nicht realisieren können, ohne dies auch nur ansatzweise zu substantiieren. Maßgeblich ist aber im Übrigen, welche Angaben zur Begründung des Vertagungsgesuchs gemacht werden, da nur diese Angaben Grundlage der Entscheidung hierüber sein können. Von daher war der erste Vertagungsantrag wegen Erkrankung der Kinderfrau nicht hinreichend substantiiert.

Auch der weitere Vertagungsantrag wegen ihrer eigenen Erkrankung war nicht hinreichend substantiiert.

Zu berücksichtigen ist, dass die Klägerin zunächst mit Hinweis auf die Erkrankung ihrer Kinderbetreuerin einen Vertagungsantrag gestellt hatte. Das kurz darauf erfolgte zweite Vertagungsgesuch unter Hinweis auf ihre eigene Erkrankung bedurfte daher auch aus diesem Grund einer nachvollziehbaren Begründung. Aus dem Vortrag der Klägerin und der eingereichten Bescheinigungen ihres Arztes wird nicht ersichtlich, aufgrund welchen körperlichen Zustandes die Klägerin nicht in der Lage war, am Verhandlungstermin teilzunehmen. Die Klägerin gab lediglich an, an Angina erkrankt zu sein. Eine Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit reicht, wie bereits dargelegt, nicht aus. In der weiteren ärztlichen Bescheinigung wird lediglich auf eine akute Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit hingewiesen. Eine besondere Darlegungspflicht oblag der Klägerin gerade auch deshalb, weil sie bereits einen Vertagungsantrag mit der Begründung der Erkrankung ihrer Kinderfrau gestellt hatte und diesen zunächst nicht weiter verfolgte, sondern eine davon eine unabhängige Begründung abgab. Zudem fällt auf, dass die erste Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit rückdatiert wurde auf den Vortag, die Klägerin aber offensichtlich an dem Vortag gearbeitet hatte, da sie angab, die Erkrankung erst am Abend bemerkt zu haben. Jedenfalls hätte es der Klägerin seinerzeit oblegen, auch hierzu Ausführungen zu machen.

Im Ergebnis lagen daher die Voraussetzungen für eine Stattgabe des Vertagungsgesuches nicht vor.

Der Beklagte hat die Absetzungsfrist für den Bescheid von fünf Monaten eingehalten.

Der Beschluss des Beklagten ist in materieller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Der Beklagte hat in 18 der 21 beanstandeten Behandlungsfälle die komplette PAR-Behandlung einschließlich der Material und Laborkosten abgesetzt (Behandlungsfälle Nr. 1, 3, 5 bis 15, 17 bis 19, 22 und 23). Zutreffend weist der Beklagte im angegriffenen Beschluss bei diesen Behandlungsfällen darauf hin, dass die Vorbehandlung nicht ausreichend durchgeführt worden sei. Der Beklagten ist dabei zuzustimmen, maßgebend hierfür könne nur die Dokumentation sein. 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.

Auf der Grundlage der von der Klägerin eingereichten Dokumentation sind die für eine systematische Parodontose-Behandlung erforderlichen Vorbehandlungsmaßnahmen nicht ordnungsgemäß durchgeführt bzw. Maßnahmen erst nach Abschluss der Behandlung erbracht worden. 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).

Der Beklagte hat daher zu Recht in diesen Behandlungsfällen wegen ungenügender Vorbehandlungen die Leistungen für die gesamte PAR-Behandlung abgesetzt. Die Klägerin hat in ihrer Dokumentation nur allgemeine Angaben gemacht. Soweit sie nunmehr im Gerichtsverfahren ihre Behandlungsschritte erläutert hat, genügen diese nicht den Anforderungen an eine Vorbehandlung und Dokumentation. Die Kammer hat bereits in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen, dass die API-Werte lediglich anzeigen, wie hoch das Plaquevorkommen auf der Zahnoberfläche ist. Allein die Angabe der Prozentwerte hierzu reicht nicht aus, um eine Vorbehandlung zu erklären. Die Vorbehandlung ist ein höchst individueller Vorgang, der immer vom Einzelfall abhängt. Die Vorbehandlung kann nicht mit gleichlautenden Angaben belegt werden. Ganz entscheidend kommt es ferner auf die Motivation des Patienten an. Er muss belehrt werden. Es muss überwacht werden, ob der Patient die Anweisungen annimmt und es zu Veränderungen hinsichtlich seiner Mundhygiene kommt. Insofern handelt es sich um einen Lernprozess des Patienten, das ist ein ganz individueller Prozess. Es gehört zum zahnmedizinischen Standard, dies alles im Einzelnen anzuführen, welche Maßnahmen durchgeführt wurden, ob z. B. und wie Zahnstein entfernt wurde. Die Maßnahmen und der Umfang der Vorbehandlung hängen zudem von der Schwere des Falles ab. Die Dokumentation dient hierbei auch zur Selbstkontrolle des Behandlers. Von daher hält die Kammer den Vortrag der Klägerin für unglaubwürdig, dass sie eine bestimmte Art der PAR-Vorbehandlung mache und lediglich nur Abweichungen bei atypischen Fällen dokumentiere. Zur Vorbehandlung gehört auch der Abschluss der konservierend-chirurgischen Behandlung. Es müssen Karies und Beherde der Zähne vollständig vor Beginn der PAR-Behandlung behandelt werden, es muss dem nachgegangen und ggf. behandelt werden, was im Röntgenbild auffällt und es darf nur das behandelt werden, was zahnerhaltungswürdig ist. Soweit die Klägerin einwendet, sie habe Füllungen wegen Blutungen nicht vornehmen können, weist die insoweit fachkundig besetzte Kammer darauf hin, dass auch gerade durch die Vorbehandlung ein Zustand erreicht werden kann, bei dem eine Blutung nicht gleich eintritt. Durch die Vorbehandlung kann somit schon vor der Parodontalbehandlung die Blutungsgefahr erheblich vermindert werden, sodass die konservierend-chirurgische Behandlung fachkundig abgeschlossen werden kann.

Wesentlich und die Absetzungen tragend ist auch der Umstand, dass die Klägerin in allen Fällen einer Komplettabsetzung nicht die Therapieform angegeben hat. Die fachkundig besetzte Kammer hält es für wesentlich, schon für die eigene Dokumentation, die Therapieform anzugeben. Es macht einen großen Unterschied, ob z. B. eine Lappenoperation durchgeführt wird, bei der das Zahnfleisch vom Knochen gelöst wird, unter Sicht werden dann die Wurzeloberflächen gereinigt und das Entzündungsgewebe entfernt. Oder ob einfach geschlossen behandelt und die Zahnfleischtaschen z. B. mit Ultraschall gereinigt werden. Die Angaben sind feiner nach den einzelnen Methoden zu differenzieren.

Zutreffend weist der Beklagte ferner darauf hin, dass der Verlauf des knöchernen Limbus alveolaris einzuzeichnen ist, wenn auch die Kammer dieses Versäumnis für geringer erachtet. Für elementar hält die Kammer aber, dass die Klägerin auch die Lockerungsgrade nicht erfasst hat. Soweit die Klägerin vorträgt, die von ihr verwandte Software habe diese Angaben nicht mit ausgedruckt, so kann sie damit nicht gehört werden. Es obliegt der Klägerin, allein, für die vollständige Dokumentation zu sorgen. Die Angaben allein in elektronischer Form sind unzureichend. Sie hat daher dafür zu sorgen, dass die entsprechende Software die Angaben vollständig ausdruckt oder hat ggf. diese Angaben mit Hand nachzutragen.

Die Kammer sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab, da es der Begründung des angefochtenen Beschlusses, was insbesondere auch für die Begründung in den Einzelfällen gilt, folgt ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Soweit die Klägerin im Behandlungsfall 1 vorträgt, sie habe die Anästhesie nicht abgerechnet, um eine Budgetüberschreitung zu vermeiden, so liegt ebenfalls eine unzureichende Dokumentation vor. Die Klägerin hat die Behandlung vollständig abzurechnen und zu dokumentieren. Sie ist zur peinlich genauen Abrechnung verpflichtet und bescheinigt dies auch gegenüber der Beigeladenen zu 1. Hieran muss sie sich, wie bereits ausgeführt, festhalten lassen.

Soweit die Klägerin einzelne weitere Feststellungen des Beklagten bestreitet, brauchte dem die Kammer nicht mehr nachzugehen, da aus den bereits genannten Gründen, die für alle Fälle einer Komplettabsetzung gelten, diese Komplettabsetzung gerechtfertigt war.

Auch die Fälle einer Teilabsetzung waren von der Kammer nicht zu beanstanden, im Behandlungsfall 2 wies der Zahn 37 eine Beherdung auf, die von der Klägerin nicht beseitigt wurde. Damit war die Vorbehandlung unzureichend. Dies räumt die Klägerin selbst ein, wenn sie ausführt, sie habe zunächst an eine Endorevision gedacht, was jedoch für die Behandlung den Einsatz eines OP-Mikroskops voraussetze. Der Einsatz eines zahnärztlichen OP-Mikroskops sei für das Jahresende geplant gewesen. Weiterhin habe der Abschluss der Ausbildung für den "Tätigkeitsschwerpunkt" Endodontologie" bevor gestanden, sodass ein Abwarten sinnvoll erschienen sei. In diesem Fall hätte die Klägerin die PAR-Behandlung nicht vornehmen dürfen oder aber, soweit sie sich aus persönlichen Gründen hierzu nicht in der Lage sah, den Patienten an einen anderen Zahnarzt verweisen müssen oder aber, soweit dies zahnmedizinisch möglich war, hätte sie die PAR-Behandlung verschieben müssen. Die Absetzung der Leistung nach Nr. 108 erfolgte nach Abschluss des PAR-Status und auch wegen fehlender Dokumentation. Die Klägerin wendet hiergegen lediglich ein, diese Maßnahmen seien notwendig gewesen. Nach Abschluss der PAR-Behandlung können aber weitere Maßnahmen nicht mehr abgerechnet werden. Gleiches gilt für den Behandlungsfall 4. Die Einwendungen der Klägerin gegen die Absetzungen im Behandlungsfall 21 vermochte die Kammer nicht nachzuvollziehen. Behandlungen auf Wunsch eines Patienten, die nicht im Einklang stehen mit dem zahnmedizinischen Sorgfaltsmaßstab, dürfen nicht durchgeführt werden. Die Behauptung einer geringen Schmerzempfindlichkeit, die das Absehen von Anästhesien ermöglicht habe, ist zu unsubstantiiert. Zur Feststellung des

Beklagten, es seien weitere der abgesetzten Leistungen nach Abschluss der PAR-Behandlung erfolgt, hat sich die Klägerin nicht geäußert. Ebenso hat die Klägerin bezüglich der Leistung nach Nr. P200 darauf hingewiesen, sie sei notwendig gewesen. Der Beklagte hat dargelegt, weshalb er die Behandlungsnotwendigkeit nicht nachvollziehen konnte. Hiermit hat sich die Klägerin nicht auseinander gesetzt.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-02-13