

S 12 KA 1166/05

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 1166/05

Datum

13.09.2006

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 66/06

Datum

23.09.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Geringere Fallzahlen einer vertragszahnärztlichen Praxis begründen nicht aufgrund eines sog. Durchsanieres i eine Praxisbesonderheit im Rahmen einer wirtschaftlichkeitsprüfung.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat dem Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten und trägt die Gerichtskosten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Bereich des Gesamtfallwertes in den vier Quartalen IV/00 bis II/01 und II/02 in Höhe von insgesamt 13.871,18 Euro.

Der Kläger ist seit Januar 1980 als zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

In den streitbefangenen Quartalen sowie im Quartal III/01 ergaben sich folgende Abrechnungswerte des Klägers (in nachfolgender Tabelle abgekürzt als VZA) im Vergleich mit den Abrechnungswerten der hessischen Vertragszahnärzte (VG):

Quartal Fallzahl Pkte. pro Fall Mehrkosten pro Fall in Pkte. In % IV/2000 VZA- 218 121 50 70,4

VG- 529 71

I/2001 VZA- 229 132 51 62,9

VG- 473 81

II/2001 VZA- 201 123 48 64,0

VG- 465 75

III/2001 VZA- 209 106 29 37,7

VG- 452 77

II/2002 VZA- 209 125 48 62,3

VG- 475 77

Nach einem Antrag der Beigeladenen zu 2) bis 8) für das Quartal IV/00 bzw. einem Auswahlverfahren für die übrigen Quartale und dem Quartal III/01 führte der Prüfungsausschuss IV der Zahnärzte und Krankenkassen - Hessen - eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der streitbefangenen Quartale durch. Der Prüfungsausschuss lud den Kläger zu einer Prüfsitzung, an der er teilnahm.

Mit Bescheid vom 14.11.2002 setzte der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 14.045,48 EUR (27.470,57 DM)) fest, die er mit Rücksicht auf die HVM-Einbehalte für die Jahre 2000 und 2001 auf die streitigen 13.924,49 EUR (27.233,94 DM) reduzierte. Er kürzte den Gesamtfallwert auf das 1,4-fache des Gesamtfallwerts der Vergleichsgruppe. Im Einzelnen nahm er folgende Honorarreduzierungen (vor Berücksichtigung der HVM-Einbehalte) vor:

IV/00 um 4.075,42 EUR

I/01 um 3.760,34 EUR

II/01 um 3.121,90 EUR

II/02 um 3.087,82 EUR

Im Ergebnis gestand der Prüfungsausschuss dem Kläger für alle streitbefangenen Quartale jeweils den 1,4-fachen Fallwert zu.

Hiergegen legte der Kläger am 24.04.2003 und die Beigeladenen zu 2) bis 8) am 28.04.2003 Widerspruch ein. Letztere trugen vor, wegen des Fehlens von Praxisbesonderheiten oder kompensatorischer Einsparungen sei das Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit in einem höheren Umfang zu vermuten. Der Kläger führte zu einzelnen Belegfällen und Leistungen bzw. Vorwürfen der Unwirtschaftlichkeit aus.

Der Beklagte führte eine weitere Prüfsitzung durch, an der der Kläger wiederum teilnahm.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.05.2005, ausgefertigt am 11.10. und dem Kläger am 13.10.2005 zugestellt, wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers und den Widerspruch der Beigeladenen zu 2) bis 8) zurück. Zur Begründung führte er aus, er habe einen statistischen Kostenvergleich vorgenommen. Die Grenze zur unwirtschaftlichen Behandlungsweise sehe man im Bereich des Gesamtfallwertes bei einer Überschreitung von 40 %. Die Abrechnungswerte des Klägers legten daher eine unwirtschaftliche Behandlungsweise nahe. Im Ergebnis hätten Praxisbesonderheiten sowie Unterschiede in der Praxisstruktur, die geeignet gewesen wären, den ausgewiesenen Mehraufwand in seinem gesamten Umfang zu rechtfertigen, nicht festgestellt werden können. Man habe ferner die Abrechnung mit Blickrichtung auf die gegenüber der Vergleichsgruppe geringere Fallzahl und des daraus sich möglicherweise ergebenden erhöhten Zeitpotenzials für die Versorgung der Patienten beleuchtet. Zu berücksichtigen sei, dass jede zahnärztliche Praxis darauf ausgerichtet sei, eine zügige Therapie durchzuführen. Generell könne das hiermit verbundene Argument einer schnellen Durchsanierung auch nur dann Bedeutung erlangen, sofern ein erhöhter Sanierungsbedarf zu verzeichnen sei. Ein dahingehend großes Ausmaß habe nicht festgestellt werden können. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb bei Klinikpatienten ein erhöhter Bedarf vorliegen solle. Ein erhöhter Anteil älterer Patienten sei nicht feststellbar gewesen. Aufgrund der flächendeckenden Zahnarztversorgung stelle K. kein zahnärztlich unterversorgtes Gebiet dar. Eine exemplarische Überprüfung der Behandlungsfälle habe gezeigt, dass die Vorgehensweise des Klägers sowohl unter dem Gesichtspunkt der Systematik als auch vom Umfang her nicht mit dem Gebot eines wirtschaftlichen Vorgehens als vereinbar angesehen werde. Der Beklagte hat dies im Einzelnen ausgeführt. Insoweit wird auf Bl. 5 bis 9 des Widerspruchsbescheides Bezug genommen. Kompensatorische Einsparungen im Verhältnis WB-Maßnahmen – Extraktionen seien nicht feststellbar gewesen. Gerade die Folgemaßnahmen (ZE-Maßnahmen) bezogen auf den einzelnen konservierend-chirurgischen Komplex hätten keine Einsparungen gezeigt. Zahnärztliche Leistungen müssten auch indikationsbezogen erfolgen. Auch die Vergleichsgruppe arbeite zahnerhaltend. Er habe eine Kürzung auf den 1,4-fachen Vergleichswert für erforderlich aber auch als ausreichend gehalten. Es verbleibe daher bei der Honorarkürzung des Prüfungsausschusses.

In der mündlichen Verhandlung am 13.09.2006 hat der Beklagte ein Teilanerkennnis in Höhe von 53,11 Euro wegen der fehlerhaften Berechnung des HVM-Einbehalts im Jahr 2002 abgegeben, dass der Kläger angenommen hat.

Hiergegen hat der Kläger am 14.11.2005 die Klage erhoben. Er verweist auf sein Widerspruchsvorbringen und trägt weiter vor, seine Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen seien nicht berücksichtigt worden. Er habe einen signifikant höheren Anteil in psychiatrischen und neurologischen Kliniken behandelten Patienten. Es sei offensichtlich, dass nicht alle Praxen über die gleichen Klinikpatienten mit dem gleichen erhöhten Behandlungsbedarf verfügen könnten. A-Stadt habe sechs Kliniken. Das Durchschnittsalter seiner Patienten liege über dem Durchschnitt. In A-Stadt wohnten überdurchschnittlich viele Personen im Rentenalter. Bei Brücken, Teil- und Vollprothesen hätten erhebliche kompensatorische Einsparungen bestanden. Es sei auch offensichtlich, dass mit 35,00 Euro pro Quartal und Patient eine qualifizierte zahnmedizinische Behandlung nicht geleistet werden könne.

Der Kläger beantragt,
unter Aufhebung des Widerspruchsbescheides vom 25.05.2005, abgeändert durch Teilanerkennnis, den Beklagten zu verpflichten, seinen 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 verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, ein erhöhter Aufwand für Klinikpatienten sei nicht nachvollziehbar, da diese zunächst von ihrem Hauszahnarzt am Wohnort betreut werden würden. Sie suchten vielfach als Schmerzfall den am Klinikort auf, was sich eher punktwertsenkend auswirke. Unabhängig hiervon habe die Belegfallprüfung gerade hier eine wirtschaftliche Vorgehensweise nicht feststellen können. Eine atypische Altersstruktur habe nicht festgestellt werden können. Es sei auch nicht nachvollziehbar, weshalb ein erhöhter Aufwand im konservierend-chirurgischen Bereich gerade bei älteren Patienten anfallen solle. Sie verweise insofern auf ein Urteil des SG Frankfurt a. M., das durch das Hessische Landessozialgericht bestätigt worden sei. Im ZE-Bereich sei zu berücksichtigen, dass der Kläger gemessen an der durchschnittlichen Praxisgröße nur 50 % der Patienten betreue. Die ZE-Statistik weise insofern keine Einsparungen auf.

Die Beigeladenen zu 2) schließt sich den Ausführungen des Beklagten an.

Mit Beschluss vom 16.11.2005 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 Richterinnen 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).

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der angefochtene Widerspruchsbescheid vom 25.05.2005 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seines Widerspruchs gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom

14.11.2002. Die Klage war daher abzuweisen.

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt - Vertragsarzt - die Stellung eines Leistungserbringers ein. Er versorgt die Mitglieder der Krankenkassen mit 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 ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) nicht erbringen.

Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise ist [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) in der maßgeblichen Fassung des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I 2626](#)) bzw. für das Quartal II/02 in der Fassung des Gesetzes vom 19. Dezember 2001 ([BGBl I 3773](#)).

Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt. Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist die statistische Vergleichsprüfung die Regelprüfmethode. Die Abrechnungswerte des Arztes werden mit denjenigen seiner Fachgruppe - bzw. mit denen einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe - im selben Quartal verglichen. Ergänzt durch die sog. intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden, ist dies die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringt. Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungsaufwand des Arztes je Fall bei dem Gesamtfallwert, bei Sparten- oder bei Einzelleistungswerten in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, d. h., ihn in einem Ausmaß überschreitet, das sich im Regelfall nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur oder in den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lässt, hat das die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 16. Juli 2003 - Az: [B 6 KA 45/02 R](#), [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) = Breith 2004, 13, zitiert nach juris, Rdnr. 17 m. w. N.).

Von welchem Grenzwert an ein offensichtliches Missverhältnis anzunehmen ist, entzieht sich einer allgemein verbindlichen Festlegung (vgl. BSG, Urteil vom 15.03.1995 - Az: [6 RKA 37/93](#), [BSGE 76, 53](#) = [SozR 3 2500 § 106. Nr. 26](#) = [NZS 1996, 33](#) = [NJW 1996, 2448](#) = USK 9573, juris Rdnr. 18). Nach der Rechtsprechung des BSG liegt zwischen dem Bereich der normalen Streuung, der Überschreitungen um bis zu ca. 20 % erfasst, und der Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis der Bereich der Übergangszone. Die Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis hat das BSG früher bei einer Überschreitung um ca. 50 % angenommen. Seit längerem hat es - unter bestimmten Voraussetzungen - niedrigere Werte um ca. 40 % ausreichen lassen. Die Prüfungsgremien haben einen Beurteilungsspielraum, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis höher oder niedriger festzulegen. Vor diesem Hintergrund hat das BSG es nicht ausgeschlossen, dass Überschreitungen um 42, 38, 33 und 31 % möglicherweise dem Bereich des sog. offensichtlichen Missverhältnisses zugeordnet werden können (vgl. BSG, Urteil vom 06.09.2000 - Az: [B 6 KA 24/99 R](#), [SozR 3-2500 § 106 Nr. 50](#) = USK 2000-171, juris Rdnr. 24). Bei Arztgruppen mit engem Leistungsspektrum darf eine Grenzziehung bei Überschreitungen der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe um +40 % oder weniger vorgenommen werden (vgl. BSG, Urteil vom 16.07.2003 - Az: [B 6 KA 45/02 R](#), [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) = Breith 2004, 13, juris Rdnr. 26). Bei einer Arztgruppe mit einem engen Leistungsspektrum, das gegen größere Unterschiede bei den durchschnittlichen Fallkosten der einzelnen Praxen spricht, ist es unter Umständen zu vertreten, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bereits bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 40 % festzusetzen (vgl. BSG, Urteil vom 02.06.1987 - Az: [6 RKA 23/86](#), aaO., juris Rdnr. 23).

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass es sich bei den Zahnärzten um eine inhomogene Arztgruppe handeln könnte und deshalb Veranlassung bestünde, der Verwaltung eine Sachaufklärung in dieser Richtung aufzugeben. Berücksichtigt man, dass es auch in der Zahnheilkunde und den angrenzenden ärztlichen Bereichen besondere Fach(zahn)ärzte für Spezialgebiete gibt, die besondere Fachgruppen bilden (Fachzahnärzte für Kieferorthopädie, Gebietsärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie), und ein großer Teil der zahnärztlichen Leistungen aus der (nachträglichen) Wirtschaftlichkeitsprüfung herausgenommen ist, so bleiben im Wesentlichen lediglich die in Teil 1 des Bema aufgeführten "konservierenden und chirurgischen Leistungen und Röntgenleistungen" als Prüfungsgegenstand übrig. Da ferner in der Zahnheilkunde generell die Erhaltung der Zähne vorrangiges Behandlungsziel ist, kann angenommen werden, dass die allgemeinen Zahnarztpraxen in etwa einen gleichen Behandlungsbedarf zu befriedigen haben (vgl. BSG, Urteil vom 02.06.1987 - Az: [6 RKA 23/86](#), [SozR 2200 § 368n Nr. 48](#) = [BSGE 62, 24](#) = SGB 1988, 549 = USK 87212, juris Rdnr. 20).

Ein statistischer Kostenvergleich kann dann nicht durchgeführt werden, wenn die Fallzahl des zu prüfenden Arztes so gering ist, als sie (Fall-)Zahlenbereiche unterschreitet, unterhalb derer ein statistischer Vergleich nicht mehr aussagekräftig ist. Die Prüfung nach Durchschnittswerten geht von der Grundannahme aus, dass es die Ärzte der Vergleichsgruppe unter Einbeziehung des geprüften Arztes im Durchschnitt mit dem gleichen Krankengut zu tun haben und deshalb im Durchschnitt aller Fälle in etwa die gleichen Behandlungskosten benötigen. Diese Annahme ist aber nur gerechtfertigt, wenn für den Vergleich einerseits eine hinreichend große Anzahl vergleichbarer Ärzte und andererseits bei dem zu prüfenden Arzt eine hinreichende Zahl von Behandlungsfällen zur Verfügung stehen. Zwar ist es statistisch genauso wahrscheinlich wie unwahrscheinlich, dass der zu prüfende Arzt mit geringer Fallzahl dieselbe Patientenstruktur aufweist wie die Ärzte seiner Vergleichsgruppe, so dass die Relation von behandlungsintensiven und weniger aufwändigen Behandlungsfällen in kleinen Praxen nicht notwendig anders sein muss als bei großen. Eine in Relation zur Vergleichsgruppe besonders niedrige Fallzahl des zu prüfenden Arztes kann aber zur Folge haben, dass einzelne schwere, besonders aufwändige Behandlungsfälle den Fallwert des betroffenen Arztes überproportional in die Höhe treiben. Deshalb ist zu verlangen, dass der mit einer sehr geringen Fallzahl einhergehenden Vergrößerung des Aussagewerts der statistischen Vergleichsprüfung durch die Einführung einer Mindestquote der in die Prüfung einzubeziehenden Fälle zu begegnen ist. Dabei ist an ein objektives Kriterium, nämlich die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe anzuknüpfen. Die Beschränkung der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf die Behandlungsfälle einer einzelnen Krankenkasse ist daher nur mit der Einschränkung zugelassen worden, dass diese mindestens 20 v. H. der Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe ausmachen. Die Mindestquote von 20 % der Durchschnittsfallzahl der Vergleichsgruppe ist nicht nur bei der auf die Behandlungsfälle einer einzelnen Kasse beschränkten Prüfung zu beachten, sondern muss auch dann erreicht sein, wenn die Zahl der insgesamt vom zu prüfenden Arzt behandelten Patienten besonders niedrig ist. Soweit seit 1995 die Wirtschaftlichkeit der (nunmehr einheitlichen) vertragsärztlichen Versorgung für den (früheren) RVO-Kassen- und den Ersatzkassenbereich einheitlich geprüft wird, hat dies zur Folge, dass die in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einzubeziehenden Behandlungsfälle nunmehr das gesamte Spektrum der vertragsärztlichen Tätigkeit des zu prüfenden Arztes abdecken und nicht mehr - wie zuvor - jeweils nur einen Teilbereich. Dies spricht dafür, die absoluten Fallzahlenuntergrenzen bei einer die gesamte vertragsärztliche Tätigkeit erfassenden Prüfung höher anzusetzen, als das bisher in besonderen Konstellationen für den einen oder anderen

Kassenbereich für zulässig gehalten worden ist. Gegen eine starre Grenzziehung etwa bei 100 Fällen spricht, dass dann die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei kleineren Arztpraxen aus solchen Arztgruppen, deren Durchschnittsfallzahlen unter 500 liegen, häufig nicht als statische Vergleichsprüfung durchgeführt werden könnte. Angesichts der ständig verbesserten statistischen Auswertung der Abrechnungen (z. B. Gewichtung des Rentneranteils, Beschränkung des Vergleichs auf Ärzte, die die fraglichen Leistungen abrechnen) ist es nicht gerechtfertigt, generell Ärzte mit Fallzahlen oberhalb der Grenze von 20 % des Durchschnitts von der Prüfung nach Durchschnittswerten auszuschließen, wenn ihre Fallzahl die absolute Grenze von 100 nicht erreicht (vgl. BSG, Urteil vom 09.09.1998 - Az: [B 6 KA 50/97 R](#), [SozR 3-2500 § 106 Nr. 45](#) = [NZS 1999, 310](#) = Breith 1999, 664 = USK 98174, juris Rdnr. 15 bis 19).

Unter Beachtung dieser Grundsätze ist der angefochtene Bescheid nicht zu beanstanden.

Der Bescheid ist in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Durch die Ladung zur mündlichen Verhandlung des Beklagten, an der der Kläger teilgenommen hat, hat eine ausreichende Anhörung stattgefunden (§ 24 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch, Verwaltungsverfahren - SGB X).

Der Beklagte hat auch sein Ergebnis ausreichend begründet. Im Hinblick auf das Vorliegen eines sog. offensichtlichen Missverhältnisses und eines statistischen Kostenvergleichs war er nicht gehalten, zu Ausführungen zu Einzelfällen Stellung zu nehmen. Der Beklagte hat einen statistischen Kostenvergleich vorgenommen wurde. Er brauchte auch nicht in jedem Fall Bezug nehmen auf die Widerspruchsbegründung bei Darlegung des Ergebnisses seiner Belegfallprüfung. Von daher ist der Bescheid ausreichend begründet.

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

Der angefochtene Bescheid ist auch in materieller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Der Beklagte hat den Kläger mit den Abrechnungswerten aller hessischen Vertragszahnärzte verglichen. Dies war nicht zu beanstanden, da der Kläger ebenfalls als Vertragszahnarzt zugelassen und als solcher tätig ist. Soweit der Beklagte Honorarberichtigungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise vorgenommen hat, war nicht zu beanstanden, dass er vom Vorliegen eines sog. offensichtlichen Missverhältnisses bei einer Überschreitung des Gesamtfallwertes von 40 % ausging. Dies steht im Einklang mit der bereits zitierten Rechtsprechung des BSG. Zutreffend hat der Beklagte darauf hingewiesen, dass die Praxis des Klägers trotz geringerer Fallzahl mit der Vergleichsgruppe statistisch verglichen werden kann, da seine Praxis in allen streitbefangenen Quartalen für die Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung hinreichend groß war.

Geringere Fallzahlen ermöglichen auch nicht ein "Durchsanieren" im Sinne einer Praxisbesonderheit. Eine Praxisbesonderheit liegt nur vor, wenn ein Patientengut zu behandeln ist, das einen im Vergleich zu den übrigen hessischen Zahnärzten wesentlich erhöhten Behandlungsbedarf hätte, wobei weiter zu unterstellen ist, dass es einer Praxis mit geringer Fallzahl möglich ist, diese Patienten sogleich, meist in einem Quartal zu behandeln. Nach Auffassung der fachkundig besetzten Kammer führt ein sog. "Durchsanieren" grundsätzlich nicht zu erhöhten Abrechnungswerten, da maßgeblich für den Umfang der notwendigen Behandlung ausschließlich der Befund bei den Patienten ist. Ein erhöhter Fallwert kann daher nur notwendig werden, wenn insgesamt die Patientenstruktur einer Praxis Patienten aufweist, die einer wesentlich umfangreicheren Behandlung als die Patienten der Vergleichsgruppe bedürfen. Der Kammer war nicht nachvollziehbar, weshalb gerade in der Praxis des Klägers, die dieser bereits seit 1990 führt, ein erhöhter Anteil sog. "sanierungsbedürftiger" Patienten hätte vorhanden gewesen sein sollen. Dies hat der Kläger auch im Verfahren nicht näher dargelegt.

Nicht zu folgen vermochte die Kammer dem Vortrag des Klägers, die Beklagte habe seine Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen nicht berücksichtigt. Solche sind weder substantiiert vorgetragen noch sonst ersichtlich. Unterstellt, der Kläger habe tatsächlich einen signifikant höheren Anteil in psychiatrischen und neurologischen Kliniken behandelten Patienten, so ist nicht nachvollziehbar, weshalb diese Patienten einen erhöhten zahnmedizinischen Bedarf haben sollten. Gleiches gilt für den Vortrag einer überalterten Wohnbevölkerung. In der Berufungsentscheidung des LSG Hessen, Urteil vom 13.07.2005, Aktenzeichen: L 6/7 KA 621/00 wird bereits darauf hingewiesen, dass jede dieser Behauptungen auch für sich genommen unschlüssig hinsichtlich eines erhöhten Behandlungsbedarfs sei. Dies gilt auch für dieses Verfahren. Zutreffend weist der Beklagte ferner darauf hin, dass ein erhöhter Aufwand für Klinikpatienten nicht nachvollziehbar ist, da diese zunächst von ihrem Hauszahnarzt am Wohnort betreut werden und den am Klinikort lediglich als Schmerzfall aufsuchten, was im Regelfall zu einem statistisch eher unterdurchschnittlichen Behandlungsaufwand führt. Zu der Behauptung des Klägers, er erziele bei Brücken, Teil- und Vollprothesen erhebliche kompensatorische Einsparungen, hat das LSG in der bereits genannten Entscheidung ausgeführt, dass nicht schlüssig dargelegt werde, durch welche speziellen Behandlungen er in welchen Fällen kausal Zahnersatzleistungen habe ersparen können, weshalb er seiner Darlegungslast nicht genügt habe. Dies gilt auch für dieses Verfahren. Auch die insoweit fachkundig besetzte Kammer ist im Übrigen der Auffassung, dass auch nicht nachvollziehbar, weshalb ein erhöhter Aufwand im konservierend-chirurgischen Bereich gerade bei älteren Patienten anfallen soll. Soweit der Kläger der Auffassung ist, dass es offensichtlich, dass mit 35,00 Euro pro Quartal und Patient eine qualifizierte zahnmedizinische Behandlung nicht geleistet werden könne, so verkennt er zum einen den Wert der hessenweit durchschnittlich abgerechneten ca. 75 Punkte die bei ca. 85 Cent einem Wert von etwa 64 Euro entsprechen. Zum anderen zeigt gerade die Durchschnittsgröße, dass eine ausreichende Behandlung möglich ist, da den übrigen hessischen Zahnärzten nicht unterstellt werden kann, sie würden die erforderlichen zahnmedizinischen Standards nicht einhalten.

Nach allem war der angefochtene Widerspruchsbescheid nicht aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Das Teilanerkennnis des Beklagten betrifft nur einen sehr geringen Teil der Honorarberichtigung, weshalb von einer Quotelung abzusehen war.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-10-28