

S 12 KA 835/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 835/08
Datum
29.04.2009
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 45/09
Datum
09.01.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 10/12 B
Datum
14.08.2012
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Ein Tätigkeitsschwerpunkt im Bereich der Endodontie stellt keine Praxisbesonderheit einer vertragszahnärztlichen Praxis dar. Dieses Gebiet gehört zum typischen Leistungsspektrum einer zahnärztlichen Praxis.

2. Eine vorgetragene besonders zahnerhaltende Arbeitsweise begründet keine Praxisbesonderheit und reicht für den Nachweis einer kompensatorischen Ersparnis im Bereich von Zahnersatzleistungen nicht aus.

1. Die Klage wird abgewiesen.

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

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Bereich des Gesamtfallwertes in den vier Quartalen I bis IV/05 in Höhe von insgesamt 42.332,98 Euro.

Der Kläger ist seit September 1997 als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxisstz in A-Stadt zugelassen.

In den Quartalen I bis IV/05 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 %
I/2005	VZA- 434	140	44	45,8
	VG- 410			96
II/2005	VZA- 503	168	75	80,6
	VG- 438			93
III/2005	VZA- 459	154	64	71,1
	VG- 408			90
IV/2005	VZA- 494	144	64	80,0
	VG- 512			80

Der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen - Hessen - führte für die Quartale I bis IV/05 eine Wirtschaftlichkeitsprüfung bzgl. der konservierenden-chirurgischen Leistungen durch. Der Prüfungsausschuss lud den Kläger zu einer Prüfsitzung, an der er nicht teilnahm.

Mit Bescheid vom 09.05.2007, dem Kläger am 16.08.2007 zugestellt, setzte der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 43.356,18 EUR fest, die er mit Rücksicht auf die HVM-Einbehalte auf die streitigen 42.332,98 EUR reduzierte. Er kürzte den Gesamtfallwert auf das 1,4-fache des Gesamtfallwerts der Vergleichsgruppe. Im Einzelnen nahm er folgende Honorarreduzierungen (nach Berücksichtigung der HVM-Einbehalte) vor:

I/05 um 2.185,49 EUR
II/05 um 16.044,61 EUR
III/05 um 10.808,16 EUR
IV/05 um 13.294,72 EUR

Hiergegen legten der Kläger am 12.09.2007 und die Beigeladenen zu 2) bis 8) am 14.09.2007 Widerspruch ein.

Zur Begründung seines Widerspruchs trug der Kläger vor, der Prüfungsausschuss lege nicht dar, welche Leistungen unwirtschaftlich gewesen sein sollten. Er habe auch nicht berücksichtigt, dass er viel mehr Zähne erhalten habe, als dies bei durchschnittlichen Vertragszahnärzten der Fall sei. Sämtliche abgerechneten Leistungen seien zur Erzielung des Behandlungserfolges, Erhalt des jeweiligen Zahnes, notwendig gewesen. Berücksichtige man die ersparten Aufwendungen für die anschließende prothetische Behandlung nach der Entfernung eines Zahnes, sei seine Behandlung wirtschaftlicher als dies im Durchschnitt bei den Vertragsärzten der Fall sei. Eine statistische Betrachtungsweise könne nicht nur auf einen Kostenaspekt der Gesamtkosten begrenzt werden, und, wenn dieser einen Bereich über dem Durchschnitt liege, als eine insgesamt unwirtschaftliche Behandlung bewertet werden. Vielmehr müsse der Gesamtkomplex, sämtliche Kosten (auch die Folgekosten bei Verlust eines Zahnes) für den Vergleich herangezogen werden.

Der Beklagte führte eine weitere Prüfsitzung durch, an der der Kläger in Begleitung seines Prozessbevollmächtigten teilnahm.

Mit Beschluss vom 12.06.2008, ausgefertigt am 23.10.2008 und dem Kläger am 27.10.2008 zugestellt, wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers und den Widerspruch der Beigeladenen zu 2) bis 8) als unbegründet zurück. Zur Begründung führte er aus, er habe einen statistischen Kostenvergleich vorgenommen. Die Grenze zur unwirtschaftlichen Behandlungsweise sehe er im Bereich des Gesamtfallwertes bei einer Überschreitung von 40 %. Die Abrechnungswerte des Klägers legten daher eine unwirtschaftliche Behandlungsweise nahe. Um sich einen Eindruck über die Behandlungs- und Vorgehensweise des Klägers zu machen, habe man eine exemplarische Auswahl von Behandlungsfällen durch den Berichtersteller überprüft. Dieser sei zu dem Ergebnis gelangt, dass der Kläger viele Füllungen innerhalb kurzer Zeit wiederholt habe, insbesondere betreffe dies devitale Zähne, die mit einer Wurzelkanalfüllung versorgt gewesen seien. Die Versorgung eines wurzelbehandelten Zahnes mit großen Füllungen sei jedoch nicht indiziert, da die Lebensdauer derartiger Füllungen begrenzt sei. In einer Reihe von Fällen sei eine prothetische Versorgung angezeigt gewesen und auf Dauer auch die wirtschaftlichere Versorgung. Darüber hinaus seien Füllungen an endodontisch anbehandelten Zähnen gelegt worden, obwohl der Erfolg der eingeleiteten Behandlung nicht sicher gestellt gewesen sei. Auch in diesen Fällen habe man die Füllungen als unwirtschaftlich ansehen müssen. Als Feststellung am Rande sei zu vermerken, dass der Kläger auch Füllungen nach Nr. 13c (F3) und 13d (F4) als vorbereitende Maßnahmen vor der prothetischen Versorgung abgerechnet habe. Nach den Abrechnungsbestimmungen seien mehrflächige Aufbaufüllungen nach Nr. 13b (F2) abzurechnen. Dem Vortrag, durch die Wurzelbehandlungsmaßnahmen habe er eine prothetische Versorgung einsparen können, habe nicht gefolgt werden können. Einerseits rechne der Kläger wesentlich weniger Leistungen nach Nr. 25 (Cp) bzw. 26 (P) ab, was den Schluss zulasse, dass die übrigen Zahnärzte in Hessen wesentlich mehr Wert auf die Vitalerhaltung der gefährdeten Pulpa legten. Andererseits seien im Zusammenhang mit den Wurzelbehandlungsmaßnahmen wesentlich mehr Behandlungen abgerechnet worden als dies bei allen anderen Zahnärzten in Hessen der Fall sei. Die in Verbindung mit der Wurzelkanalaufbereitung, Wurzelkanalfüllung oder einer medikamentösen Einlage abgerechneten Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesien seien grundsätzlich als nicht notwendig angesehen worden. Die Verwendung von Cofferdam in jedem Stadium der Wurzelbehandlung werde von ihm kritisch gesehen. In Verbindung mit der Vitalexstirpation und der hier angestrebten bakterienfreien Abfüllung des Wurzelkanals sei die Nr. 12b (bMF) notwendig und zweckmäßig. Bei einem pulpatoten Zahn, der über die Trepanation einer endodontischen Behandlung zugeführt werde, könne aber für die Verwendung für Cofferdam keine Notwendigkeit erkannt werden, da die Kanäle bereits infiziert seien. Die hohen Abrechnungswerte bei den Wurzelbehandlungsmaßnahmen rechtfertigten die Feststellung einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise. Anhand der vorgelegten OPG-Aufnahmen sowie der vom Kläger dargestellten Behandlungsabläufe sei festzustellen, dass in einer Vielzahl von Fällen Wurzelreste oder aufgrund apicaler Prozesse nicht erhaltungswürdige Zähne nicht entfernt worden seien. Nach den Richtlinien sei die Entfernung eines Zahnes angezeigt, wenn er nach den in diesen Richtlinien beschriebenen Kriterien nicht erhaltungsfähig sei. Eine Behandlung von nicht erhaltungswürdigen Zähnen sei kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung. Es komme nicht darauf an, ob die Patienten für eine chirurgische Sanierung bereit seien. Es sei Aufgabe des behandelnden Zahnarztes, den Patienten von der Notwendigkeit der Behandlung zu überzeugen und ihn auf diese Weise an die Behandlung heranzuführen. Es seien in den geprüften Behandlungsfällen auch sehr wohl weitgehende Behandlungen durchgeführt worden, was ohne die Bereitschaft des Patienten zur Zusammenarbeit mit dem Praxiszahnarzt nicht möglich gewesen wäre. Es sei auch nicht nachvollziehbar, weshalb hohe Abrechnungswerte bei den Leistungen des Füllungssektors durch niedrige Abrechnungswerte im Bereich der prothetischen Leistungen eine kompensatorische Einsparung darstellen solle. Im Ergebnis hätten weder Praxisbesonderheiten noch kompensatorische Einsparungen festgestellt werden können. Er habe eine Kürzung auf den 1,4-fachen Vergleichswert für erforderlich gehalten.

Hiergegen hat der Kläger am 27.11.2008 die Klage erhoben. Er trägt vor, der Beklagte habe seine praxispezifischen Besonderheiten nicht berücksichtigt. Er habe sich auf endodontische Behandlungen spezialisiert und an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen. Aus diesem Grund habe er einen höheren Patientenanteil als der Durchschnitt der hessischen Zahnärzte für diese Behandlungsart. Dies bedinge auch eine höhere Fallzahl und Punktzahl pro Fall gegenüber dem Durchschnitt der hessischen Zahnärzte. Seine Behandlung sei auch wirtschaftlicher als eine Zahnentfernung mit anschließender prothetischer Versorgung. Eine endodontische Versorgung mit Überkronung verursache Kosten von 435,65 EUR. Für die Entfernung und prothetische Versorgung eines Zahnes beliefen sich die Kosten auf 716,45 EUR. Im Jahr 2005 habe er 171 Zähne weniger entfernt als der hessische Durchschnitt. Auch hieran zeige sich im Hinblick auf die Folgekosten, dass er wirtschaftlicher arbeite. Seine Behandlung entspreche dem zahnmedizinischen Standard. Dies gelte insbesondere für die Verwendung von Cofferdam. Cofferdam sei in jedem Stadium der Wurzelbehandlung, auch bei einem pulpatoten Zahn, der über die Trepanation einer endodontischen Behandlung zugeführt werde, notwendig und fachgerecht. Gleiches gelte für die durchgeführten Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesien. Sämtliche behandelten Zähne seien erhaltungswürdig gewesen und die Behandlung habe den Richtlinien entsprochen. Eine Indikation für eine Zahnentfernung habe nicht vorgelegen. Einige Patienten seien, obwohl er ihnen die Behandlung dargelegt habe, zu einer chirurgischen Sanierung nicht bereit gewesen. Er könne die Patienten zu einer derartigen Behandlung nicht zwingen oder ohne deren Zustimmung durchführen. Insbesondere bei Schmerzen müsse er dann eine andere Behandlungsart wählen. Eine nachgewiesene Ausrichtung auf besondere, wissenschaftlich anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden stelle eine Praxisbesonderheit dar. Die Erfolgsquote für die gefährdeten Pulpa durch eine Direktüberkappung liege je nach Literaturquelle zwischen 13 % nach 10 Jahren und 59,3 % nach 3 bis 5 Jahren, komme es zum Misserfolg, stelle sich dieser in der Regel (63 %) in den ersten 12 Monaten nach der Therapie ein. Aufgrund seiner fachlichen Kompetenz könne er auch Zähne erhalten, die offensichtlich der Durchschnitt der hessischen Zahnärzte nicht mehr erhalten könne. Die vom Beklagten in Bezug genommene Richtlinie unter 9.4 entspreche nicht mehr heutigem wissenschaftlichem Erkenntnisstand. Bei einer apicalen Läsion sei primär eine Revision der Wurzelfüllung indiziert und erst bei Fortbestehen der periapicalen Entzündungen eine chirurgische Intervention. Eine qualitätsorientierte Wurzelkanalbehandlung mit statistisch nachweisbar guter Langzeitprognose des Zahnes sei nur möglich, wenn die fachlichen, instrumentellen, zeitlichen und auch finanziellen Rahmenbedingungen dies zuließen. Eine Cofferdam-Isolierung habe bei jeder Sitzung einer Wurzelkanalbehandlung zu erfolgen. Sollten die meisten Zahnärzte in Hessen nicht derartig vorgehen, entspreche dies nicht den

medizinischen Standards und seien daher keine fachlich ordnungsgemäßen Leistungen. Er könne nicht verpflichtet werden, eine nicht fachgerechte Leistung zur Kostenminimierung zu erbringen. Die Fallwertüberschreitung um mehr als 40 % beruhe einzig und allein auf dem übermäßigen Patientenansturm mit endodontischen Behandlungen.

Der Kläger beantragt,
unter Aufhebung des Beschlusses vom 12.06.2008 den Beklagten zu verpflichten, seinen Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er verweist auf den Beschluss des Prüfungsausschusses und den angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, aufgrund der Überschreitung von 40 % des Gesamtfallwertes sei es Aufgabe des Klägers, Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen nachzuweisen. Einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende Umstände hätten nicht festgestellt werden können. Die Gruppe der Zahnärzte zeichne sich allgemein durch eine große Homogenität aus. Insbesondere konservativ-chirurgische Behandlungen und endodontische Maßnahmen gehörten zum zahnärztlichen Standard innerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die vom Kläger hervorgehobene Schwerpunktsetzung in der endodontischen Behandlung gehöre zu den zahnärztlichen Standardleistungen. Die Belegfallprüfung habe ergeben, dass der Kläger viele Füllungen innerhalb kurzer Zeit wiederholt habe, insbesondere habe dies die vitalen Zähne, die mit einer Wurzelkanalfüllung versorgt gewesen seien, betroffen. Hier hätte eine endgültige prothetische Versorgung als wirtschaftlichere Maßnahme erfolgen müssen. Maßstab der Notwendigkeit der vorzunehmenden Versorgung der Patienten sei das jeweilige Krankheitsbild. Hieraus folge zwingend, dass bei nicht erhaltungswürdigen Zähnen endodontische Maßnahmen nicht zu rechtfertigen seien, wenn der Patient – aus welchen Gründen auch immer – eine prothetische Versorgung ablehne. Dass der Kläger dem medizinischen Standard entsprechend behandle, sei von ihm zu keiner Zeit bestritten worden. Ihm werde keine fehlerhafte, sondern eine unwirtschaftliche Behandlung vorgeworfen. Dem Kläger sei es nicht gelungen, nachvollziehbare und berücksichtigungsfähige Gründe für den festgestellten Mehraufwand beizubringen.

Die Beigeladenen zu 2) bis 6) und 8) beantragen übereinstimmend,
die Klage abzuweisen.

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

Mit Beschluss vom 01.12.2008 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 einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragszahnärzte und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragszahnarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG). Sie konnte dies trotz des Ausbleibens eines Vertreters der Beigeladenen zu 1) und 7) tun, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind ([§ 110 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der angefochtene Beschluss des Beklagten vom 12.06.2008 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seines Widerspruchs gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 09.05.2007 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. 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 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14.11.2003, [BGBl I 2190](#). Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitprüfung), geprüft ([§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)). Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren ([§ 106 Abs. 2 Satz 4](#) HS 1 SGB V). Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratung nach Absatz 1a und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich ([§ 106 Abs. 3 Satz 1](#) HS 1 SGB V). In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden; festzulegen ist ferner, dass der Prüfungsausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkasse oder ihres Verbandes Einzelfallprüfungen durchführt. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen ([§ 106 Abs. 3 Satz 3](#) und 4 SGB V).

Nach der hier maßgeblichen Übergangsvereinbarung zur Regelung der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) für Übergangsfälle nach Maßgabe des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 21.07.2004, die durch ergänzende Vereinbarungen vom 13.07.2005 und 06.04.2006 auch die Quartale der Jahre 2004 bzw. 2005

einbezogen hat, (im Folgenden: ÜV) gilt die Prüfvereinbarung – Zahnärzte vom Januar 1995 i. d. F. der Änderungsvereinbarung vom 01.07.1996 – unter Anpassung der Prüfungsgremien an die gesetzliche Änderung – weiter (§ 2 ÜV). Nach der Prüfvereinbarung vom Januar 1995 i. d. F. der Änderungsvereinbarung vom 01.07.1996 (Im Folgenden: PV) erfolgt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit quartalsweise auf der Grundlage von Einzelfällen, repräsentativen Einzelfällen und Durchschnittswerten, ob die abgerechneten Leistungen den zahnärztlichen Regeln entsprechend ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich waren (§ 8 Abs. 1 PV). Ist die Prüfung anhand einzelner Behandlungsfälle mit unverhältnismäßigen Schwierigkeiten verbunden, können repräsentative Einzelfälle geprüft werden. Dies soll insbesondere dann der Fall sein, wenn eine Einzelfallprüfung wegen der Vielzahl der Behandlungsfälle unzumutbar ist (§ 8 Abs. 2 PV). Ist die repräsentative Einzelfallprüfung ebenfalls unmöglich (z. B. bei fehlender Mitwirkung des Vertragszahnarztes), kann nach Durchschnittswerten statistisch vergleichend geprüft werden. Dies wird z. B. für Behandlungsmaßnahmen zutreffen, deren nachträgliche einzelne Prüfung mit Schwierigkeiten verbunden ist (z. B. medikamentöse Behandlung von Schleimhautrekrankungen, Entfernen harter Zahnbeläge, etc.). Es ist hierbei jedoch eingangs zu prüfen, ob diese im Einzelnen nicht nachprüfbar Maßnahmen eine gezielte Therapie erkennen lassen (§ 8 Abs. 3 PV).

Die Wahl der Prüfmethode nach Durchschnittswerten durch den Beklagten ist schon nach dem Wortlaut der Prüfvereinbarung nicht zu beanstanden. Die in der Prüfvereinbarung genannten Prüfmethode stehen nach § 8 Abs. 1 PV gleichberechtigt nebeneinander. Es unterliegt daher dem Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien, welche Prüfmethode sie anwenden. Hinzu kommt, dass nach der seinerzeit geltenden Rechtslage ein Vorrang einer Einzelfallprüfung oder einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit anschließender Hochrechnung nur vereinbart werden konnte, wenn und soweit auf Grund besonderer Umstände die Regelprüfmethode der statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten keine beweistauglichen Ergebnisse liefert (vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005- [B 6 KA 72/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 8](#) = Breith 2006, 466 = USK 2005-110, zitiert nach juris). Es ist nicht davon auszugehen, dass die Vertragspartner sich nicht gesetzeskonform verhalten haben.

Aber auch wenn man die Absätze 2 und folgende des § 8 PV im Sinne eines stufigen Auswahlermessens der Prüfungsgremien verstehen wollte, wonach vorrangig die Prüfung anhand von Einzelfällen, hilfsweise repräsentativen Einzelfällen und erst in Ausnahmefällen anhand von Durchschnittswerten erfolgen sollte, so hat der Beklagte hinreichend dargelegt, weshalb er eine Prüfung nach Durchschnittswerten vorgenommen hat. Dies leuchtet auch insofern ein, als er eine Unwirtschaftlichkeit weder lediglich in einzelnen Fällen oder nur bestimmten Leistungen festgestellt hat. Von daher war hier nicht zu entscheiden, ob überhaupt ein Vorrang der anderen Prüfmethode vereinbart werden konnte. Im Übrigen wäre im Fall, dass eine Vorrangigkeit der Einzelfallprüfung und der repräsentativen Einzelfallprüfung in § 8 Abs. 2 und 3 PV vereinbart worden wäre, diese Regelung wegen des seinerzeit geltenden Vorrangs der statistischen Vergleichsprüfung als Regelprüfmethode nichtig mit der Folge, dass nach § 8 Abs. 1 PV das Auswahlermessen des Beklagten hinsichtlich der Prüfmethode wieder aufleben würde. Jedenfalls würde dies nicht zum Wiederaufleben eines Vorrangs der Einzelfallprüfung und der repräsentativen Einzelfallprüfung führen.

Die Fortgeltung der Bestimmungen zur Prüfung nach Durchschnittswerten ist nicht zu beanstanden, da [§ 106 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) dies ausdrücklich zulässt.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung hat, soll die Zufälligkeitprüfung nach [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) nach dem Willen des Gesetzgebers die bisherige arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten als verpflichtende Vorgabe ablösen; die Entscheidung über ihre weitere Anwendung sollte in die Kompetenz der Vertragspartner übertragen werden. Durch die Ergänzung des [§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) ist klargestellt worden, dass die Vertragspartner vereinbaren könnten, die bisherige Prüfung nach Durchschnittswerten beizubehalten. Daraus ist abzuleiten, dass es in der Entscheidungskompetenz der Vertragspartner (Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, K(Z)Ven) steht, die Prüfung nach Durchschnittswerten auch nach Inkrafttreten des GMG fortzuführen. Eine Entscheidung in diesem Sinne konnten die Vertragspartner in verschiedener Form umsetzen. Zum einen bestand die Möglichkeit, insgesamt eine neue Prüfvereinbarung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben mit der Zufälligkeitprüfung als Regelprüfmethode und der Prüfung nach Durchschnittswerten als subsidiärem Prüfverfahren festzuschreiben. Zum anderen konnten die Gesamtvertragspartner es bei dem bisherigen Rechtszustand belassen, soweit eine Prüfvereinbarung existierte, die den Anforderungen des [§ 106 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) in der seit dem 01.01.2004 geltenden - weil ohne entsprechende Übergangsregelung mit dem Inkrafttreten des GMG insgesamt in Kraft getretenen - Fassung entsprach. Oder sie konnten abwarten, mit welchem Inhalt Richtlinien gemäß [§ 106 Abs. 2b SGB V](#) erlassen würden (vgl. BSG, Urt. v. 09.04.2008 - [B 6 KA 34/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 18](#) = USK 2008-16 = [ZMGR 2008, 320](#) = Breith 2009, 103, juris Rdnr. 18 f.). Insofern konnten es die Vertragspartner hier hinsichtlich der materiellen Prüfvoraussetzungen bei der bisherigen Rechtslage belassen.

Der Beklagte hat die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch eine (zahn)arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt. Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen werden bei der statistischen Vergleichsprüfung die Abrechnungswerte des Arztes 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, Urt. v. 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) = Breith 2004, 13, juris Rdnr. 17 m. w. N.).

Von welchem Grenzwert an ein offensichtliches Missverhältnis anzunehmen ist, entzieht sich einer allgemein verbindlichen Festlegung (vgl. BSG, Urt. v. 15.03.1995 - [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, Urt. v. 06.09.2000 - [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, Urt. v. 16.07.2003 - [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, Urt. v. 02.06.1987 - [6 RKA 23/86](#) - [SozR 2200 § 368n Nr. 48](#) = [BSGE 62, 24](#) = SGB 1988, 549 = USK 87212, 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-Z 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, Urt. v. 02.06.1987 - [6 RKA 23/86](#) - aaO., juris Rdnr. 20).

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

Der Beschluss ist in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

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

Der Beklagte hat auch sein Ergebnis ausreichend begründet. Der Beklagte hat einen statistischen Kostenvergleich vorgenommen. Er hat das Vorliegen eines sog. offensichtlichen Missverhältnisses dargelegt. Darüber hinaus hat er die Ergebnisse seiner Belegfallprüfung über mehrere Seiten offen gelegt. Von daher ist der Bescheid ausreichend begründet.

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

Der angefochtene Bescheid ist 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 Beklage 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.

Nicht zu folgen vermochte die Kammer dem Einwand, die Beklagte habe die klägerischen Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen nicht berücksichtigt. Solche sind weder substantiiert vorgetragen noch sonst ersichtlich.

Eine Praxisbesonderheit liegt auch nicht in der vorgetragenen Spezialisierung im Bereich der Endodontie vor. Bei diesem Gebiet handelt es sich um das typische Leistungsspektrum einer zahnärztlichen Praxis. Im Übrigen kommt es entscheidend auf das Krankheitsbild der Patientenschaft an. Klägerseits wird nicht nachvollziehbar dargelegt und belegt, dass aufgrund besonderer Fertigkeiten und Kenntnisse ein von der Vergleichsgruppe signifikant abweichendes Patientenkontingent behandelt wird. Allein aus der erhöhten Abrechnung entsprechender Leistungen kann nicht auf ein von der Vergleichsgruppe abweichendes Patientenkontingent geschlossen werden. Soweit damit weiter zum Ausdruck gebracht werden soll, durch die Arbeitsweise werde besonders zahnerhaltend gearbeitet, so kann hierdurch eine Praxisbesonderheit nicht nachgewiesen werden. Zahnerhaltung gehört seit langem zum zahnärztlichen Therapiestandard. Auch die Vergleichsgruppe ist einer zahnschonenden und zahnerhaltenden Behandlungsweise seit Jahren, wenn nicht gar Jahrzehnten verpflichtet (vgl. SG Marburg, Urt. v. 13.12.2006 - [S 12 KA 797/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 38). Allein aus dem auch in Relation zur Fallzahl geringeren Umfang von ZE-Leistungen kann nicht auf eine kompensatorische Ersparnis geschlossen werden. Extraktionen sind indikationsbezogen vorzunehmen unter Beachtung wirtschaftlicher Behandlungsgrundsätze. Soweit im Einzelfall die Beurteilung der Indikationslage umstritten sein kann, so wird dies im statistischen Kostenvergleich hinreichend durch den Toleranzbereich der sog. Streubreite und hier weiter der sog. Übergangszone bis zur Grenze zur offensichtlichen Unwirtschaftlichkeit erfasst. Für die Vielzahl der Fälle ist aber von einer zahnmedizinisch eindeutigen Indikationslage auszugehen, so dass der Behandlungsumfang an zahnmedizinischen Standards ausgerichtet werden kann.

Die Behandlung schwerer Fälle stellt keine Praxisbesonderheit dar, da sie im durchschnittlichen Gesamtfallwert bereits enthalten ist (vgl. SG Pl., Urt. v. 05.09.2007 - [S 2 KA 434/06](#) - [www.zahn-forum.de](#)).

Ermessensfehler hinsichtlich der Höhe des Berichtigungsbetrages sind nicht ersichtlich.

Bei der Festlegung der Höhe der Honorarkürzungen als Reaktion auf die festgestellte Unwirtschaftlichkeit steht den Prüfgremien regelmäßig ein Ermessensspielraum zu, der die Möglichkeit einer ganzen Bandbreite denkbarer vertretbarer Entscheidungen - vom gänzlichen Unterlassen einer Kürzung über die Zubilligung einer Toleranz im Bereich der Übergangszone bis hin zur Kürzung des gesamten unwirtschaftlichen Mehraufwandes eröffnet. Gemäß [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) ist eine derartige Ermessensentscheidung von den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit nur daraufhin zu überprüfen, ob die Behörde die gesetzlichen Grenzen des Ermessens eingehalten und vom Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat. Ein Gericht darf sein Kürzungsermessen dagegen nicht an die Stelle desjenigen der Prüfgremien setzen. Die Honorarkürzung muss in angemessener Weise mit dem festgestellten Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit korrespondieren (vgl. BSG, Urt. v. 21.05.2003 - [B 6 KA 32/02 R](#) - aaO., juris Rdnr. 33 f. m. w. N.).

Nach allem war der angefochtene Beschluss 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.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-11-21