

S 12 KA 419/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 419/13
Datum
27.11.2013
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 2/14
Datum
09.12.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die vom BSG aufgestellten Mindeststandards für die Durchführung einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung (vgl. BSG, Urt. v. 08.04.1992 - [6 RKa 27/90](#) - [BSGE 70, 246](#) = [NZS 1992, 113](#) = [NJW 1993, 1549](#) = USK 92154, juris Rn. 40) gelten auch für den zahnärztlichen Bereich.

2. Bei der Durchführung einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung ist der Vertrags(zahn)arzt durch Übersendung eines Prüfberichts zu den Einzelbeanstandungen anzuhören. Die Übersendung allein einer Auswahlliste mit den zu prüfenden Fällen reicht nicht aus.

Bemerkung

verb. mit [S 12 KA 429/13](#)

1. Unter Aufhebung der Beschlüsse des Beklagten vom 14.03.2013 wird der Beklagte verpflichtet, die Widersprüche der Klägerin bzgl. der Quartale IV/08 bis II/10 sowie den Widerspruch der Beigeladenen zu 2) bis 7) bzgl. der Quartale IV/09 bis II/10 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Die Klägerin hat 1/4 der Gerichtskosten zu tragen. Der Beklagte hat 3/4 der Gerichtskosten und der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Wesentlichen um eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in den sieben Quartalen IV/08 bis II/10 in Höhe von insgesamt 41.159,26 EUR aufgrund einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung und in einem Behandlungsfall im Bereich der systematischen Behandlungen von Parodontopathien.

Die klagende Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt besteht seit 01.01.1995 aus zwei zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Zahnärzten.

In den streitbefangenen Quartalen ergaben sich folgende Abrechnungswerte der Klägerin (in nachfolgender Tabelle abgekürzt als VZA) im Vergleich mit den Abrechnungswerten der hessischen Vertragszahnärzte (KZVH):

Quartal Fallzahl Punkte pro Fall Mehrkosten pro Fall in Punkten Mehrkosten in %

IV/08 VZA 541 95 15 19

VG 529 80

I/09 VZA 445 132 33 33

VG 432 99

II/09 VZA 457 113 21 23

VG 444 92

III/09 VZA 463 119 28 31

VG 432 91

IV/09 VZA 484 106 26 33

VG 543 80

I/10 VZA 463 128 29 29

VG 439 99

II/10 VZA 429 119 27 29
VG 452 92

Der Gemeinsame Ausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen wählte im Februar 2010 die Praxis der Klägerin bzgl. der Quartale IV/08 bis III/09 zur Prüfung aus. Daraufhin leitete die Gemeinsame Prüfungsstelle der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen für die streitbefangenen Quartale ein Prüfverfahren ein.

Die Prüfungsstelle lud die Klägerin unter Datum vom 23.08.2010 unter Beifügung einer Patientenliste mit Patientennamen und der Bitte, Aufzeichnungen für diese vorzulegen, zu einer Prüfsitzung am 29.09.2010 bzgl. der Quartale IV/08 bis III/09. Die Prüfungsstelle wies die Klägerin unter Datum vom 13.09.2010 darauf hin, dass Kopien der Kartei in fast allen Fällen fehlten und die wenigen eingereichten Kopien wegen fehlender Namensangaben nicht zuordenbar seien. Sie bat um Nachreichung bis zum 20.09.2010. Nicht dokumentierte Leistungen könnten als "nicht erbracht" eingestuft werden. An der Prüfsitzung nahm die Klägerin nicht teil.

Die Klägerin trug unter Datum vom 10.09.2010 vor, die 100-Fallstatistik sei nicht korrekt. Sie habe bereits früher bemängelt, dass die Begleitleistungen durch die genehmigten Z-Versorgungen nicht herausgerechnet werden würden. Dies führe zu einer Unbrauchbarkeit der Statistik. Da ihre Praxis deutlich mehr ZE-Versorgungen durchführe als der hessische Durchschnitt, seien die Begleitleistungen vorher herauszurechnen. Dies erkläre auch die Überschreitungen zwischen 20 und 30 %.

Die Prüfungsstelle setzte mit Bescheid vom 23.05.2011 bzgl. der Quartale IV/08 bis III/09 eine Honorarkorrektur in Höhe von 14.116,62 Euro fest. Hiervon entfiel auf eine sachlich-rechnerische Berichtigung in 12 Einzelfällen der Betrag von 209,87 Euro. Im Übrigen reduzierte sie die Punktmenge um 15.858 Punkte. Daraus folgte eine Honorarkürzung für das Quartal IV/08 in Höhe von 2.918,72 Euro, für das Quartal I/09 in Höhe von 4.526,19 Euro, für II/09 in Höhe von 4.071,41 Euro und für das Quartal III/09 in Höhe von 2.390,37 Euro. Zur Begründung führte sie aus, die Überprüfung unter Verwendung der von der Klägerin eingereichten Unterlagen sei insofern erschwert worden, als die Dokumentation in der Kartei bezogen auf mehrere Leistungsbereiche unzureichend gewesen sei. Bei einer fehlenden Dokumentation könne auf die Unwirtschaftlichkeit geschlossen werden. Sie habe in 11 Behandlungsfällen eine sachlich-rechnerische Berichtigung vorgenommen, weil die abgerechneten Röntgenaufnahmen nicht zur Überprüfung eingereicht worden seien. Insoweit fehle der Nachweis der abgerechneten Leistungen. Diese führte sie in einer Anlage 3 auf. Im Behandlungsfall G. W. sei anhand der eingereichten Röntgendokumentation festgestellt worden, dass die Voraussetzung zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 48 BEMA-Z (Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung) nicht erfüllt worden sei. Sie habe deshalb eine Leistung nach Nr. 48 in eine Leistung nach Nr. 47a BEMA-Z umgewandelt. Diese Behandlungsfälle führte sie in einer Anlage 3 auf. Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung habe sie eine repräsentative Einzelfallprüfung vorgenommen. Ein Vergleich mit den Abrechnungswerten der Vergleichsgruppe finde nicht statt, so dass es auf die Häufigkeit der ZE-Versorgung nicht ankomme. Es hätten sich Beanstandungen in verschiedenen Leistungsbereichen ergeben, so im Bereich eingehende Untersuchung/Erhebung PSI-Code (Nr. 01 und 04 BEMA-Z). In einer Reihe von Behandlungsfällen sei aufgefallen, dass die Befunde der abgerechneten Leistungen nach Nr. 01 BEMA-Z in der Karteidokumentation nicht aufgezeichnet worden seien. In weiteren Einzelfällen seien die Befunde zu den abgerechneten Leistungen nach Nr. 04 BEMA-Z (PSI) nicht dokumentiert worden. Sie führte quartalsbezogen die Behandlungsfälle namentlich auf und ebenso die Zahl der abgesetzten Leistungen einschließlich der Punktzahl. Im Bereich der Röntgentätigkeit setzte sie eine Leistung nach Nr. Ä925a ab, da der Einzelzahnfilm wegen technischer unzureichender Qualität nicht auswertbar sei. Da diese Aufnahme nicht nachgeröntgt worden sei, könne davon ausgegangen werden, dass sie für die Behandlung nicht notwendig gewesen sei. Die Zahl der "OPG"-Leistungen sei auf eine zu großzügige Anwendung bzw. Nichtbeachtung der Wirtschaftlichkeit zurückzuführen. In mehreren Fällen sei anhand der eingereichten Dokumentationen die Notwendigkeit einer röntgenologischen Untersuchung oder Berücksichtigung des Behandlungsablaufs nicht nachvollziehbar. Mit Blick auf die eingereichten Karteiblätter sei auffällig, dass in einigen Fällen die gemäß der Anforderungsliste sortierten Kopien die zusätzlichen Kopien derselben Patienten, die den Röntgenaufgaben beigelegt gewesen seien, variierten. In weiteren Fällen sei die angegebene Diagnose mit Blick auf den Behandlungsablauf nicht nachvollziehbar (z. B. "Knochenverlauf vor systematischer PA", Kartei enthält aber keine Anhaltspunkte über Vorbehandlung oder geplante PAR-Behandlung). Unter Nennung der Behandlungsfälle nahm sie quartalsbezogen Absetzungen der Leistungen nach Nr. Ä935d vor. In weiteren Fällen sei zwar die Notwendigkeit röntgenologischer Leistungen nachvollzogen worden, der diagnostische Zweck hätte durch den Einsatz kleinerer und somit wirtschaftlicherer Röntgeneinheiten (vier Einzelzahnfilme nach Nr. Ä925a BEMA-Z) erreicht werden können. Die Prüfungsstelle führte wiederum quartalsbezogen die einzelnen Behandlungsfälle auf und wandelte die Leistungen entsprechend um. Hinsichtlich der Vitalitätsprüfungen (Nr. 8 BEMA-Z) sei auffällig, dass zum Einen in der überwiegenden Zahl der betrachteten Fälle kein Ergebnis der Vitalitätsprüfung dokumentiert sei. Zum anderen seien in einer Vielzahl von Fällen Leistungen nach Nr. 8 BEMA-Z neben der Entfernung desselben Zahnes in derselben Sitzung in Ansatz gebracht worden. Unter wirtschaftlichen Aspekten sei anhand der Karteikarte eine Indikation für dieses Vorgehen nicht ersichtlich. Unter Angabe der Behandlungsfälle und der Anzahl der Leistungen gab sie tabellenartig eine Begründung für die jeweilige Absetzung an, dies quartalsbezogen. Bezüglich der Behandlung überempfindlicher Zähne (Nr. 10 BEMA-Z) führte die Prüfungsstelle aus, gem. den Abrechnungsbestimmungen sei zu beachten, dass Fluoridierungsmaßnahmen zum Zwecke der Schmelzhärtung nicht nach Nr. 10 abrechnungsfähig seien, da es sich um vorsorgliche Maßnahmen und nicht um therapeutische Maßnahmen zur Behandlung einer Überempfindlichkeit handele. Fluoridierungen im Rahmen der Prophylaxe könnten nach IP4 und dann nur für den vertraglich bestimmten Personenkreis (6 - 17-jährige) abgerechnet werden. Mit Blick auf den Behandlungsverlauf sei die Notwendigkeit von üZ vor dem Hintergrund einer wirtschaftlichen Behandlungsweise nicht immer ersichtlich gewesen. Im Fall C. sei die vom 27.08.2009 abgerechnete Leistung nach Nr. 10 BEMA-Z in der Kartei nicht dokumentiert gewesen. Sie führte im Einzelnen für die Behandlungsfälle quartalsbezogen die Absetzungen auf. In einer Vielzahl von Fällen sei anhand der Dokumentation im Hinblick auf den Behandlungsablauf die Notwendigkeit von Leistungen nach Nr. 12 BEMA-Z (bMF) nicht nachvollziehbar gewesen. Sie erläuterte auch hier im Einzelnen die Leistungssystematik und führte die Behandlungsfälle, in denen Absetzungen erfolgten, quartalsbezogen auf. Im Bereich des Wurzelbehandlungskomplexes nahm sie in zwei Behandlungsfällen Absetzungen vor, die sie im Einzelnen begründete. Im Bereich der Extraktionstätigkeit erläuterte sie die Systematik der verschiedenen Leistungen und wandelte in einem Behandlungsfall die Leistung X3 in eine Leistung X1 um. Ferner führte sie verschiedene Behandlungsfälle auf, in denen die Notwendigkeit diverser Einzelleistungen anhand der vorliegenden Dokumentation im Hinblick auf den Behandlungsablauf nicht nachvollziehbar gewesen sei. Die sich insgesamt ergebenden Beanstandungen rechnete sie quartalsbezogen hoch.

Hiergegen legte die Klägerin am 31.05.2011 Widerspruch ein. Zur Begründung führte sie aus, auch wenn eine repräsentative Einzelfallprüfung durchgeführt worden sei, sei Grundlage der Überprüfung im Auswahlgespräch der statistische Vergleich gewesen. Sie habe

bereits dargelegt, dass die 100-Fall-Statistik ungenau sei. Es treffe zu, dass die 01 Befunde gefehlt hätten. Dies habe daran gelegen, dass sie Befunde häufig direkt in das Computersystem einpflege. Aus diesem Grunde reiche sie sämtliche Befunde und den PSI-Code nach. Ferner reichte sie zu den Einzelfällen kurze Erklärungen und/oder Begründungen ein. Sie habe im Zeitraum IV/08 bis III/09 448 ZE-Fälle abgerechnet. In Hessen rechnet die Durchschnittspraxis im Jahr 1.500 KCH-Scheine und 260 ZE-Fälle jährlich ab. Damit liege sie 172 % über dem hessischen Durchschnitt.

Der Gemeinsame Ausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen wählte im November 2010 die Praxis der Klägerin bzgl. der Quartale IV/09 bis II/10 zur Prüfung aus. Daraufhin leitete die Gemeinsame Prüfungsstelle der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen für die streitbefangenen Quartale ein Prüfverfahren ein.

Die Prüfungsstelle lud die Klägerin unter Datum vom 11.01.2012 unter Beifügung einer Patientenliste mit Patientennamen und der Bitte, Aufzeichnungen für diese vorzulegen, zu einer Prüfsitzung am 14.03.2012 bzgl. der Quartale IV/09 bis II/10. An der Prüfsitzung nahm die Klägerin nicht teil.

Die Klägerin wies unter Datum vom 04.03.2012 erneut auf ihre vermehrten ZE-Fälle hin. Unter Datum vom 13.03.2013 reichte sie ferner eine Liste mit 16 exemplarischen Patientenfällen ein, die belegten, dass ein erhöhtes Aufkommen von umfangreichen ZE-Behandlungen mit entsprechenden Begleitleistungen für ihre Praxis kennzeichnend sei.

Die Prüfungsstelle nahm mit Bescheid vom 18.06.2012 für die Quartale IV/09 bis II/10 eine Honorarkorrektur in Höhe von insgesamt 20.076,36 Euro vor. Sie reduzierte die Gesamtpunktmenge um 22.119 Punkte. Daraus folgte eine Honorarkürzung in Höhe von 19.641,58 Euro. Ferner nahm sie im Bereich der systematischen Behandlung von Parodontopathien in einem Behandlungsfall eine Absetzung in Höhe von 434,78 Euro vor. Zur Begründung führte sie aus, sie habe eine repräsentative Einzelfallprüfung vorgenommen. Auf Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit der Behandlung von ZE Fällen komme es insoweit nicht an. Dem Bescheid fügte sie eine Liste mit den Einzelbeanstandungen bei. Die in der Liste gegebenen Begründungsbausteine führte sie textlich in der Begründung des Bescheids aus. Zur PAR-Behandlung wies sie auf eine fehlende Erläuterung über Vorbehandlung/Motivation/Mundhygieneaufklärung oder Eintragung über die Kontrolle der Mitwirkung des Patienten hin. Insofern könne hieraus keine ausreichende Vorbehandlung abgeleitet werden. Die Beanstandungen im KCH-Bereich rechnete sie auf die Gesamtzahl der Behandlungsfälle hoch. Im Einzelnen wird auf den Bescheid vom 18.06.2012 verwiesen.

Hiergegen legte die Klägerin am 19.06.2012 Widerspruch ein. Sie trug erneut vor, die 100-Fall-KZH-Statistik sei fehlerhaft. Sie habe die Leistungen penibel dokumentiert. Die Sitzung hätte auch verlegt werden müssen. Die Klägerin gab unter Datum vom 22.07.2012 Erläuterungen zu den beanstandeten Behandlungsfällen, worauf im Einzelnen verwiesen wird.

Die Verbände der Krankenkassen in Hessen legten am 19.07.2012 ebf. Widerspruch ein.

Für beide Widerspruchsverfahren lud der Beklagte unter Datum vom 23.01.2013 die Klägerin zu einer Prüfsitzung am 14.03.2013 unter Übersendung einer Patientenliste.

Die Klägerin bat unter Datum vom 27.01.2013 um Verlegung des Termins, da sie weder personell noch organisatorisch in der Lage sei, bis zum 15.02.2013 ca. 600 Akten zu sichten, zu kopieren und zu versenden, da zwei Prüfanträge zusammengefasst worden seien. Am kommenden Wochenende habe sie von Freitag bis Sonntag Notdienst und die Vorbereitung der Akten sei nur außerhalb der Sprechzeiten möglich. Am 14. und 15.03.2013 habe sie den Besuch der IDS langfristig eingeplant, da sie neue Investitionen plane (neue Stühle und 3D-Röntgen) und die Tochter von Herrn Dr. A1 beabsichtige, in die Praxis einzutreten.

Der Beklagte lehnte unter Datum vom 30.01.2013 eine Vertagung ab unter Hinweis auf die weitläufige Ladungsfrist, bewilligte aber eine Fristverlängerung bis zum 22.02.2013 zur Einreichung der Unterlagen. Im Hinblick auf den Besuch der IDS gehe sie davon aus, dass zumindest ein Mitglied der Klägerin den Termin wahrnehmen könne.

Die Klägerin wies unter Datum vom 30.01.2013 nochmals darauf hin, dass alle Mitglieder die IDS besuchen würden. Es fehle auch weiterhin die relevante ZE-Statistik. Ferner beantrage sie Akteneinsicht und eine Fristverlängerung von 8 Wochen, um ihre praxisindividuelle Stellungnahme verfassen zu können.

Der Beklagte wies unter Datum vom 05.02.2013 darauf hin, dass aussagefähige ZE Statistiken nicht zur Verfügung stünden, da ZE-Behandlungen in besonderen Fällen nicht über die KZV abgerechnet werden würden. Im Schreiben vom 11.02.2013 übersandte sie der Klägerin eine Schwerpunktkopie der Verwaltungsakte beider Verfahren.

Die Klägerin teilte unter Datum vom 03.03.2013 - Eingang bei dem Beklagten am 14.03.2013 - mit, sie übergebe in der Anlage die angeforderten Unterlagen sowie weitere 16 exemplarische Patientenfälle, die belegten, dass ein erhöhtes Aufkommen von umfangreichen ZE-Behandlungen entsprechend Begleitleistungen für die Praxis kennzeichnend sei. Sie entziehe sich nicht ihrer Mitwirkungspflicht, aber 656 Fälle chronologisch, fotokopiert mit Röntgenbildern in dieser kurzen Zeit zusammen zu stellen, sei ihr leider nicht früher möglich gewesen. Sie rügte auch nochmals das Fehlen einer korrekten 100-Fall-KZH-Statistik.

Der Beklagte lehnte bzgl. der Quartale IV/08 bis III/09 mit Beschluss vom 14.03.2013, ausgefertigt am 02.07.2013 und der Klägerin am 03.07.2013 zugestellt, den Antrag auf Verlegung ab und wies den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück. Ferner beschloss er, eine Meldung an den Vorstand der KZVH und an die Stelle gem. [§ 81a SGB V](#) mit der Bitte, weitere Untersuchungen/Ermittlungen anzustellen, zu machen. Zur Begründung führte er aus, die Unterlagen seien erst am Sitzungstag unmittelbar vor Beginn der Verhandlung, von Herrn Dr. A1 persönlich am Empfang der KZVH zur Weiterleitung an den Beschwerdeausschuss abgegeben worden. An der Verhandlung selbst hätten weder er noch Frau A2 teilgenommen. Gründe für eine Verlegung seien im Hinblick auf die frühzeitige Ladung nicht ersichtlich. Entsprechende Planungen hätten von der Klägerin noch vorgenommen werden können. Hinsichtlich eines Besuchs der IDS sei davon auszugehen, dass mindestens ein Mitglied der Klägerin den Termin hätte wahrnehmen können. Darüber hinaus sei mit der Überbringung der für die Sitzung angeforderten Unterlagen akzeptiert worden, dass der Beklagte auch in Abwesenheit verhandele und entscheide. Bei der

repräsentativen Einzelfallprüfung werde die Abrechnung der geprüften Praxis nicht mit den Abrechnungswerten der Vergleichsgruppe verglichen, so dass es auf vermeintliche Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von ZE Behandlungsfällen nicht ankomme. Zur Begründung von Vermeidung von Wiederholungen verweise er auf die zutreffenden Feststellungen der gemeinsamen Prüfungsstelle, welche vollumfänglich zu bestätigen seien und insofern vollinhaltlich zum Gegenstand des Widerspruchsbescheides gemacht werden würden. Auch er bewerte die Dokumentation der Leistungen insgesamt kritisch. Für seine Prüfung habe er anders als die Vorinstanz die gesamte von der KZVH erstellte versichertenbezogene Stichprobe in Höhe von 20 % zu Grunde gelegt. Vor allem hierbei habe der Umstand, dass den Berichterstattungen zur Vorbereitung lediglich die Behandlungsunterlagen des erstinstanzlichen Verfahrens – Kopien der Originalkartei – zur Verfügung gestanden hätten, eine besondere nachhaltige Bedeutung erlangt. Auf der Basis der verfahrensgegenständlichen Unterlagen, insbesondere unter Berücksichtigung des am Sitzungstag überbrachten Dokumentationsmaterials, stelle er weitere schwerwiegende Auffälligkeiten in Bezug auf die Dokumentation der Klägerin fest. So habe die Überprüfung ergeben, dass in identischen Behandlungsfällen Abweichungen bei den zur Vorinstanz übermittelten Karteikartenkopien gegenüber denen für das Beschwerdeverfahren zu Grunde gelegen hätten. Die speziell für das Beschwerdeverfahren eingereichten Karteikopien seien insgesamt vielfach um nachträgliche Aufzeichnungen wie z.B. die Angabe der behandelten Zähne, Befunde und Begründungen, verwendete Medikamente usw. ergänzt worden. Dies habe vor allem die abgerechneten Leistungen nach Nr. Ä1 (Ber), 8 (ViPr), 10 (ÜZ), 12 (bMf), 38 (N), 105 (Mu) und 106 (sK) BEMA-Z betroffen. Im röntgenologischen Bereich seien zahlreiche diagnostische Aussagen komplettiert bzw. Befunde gänzlich nachgetragen worden. Demgegenüber seien Karteikarteneinträge, die in den erstinstanzlich eingereichten Kopien dokumentiert worden sei, in den für den Beschwerdeausschuss zusammengestellten Unterlagen nicht mehr vorhanden. In den Behandlungsunterlagen der Erstinstanz seien häufig keine Befunde zu den abgerechneten Leistungen nach Nr. 01 (U) BEMA-Z dokumentiert worden. Demgegenüber hätten die ihm zur Verfügung gestellten Karteikopien jedoch die entsprechenden Angaben enthalten. In Anbetracht der gewonnenen Erkenntnisse habe er keine andere Möglichkeit gesehen als die erstinstanzliche Entscheidung in vollem Umfang zu bestätigen. Die von den Beanstandungen betroffenen Behandlungsfälle einschließlich der Begründungen sowie die Kürzungen seien der dem Bescheid der Gemeinsamen Prüfungsstelle als Anlage beigefügten Absetzungsliste mit der Bezeichnung "Absetzungen zum Bescheid AP 47/10 K" zu entnehmen. Gleiches gelte für den Bereich der sachlich-rechnerischen Berichtigungen.

Hiergegen hat die Klägerin am 23.07.2013 zum Az.: [S 12 KA 429/13](#) die Klage erhoben.

Mit weiterem Beschluss vom 14.03.2013, ausgefertigt am 02.07.2013 und der Klägerin am 03.07.2013 zugestellt, lehnte der Beklagte auch bzgl. der Quartale IV/09 bis II/10 den Antrag auf Verlegung ab und wies den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück. Dem Widerspruch der Verbände der Krankenkassen in Hessen gab er statt. Im Bereich der konservierend-chirurgischen Abrechnung reduzierte er die Gesamtpunktmenge um 29.969 Punkte, woraus eine Honorarkürzung in Höhe von 26.607,86 Euro folgte. Im Bereich der systematischen Behandlung von Parodontopathien erfolgte in einem Behandlungsfall eine Absetzung in Höhe von 434,78 Euro und hieraus ergab sich insgesamt eine Honorarkorrektur in Höhe von 27.042,64 Euro. Ferner machte er eine Meldung an den Vorstand der KZVH und an die Stelle gem. [§ 81a SGB V](#). Hinsichtlich der Ablehnung der Terminverlegung verwies er auf seine Ausführungen bzgl. der Vorquartale. Im Übrigen machte er weitgehend gleiche Ausführungen bzw. verwies auf die Begründung bzgl. der Vorquartale. Ergänzend führte er aus, es habe sich weiter herauskristallisiert, dass auch hinsichtlich der abgerechneten Leistungen nach Nrn. IP2 und IP4 BEMA-Z in den Karteikopien durchgängig lediglich die Abrechnungskürzel angegeben worden seien. Weitere Eintragungen über die Behandlungsart, den Behandlungsumfang etc. hätten nicht vorgelegen. Im Behandlungsfall X. seien, abgesehen von den genannten Dokumentationsmängeln bzgl. der Leistungen nach Nr. IP2 und IP4 BEMA-Z, beide Leistungen am 11.01.2010 sowohl über den konservierend-chirurgischen Sektor wie auch über den kieferorthopädischen Bereich abgerechnet worden. Weiterhin sei am selben Tag eine nicht in den Unterlagen dokumentierte Leistung nach Nr. Ä1 (Ber) (über KCH-Bereich) zusammen mit einer eingehenden Untersuchung nach Nr. 01 (U) (über KFO-Bereich) zur Abrechnung gelangt. Dem Bescheid fügte er u. a. eine Absetzungsliste bei, die weitere Behandlungsfälle mit Absetzungen im Vergleich mit der Liste der Gemeinsamen Prüfungsstelle enthält.

Hiergegen hat die Klägerin am 23.07.2013 zum Az.: [S 12 KA 419/13](#) die Klage erhoben.

Zur Begründung ihrer Klagen trägt die Klägerin vor, die Beschlüsse seien formell rechtswidrig, da ihr kein ausreichendes rechtliches Gehör gewährt worden sei. Die Entscheidungen seien auch nicht fristgerecht ergangen. Der Beklagte hätte dem Antrag auf Vertagung stattgeben müssen. In Abwesenheit der Klägerin hätte eine Entscheidung nicht ergehen dürfen. Der Beklagte hätte seine Untersuchungs- und Prüfungsergebnisse aus der Sitzung vom 14.03.2013 protokollierend zusammenfassen müssen und der Klägerin vor Erlass des Widerspruchsbescheides bekanntgeben müssen, um ihr Gelegenheit zur einer abschließenden Stellungnahme zu geben. Nach § 5 Ziff. 6 der Prüfvereinbarung können Prüfanträge bis zum Ablauf des vierten Kalendermonats nach Übersendung sowohl der Quartalsabrechnungen als auch der Statistiken schriftlich gestellt werden. Die Prüfantragsfristen nach § 5 der Prüfvereinbarung sei nicht eingehalten worden. Soweit die Prüfantragsfrist für das Quartal III/09 eingehalten worden sein sollte, rüge sie, dass die Ausdehnung auf die zurückliegenden Quartale erfolgt sei. Auch für diese Quartale gelte die Antragsfrist. Es sei ihr nicht bekannt, ob die beisitzenden Vertreter der Zahnärzte in Besitz einer aktuellen vertragszahnärztlichen Zulassung seien. Insofern bestünden Zweifel an der ordnungsgemäßen Besetzung des Beschwerdeausschusses. Die Bescheide litten unter erheblichen Begründungsmängeln. Die grundsätzliche bestehende Untersuchungspflicht des Ausschusses sei rechtsfehlerhaft angewandt worden. Es sei auch gegen den Grundsatz einer "Beratung vor Kürzung" verstoßen worden. Nach der Prüfvereinbarung erfolge die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Basis eines für alle beteiligten Parteien fairen Verfahrens. Dabei sollen gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen in der Regel voran gehen. Es fehle an einem fairen Verfahren, da dem Vertagungsantrag rechtsgrundlos nicht stattgegeben, dem Wunsch auf Akteneinsicht nur unvollständig nachgekommen worden sei und es an der Beratung fehle. In den Vorjahren habe es keinerlei maßgebliche Prüfbescheide gegeben, so dass dem Beratungsgrundsatz eine besondere Bedeutung zukomme. Es fehle auch an einer Bekanntgabe der ZE-Statistiken. Soweit der Beklagte die Leistungen nicht habe nachvollziehen können, hätte er eine Stellungnahme bei ihr einholen müssen. Hinsichtlich der Quartale IV/08 bis III/09 fielen hinsichtlich des endodontischen Behandlungskomplexes erhebliche Begründungsmängel auf. Konkrete Begründungen für die Kürzungsmaßnahme liefere der Beklagte nicht. Im Fall AX. leite er allein aus dem Umstand, dass verlangte Röntgenaufnahmen nicht vorgelegt worden seien, das Recht zu Kürzungen her. Nichts anderes gelte im Kürzungskomplex "Extraktionstätigkeit". Ohne konkrete Bezugnahme auf die einzelnen Behandlungsfälle würden Leistungspositionen in den anderen Leistungspositionen umgewandelt werden. Aus dem Beschluss gehe nicht hervor, dass 20% der abgerechneten Behandlungsfälle der Prüfung unterzogen worden seien. Ferner sei nicht ersichtlich, warum gleiche Verhältnisse in den übrigen Quartalen geherrscht haben sollten. Die Feststellungen des Beklagten ergäben deutlich, dass es in den geprüften Quartalen zu höchst unterschiedlichen Abrechnungsbildern gekommen sei. Der Beklagte habe auch die Prüfmethodik gewechselt. Der Beklagte weise ausdrücklich darauf hin, dass er anderes als die Vorinstanz eine Stichprobe in Höhe von 20 % zu Grunde gelegt habe. Dies sei rechtswidrig.

Hinsichtlich der Quartale IV/09 bis II/10 wolle der Beklagte eine repräsentative Einzelfallprüfung vorgenommen haben. Er hätte demgemäß die überprüften Behandlungsfälle darstellen, dokumentieren und die Begründungen der Kürzungsmaßnahmen nachvollziehbar darlegen müssen. Daran fehle es. Der Verweis auf Feststellung aus den Vorquartalen gehe völlig fehl, da die Wirtschaftlichkeitsprüfung quartalsbezogen erfolge und generell nicht fallbezogen. Konkrete Kürzungspositionen und Behandlungsfälle würden nicht genannt werden, so dass die vorgenommene "repräsentative Einzelfallprüfung" nicht nachvollzogen werden könne.

Die Klägerin beantragt,
die Beschlüsse vom 14.03.2013 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, den Kläger über seine Widersprüche und die Landesverbände der Krankenkassen über ihren Widerspruch bzgl. der Quartale IV/09 bis II/10 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 2) bis 6) beantragen,
die Klagen abzuweisen.

Der Beklagte sieht das rechtliche Gehör bereits durch die rechtzeitige Ladung als gewährt an. In der übersandten Schwerpunktkopie hätten lediglich die klägerischen Schriftsätze gefehlt. Die mündliche Verhandlung vor ihm sei abschließend, weshalb das Protokoll vor einer Entscheidung nicht versandt werde. Ein Prüfantrag sei nicht erforderlich. Die Festsetzung einer Beratung vor einem Regress sei nicht zwingend. Bei einer Einzelfallprüfung müssten Statistiken nicht herangezogen werden. Aufgrund der unzureichenden Dokumentation fehle es am Nachweis der Wirtschaftlichkeit. Seine Untersuchungsergebnisse müssten nicht zuvor zur Stellungnahme übersandt werden. Die Grundlagen der Hochrechnung habe bereits die Prüfungsstelle dargelegt. Ein Methodenwechsel liege nicht vor, lediglich die Basis und der Umfang der Prüfung sei erweitert worden.

Die Beigeladenen haben sich zu den Verfahren schriftsätzlich nicht geäußert. Die Beigeladenen zu 1) und 7) haben keinen Antrag gestellt. Die Kammer hat mit Beschlüssen vom 24.07.2013 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakten, 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 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 in Abwesenheit eines Vertreters der Beigeladenen zu 1) und des Beigeladenen zu 7) tun, weil diese in der Ladung ordnungsgemäß auf diese Möglichkeit hingewiesen wurden.

Die Klagen sind zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Gegenstand des Verfahrens ist jeweils nur der Bescheid des Beklagten, nicht auch der der Prüfungsstelle. In Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung beschränkt sich die gerichtliche Kontrolle auf die das Verwaltungsverfahren abschließende Entscheidung des Beschwerdeausschusses. Dieser wird mit seiner Anrufung für das weitere Prüfverfahren ausschließlich und endgültig zuständig. Sein Bescheid ersetzt den ursprünglichen Verwaltungsakt des Prüfungsausschusses, der abweichend von [§ 95 SGG](#) im Fall der Klageerhebung nicht Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird. Eine dennoch gegen diesen Bescheid erhobene Klage ist unzulässig (vgl. BSG, Urtr. v. 19.06.1996 - [6 RKA 40/95](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 35](#) = [NZS 1997, 135](#) = USK 96134, zitiert nach juris Rdnr. 12; BSG, Urtr. v. 28.06.2000 - [B 6 KA 36/98 R](#) - USK 2000-165, juris Rdnr. 14).

Die Klagen sind auch begründet. Die beiden angefochtenen Beschlüsse vom 14.03.2013 sind rechtswidrig. Sie waren daher aufzuheben. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Neubescheidung ihrer beiden Widersprüche und des Widerspruchs der Beigeladenen zu 2) bis 7) bzgl. der Quartale IV/09 bis II/10 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

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, in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes vom 14.11.2003 ([BGBl. I, 2190](#)) bzw. v. 26.03.2007 ([BGBl. I 378](#)) ([§ 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-Wettbewerbsstärkungsgesetzes – GKV-WSG) v. 26.03.2007, [BGBl. I 378](#). 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](#)).

Für die Quartale ab I/08 gilt die Prüfvereinbarung vom 26.06.2008. Danach werden Prüfverfahren auf der Grundlage von Zufälligkeits- und

Auffälligkeitskriterien eingeleitet. Bewilligte oder genehmigte Leistungen können keiner nachträglichen Prüfung auf Wirtschaftlichkeit unterzogen werden, es sei denn, es liegt ein Richtlinienverstoß vor (§ 5 Abs. 1 PV 2008). Der Auffälligkeitsprüfung ist ein Zeitraum von einem Quartal zugrunde zu legen. Die KZV Hessen und die Krankenkassen überprüfen in einem gemeinsamen Ausschuss alsbald nach Vorliegen der statistischen Unterlagen gemeinsam in einem Auswahlgespräch die Abrechnungen der Vertragszahnärzte und bestimmen hieraus die Vertragszahnärzte, die beraten, auf Abrechnungsabweichungen hingewiesen oder individuell überprüft werden sollen (§ 5 Abs. 3 PV 2008). Nach der Vereinbarung über die Errichtung der Prüfungsstelle gemäß [§ 106 SGB V](#) vom 16.06.2008 mit Wirkung zum 01.01.2008 (im Folgenden: EV) wird zur Einleitung weiterer Prüfverfahren nach Auffälligkeitskriterien ein gemeinsamer Ausschuss der Vertragspartner gebildet (§ 4 Abs. 1 S. 1 EV). Der gemeinsame Ausschuss entscheidet über die Einleitung bzw. die Nicht-Einleitung von Prüfverfahren mehrheitlich (§ 4 Abs. 1 S. 4 EV). Die Einleitung des Prüfverfahrens ist grundsätzlich auf den Zeitraum eines Quartals beschränkt. In begründeten Ausnahmefällen ist die Ausdehnung auf maximal vier Quartale zulässig (§ 4 Abs. 1 S. 6 und 7 EV).

Ein Verstoß gegen Prüf- bzw. Antragsfristen ist nicht ersichtlich.

Für die Quartale IV/09 bis II/10 erfolgte jeweils eine quartalsbezogene Auswahl. Der Gemeinsame Ausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 09.02.2010 den Prüfauftrag für das Quartal III/09 mit der Erweiterung auf die Quartale IV/08 bis II/09 an die Prüfungsstelle übergeben. Der Gemeinsame Ausschuss hat insofern von seiner Befugnis nach § 4 Abs. 1 S. 7 EV Gebrauch gemacht, den Prüfzeitraum auf vier Quartale auszudehnen.

§ 5 PV unterscheidet zwischen Zufälligkeitsprüfung (Abs. 2) und Auffälligkeitsprüfung (Abs. 3). Die Zufälligkeitsprüfung erfolgt aufgrund der von der KZV zu ziehenden Stichprobe. Für die Einleitung der Auffälligkeitsprüfung ist die Auswahl im gemeinsamen Ausschuss erforderlich. Durch Übersendung der Aufstellung der in der Zufälligkeits- und Auffälligkeitsprüfung ermittelten Vertragsärzte an die Prüfungsstelle wird das Prüfverfahren eingeleitet (§ 5 Abs. 4 S. 1 PV). Fristen hierfür nennt die PV nicht, weder für die Auswahl durch den gemeinsamen Ausschuss noch für die Übersendung der Aufstellung. Verlangt wird lediglich, dass der betroffene Vertragszahnarzt, die Krankenkassen sowie die KZV Hessen über die Einleitung des Prüfverfahrens informiert werden (§ 5 Abs. 4 S. 2 PV). Darüber hinaus besteht ein Antragsrecht der KZV Hessen, einer Krankenkasse oder ihres Verbands bezogen auf einzelne Behandlungsfälle, zahnärztlich verordnete/veranlasste Leistungen, sonstige Schäden und als Folge einer Überprüfung nach [§ 106a SGB V](#) (§ 5 Abs. 5 S. 1 PV) und auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit i. S. von [§ 106 Abs. 3 S. 3](#) 1. Alternative SGB V und als Folge einer Überprüfung nach [§ 106a SGB V](#) (§ 5 Abs. 6 S. 1 PV). § 5 Abs. 6 S. 1 PV nennt nicht ausdrücklich die Antragsbefugten, bezieht sich insofern aber offensichtlich auf die in Abs. 5 Genannten. Die PV unterscheidet damit zwischen dem "regulären", von Amts wegen, d. h. aufgrund der Stichprobe und der Auswahl des gemeinsamen Ausschusses durchzuführenden Prüfverfahren, und dem besonderen, auf Antrag der in Abs. 5 genannten Antragsbefugten. Nur für das Antragsverfahren nach § 5 Abs. 6 S. 1 PV wird eine Frist aufgestellt. Anträge nach § 5 Abs. 6 S. 1 PV können nur bis zum Ablauf des 4. Kalendermonats nach Übersendung sowohl der Quartalsrechnungen als auch der Statistiken schriftlich gestellt werden.

Bereits aus der PV folgt daher, dass Fristen für die Einleitung einer Auffälligkeitsprüfung durch den gemeinsamen Ausschuss nicht bestehen. Von daher kann die Frage dahinstehen, ob solche Fristen, die [§ 106 SGB V](#) nicht vorsieht, zulässig wären und ob ein Vertragszahnarzt sich auf die Einhaltung einer solchen Frist berufen könnte (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 27.06.2001 - [B 6 KA 66/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 53](#) = Breith 2002, 102 = [NZS 2002, 330](#) = USK 2001-181, juris Rdnr. 20 ff.; Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Loseblattausgabe, § 106, Rdnr. 438 ff.).

Die Beschlüsse sind in formeller Hinsicht zu beanstanden.

Hinsichtlich der Quartale IV/09 bis II/10 liegt eine Verletzung rechtlichen Gehörs durch den Beklagten vor.

Der geprüfte Zahnarzt ist zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzuhören ([§ 24 Abs. 1 SGB X](#)). Hierzu gehören im Rahmen einer Einzelfallprüfung die von dem Beklagten angenommenen Diagnosen und Bewertungen der Behandlungsverläufe. Generell ist es daher im Rahmen einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung geboten, dass ein Prüfbericht erstellt wird, der dem Vertragszahnarzt zur Stellungnahme vorab übersandt wird, soweit jedenfalls nicht schon im Bescheid der Prüfungsstelle die konkreten Beanstandungen fallbezogen genannt werden. In folgenden Behandlungsfällen erfolgten erstmals Absetzungen durch den Beklagten (angegeben werden die vom Beklagten verwandten Nr.):

Quartal IV/09: Nr. 13, 20, 31, 51;

Quartal I/10: Nr. 74, 87, 89, 92, 98, 100, 101, 102, 103, 110, 118, 126; wesentlich umfangreicher ist die Absetzung im Fall Nr. 82;

Quartal II/10: Nr. 147, 151, 176.

Der Kammer ist ein Nachweis nicht ersichtlich, dass der Beklagte die Klägerin hierzu angehört hätte. Ein Hinweis auf die in der Ladung genannten Behandlungsfälle reicht für eine Anhörung nicht aus, da in der Ladung die potentiellen Beanstandungen nicht genannt werden. Auch ist der Umfang der beanstandeten Fälle im Regelfall wesentlich geringer als der Umfang der ausgewählten Fälle. Angesichts Größenordnungen von mehreren hundert Behandlungsfällen, die beanstandet werden können, kann der Vertragszahnarzt eine gezielte Stellungnahme ohne Kenntnis der potentiellen Einzelbeanstandung nicht abgeben. Von daher ist die vorherige Kenntnisnahme, die bereits vor Erlass des Prüfbescheids der Prüfungsstelle erfolgen sollte, auch unter dem Gesichtspunkt eines fairen Verfahrens erforderlich. Im Übrigen gebietet es der Umfang der Prüfung, dass die Prüfungsgremien vor der Prüfsitzung einen Prüfbericht durch den Prüfarzt erstellen lassen, was auch gängige Praxis im Bereich des Beklagten ist. Von daher ist es verwaltungstechnisch ohne weiteres möglich, dem Vertragszahnarzt den Prüfbericht geraume Zeit vor der Prüfsitzung zu übersenden. Angesichts der bisherigen üblichen Verfahrensdauer bei den Prüfungsgremien führt die vorherige Übersendung des Prüfberichts nicht zu wesentlichen Verzögerungen. Dabei versteht es sich von selbst, dass der Prüfbericht noch nicht das Ergebnis der Prüfung durch die Prüfungsgremien darstellt, sondern lediglich eine Entscheidungsgrundlage, von der die Prüfungsgremien abweichen können. Diese Funktion des Prüfberichts steht einer Anhörung nicht entgegen. So haben auch die Beigeladenen zu 2) bis 7) z. B. für den ärztlichen Bereich mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen seit Jahren eine entsprechende Regelung vereinbart. In der aktuellen, ab 01.01.2008 geltenden Prüfvereinbarung wird bestimmt, dass das Ergebnis der Vorprüfung schriftlich niederzulegen und dem Beschwerdeausschuss zur Vorbereitung so rechtzeitig zuzuleiten ist, dass den Verfahrensbeteiligten die Möglichkeit zur Stellungnahme noch vor der Sitzung eröffnet wird (§ 17 Abs. 5 S. 1 Prüfvereinbarung KV Hessen).

Eine Verletzung rechtlichen Gehörs wegen der Ablehnung des Antrags auf Verlegung des Termins zur mündlichen Verhandlung vor dem

Beklagten liegt nicht vor. Die Klägerin hat in ihrem Verlegungsantrag bereits nicht dargelegt, weshalb sie nicht nach Beendigung der Prüfsitzung oder an einem anderen Tag die von ihr genannte Fachmesse aufsuchen könnte und weshalb die Teilnahme aller ihrer Mitglieder an der Prüfsitzung erforderlich sei.

Die Beschlüsse des Beklagten sind bzgl. aller Quartale unzureichend begründet ([§ 35 Abs. 1 SGB X](#)).

Die Klägerin hat bzgl. der ihr bekannten, bereits von der Prüfungsstelle vorgenommenen Einzelbeanstandungen Stellung genommen. Hiermit setzt sich der Beklagte in den angefochtenen Beschlüssen nicht auseinander. Der Vortrag der Klägerin ist auch nicht von vornherein ungeeignet, die Beanstandung zu widerlegen. Dies wird auch von dem Beklagten weder in den angefochtenen Beschlüssen noch im Klageverfahren behauptet. Von daher war es geboten, sich in den angefochtenen Beschlüssen mit dem klägerischen Vorbringen zu den Einzelfällen auseinanderzusetzen.

Soweit bzgl. der Quartale IV/08 bis III/09 verschiedene Behandlungsfälle aufgeführt werden, in denen die Notwendigkeit diverser Einzelleistungen anhand der vorliegenden Dokumentation im Hinblick auf den Behandlungsablauf nicht nachvollziehbar sei (Seite 15 f. und Anlage 3 des Bescheids der Prüfungsstelle, dem der Beklagte hier folgt), sind diese Fälle wohl in die Hochrechnung einbezogen worden. Diesbezüglich wird nicht dargestellt, dass es sich um eine strukturelle (unwirtschaftliche) Behandlungsweise handelt. Von daher fehlt es an einer Begründung für eine Hochrechnung.

Soweit im angefochtenen Beschluss für die Quartale IV/08 bis III/09 der Beklagte unter Berücksichtigung des am Sitzungstag überbrachten Dokumentationsmaterials weitere schwerwiegende Auffälligkeiten in Bezug auf die Dokumentation der Klägerin feststellt, fehlt es an einer Benennung der Behandlungsfälle. Dies ist jedenfalls dann erforderlich, soweit der Beklagte hierauf Feststellungen zur Unwirtschaftlichkeit oder im Rahmen seiner Randzuständigkeit Feststellungen zur sachlich-rechnerischen Berichtigung trifft.

Gleiches gilt für die Folgequartale, soweit der Beklagte auf Abweichungen in den ihm übergebenen Karteikopien im Vergleich mit den zuvor eingereichten Unterlagen hinweist und ferner anführt, die für das Beschwerdeverfahren eingereichten Karteikopien seien insgesamt vielfach um nachträgliche Aufzeichnungen, bspw. Angaben über die behandelten Zähne sowie Begründungen usw. ergänzt worden. Der Bescheidbegründung kann ferner nicht entnommen werden, ob der Beklagte eine Nachreichung von solchen Angaben grundsätzlich ausschließt oder die nachgereichten Angaben als unwahr ansieht.

Auch im zivilrechtlichen Streit um die Berechtigung des Honorars für eine (zahn-)ärztliche Leistung obliegt Darlegung und Nachweis der medizinischen Notwendigkeit (§ 1 Abs. 2 GOZ) grundsätzlich zunächst dem Arzt. Hierfür genügt aber regelmäßig, dass diese sich aus der nach fachmedizinischem Standard geführten Dokumentation hinreichend ergibt (vgl. OLG Köln, Beschl. v. 23.07.2012 - [5 U 66/12](#) - juris Rdnr. 2). Grundsätzlich können Unterlagen innerhalb des Wirtschaftlichkeitsprüfverfahrens im Verfahren vor dem Beklagten noch nachgereicht werden. Bloße Auflistungen zu Behandlungsdaten sowie kurze Behandlungsvermerke reichen für eine Behandlungsdokumentation nicht aus. Lediglich im Gerichtsverfahren kann eine Dokumentation nicht mehr nachgereicht werden (vgl. LSG Hessen, Urte. v. 20.03.2013 - [L 4 KA 37/11](#) - unter Hinweis auf LSG Hessen, Urte. v. 07.07.2010 - [L 4 KA 99/09](#) - juris Rn. 37).

Formeller Maßstab für eine ausreichende Dokumentation ist der Verständnishorizont eines fachkundigen Dritten (namentlich Ärzte als Mit- oder Weiterbehandler, Mitglieder der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse in der vertragsärztlichen Versorgung). Spätere Erläuterungen oder Zusammenfassungen, um die Nachvollziehbarkeit der Dokumentation in der Patientenakte für die fachkundigen Prüfungsgremien zu erleichtern, können zwar auch noch nachträglich angefertigt und im Prüfungsverfahren vorgelegt werden. Sie können die zeitnahe und vollständige Dokumentation der für die Anerkennung einer Einzelfallindikation ausschlaggebenden Gründe jedoch nicht ersetzen (vgl. SG Dresden, Urte. v. 27.02.2013 - [S 18 KA 141/11](#) - juris Rdnr. 52, Revision anhängig - [B 6 KA 25/13 R](#) -). Eine fehlende Dokumentationspflicht kann einen Nachweis nicht ersetzen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urte. v. 01.08.2012 - [L 7 KA 73/09](#) - juris Rdnr. 36). Grundsätzlich muss eine Patientenaufklärung, schon aus Nachweisgründen, ausführlich schriftlich dokumentiert werden. Es sind aber auch Fälle - zweifelsfrei nur in ganz besonders gelagerten Fällen in Betracht kommenden Ausnahmesituationen - denkbar, in denen das Gericht sich auf andere Weise davon überzeugen kann, dass eine umfassende Aufklärung des Patienten erfolgt ist und dieser in Kenntnis dieser Aufklärung in die riskante Behandlung eingewilligt hat (vgl. BSG, Beschl. v. 19.10.2011 - [B 6 KA 60/11 B](#) - juris Rdnr. 12 unter Hinweis auf BSG, Urte. v. 05.05.2010 - [B 6 KA 6/09 R](#) - [BSGE 106, 110](#) = SozR 4-2500 § 106 Nr. 27).

Haftungsrechtlich dient die Dokumentation nach wie vor der Behandlung und nicht der Beweissicherung. Voraussetzung für Beweiserleichterungen durch Dokumentationsversäumnisse ist deshalb stets, dass eine Dokumentation aus medizinischer Sicht geboten ist (OLG München., Urte. v. 19.09.2013 - [1 U 2071/12](#) - juris Rdnr. 27 unter Hinweis auf BGH v. 03.02.1987 - [VI ZR 56/86](#) -; BGH v. 06.07.1999 [VI ZR 290/98](#) -). Eine Dokumentation dient nicht der Vorbereitung von Arzthaftungsprozessen, sondern es sind diejenigen Ergebnisse und Erkenntnisse zu dokumentieren, die für einen Nachbehandler von Bedeutung sein können (vgl. OLG München., Urte. v. 24.01.2013 - [1 U 2819/12](#) - juris Rdnr. 71). Eine Dokumentation ist unzureichend, wenn sie ohne Erläuterungen des Arztes aus sich heraus für einen anderen Arzt - hier den Gutachter - nicht verständlich ist (VG Berlin, Urte. v. 23.05.2012 [90 K 1.10 T](#) - juris Rdnr. 41). Eine ärztliche Dokumentation indiziert in der Regel, dass darin genannte Behandlungsmaßnahmen durchgeführt wurden bzw. unterblieben sind, wenn entsprechend dokumentationspflichtige Tatsachen nicht erwähnt werden. Diese Indizwirkung gilt nur dann, wenn die Dokumentation zeitnah erstellt worden ist. Soll zusätzlich eine zweite Dokumentation (hier OP-Bericht) erstellt worden sein, hat der Arzt darzulegen und zu beweisen, wann welche Dokumentation erstellt worden ist (vgl. KG Berlin, Urte. v. 10.01.2013 - [20 U 225/10](#) - [GesR 2013, 608](#), juris Rdnr. 7 f.). Einer formell und materiell ordnungsgemäßen Dokumentation kann bis zum Beweis des Gegenteils Glauben geschenkt werden. Um die Vollständigkeit der Dokumentation zu erschüttern, müssen konkret erkennbare Anhaltspunkte vorliegen, z. B. das Vorliegen nachträglicher Änderungen oder eine Fertigung erst mit langem zeitlichem Abstand. Der Beweiswert einer ärztlichen Behandlungsdokumentation wird nicht dadurch gemindert, dass ein EDV-Programm verwendet wird, das nicht gegen nachträgliche Veränderbarkeit gesichert ist, wenn der Arzt plausibel darlegen kann, dass seine Eintragung richtig ist und sie aus medizinischen Gründen schlüssig erscheint (vgl. OLG Naumburg, Urte. v. 26.01.2012 [1 U 45/11](#) - [GesR 2012, 762](#), juris Rdnr. 19; OLG Hamm Urte. v. 26.01.2005 - [3 U 161/04](#) - [VersR 2006, 842](#), juris Rdnr. 16). Um die Annahme der Vollständigkeit der Dokumentation zu erschüttern, müssen konkret erkennbare Anhaltspunkte vorliegen, z.B. nachträgliche Änderungen am Operationsbericht oder dass er erst mit langem zeitlichen Abstand zur Operation verfasst worden ist (hier verneint für 1 Monat) (vgl. OLG Naumburg, Urte. v. 15.11.2011 - [1 U 31/11](#) - [GesR 2012, 310](#), juris Rdnr. 19). Die Ergebnisse der Anamnese und Befundung sind dokumentationspflichtig (vgl. OLG Hamm, Urteil v. 09.11.2012 - [26 U 142/09](#) - juris Rdnr. 53).

Der Beklagte hat daher im Einzelfall darzulegen, weshalb er nachgereichten Unterlagen u. U. einen Beweiswert abspricht bzw. diese nicht zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit geeignet sind.

Entgegen der Ansicht der Klägerin ist eine Pflicht zur Übersendung der Sitzungsniederschrift vor Erlass einer Entscheidung durch den Beklagten nicht ersichtlich. Die Sitzungsniederschrift kann grundsätzlich erst nach einer Entscheidung des Beklagten vollständig erstellt werden. Selbst wenn eine Übersendung nicht erfolgen oder die Sitzungsniederschrift unzureichend sein sollte, folgt hieraus keine Rechtswidrigkeit des Prüfbescheids.

Eine fehlerhafte Besetzung des Beklagten ist nicht ersichtlich. Insofern hat der Beklagte im Klageverfahren nochmals die ordnungsgemäße Besetzung dargelegt. Insofern fehlt es an einem substantiierten Bestreiten der ordnungsgemäßen Besetzung des Beklagten seitens der Klägerin.

Die Beschlüsse sind in materiell-rechtlicher Hinsicht zu beanstanden.

Mit Ausnahme des Quartals IV/08 hat der Beklagte nicht die erforderliche Mindestzahl von 100 Behandlungsfällen als Grundlage der von ihm gewählten Prüfmethode eingehalten.

Die repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung setzt voraus, dass, um eine mathematisch-statistisch verwertbare Aussage über die gleichgelagerte Verhaltensweise des Arztes zu erhalten, es sachgerecht und daher geboten ist, pro Quartal und Kassenbereich einen prozentualen Anteil von mindestens 20% der abgerechneten Fälle, der jedoch zugleich mindestens 100 Behandlungsfälle umfassen muss, zu überprüfen. Es muss dabei sichergestellt sein, dass die so zu prüfenden Einzelfälle nach generellen Kriterien ermittelt werden (vgl. BSG, Ur. v. 08.04.1992 - [6 RKa 27/90](#) - [BSGE 70, 246](#) = [NZS 1992, 113](#) = [NJW 1993, 1549](#) = USK 92154, juris Rn. 40).

Grundlage ist nach dem angefochtenen Beschluss die von der Beigeladenen zu 1) nach dem Zufallsprinzip gezogene und 20 % der Behandlungsfälle umfassende Stichprobe. Für die Quartale I/09 bis II/10 liegt die Fallzahl der Klägerin unter 500 Behandlungsfällen, so dass die Stichprobe von 20 % der Behandlungsfälle unter der Mindestgröße von 100 Behandlungsfällen liegt. Weshalb im Hinblick auf die Homogenität des zahnärztlichen Leistungsspektrums die Prozent-Anforderungen an eine repräsentative Grundlage reduziert werden könnten, erschließt sich der Kammer nicht. Insofern hält die Kammer die Anforderungen des Bundessozialgerichts für zwingend. Es handelt sich um verfahrensrechtliche Mindeststandards, die nicht unterschritten werden können und gleichermaßen für den zahnärztlichen Bereich gelten. Soweit seitens der Verwaltungen in der mündlichen Verhandlung auf den Umfang der zu prüfenden Fälle hingewiesen wurde, so ist dies Folge der gewählten Prüfmethode.

Soweit man LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 30.06.1993 - [S 1a Ka 214/92](#) - [Breith 1995, 189](#) = juris (nur Leitsatz) folgt, das die vom BSG für die repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung und Sicherheitsabschlag aufgestellte Formel wegen Besonderheiten nicht auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung zahnärztlicher Abrechnungen für übertragbar hält, da bei zahnärztlichen Abrechnungen der Wahrscheinlichkeitsgrad durch die Überprüfung der Behandlungsausweise und der Karteikarten zu einer richtigen Beurteilung der Wirtschaftlichkeit zu gelangen, ungleich höher als bei ärztlichen Abrechnungen ist und daher für eine repräsentative Einzelfallprüfung es bei Zahnärzten ausreichen lässt, wenn 25 % der Behandlungsfälle eines Vertragszahnarztes nach allgemeinen Kriterien ausgewählt und überprüft werden, so liegen diese Voraussetzungen nicht vor. Auch werden die Mindestzahl und der Sicherheitsabschlag für unverzichtbar angesehen (vgl. Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Loseblattausgabe, § 106, Rdnr. 144). Im Übrigen wurde die Entscheidung wegen der Nachrangigkeit der Methode der eingeschränkten Einzelfallprüfung aufgehoben (BSG, Ur. v. 15.11.1995 [6 RKa 43/94](#) - [BSGE 77, 53](#) = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 33](#) = [NZS 1996 394](#) = USK 95135, juris). Das BSG betont in diesem Zusammenhang, die entscheidenden Nachteile der eingeschränkten Einzelfallprüfung vor allem hinsichtlich der Beweissicherheit bestünden im ärztlichen wie im zahnärztlichen Bereich in gleicher Weise (a.a.O. juris Rdnr. 23).

Im Übrigen besteht keine zwingende Verpflichtung der Prüfungsgremien zur Einzelfallprüfung bzw. eingeschränkten Einzelfallprüfung mit Hochrechnung. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehört die Auswahl der im Einzelfall geeigneten Prüfmethode vielmehr zum Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien, der insb. durch das Gebot "effektiver" Wirtschaftlichkeitsprüfungen eingeschränkt wird (vgl. BSG, Ur. v. 19.10.2011 - [B 6 KA 38/10 R](#) - SozR 4-2500 § 106 Nr. 33 = USK 2011-67 = Breith 2012, 713 = [MedR 2012, 754](#), juris Rdnr. 16 u. 20). § 6 Abs. 2 PV stellt ein subsidiäres Verhältnis nur zwischen Einzelfallprüfung und repräsentativer Einzelfallprüfung auf in dem Sinne, dass von der Einzelfallprüfung im Hinblick auf die Vielzahl der Behandlungsfälle abgesehen werden kann ("unzumutbar"). Hinsichtlich der in § 6 Abs. 1 PV ebf. genannten Prüfung nach Durchschnittswerten wird eine solche Subsidiarität nicht vereinbart. Der Gedanke des "unzumutbaren" Aufwandes würde aber, wie gerade auch der vorliegende Fall zeigt, u. U. für eine Vorrangigkeit einer Prüfung nach Durchschnittswerten in Einzelleistungsbereichen sprechen. § 4 Abs. 7 Satz 1 EV, rechtssystematisch nicht ohne weiteres als Ergänzung zu § 6 PV erkennbar, lässt bei der repräsentativen Einzelfallprüfung die Hochrechnung zu. Die Bestimmung in Satz 2 "Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit oder Verweigerung der Vertragszahnarzt die Mitwirkung an dem Prüfverfahren sind pauschale Honorarkürzungen zulässig" steht schlichtweg daneben, ohne dass eine Beschränkung der Prüfung nach Durchschnittswerten, die in § 4 Abs. 7 Satz 2 EV als solche nicht genannt wird, auf die beiden Fälle einer wiederholten Unwirtschaftlichkeit bzw. fehlender Mitwirkung abschließend geregelt wird. § 4 Abs. 7 Satz 2 EV nimmt in der ersten Alternative [§ 106 Abs. 3 S. 4 SGB V](#) auf. Das Gesetz, dass ein Rangverhältnis der Prüfmethode nicht aufstellt, überlässt es insofern den Vertragsparteien und der Rechtsprechung, dies ggf. zu konkretisieren. Soweit sich aus den Methoden selbst nach Regeln der Logik oder Beweissicherheit Besonderheiten ergeben, haben dies auch die Vertragsparteien zu berücksichtigen.

Soweit die Verwaltungspraxis bei einem sog. offensichtlichen Missverhältnis des Gesamtfallwerts vom Vorrang einer Prüfung nach Durchschnittswerten ausgeht, wie insb. vom Vertreter der Beigeladenen zu 3) in der mündlichen Verhandlung dargelegt wurde, bringt dies ebf. zum Ausdruck, dass die Prüfungsgremien und die an ihrer Errichtung beteiligten Beigeladenen selbst nicht von einer abschließenden Beschränkung der Prüfung nach Durchschnittswerten auf die genannten beiden Fälle ausgehen. Im Übrigen hätte dies andernfalls einer ausdrücklichen Regelung der Vertragsparteien der Prüfvereinbarung bedurft.

Eine Regelung zum Vorrang der eingeschränkten Einzelfallprüfung mit und ohne Hochrechnung könnte auch gegen die vom Bundessozialgericht geforderte Effektivität der Wirtschaftlichkeitsprüfung verstoßen (vgl. BSG, Ur. v. 19.10.2011 - [B 6 KA 38/10 R](#) - a.a.O.

Rdnr. 21). Insofern sind den Vertragsparteien einer Prüfvereinbarung Grenzen in ihrer Regelungsbefugnis gesetzt (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, juris Rdnr. 27). Jedenfalls unter der bis Ende 2003 geltenden Rechtslage mit der statistischen Vergleichsprüfung als der gesetzlichen - Regelprüfmethode hat das Bundessozialgericht wiederholt dargelegt, dass das Festhalten an der Prüfung nach Durchschnittswerten als Regelprüfmethode auch darauf beruht, dass diese Prüfmethode in ihrem Anwendungsbereich in praktikabler Weise und mit vertretbarem Aufwand zu tragfähigen Erkenntnissen führt. Auch wenn mit dieser Beweismethode nicht alle Unwirtschaftlichkeiten in vollem Umfang aufgedeckt werden können, genügt sie doch am besten den Erfordernissen einer effizienten und gleichmäßigen Wirtschaftlichkeitsprüfung der Quartal für Quartal in sehr großer Zahl anfallenden vertragsärztlichen Leistungen. Dem gegenüber kann der mit einer eingeschränkten Einzelfallprüfung verbundene Aufwand zur Verifizierung von Unwirtschaftlichkeiten unter Berücksichtigung aller dem Arzt in jedem Einzelfall zur Verfügung stehenden Einwendungen um ein Vielfaches höher sein und letztlich dazu führen, dass die Prüfung nicht mehr in angemessener Zeit und mit noch beherrschbarem Aufwand in rechtsstaatlich einwandfreier Weise abgewickelt werden kann. Die weiteren Prüfmethode können daher immer nur dann herangezogen werden, wenn und soweit auf Grund besonderer Umstände die Regelprüfmethode keine beweistauglichen Ergebnisse liefert (vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005 - [B 6 KA 72/03 R](#) - a.a.O. juris Rdnr. 23; BSG, Urt. v. 19.10.2011 - [B 6 KA 38/10 R](#) - a.a.O., juris Rdnr. 19). Insb. die eingeschränkte Einzelfallprüfung bzw. die sog. Einzelfallprüfung mit Hochrechnung hat das Bundessozialgericht nicht als "wirkliche" Einzelfallprüfung bezeichnet, sondern als eine im Kern bloße Schlüssigkeitprüfung, die - nur - dann als geeignete Beweismethode in Betracht kommt, wenn aussagekräftigere Beweismittel und -methoden nicht (mehr) zur Verfügung stehen. Das Ergebnis einer eingeschränkten Einzelfallprüfung ist in seiner Aussagefähigkeit ebenfalls begrenzt, da bei ihr die Angaben des zu prüfenden Arztes der Prüfung zugrunde gelegt werden und deshalb mit ihr zwar nicht der Nachweis der Wirtschaftlichkeit, aber doch der der Unwirtschaftlichkeit geführt werden kann, weshalb die Prüfgremien die Geeignetheit dieser Methode und deren Voraussetzungen darzulegen und nachzuweisen haben (vgl. BSG, Urt. v. 08.04.1992 [6 Rka 27/90](#) a.a.O. juris Rdnr. 38 f.).

Die Beklagte hat den erforderlichen Sicherheitsabschlag nicht eingehalten.

Der bei der repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung ermittelte unwirtschaftliche Behandlungsumfang kann auf die Gesamtheit der Fälle hochgerechnet werden. Wegen der mit der Methode der Einzelfallprüfung mit Hochrechnung einhergehenden Unsicherheit bei der Feststellung des Gesamtumfangs von unwirtschaftlichen Behandlungsmaßnahmen darf der so ermittelte Gesamtbetrag nicht als Kürzungsbetrag ausgewiesen werden. Es ist hiervon vielmehr ein Sicherheitsabschlag von 25 % des als unwirtschaftlich ermittelten Gesamtbetrages vorzunehmen (vgl. BSG, Urt. v. 08.04.1992 - [6 Rka 27/90](#) - a.a.O., juris Rn. 40; zu Bedeutung und Funktion des Sicherheitsabschlages vgl. BSG; Urt. v. 23.02.2005 - [B 6 KA 72/03 R](#) - a.a.O. juris Rdnr. 29).

Ausweislich der Anlagen zu den angefochtenen Beschlüssen berechnet der Beklagte den hochgerechneten Absetzungsumfang in zwei Teilbeträgen. Der erste Teilbetrag entspricht der Zahl der aufgrund der Stichprobe ermittelten Absetzungen. Der zweite Teilbetrag folgt aus einer Übertragung des Prüfergebnisses aufgrund der Stichprobe für die fehlenden 75 % der Abrechnungsfälle (Hochrechnung), verringert um den Sicherheitsabschlag von 25 %. Auf diese Weise wird der Sicherheitsabschlag nicht vom Gesamtbetrag, sondern nur von 75 % des Gesamtbetrages genommen. Für das Quartal IV/08 beträgt bspw. bei einer Absetzung von 1.028 Punkten für die Stichprobe und hochgerechneten - 3.117 Punkten für die übrigen Fälle, insgesamt also von 4.145 Punkten, der Sicherheitsabschlag von 25 % 1.036,25 Punkte und der Kürzungsbetrag 3.108,75 Punkte. Demgegenüber gehen die Prüfgremien von einem Sicherheitsabschlag von lediglich 779 Punkten (3.117 Punkten - 2.338 Punkten) und einem um 257,25 Punkte erhöhten Kürzungsbetrag von 3.366 Punkten aus.

Bzgl. der Quartale IV/08 bis III/09 hat der Beklagte z. T. auf die Nichterbringung der Leistung abgestellt und die abgesetzten Leistungen unzulässigerweise in die Hochrechnung einbezogen.

So hat der Beklagte im Bereich eingehende Untersuchung/Erhebung PSI-Code (Nr. 01 und 04 BEMA-Z) die Absetzungen damit begründet, dass in einer Reihe von Behandlungsfällen aufgefallen sei, dass die Befunde der abgerechneten Leistungen nach Nr. 01 BEMA-Z in der Karteidokumentation nicht aufgezeichnet worden seien. In weiteren Einzelfällen seien die Befunde zu den abgerechneten Leistungen nach Nr. 04 BEMA-Z (PSI) nicht dokumentiert worden. Damit werden die Absetzungen mit der Nichterbringung der Leistung bzw. des fehlenden Nachweises begründet und nicht mit der fehlenden Wirtschaftlichkeit oder Notwendigkeit. Insofern handelt es sich um eine sachlich-rechnerische Berichtigung. Soweit man eine Randzuständigkeit der Prüfgremien hier bejaht, scheidet aber jedenfalls eine Einbeziehung in die Hochrechnung aus. Nach der Rechtsprechung des BSG können im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht Leistungen als nicht vergütungsfähig gestrichen werden, weil deren Abrechnungsfähigkeit nicht gegeben bzw. der jeweilige Leistungsinhalt nicht erfüllt war. Es handelt sich hierbei der Sache nach um Richtigstellungen der Abrechnungen, wenn die Beanstandung nicht auf die Menge der abgerechneten Leistungen gestützt wird, sondern bei den inhaltlichen Anforderungen der Leistung ansetzt. Die Voraussetzungen der Richtigstellung können jedoch nicht im Wege einer Hochrechnung ermittelt werden (vgl. BSG, Urt. v. 08.04.1992- [6 Rka 27/90](#) - a.a.O., juris Rdnr. 42; s. a. BSG, Urt. v. 14.07.1993 - 6 Rka 13/91 - USK 93115, juris Rdnr. 20). Auch hat die Klägerin im Prüfverfahren die Befunde nachgereicht. Eine Nachreichung ist grundsätzlich zulässig. Insofern kann dem Beschluss des Beklagten nicht entnommen werden, ob er trotz Nachreichung von der Nichterbringung der Leistung ausgeht und welchem Stellenwert er der Nachreichung einräumt.

Hinsichtlich der Vitalitätsprüfungen (Nr. 8 BEMA-Z) wird z. T. darauf abgestellt, in der überwiegenden Zahl der betrachteten Fälle sei kein Ergebnis der Vitalitätsprüfung dokumentiert. Der tabellarischen Auflistung der Prüfungsstelle, der der Beklagte folgt, lassen sich die Einzelfälle entnehmen. Bei dem Fehlen der Dokumentation handelt es sich um die Unterstellung der Nichterbringung der Leistung und damit um eine sachlich-rechnerische Berichtigung. Die Kürzung ist zum anderen darauf gestützt worden, meist ergänzend zur fehlenden Dokumentation, dass in einer Vielzahl von Fällen Leistungen nach Nr. 8 BEMA-Z neben der Entfernung desselben Zahnes in derselben Sitzung in Ansatz gebracht worden seien. Unter wirtschaftlichen Aspekten sei anhand der Karteikarte eine Indikation für dieses Vorgehen nicht ersichtlich. Insofern nimmt der Beklagte eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vor, setzt sich aber auch hier nicht, wie bereits ausgeführt, mit dem Vortrag der Klägerin im Prüfverfahren auseinander.

Bezüglich der Behandlung überempfindlicher Zähne (Nr. 10 BEMA-Z) führte die Prüfungsstelle aus, gem. den Abrechnungsbestimmungen sei zu beachten, dass Fluoridierungsmaßnahmen zum Zwecke der Schmelzhärtung nicht nach Nr. 10 abrechnungsfähig seien. Der Beklagte folgt dem. Sachlich handelt es sich bei dieser Begründung um eine Richtigstellung.

Die Beanstandung hinsichtlich der Extraktionstätigkeit in einem Behandlungsfall (Quartal I/09 A. K.) betrifft die Nichterbringung des

Leistungsinhalts einer Leistung X 3, weshalb die Prüfungsstelle, der der Beklagte auch hier folgt, eine Leistung nach X1 ansetzt.

Der Grundsatz einer "Beratung vor Kürzung" ist nicht ersichtlich. Zwingende Beratungspflichten bestanden seinerzeit nur bei Richtgrößenprüfungen ([§ 105 Abs. 5a SGB V](#)). [§ 106 Abs. 1a SGB V](#) gilt nur für ärztliche Verordnungen. Insofern steht es im Ermessen der Prüfgremien, ob sie zunächst eine Beratung durchführen.

Mit der Übersendung des Aktenauszugs, der nur die von der Klägerin eingereichten Unterlagen nicht enthielt, kam der Beklagte hinreichend dem Wunsch auf Akteneinsicht nach. Im Übrigen hat die Klägerin im Verwaltungsverfahren keinen weitergehenden Antrag auf Akteneinsicht bzw. Übersendung von Akteilen gestellt.

Auf eine Bekanntgabe der ZE-Statistiken oder überhaupt statistischer Unterlagen kommt es bei der von den Prüfgremien gewählten Prüfmethode nicht an.

Die sachlich-rechnerische Berichtigung in 12 Einzelfällen (Quartale II/09 bis IV/08) fällt in die Randzuständigkeit des Beklagten und war nicht zu beanstanden.

Die Honorarkürzung in einem Behandlungsfall im Bereich der systematischen Behandlung von Parodontopathien im Beschluss bzgl. der Quartale IV/09 bis II/10 war nicht zu beanstanden. Die Einhaltung der Behandlungsrichtlinien und damit eine ausreichende Vorbehandlung sind Voraussetzung einer wirtschaftlichen PAR-Behandlung. Ein Vertragszahnarzt hat die Dokumentation so zu führen, dass die erbrachten Leistungen für einen Zahnarzt nachvollziehbar sind. Aus ihnen muss auch die Einhaltung der Behandlungsrichtlinie hervorgehen (vgl. SG Marburg, Urt. v. 21.11.2012 - juris Rdnr. 40 u. 89 f. m.w.N.). Die Klägerin hat nicht nachgewiesen, dass sie eine ausreichende Vorbehandlung durchgeführt hat.

Nach allem war den Klagen stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Mit der Quotelung war zu berücksichtigen, dass die Klägerin mit nicht unwesentlichen Teilen ihrer Klagebegründung unterlegen ist.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-11