S 12 KA 228/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 228/13
Datum
27.11.2013
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 1/14
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Eine aus einem Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, der sowohl zur vertragsärztlichen als auch als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist, und drei Vertragszahnärzten bestehende Gemeinschaftspraxis kann im Rahmen einer statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Bereichs mit einer fiktiven Vergleichsgruppe entsprechender Gemeinschaftspraxen verglichen werden, wenn eine Gewichtung der Vergleichswerte für Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und für Zahnärzte nach der Zusammensetzung der Gemeinschaftspraxis erfolgt (hier Gewichtung 1 : 3) und wenn der Beschwerdeausschuss keine Anhaltspunkte dafür sieht, dass sich das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise der Praxis von der Typik der MKG-Chirurgen oder der Vertragszahnärzte wesentlich unterscheidet (vgl. bereits SG Marburg, Beschl. v. 15.03.2013 - S 12 KA 255/13 ER - und LSG Hessen, Beschl. v. 08.08.2013 L 4 KA 29/13 B ER -).
1. Die Klage wird abgewiesen.

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

3. Die Sprungrevision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise bezogen auf den Gesamtfallwert in den vier Quartalen I/08 bis IV/08 in Höhe von insgesamt 342.759,73 EUR.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis. Herr Dr. Dr. A1 ist Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Herr A2 ist Zahnarzt, und Frau Dr. A3 ist Zahnärztin. Sie sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Im Zeitraum 01.07.2005 bis 31.12.2008 gehörte der Gemeinschaftspraxis noch die ebf. zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Zahnärztin Frau C. an. Der Beklagte ist der Gemeinsame Beschwerdeausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen.

Im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung führte die Gemeinsame Prüfungsstelle der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der streitbefangenen Quartale durch.

Die Prüfungsstelle lud die Klägerin unter Datum vom 09.06.2011, zugegangen am 10.06.2011, zu einer Prüfsitzung am 11.08.2011 unter Übersendung einer Patientenliste mit der Aufforderung, Behandlungsunterlagen bis zum 04.07.2011 einzureichen. Die Klägerin wies auf den Umfang der Unterlagen hin, die sie erst im August einreichen könne. Daraufhin lud die Prüfungsstelle die Klägerin unter Datum vom 14.07.2011, zugegangen am 19.07.2011, zu einer Prüfsitzung am 12.10.2011 unter der Aufforderung, Behandlungsunterlagen bis zum 02.09.2011 einzureichen. Ein Vertagungsersuchen wegen Verhinderung des Prozessbevollmächtigten der Klägerin lehnte die Prüfungsstelle zunächst mit Schreiben vom 29.08.2011 ab, lud dann aber die Klägerin zu zwei Prüfsitzungen am 12.10.2011 und 15.02.2012, an der jeweils ein Mitglied der Klägerin teilnahm.

Mit Bescheid vom 08.03.2012 setzte die Prüfungsstelle für die streitbefangenen Quartale eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 223.783,84 EUR fest – davon entfielen 213.799,33 EUR auf den konservierend-chirurgischen Bereich und 9.984,51 EUR auf Absetzungen in 23 Parodontopathiebehandlungen -, die sie unter Berücksichtigung des HVM-Einbehalts auf 189.374,72 EUR reduzierte. Sie kürzte den Gesamtfallwert auf das 1,5 fache des Gesamtfallwerts der Vergleichsgruppe. Im Einzelnen nahm sie folgende Honorarreduzierungen vor:

I/08 um 53.492,11 EUR
II/08 um 61.427,08 EUR
III/08 um 56.722,14 EUR
IV/08 um 42.158,00 EUR

Zur Begründung führte sie aus, von einer ordnungsgemäßen Dokumentation könne nicht ausgegangen werden. Bei der Nr. 03 BEMA fehle die Angabe der Uhrzeit. Es seien lediglich Auflistungen von Abrechnungskürzeln zu den namentlich benannten Behandlungsfällen vorgelegt worden. Im Rahmen der Anhörung sei dem Prüfungsausschuss ein Einblick in die mitgeführten Patientenakten nicht gestattet worden. Lediglich Aufzeichnungen zu histologischen Befunden seien in einigen Fällen zur Einsichtnahme gereicht worden. Die Auskünfte, die anhand der mitgeführten Patientenakten erteilt worden seien, seien vielfach gleichlautend, teilweise bereits, bevor die Patientenakte richtig geöffnet worden sei, erfolgt. In einigen Fällen seien Auskünfte unter Hinweis, dass der Fall von Kollegen behandelt worden sei, überhaupt nicht möglich gewesen. Die Überprüfung der versichertenbezogenen Stichprobe habe u. a. gezeigt, dass umfangreiche chirurgische Eingriffe vielfach ohne entsprechende röntgendiagnostische Maßnahmen abgerechnet worden seien, sodass eine Überprüfung im Einzelfall bereits aus tatsächlichen Gründen nicht möglich gewesen sei. Er habe eine statistische Vergleichsprüfung durchgeführt. Die 100-Fall-KCH-Statistiken der Praxis demonstrierten, dass sowohl das Tätigkeitsbild der Allgemeinzahnärzte als auch das des MKG-Chirurgen repräsentiert sei. Für beide Bereiche lägen signifikante Überschreitungen bezogen auf die Gesamtfallwerte vor. Um der spezifischen gemischten Praxisstruktur hinreichend Rechnung zu tragen, seien die Gesamtfallwerte beider Bereiche auch unter Berücksichtigung des Abrechnungsbildes (Verhältnis: 2 x Gesamtfallwert im MKG-Statistik + 2 x Gesamtfallwert allgemeinzahnärztliche Statistik: 4) verknüpft worden. Unter Berücksichtigung der bereits ausgesprochenen Honorarkorrekturen im Bereich konservierend-chirurgischer Begleitleistungen im Rahmen systematischer PAR-Behandlungen, die mit Bescheid vom 02.08.2011 mitgeteilt worden seien, sowie der sachlich-rechnerischen Berichtigung der Beigeladenen zu 1) für den Prüfzeitraum stellten sich die Vergleichswerte sowie die Überschreitungen wie folgt dar:
Quartal I/2008 II/2008 III/2008 IV/2008
Ø Punkte pro Fall/VZÄ* 240 236 232 201
Ø Punkte pro Fall/VglW** 130 126 121 114
Überschreitung in % 85 % 87 % 92 % 76 %
* Abrechnung der Vertragszahnärzte
** Vergleichswert

Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis sei mit 40 % festgesetzt worden. Soweit MKG-Chirurgen über eine Doppelzulassung verfügten, könnten oralchirurgische Leistungen sowohl im Rahmen der vertragsärztlichen, als auch der vertragszahnärztlichen Versorgung abgerechnet werden. Dieser Umstand sei bei der Vergleichsbetrachtung im Wege einer Ausgleichsquote im Umfang von 10 % des durchschnittlichen Vergleichswertes zu berücksichtigen. Die Beschäftigung von Assistenten stellten keine Praxisbesonderheit dar. Im Hinblick auf den Vortrag der Klägerin, sie versorgten Angst-Patienten und betreuten drogenabhängige Patienten in Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe, ferner führten sie tumorchirurgische Eingriffe durch, habe ein erhöhter Behandlungsbedarf nicht festgestellt werden können. Selbst wenn grundsätzlich das Engagement der Praxis bei der Versorgung von Heimpatienten gewürdigt werde, könne nicht vom Vorliegen einer Praxisbesonderheit ausgegangen werden. Der Abrechnungsumfang, gerade bei Heimpatienten, sei mit Blick auf die Behandlungsbedingungen häufig nicht erklärbar. Besonders auffällig sei, dass umfangreiche chirurgische Behandlungen zum Teil ohne jedwede Röntgendiagnostik durchgeführt bzw. abgerechnet worden seien. Die Überschreitungen beruhten nicht auf Praxisbesonderheiten, kompensatorische Einsparungen lägen nicht vor. Es hätten sich vielmehr Unwirtschaftlichkeiten gezeigt. In einigen Behandlungsfällen sei für die Befunderhebung und Behandlungsplanung eine kleinere Röntgeneinheit ausreichend gewesen. Röntgenaufnahmen seien in einigen Fällen von unzureichender Qualität gewesen. Orthopantomogrammaufnahmen könnten nicht zulasten der Kostenträger abgerechnet werden, wenn sie im Zusammenhang mit Implantaten stünden, die nicht in den Richtlinien des GBA vorgesehen seien. Bei Sensibilitätsprüfungen sei nicht beachtet worden, dass, sofern keine Ausnahmeindikation vorliege, es zu einer rationellen und wirtschaftlichen Behandlungsweise gehöre, alle notwendigen Prüfungen in der ersten Sitzung durchzuführen und nicht auf mehrere Behandlungssitzungen zu verteilen. Leistungen nach der Nr. 10 BEMA (üZ) seien kurze Zeit nach einer systematischen PAR-Behandlung abgerechnet worden. Zudem entstünde der Eindruck, dass diese Leistungen auch als Füllungsnachsorge abgerechnet worden seien. Des Öfteren seien Mundbehandlungen in gleicher Sitzung mit der Zahnsteinentfernung zur Abrechnung gekommen. Ohne eine differenzierte Begründung (dokumentierte Diagnose/Therapiemaßnahme) müsse die medikamentöse Mundbehandlung nach Nr. 105 BEMA (Mu) als nicht wirtschaftlich angesehen werden. Die Leistungen nach Nr. 12, 49 BEMA (bMF/Exz1) seien vielfach routinemäßig, teilweise auch kombiniert in Verbindung mit Zahnersatzmaßnahmen, abgerechnet worden. Exzisionen nach Nr. 49 BEMA (Exz1) seien vor, während und auch kurze Zeit nach einer systematischen PAR-Behandlung abgerechnet worden. An Zähnen seien mehrere größere Füllungen abgerechnet worden, ohne dass hier die Notwendigkeit hätte nachvollzogen werden können. Soweit eine Überkronung des Zahnes feststehe, könnten Füllungen nur in begründeten Ausnahmefällen gelegt werden. Läge ein solcher Ausnahmefall nicht vor, seien allenfalls die Leistungen nach Nr. 13a oder 13b BEMA (F1/F2) im Sinne einer Aufbaufüllung anzuerkennen. Wurzelkanäle seien nicht immer vollständig abgefüllt worden. Würden im Rahmen der endodontischen Versorgung eines Zahnes die Wurzelkanäle nicht bis zur Wurzelspitze abgefüllt oder das Kanalvolumen mit der Wurzelfüllung nicht vollständig ausgeführt oder nicht alle anatomisch vorhandenen Wurzelkanäle aufbereitet/abgefüllt werden, sei die Wurzelbehandlung nicht richtlinienkonform. Es habe auch nicht in jeden Behandlungsfall eine bzw. eine auswertbare Röntgenkontrollaufnahme der Wurzelfüllung vorgelegen. Im Schwerpunkt seien die Leistungen nach Nr. 45, 47a, 48 und 56c BEMA (X3/Ost1/Ost2/Zy3) anhand der vorliegenden Röntgenaufnahmen nicht immer nachvollziehbar. Insgesamt entstehe hier der Eindruck, dass der Leistungsinhalt der Gebührenpositionen teilweise überinterpretiert worden sei. Die regelmäßig abgerechneten Mehrfachanästhesien seien gerade unter dem Gesichtspunkt der fachmedizinischen Ausrichtung der Praxis nicht nachvollziehbar. Leistungen nach Nr. 38 BEMA (N) sei nahezu routinemäßig mehrmals nach dem chirurgischen Eingriff ohne ausreichende Begründung in der Dokumentation abgerechnet worden. Die Dokumentationsproblematik wie auch die Feststellung, dass in einer Vielzahl von Behandlungsfällen das abgerechnete Behandlungsvolumen, insbesondere auch aufgrund des nahezu regelmäßigen Ansatzes von Begleiteingriffen und -maßnahmen (Kieferhöhleneröffnung etc.) im Zusammenhang mit chirurgischen Leistungen, vielfach ohne entsprechende radiologische Befunde (beispielsweise wegen der Nähe der Wurzeln zur Kieferhöhle), sowie daneben auch der Umfang der abgerechneten Anästhesien und Nachbehandlungen gerade mit Blick auf die fachmedizinisch ausgerichtete Praxis in keiner Weise hätte nachvollzogen werden können, stelle sich als besonders gewichtig dar. Hinsichtlich des Quartals II/09 habe die Prüfung ergeben, dass es sich im konservierend-chirurgischen Bereich um fünf nachträglich abgerechnete Behandlungsfälle gehandelt habe. Die versichertenbezogene Stichprobe mit einem Behandlungsfall habe die bereits gewonnenen Erkenntnisse in ihrer Grundaussage bestätigt. Mit Blick auf den Umfang der dargestellten Honorarkürzungen für das Jahr 2008 sei von weitergehenden Maßnahmen abgesehen worden. Im Rahmen der Überprüfung der PAR-Daten

sei hervorzuheben, dass angesichts der unzureichenden Dokumentation eine ordnungsgemäße Vorbehandlung sowie im weiteren Sinne eine ordnungsgemäße Beachtung der PAR-Behandlungsrichtlinien insgesamt nicht nachvollziehbar gewesen sei. Auf stichprobenartige Rückfragen der Klägerin seien in der Anhörung sogar mündlich Vorbehandlungsdaten benannt worden, die mit dem Datum der chirurgischen PAR-Behandlung identisch gewesen seien. Die PAR-Pläne seien erhoben worden, ohne die Mitarbeit des Patienten ausreichend sicherzustellen. Es hätten teilweise keine oder nicht auswertbare Röntgenaufnahmen vorgelegen. Zum Teil seien notwendige konservierende Behandlungsmaßnahmen nicht entsprechend der Behandlungsrichtlinien erfolgt. Auffällig sei, dass in jedem überprüften Behandlungsfall Doppel-Anästhesien im Rahmen der PAR-Behandlung zur Abrechnung gelangten. Im Hinblick auf die Prüfung der KCH-Leistungen habe er im Rahmen der Prüfung der PAR-Behandlungen keine KCH-Begleitleistungen abgesetzt. Ferner begründete die Prüfungsstelle die Absetzungen in den 23 Behandlungsfällen im Einzelnen.

Der Bescheid wurde dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 09.03.2012 mit Postzustellungsurkunde zugestellt. Hiergegen legten die zu 2) bis 8) beigeladenen Verbände der Krankenkassen in Hessen am 04.04.2012 und die Klägerin am 05.04.2012 Widerspruch ein.

Zur Begründung ihres Widerspruchs trug die Klägerin vor, die Prüfungsstelle habe zum ersten Mal die Sache nicht zunächst an die Beigeladene zu 1) zur sachlich-rechnerischen Berichtigung abgegeben, um anschließend zu entscheiden, sondern habe selbst entschieden. Dies sei ein Fehler. Sie rüge die Besetzung. Es sei nicht ersichtlich, wer der Leiter der Anhörung gewesen sei. Es hätte grundsätzlich die repräsentative Einzelfallprüfung durchgeführt werden müssen, weil sich die Klägerin der Mitwirkung nicht verweigert habe. Es mangele an einem Antrag. Sie habe nicht mitgeteilt, um welche Prüfform (Zufälligkeits- oder Auffälligkeitsprüfung) es sich handele. Es sei nicht ersichtlich, ob Anträge im Hinblick auf verordnete/veranlasste Leistungen innerhalb von 24-Monaten gestellt worden seien. Die Prüfungsstelle sei nicht zuständig, da umfangreiche sachlich-rechnerische Berichtigungen vorgenommen worden seien, die in den vorausgegangenen Verfahren durch Abgabe an die Beigeladene zu 1) zuständigkeitshalber geklärt worden seien. Die Prüfmethode müsste zunächst bekannt gegeben werden, da sich danach die Mitwirkungspflicht richte. Ein Zahnarzt sei nicht verpflichtet, Kopien der Karteikarten vorzulegen. Er sei zur Mitwirkung verpflichtet und habe einzelne Befunde auf Befragen in der Anhörung vorzulegen. Der Vorwurf, sie verwende nur Abrechnungskürzel, sei durch nichts belegt. Gleiches gelte für den Vorwurf der mangelnden Dokumentation und der mangelnden Mitwirkung. Der Zahnarzt sei nicht verpflichtet, röntgendiagnostische Leistungen lediglich aus Abrechnungsgründen zu erbringen. Die Mischung von verschiedenen Statistiken sei unzulässig. Die Vergleichsgruppe müsse homogen sein. Eine "Ausgleichsquote" sei unzulässig. Die Versorgung von Heimpatienten müsse als Praxisbesonderheit berücksichtigt werden. Andererseits werde festgestellt, dass es sich um umfangreiche chirurgische Behandlungen handele. Dies werde nicht als Praxisbesonderheit anerkannt.

Die Verbände der Krankenkassen trugen vor, der Vergleichswert für die Abrechung der Vertragszahnärzte sei zu großzügig bemessen worden. Er hätte wie folgt ermittelt werden müssen: 1 x Gesamtfallwert MKG-Statistik + 3 x Gesamtfallwert allgemeinzahnärztliche Statistik: 4. Darüber hinaus müsse der Ausgleichsbetrag von 10 % nochmals überprüft werden, da von vier Behandlern lediglich einer aufgrund der Doppelzulassung über Abrechnungsmöglichkeiten auch über die KV verfüge. Hinsichtlich des möglichen Abrechnungsvolumens enthalte der Bescheid keinen Hinweis.

Der Beklagte lud die Klägerin unter Datum vom 05.07.2012, ihrem Prozessbevollmächtigten am 09.07.2012 zugegangen, zu einer Prüfsitzung am 08.11.2012 unter Beifügung einer Patientenliste mit der Bitte, Behandlungsunterlagen bis zum 28.09.2012 vorzulegen.

Die Klägerin beantragte unter Datum vom 26.09.2012 Fristverlängerung bis zum 15.10.2012 für die Vorlage der Unterlagen. Der Beklagte teilte unter Datum von 27.09.2012 mit, dem könne nur bedingt stattgegeben werden. Mit Blick auf die frühzeitige Ladung und den notwendigen Vorbereitungen könne eine Verlängerung nur bis zum 05.10. entsprochen werden. Darüber hinaus seien lediglich die Röntgenaufnahmen und in 3 Fällen noch zusätzlich die Kopien der Originalkartei zu übersenden.

Die Klägerin reichte mit Schreiben vom 05.10.2012, eingegangen am 08.10.2013, Röntgenbilder ein und wies darauf hin, dass fehlende Röntgenbilder entweder bei der Beigeladenen zu 1) oder sich bei den Hauszahnärzten zur Weiterbehandlung befänden. Sie habe sie bereits bei den Patienten bzw. dem Behandler angefordert. Sie wies unter Datum vom 25.10.2012 nochmals darauf hin, dass sich viele der fehlenden Röntgenbilder bei der Beigeladenen zu 1) befänden und dass bei 15 namentlich aufgeführten Patienten die Beschaffung sich als unmöglich erwiesen habe. In vier Behandlungsfällen machte sie weitere kurze Angaben.

An der Prüfsitzung des Beklagten nahmen zwei Mitglieder der Klägerin nebst einer Mitarbeiterin sowie ihr Prozessbevollmächtigter teil.

Mit Beschluss vom 08.11.2012, ausgefertigt am 26.03.2013, lehnte der Beklagte den Antrag auf Nachreichung weiterer Dokumentationen ab, gab dem Widerspruch der Verbände der Krankenkassen statt und wies den Widerspruch der Klägerin zurück. Er setzte für die Quartale I bis IV/08 eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 388.936,16 EUR fest und im Bereich der systematischen Behandlung von Parodontopathien setzte er eine Honorarkürzung in Höhe von 10.565,00 EUR fest, insgesamt auf 399.501,16 EUR, die er mit Rücksicht auf die Degression und HVM-Einbehalte für das Jahr 2008 auf 342.759,73 EUR reduzierte. Zur Begründung führte er aus, die Prüfungsstelle habe an die Menge der erbrachten zahnärztlichen Leistungen angeknüpft, weshalb eine Abgabe an die zu 1) beigeladene KZVH nicht erforderlich gewesen sei. Das Abrechnungsbild der Klägerin gestalte sich in Bezug zur Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung in Hessen wie folgt:
Quartal I/2008 II/2008 III/2008 IV/2008
Fallzahl VZA* 1.356 1.492 1.298 1.606
Fallzahl VG** 585 585 548 589
Ø Punkte pro Fall VZA* 243 240 233 201
Ø Punkte pro Fall VG** 160 156 150 150
VZA* = Vertragszahnarzt bzw. Widerspruchsführerin
VG** = Vergleichsgruppe der hessischen MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung

In Bezug zu der allgemeinen Vergleichsgruppe der in Hessen zugelassenen Vertragszahnärzten zeige sich folgendes Abrechnungsbild:
Quartal I/2008 II/2008 III/2008 IV/2008
Fallzahl VZA* 1.356 1.492 1.298 1.606
Fallzahl VG** 426 452 427 529

Ø Punkte pro Fall VZA* 243 240 233 201
Ø Punkte pro Fall VG** 97 93 92 80
VZA* = Vertragszahnarzt bzw. Widerspruchsführerin
VG** = Vergleichsgruppe der hessischen MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung

Bei den Einzelleistungen/-sbereichen wiesen die 100-Fall-KCH-Statistiken der Klägerin sowohl im Vergleich zur Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen als auch zur allgemeinen Vergleichsgruppe der in Hessen zugelassenen Vertragszahnärzte erhebliche Überschreitungen auf. Er halte eine statistische Vergleichsprüfung über den Gesamtfallwert für zutreffend. Beide herangezogenen Vergleichsgruppen seien für eine statistische Vergleichsprüfung geeignet. Eine verfeinerte Vergleichsgruppe müsse nicht gebildet werden. Es lägen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sich das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise der Klägerin von der Typik der MKG-Chirurgen oder der Vertragszahnärzte in Hessen wesentlich unterscheide. Die vergleichenden Statistiken zeigten, dass die Klägerin einen erhöhten Anteil an chirurgischen Leistungen erbringe. Allerdings belegten die Statistik und die weiteren verfahrensgegenständlichen Unterlagen auch, dass in hohem Maße allgemeinzahnärztliche Leistungen wie konservierende, prothetische und parodontologische Behandlungen durchgeführt würden. Die Klägerin liege auch hier im Vergleich zur allgemeinen Vergleichsgruppe der in Hessen niedergelassenen (Allgemein-)Zahnärzte teilweise erheblich über dem Durchschnitt (z. B. Nr. 13d [F4], Nr. 32 [WK], Nr. 35 [WF] BEMA). Im Hinblick auf die unterschiedlichen Statistiken habe sie eine Zusammenschau der vergleichenden Statistiken der beiden Vergleichsgruppen vorgenommen. Angesichts der Zusammensetzung der Klägerin könne eine Gewichtung nur in dem Verhältnis ein MKG-Statistik-Anteil zu drei Anteilen aus der allgemeinzahnärztlichen Statistik erfolgen. Eine noch stärkere Gewichtung der MKG-chirurgischen Tätigkeit sei nicht gerechtfertigt. Er gelange zu folgenden Relationen im Gesamtfallwert und Überschreitungswerten:
Quartal I/2008 II/2008 III/2008 IV/2008
Ø Punkte pro Fall VZA* 240 236 232 201
Ø Punkte pro Fall VG** 113 109 107 98 Überschreitung in % 112 117 117 105
VZA* = Vertragszahnarzt bzw. Widerspruchsführerin
VG** = gewichtete Vergleichsgruppe, wie vorstehend beschrieben

Damit überschreite die Klägerin die Schwelle des offensichtlichen Missverhältnisses. Die Grenze setze er bei einer Überschreitung um 40% an. Eine Ausgleichsquote von 10% sei nicht notwendig. Erhöhte Abrechnungswerte könnten sich dadurch ergeben, dass der MKG-Chirurg im vertragszahnärztlichen Bereich mehr abrechne als die Vergleichsgruppe, weil Leistungen auch vertragsärztlich abgerechnet werden könnten. Nach den Angaben der Klägerin habe sie in den Jahren 2008/2009 maximal 100-200 Behandlungsfälle bei der KV zur Abrechnung eingereicht. Damit liege sie nach dem Erfahrungswissen des Beschwerdeausschusses jedoch nicht unter dem Durchschnitt der MKG-Chirurgen mit Zulassung bei der KV. Die Klägerin habe nicht hinreichend schlüssig dargelegt, dass die maßgebenden Leistungsbedingungen so verschieden seien, dass von dem statistischen Vergleich keine verwertbaren Aussagen über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Leistungen zu erwarten seien. Die Lage in der Innenstadt von A-Stadt kennzeichne keinen besonderen Patientenzuschnitt. Der Vortrag, es würden viele HIV-Patienten, Patienten mit Hepatitiserkrankung und viele Heimpatienten behandelt werden, sei nicht genügend substantiiert, um Praxisbesonderheiten anzunehmen. Es sei nicht erkennbar, bei welcher Art von Patienten durch ambulante Patienten kostenträchtigere stationäre Behandlungen vermieden würden. Er habe eine Reihe von Behandlungsfällen einer eingehenden Prüfung unterzogen und sei dabei zu demselben Ergebnissen wie die gemeinsame Prüfungsstelle gelangt. Auf deren Ausführungen zu den Beanstandungen der verschiedenen Einzelpositionen verweise er. Ferner mache er weitere Feststellungen. Die Klägerin erbringe in der ganz überwiegenden Anzahl der besprochenen Behandlungsfälle Wiederholungsanästhesien. Dies zeige sich auch innerhalb der gewichteten Vergleichsstatistik. Zwar sei im Einzelfall eine Wiederholungsanästhesie möglich, die Häufigkeit der Wiederholungsanästhesien könne jedoch nicht mehr nachvollzogen werden. Auffällig sei insbesondere, dass zu den (Erst-)Anästhesien auch bei mehreren Operationsgebieten Wiederholungsanästhesien abgerechnet würden. Ein Bezugsleistungsvergleich der Leistung nach Nr. 51b (Pla0) BEMA (Anlagen 1 - 5 zu dem Bescheid) belegten, dass die Leistungserbringung der Klägerin im Verhältnis zu den Leistungen nach den Nrn. 47a (Ost1), 48 (Ost2), 53 (Ost3), 54a (WR1) und 54b (WR2) BEMA signifikant von der Vergleichsgruppe abweiche. Der Beklagte führte verschiedene Behandlungsfälle mit der Entfernung von 62 Weisheitszähnen auf, bei denen 60-mal mit plastischer Deckung der eröffneten Kieferhöhle und lediglich 1-mal ohne behandelt worden sei. Dies sei medizinisch in der Häufigkeit nicht nachvollziehbar. Da Weisheitszähne normalerweise im gesunden Zustand entfernt würden, sei die Eröffnung der Kieferhöhle im einzelnen Behandlungsfall unwahrscheinlich und komme im Praxisalltag selten vor. Ähnlich stelle sich die Erbringung der Leistungen nach Nr. 54b (WR2) und 54c (WR3) BEMA dar. Auch hier würden medizinische Ausnahmesituationen in einer nicht nachvollziehbaren Häufigkeit abgerechnet werden. Der Antragsgegnerin verweist hierzu auf 17 Behandlungsfälle. Nachbehandlungen nach der Nr. 38 (N) BEMA seinem mehrfach im selben Wundgebiet erbracht worden. Auffällig sei, dass bei fast allen Patienten mit mehreren Wundgebieten stets Nachbehandlungen für jeweils alle Wundgebiete abgerechnet worden seien. Das alle Wundgebiete einen stets gleichmäßigen Heilungsverlauf gehabt hätten, sei medizinisch unwahrscheinlich. Es sei medizinisch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen, dass die Nachbehandlungsleistungen in jedem der abgerechneten Behandlungsfälle tatsächlich injiziert gewesen seien. Auch die medizinische Indikation für die häufig erbrachen Leistungen nach Nrn. 1479, 1480, 1485 und 1486 GOÄ-82 für das operative Öffnen und Ausräumen der Kieferhöhle sei fachlich nicht nachvollziehbar. Die zur Verfügung gestellten Behandlungsunterlagen gäben keine ausreichende Auskunft über den Behandlungsablauf und die Behandlungsweise. Auch hierzu verweise er auf die Ausführungen der Prüfungsstelle. Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit entscheidend sei die schriftliche, den Prüfgremien vorgelegte Dokumentation, weshalb die Antragstellerin nicht auf ihren mündlichen Vortrag verweisen könne. Im Bereich der Parodontopathien habe er weitere Feststellungen getroffen, die zu weiteren Absetzungen geführt hätten. Er verwies zunächst auf die Feststellungen der Prüfungsstelle und führte zwei weitere Behandlungsfälle mit Absetzungen auf. Eine Berücksichtigung von nachgereichten Unterlagen/Stellungnahmen nach der Sitzung des Beschwerdeausschusses seien nicht möglich. Die Entscheidungsfindung des Beschwerdeausschusses erfolge per Beschlussfassung in der terminierten Sitzung. Nur bei Verlegung hätten weitere Unterlagen berücksichtigt werden können. Gründe für eine Verlegung lägen jedoch nicht vor.

Hiergegen hat die Klägerin am 22.04.2013 die Klage zum Aktenzeichen S 12 KA 228/13 erhoben und den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zum Aktenzeichen S 12 KA 255/13 ER gestellt.

Im einstweiligen Anordnungsverfahren trug sie u. a. vor, die Nichtgewährung der aufschiebenden Wirkung zum jetzigen Zeitpunkt sei geeignet, zur Vorwegnahme der Hauptsache zu führen. Auf einen besonderen Anordnungsgrund könne ganz verzichtet werden, wenn das angegriffene Vorgehen der Verwaltung so offensichtlich rechtswidrig sei, dass ihr ein Abwarten des Erfolgs in der Hauptsache nicht zugemutet werden könne. Bei der Festsetzung der Honorarkürzung werde nicht dargelegt, welches die Grenze des offensichtlichen

Missverhältnisses im Rahmen der statistischen Prüfung sein soll, wie hoch der unwirtschaftliche Mehraufwand sein soll und wie sich insbesondere der Kürzungsbetrag errechne. Der Beklagte lege die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis nicht fest, wenn er eine Grenzziehung um 40% annehme. Das Erfahrungswissen des Beklagten reiche für das Absehen von der Ausgleichsquote nicht aus. Der Bescheid sei nicht innerhalb von fünf Monaten zugestellt worden. Der Beklagte hätte mit dem Osterurlaub rechnen müssen. Der Bescheid sei seinem Prozessbevollmächtigten erst am 12.04.2013 zugestellt worden. Es hätte grundsätzlich die repräsentative Einzelfallprüfung durchgeführt werden müssen, weil diese nach § 3 Abs. 6 der Prüfvereinbarung vorrangig sei. Entgegen der Prüfvereinbarung werde bei der Einladung zur Prüfung nicht mitgeteilt, nach welcher Methode geprüft werden solle und werde ein Prüfantrag nicht zur Kenntnis gebracht. Die Vermischung von verschiedenen Statistiken sei unzulässig. Eine Vergleichsgruppe müsse homogen sein. Sie bestreite dies für die MKG-Chirurgen. In dieser Gruppe befände sich eine große Anzahl von Zahnärzten, die im Wesentlichen keine chirurgischen Leistungen, sondern rein prothetische Leistungen erbrächten. Der Beklagte hätte die statistischen Auswertungen getrennt für MKG-Chirurgen einerseits und Zahnärzte andererseits durchführen müssen und anschließend jeweils einen getrennten Kürzungsbetrag festsetzen müssen. Die von ihm vorgenommene Gewichtung sei unzulässig. Der Beklagte habe zu den Praxisbesonderheiten von Rückfragen abgesehen, sodass sie davon ausgehen durfte, dass der Beklagte die genannten Praxisbesonderheiten für ausreichend aufschlussreich halte. Der deutlich erhöhte Anteil von hochbetagten Patienten ergebe sich bereits aus den Patientenlisten, die der Beklagte geprüft habe. Bei den Altenheimpatienten ergäben sich Hinweise darauf, dass diese zum ersten Mal überhaupt in einem Heim versorgt worden seinen, deswegen zu Beginn ein erhöhter Behandlungsbedarf und auch einen höheren Betreuungs- und Nachsorgebedarf hätten. Dem hätte der Beklagte im Rahmen seiner Amtsermittlungspflicht weiter nachgehen müssen. Der Bescheid sei nicht vom Vorsitzenden des Beklagten, sondern von einer Sachbearbeiterin unterzeichnet worden. Ein Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit liege nicht vor. Der Beklagte übersehe, dass das Verfahren S 12 KA 8/12 noch nicht rechtskräftig sei.

Im einstweiligen Anordnungsverfahren führte der Beklagte u. a. aus, die Grenzziehung zum offensichtlichen Missverhältnis habe er bei 40% gesehen. Die 5-monatige Frist für die Absetzung des Bescheides sei eingehalten worden. Der Beschluss sei am 26.03.2013 ausgefertigt worden und am selben Tag zur Post gegen worden. Ausweislich der dienstlichen Erklärung des Leiters der gemeinsamen Prüfungsstelle habe dieser am 02.04.2013 in der Kanzlei des Prozessbevollmächtigten der Antragstellerin wegen der Rücksendung des Empfangsbekenntnisses nachgefragt. Hier sei ihm von der zuständigen Kanzleiangestellten mitgeteilt worden, der Bescheid sei zwar am selben Tag eingegangen, das Empfangsbekenntnis könne jedoch nicht ausgefertigt zurückgesandt werden, weil sich der Prozessbevollmächtigte dies selbst vorbehalten habe. Damit sei der rechtzeitige Zugang dokumentiert worden. Die Frist beziehe sich auch nur auf die Absetzung, nicht aber die Zustellung des Bescheides. Bereits in der Prüfvereinbarung sei festgelegt worden, dass im Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit pauschale Honorarkürzungen zulässig seien. Von daher sei die repräsentative Einzelfallprüfung nicht vorrangig. Die Klägerin weise diesen "Wiederholer-Status" auf, er verweise auf das vor der Kammer anhängig gewesene Verfahren S 12 KA 8/12. Es handele sich um eine Auffälligkeitsprüfung, weshalb es eines Antrags der Beigeladenen nicht bedürfe. Das Verfahren sei entsprechend der Prüfvereinbarung durch den gemeinsamen Auswahlausschuss eingeleitet worden. Die Prüfvereinbarung sehe nicht vor, dass bei der Einladung zur Prüfung die anzuwendende Prüfmethode mitgeteilt werden müsse. Zur Frage der Vergleichsgruppe verweise er auf seine Ausführungen im angefochtenen Bescheid. Er habe insbesondere auch dargelegt, weswegen er sich aufgrund der Praxisstruktur der Klägerin für eine Zusammenschau der allgemeinzahnärztlichen und MKG-chirurgischen Statistiken habe entscheiden müssen. Dies gelte auch für die Berücksichtigung einer 10%-igen Ausgleichsquote. Das in der Verwaltungsakte befindliche Original sei selbstverständlich von Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses unterschrieben worden. Die Klägerin habe, wie üblich, nur eine Ausfertigung erhalten.

Die Beigel. zu 1) schloss sich den Ausführungen des Beklagten an.

Die Kammer wies mit Beschluss vom 15.03.2013 den einstweiligen Anordnungsantrag ab, das LSG mit Beschluss vom 08.08.2013 - L 4 KA 29/13 B ER - die Beschwerde der Klägerin zurück,

Mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 07.11.2013 trägt die Klägerin vor, es sei bereits nicht ersichtlich, wie sich bei der Zugrundelegung der gleichen Statistik der Beschwerdeausschuss zu einer nahezu doppelt so hohen Kürzung gelange. Sie sei weiterhin der Auffassung, dass die Prüfgremien die Prüfmethoden mitteilen müssten. Werde statistisch geprüft, bedürfe es keinerlei Mitwirkung des Zahnarztes. Eine "Mischung" verschiedener Statistiken sei unzulässig. Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis müsse eindeutig festgesetzt werden. Die sachlich-rechnerische Berichtigung im Bereich der Parodontosebehandlung lege nicht mehr im Randbereich und damit in der Zuständigkeit des Beklagten. Es lägen Praxisbesonderheiten im Rahmen der Versorgung von HIV-Patienten, Hepatitis C-Patienten und Heimbewohnern vor. Die Höhe des Kürzungsbetrages könne nicht nachgerechnet werden. Die "Feststellung" der Unwirtschaftlichkeit setze deren Rechtskraft voraus, um von einer Wiederholung festgestellter Unwirtschaftlichkeit ausgehen zu können. Mit Schriftsatz des Prozessbevollmächtigten vom 07.11.2013 trägt sie weiter vor, sie rüge eine nicht sachgerechte gebildete Vergleichsgruppe, da sie aus Zahnärzte und einem MKG-Chirurgen bestehe. Wegen der Inhomogenität dieser "Mischgruppe" könne die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis nicht bei 40 % angesetzt werden. Die Gewichtung des Beklagten bei der Bildung des Vergleichswertes ruhe auf einer äußerst pauschalierenden Betrachtung, welche unterstelle, dass innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft jeder tätige Zahnarzt bzw. MKG-Chirurg denselben Leistungsanteil besitze. Genau diese Vermutung treffe aber nicht zu. Im KCH-Bereich betrage der Umsatzanteil des MKG-Chirurgen 48,78 % bis 55,70 %. Zur sachgerechten Berechnung des Vergleichsfallwertes bedürfe es eines Verhältnisses des MKG-Fallwertes zu dem Fallwert der Allgemeinzahnärzte von 1: 1. Alternativ müsse diese atypische Struktur zumindest im Rahmen der Bestimmung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis stärker berücksichtigt werden. Sie habe in den Anhörungen vor den Prüfgremien auf die Besonderheit der überdurchschnittlichen Behandlung von Heimpatienten hingewiesen und den dadurch entstehenden Mehraufwand im Einzelfall dargelegt. Die Prüfgremien hätten nicht darüber informiert, dass neben den Prüfgesprächen weitere Darlegungen zu Praxisbesonderheiten erforderlich seien. Sie übersende eine Statistik für die Quartale I bis IV/08, aus welcher Sicht die durch die überdurchschnittliche Betreuung von Heimbewohnern und die damit erforderlichen Besuche, Wegegeldern nach Behandlungen entstehenden Mehrleistungen ergäben. Diese aus Praxisbesonderheiten beruhenden Mehrleistungen beliefen sich im Jahre 2008 auf insgesamt 69.000,00 Euro. Zur ausreichenden Darlegung dieser Praxisbesonderheit übersende sie ferner die jeweiligen Karteikarten der unter die Praxisbesonderheit "Heimpatienten" fallenden Patienten für die Quartale I bis IV/08. Hierin werde für jeden relevanten Patienten dargelegt, in welchem Umfang die sich aus den Praxisbesonderheiten ergebenden Mehrleistungen für Besuche, Wegegeldern Nachsorge angefallen seien. Anders als andere kieferchirurgische Praxen nehme sie Komplexsanierungen mit umfangreichen konservierenden endodontischen und chirurgischen Leistungen vor, welche in aller Regel in mehrstündiger Narkose durchgeführt würden. Es handele sich um Patienten mit dringend sanierungsbedürftigen, fast vollständig zerstörten Gebiss mit mehr als 10 behandlungsbedürftigen Zähnen. Diese würden oftmals von der Universitäts-Zahnklinik in A-Stadt ausdrücklich für diese Behandlung

überwiesen. Sie übersende einen weiteren Anlagenkonvolut mit Karteikarten der insoweit relevanten Patienten, aus welchen sich die durchgeführten Komplexbehandlungen sowie die hier durch pro Fall erforderlich geworden und überdurchschnittlich Behandlungskosten ergäben. Die aufaddierten Leistungsabrechnungen dieser Fälle ergäben einen auf diese Praxisbesonderheit entfallenden Gesamtumsatzanteil von 124.336,45 Euro.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid vom 26.03.2013 aufzuheben, hilfsweise den Beklagten zu verurteilen, die Klägerin und die Beigeladenen zu 2) bis 7) über ihren Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

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

Der Beklagte trägt vor, er mache sich die Ausführungen der beiden Gerichtsinstanzen in den Beschlüssen im einstweiligen Anordnungsverfahren zu eigen. Verfahrensgegenstand sei nur sein Beschluss. Seine Gewichtung der Statistiken sei gebilligt worden, ebenso die Grenzziehung zum Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Auch hinsichtlich der PAR-Behandlungen sei eine Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt. Die Praxisbesonderheiten seien weiterhin völlig unsubstantiiert.

Die übrigen Beigeladenen haben sich zur Sache schriftsätzlich nicht geäußert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 22.04.2013 die Beiladung ausgesprochen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte 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).

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

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid vom 26.03.2013 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung. Die Klage war daher im Haupt- und Hilfsantrag 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-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 (Zufälligkeitsprüfung), 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).

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

Der Beklagte war zuständig für die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Insbesondere sind keine Gründe ersichtlich, weshalb die Sache zunächst an die Beigeladene zu 1) zur sachlich-rechnerischen Berichtigung abgegeben hätte werden müssen.

Nach § 75 Abs. 1 SGB V haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach § 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertrags(zahn)ärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertrags(zahn)ärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertrags(zahn)ärzte fest; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten (§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V). Es obliegt deshalb nach § 19 BMV-Z der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.1995 - 6 RKa 30/94 - SozR 3-5525 § 32 Nr. 1 = NZS 1996, 134 = Breith 1996, 280 = USK 95120, juris Rdnr. 12; BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 19/03 R - SozR 4-2500 § 87 Nr. 5, juris Rdnr. 15; BSG, Urt. v. 30.06.2004 - B 6 KA 34/03 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 11 = BSGE 93, 69 = SGb 2004, 474 = GesR 2004, 522 = MedR 2005, 52 = NZS 2005, 549, juris Rdnr. 17) bzw. § 12 Abs. 1 Satz 1 EKV-Z (vgl. BSG, Urt. v. 13.05.1998 - B 6 KA 34/97 R - SozR 3-5555 § 10 Nr. 1 = USK 98155, juris Rdnr. 13; BSG, Urt. v. 28.04.2004 - B 6 KA 19/03 R - aaO.; BSG, Urt. v. 30.06.2004 - B 6 KA 34/03 R - aaO.).

Bei den Honorarkürzungen handelt sich aber auch der Sache nach nicht um sachlich-rechnerische Berichtigungen.

Während die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V bei der Menge der erbrachten Leistungen ansetzt, erstreckt sich die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - also ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind. Solche Verstöße können zum Beispiel darin liegen, dass die Leistungen überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden sind (vgl. BSG, Urt. v. 01.07.1998 - B 6 KA 48/97 R - BSG SozR 3-2500 § 75 Nr. 10 S 43 = Breith 1999, 659 = USK 98163, juris Rdnr. 15 m. w. N.). Eine K(Z)V darf im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung vom Arzt in Ansatz gebrachte Leistungen in vollem Umfang streichen, wenn deren Voraussetzungen erweislich nicht vorliegen oder ihr Vorliegen sich im Einzelfall nicht nachweisen lässt. Diese Berechtigung besteht unabhängig davon, ob die Nichterfüllung der Leistungslegende nur in Einzelfällen oder in vielen Fällen im Streit ist. Während bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung allein an die Menge ärztlicher oder ärztlich veranlasster Leistungen angeknüpft wird, die in grundsätzlicher Übereinstimmung mit den gesetzlichen und/oder vertraglichen Bestimmungen erbracht worden sind, bezieht sich die Prüfung der Abrechnung seitens der KV auf Rechenfehler und die Einhaltung der tatbestandlich umschriebenen Voraussetzungen einer Position der Gebührenordnung und der sie flankierenden Regelungen. Dieses bedingt bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Zurückführung der überhöht erbrachten Leistungen ggf. auf Durchschnittswerte, während für nicht in Einklang mit den Vergütungsnormen erbrachte Leistungen unabhängig von ihrer Menge - kein Vergütungsanspruch besteht. Ergeben sich in einzelnen Behandlungsfällen begründete Zweifel daran, dass der Tatbestand einer Gebührenordnungsposition erfüllt ist, weil der abrechnende Vertragsarzt den Inhalt der Leistungslegende verkannt hat, obliegt es auch dem betroffenen Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche Angaben mitzuwirken. Da ihn als Anspruchssteller grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch trifft, liegt eine derartige Mitwirkung in seinem eigenen Interesse. Den KVen ist es nicht untersagt, anhand von Einzelfällen zu prüfen, worauf etwa ein als implausibel bewerteter Anstieg der Ansatzhäufigkeit einer bestimmten EBM-Ä-Position beruht und darauf ggf. mit einer Korrektur der Abrechnung zu reagieren (vgl. BSG, Beschl. v. 06.09.2000 - B 6 KA 17/00 B - juris Rdnr. 8).

Der Beklagte setzt im Rahmen eines statistischen Kostenvergleichs bei der Menge der abgerechneten Leistungen an. Soweit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung Zweifel bestehen, ob die Leistungen vollständig erbracht worden sind oder die Voraussetzungen der Leistungslegende verkannt wurden, können die Prüfgremien von einer vollständigen Leistungserbringung ausgehen. Insofern besteht kein sachlogischer Vorrang einer sachlich-rechnerischen Berichtigung. Maßgeblich ist allein das prüfmethodische Vorgehen. Von daher ist es auch unerheblich, dass in den Vorquartalen z. T. die Beigeladene zu 1) sachlich-rechnerische Berichtigungen vorgenommen hat, über die die Kammer bereits mehrfach entschieden hat und worüber nunmehr Berufungsverfahren anhängig sind.

Der Nachweis der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise scheitert nicht daran, dass der Mehraufwand bei den umstrittenen Leistungen möglicherweise zu einem Teil durch Gebührenfehlansätze verursacht worden ist. Ob und in welchem Umfang solche Fehlabrechnungen vorgekommen sind, kann im Nachhinein nicht oder nur mit unzumutbarem Aufwand festgestellt werden. Anders als in den Fällen der Unvereinbarkeit bestimmter Gebührenansätze oder anderer formaler Abrechnungshindernisse, in denen die Fehlabrechnung erkennbar ist und im Wege der Richtigstellung korrigiert werden kann, lässt sich die Frage, ob der Arzt in einem konkreten Behandlungsfall die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht oder nur eine geringer bewertete Leistung überhöht abgerechnet hat, anhand der Behandlungsausweise nicht beantworten. Eine nachträgliche Befragung des Arztes und des behandelten Patienten scheidet wegen der großen Zahl der Behandlungsfälle und der gleichwohl verbleibenden Ungewissheit aus. Für derartige Nachforschungen besteht auch kein Anlass, weil es der Arzt in der Hand hat, durch sorgfältige Lektüre der Gebührenordnung und gegebenenfalls Rückfrage bei seiner Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung fehlerhafte Honoraransätze zu vermeiden. Die Prüfungseinrichtungen dürfen deshalb bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung davon ausgehen, dass der Kassenarzt die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht hat, und diese Leistungen ihrer Beurteilung zugrunde legen (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.1992 – 6 RKa 3/92 - BSGE 71, 194 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 15 = USK 92203, juris Rdnr. 23 f.; Urt. v. 09.03.1994 - 6 RKa 18/92 - SozR 3-2500 § 106 Nr. 23 = BSGE 74, 70 = MedR 1995, 245 = SGb 1995, 301 = NJW 1995, 2435, juris Rdnr. 23).

Eine Verletzung rechtlichen Gehörs durch den Beklagten liegt nicht vor. Die Ablehnung des Antrags auf Nachreichung weiterer Dokumentationen ist nicht rechtswidrig. Der Beklagte hatte die Klägerin bereits mit der Ladung vom 05.07.2012, ihrem Prozessbevollmächtigten am 09.07.2012 zugegangen, aufgefordert, die Behandlungsunterlagen vorzulegen. Für eine Nachreichung, die noch in der Verhandlung vor dem Beklagten hätte erfolgen können, hatte die Klägerin damit annähernd vier Monate Zeit. Besondere Gründe, weshalb der eingeräumte Zeitraum zu kurz bemessen sein sollte, hat die Klägerin nicht vorgetragen. Von daher scheidet die Verletzung rechtlichen Gehörs aus.

Der Klägerin musste nicht die Prüfmethode mitgeteilt werden, da weder Gesetz noch Prüfvereinbarung hierzu verpflichten. Im Übrigen hatte bereits die Prüfungsstelle nach der im Wesentlichen gleichen Methode die Prüfung vorgenommen und hatten die widerspruchsführenden Verbände der Krankenkassen die Bildung des Vergleichswerts als zu hoch beanstandet. Von daher war der Klägerin das methodische Vorgehen auch bekannt.

Der Beklagte hat die Absetzungsfrist für den Bescheid von fünf Monaten eingehalten. Der Bescheid ist bei dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin bereits am 02.04.2013 eingegangen, also noch vor Ablauf der Fünfmonatsfrist seit Beschlussfassung am 08.11.2012. Maßgeblich ist der Zugang im Büro des Prozessbevollmächtigten und nicht dessen Anwesenheit. Der Beklagte hat eine dienstliche Erklärung des Leiters der gemeinsamen Prüfungsstelle vorgelegt, wonach das Büro des Prozessbevollmächtigten der Klägerin ihm am 02.04.2013 bestätigt hat, der Bescheid sei am selben Tag eingegangen. Zweifel an der Richtigkeit dieser Erklärung bestehen nicht. Von daher kann auch dahinstehen, sollte die Dienstanweisung des Prozessbevollmächtigten der Klägerin so wie geschildert bestehen mit der Folge, dass andere Daten als die tatsächlichen auf den Empfangsbekenntnissen angegeben werden – hierfür spricht der Vortrag des Prozessbevollmächtigten, er habe den Bescheid wegen des Osterurlaubs erst am 12.04.2013 als zugestellt entnehmen können -,ob dies mit den Berufspflichten eines Rechtsanwalts in Einklang steht.

Ein Prüfantrag musste nicht zur Kenntnis gebracht werden, da es sich bei der von dem Beklagten vorgenommenen Prüfung um eine Auffälligkeitsprüfung handelte. Der ergänzend zur Prüfvereinbarung abgeschlossene Errichtungsvertrag (im Folgenden: EV) regelt im Einzelnen dieses Verfahren (§ 6 Abs. 1 bis 5 EV) und sieht grundsätzlich eine Anhörung vor (§ 4 Abs. 6 Satz 1 EV), die stattgefunden hat.

Der Bescheid des Beklagten ist ausweislich des in der Verwaltungsakte befindlichen Originals vom Vorsitzenden des Beklagten unterschrieben worden. Die von der Klägerin vorgelegte Kopie zeigt einen Ausfertigungsvermerk und stimmt offensichtlich mit dem Original überein. Von daher kann dahinstehen, ob bei einem Fehlen der Unterschrift diese nicht nachgeholt werden könnte.

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

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 Prüfgremien 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 Beklagte konnte einen statistischen Kostenvergleich auf der Grundlage der von ihm herangezogenen Abrechnungsstatistiken vornehmen. Der Beklagte hat dabei hinreichend berücksichtigt, dass ein Mitglied der Klägerin zugleich als Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Insofern ist die Konstellation der Klägerin vergleichbar mit fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen (vgl. hierzu LSG Bayern, Urt. v. 04.02.2009 - L 12 KA 27/08 - www.sozialgerichtsbarkeit.de). Die unterschiedliche Ausrichtung der Mitglieder der Klägerin hat der Beklagte durch Heranziehung Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung in Hessen einerseits und aller zugelassenen Vertragszahnärzte andererseits berücksichtigt. Der Beklagte hat festgestellt, dass die vergleichenden Statistiken zeigten, dass die Klägerin einen erhöhten Anteil an chirurgischen Leistungen erbringe; allerdings belegten die Statistik und die weiteren verfahrensgegenständlichen Unterlagen auch, dass in hohem Maße allgemeinzahnärztliche Leistungen wie konservierende, prothetische und parodontologische Behandlungen durchgeführt würden. Dem ist die Klägerin nicht substantiiert entgegengetreten. Von daher ist die Zuordnung der Mitglieder im Verhältnis 3:1, also entsprechend ihrer Qualifikation, nicht zu beanstanden.

Dabei ist es sachgerecht, dass der Beklagte für das zugleich als Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zugelassene Mitglied der Klägerin als Vergleichsgruppe bei der sog. statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung die in Hessen vertragszahnärztlich abrechnenden MKG-Chirurgen herangezogen hat (vgl. BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 54 = Breith 2002, 504-510 = USK 2001-180, juris Rdnr. 20). Dabei geht die Kammer davon aus, dass MKG-Chirurgen, soweit sie auch vertragärztlich abrechnen können, dies nicht mehr im selben Behandlungsfall tun, da allgemein bekannt ist, dass dies unzulässig ist (vgl. BSG; Urt. v. 08.05.1996 - 6 RKa 45/95 - SozR 3-2500 § 106 Nr. 36 = USK 96104, juris Rdnr. 21). Soweit das Bundessozialgericht verlangt hat, dass im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung vertragszahnärztlicher Prüfgremien im Regelfall auch die vertragsärztlichen Abrechnungswerte einzubeziehen sind, hat es weiter ausgeführt, allgemeine Aussagen, in welcher Weise und in welchem Ausmaß diese zu berücksichtigen sind sowie ob sie in besonders gelagerten Fällen außer Betracht bleiben können, ließen sich kaum treffen (vgl. BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R – a.a.O. Rdnr. 22). Der Beklagte geht ferner davon aus, dass keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sich das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise der Klägerin von der Typik der MKG-Chirurgen oder der Vertragszahnärzte in Hessen wesentlich unterscheiden. Insofern wäre es Sache der Klägerin gewesen, bereits im Verwaltungsverfahren entsprechend vorzutragen. Von daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass atypisch Behandlungsfälle auf dem Gebiet der MKG-Chirurgie vertragszahnärztlich abgerechnet werden.

Das LSG Hessen hat in seinem Beschluss vom 08.08.2013 - L 4 KA 29/13 B ER - nochmals betont, dass die Bildung der Vergleichsgruppe unter Maßgabe der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht zu beanstanden ist. Die Bildung der Vergleichsgruppe unter Beachtung der Ausrichtung der Mitglieder der Klägerin durch Heranziehung der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung in Hessen einerseits und aller zugelassenen Vertragszahnärzte andererseits im Verhältnis 1:3 sei damit folgerichtig und im Rahmen des Beurteilungsspielraums.

Soweit die Klägerin im Klageverfahren auf eine unterschiedliche Gewichtung des Abrechnungsumfangs innerhalb der Gemeinschaftspraxis hinweist, fehlt es hierfür bereits an einem Nachweis. Die Begründung dieser unterschiedlichen Gewichtung aufgrund der Tätigkeit an zwei Standorten war der Kammer nicht nachvollziehbar. Maßgeblich kommt es aber hinsichtlich der Gewichtung auf den Umfang der Behandlungsfälle an. Soweit aus den Fallwerten unterschiedliche Umsätze resultieren sollten, kann dies ursächlich auf Unwirtschaftlichkeiten oder Praxisbesonderheiten beruhen. Von möglicherweise unterschiedlichen Umsatzzahlen kann daher nicht auf die maßgebliche Gewichtung geschlossen werden. Ihre Berücksichtigung erfolgt im Rahmen der Prüfung von anzuerkennenden Praxisbesonderheiten.

Gleichfalls hat die Klägerin keine Praxisbesonderheiten vorgetragen, die Anlass zu einer anderen Gewichtung und/oder der Anerkennung von Praxisbesonderheiten hätten führen müssen.

Praxisbesonderheiten sind grundsätzlich im Verwaltungsverfahren vorzutragen. Das Bundessozialgericht hat zuletzt im Beschluss v. 27.06.2012 - B 6 KA 78/11 B - juris Rdnr. 11 darauf hingewiesen, es habe sich bereits mehrfach mit dem Gebot befasst, Wesentliches bereits im Verfahren vor den Prüfgremien vortragen zu müssen (unter Hinweis auf BSG v. 15.11.1995 - 6 RKa 58/94 - SozR 3-1300 § 16 Nr. 1 = USK 95137 S. 738, insoweit in SozR 3-1300 § 16 Nr. 1 nicht abgedruckt; v. 08.05.1985 - 6 RKa 24/83 - USK 85190 S. 1015 f.; v. 11.12.1985 - 6 RKa 30/84 - BSGE 59, 211, 215 = SozR 2200 § 368n Nr. 40 S. 133; v. 20.09.1988 - 6 RKa 22/87 - SozR 2200 § 368n Nr. 57 S. 198; ebenso auch das erst nach Vorlage der Beschwerdebegründung schriftlich abgesetzte Urt. des BSG v. 21.03.2012 - B 6 KA 17/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 35, Rn. 40 ff.; vgl. auch BSG v. 27.06.2012 - B 6 KA 78/11 B - Rn. 8). Lediglich Einwände, die das Prüfverfahren selbst oder Aspekte betreffen, die auf der Basis der im Prüfverfahren vorliegenden Unterlagen so offenkundig sind, dass die Prüfgremien dem schon von Amts wegen nachgehen müssen, kann ein Vertragsarzt auch noch nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens geltend machen (vgl. BSG, Urt. v. 21.03.2012 - B 6 KA 17/11 - SozR 4-2500 § 106 Nr. 3 = USK 2012-32, juris Rdnr. 43). Dabei obliegt die Darlegungs- und Feststellungslast für besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende atypische Umstände wie Praxisbesonderheiten und kompensierende Einsparungen dem Arzt. Die Prüfgremien sind allerdings zu Ermittlungen von Amts wegen hinsichtlich solcher Umstände verpflichtet, die typischerweise innerhalb der Fachgruppe unterschiedlich und daher augenfällig sind. Bei den erforderlichen Bewertungen haben die Prüfgremien einen Beurteilungsspielraum, sodass deren Einschätzungen von den Gerichten nur in begrenztem Umfang überprüft und ggf. beanstandet werden können (vgl. BSG v. 21.03.2012 - B 6 KA 17/11 R – a.a.O., juris Rdnr. 17 m.w.N.).

Im Widerspruchsvorbringen hat die Kläger sich wesentlich auf von ihr behauptete Verfahrensmängel beschränkt. Der Hinweis auf die Versorgung von Heimpatienten bleibt allgemein und zeigt nicht ansatzweise auf, weshalb gerade im hier streitgegenständlichen KCH-Bereich ein erhöhter Aufwand notwendig gewesen sein soll. Entsprechend ist ihr Vortrag im Antragsverfahren, der im Übrigen verspätet wäre. Es wäre Sache der Klägerin gewesen, bereits im Verwaltungsverfahren hier im Einzelnen die Zahl der Behandlungsfälle unter Nennung der Patientennamen und den Behandlungsumfangs und den Versorgungsbedarf darzulegen. Allein aus einer – auch erheblichen Mehrabrechnung – der Besuchsziffern folgt gleichfalls keine Offenkundigkeit der Besuchsleistungen. Die Klägerin hat nicht dargelegt oder gar durch ihre Dokumentation belegt, aus welchem Grund Besuchsleistungen angefordert wurden. Auch betreffen die Ziffern 7500 und 7510 BEMA nicht ausschließlich Besuche in Altenheimen. Insbesondere folgt aber auch aus Besuchsleistungen in Altenheimen nicht, dass ein besonderer Behandlungsbedarf besteht. Insofern besteht im zahnärztlichen Bereich nicht der Erfahrungssatz, dass Bewohner eines Altenheims einen erhöhten Behandlungsbedarf hinsichtlich KCH-Leistungen haben.

Das LSG Hessen hat in seinem Beschluss vom 08.08.2013 - L 4 KA 29/13 B ER - hat ebf. darauf hingewiesen, dass der Vortrag der Klägerin, ein erhöhter Behandlungsbedarf entstehe durch die Versorgung von Heimpatienten, die üblicherweise zahnärztlich überhaupt nicht versorgt worden seien, hierfür kein ausreichend substantiierter Vortrag ist. Die Klägerin trifft hinsichtlich dieser Einwendung die Darlegungslast. Die zumutbaren Ermittlungsmöglichkeiten des Beklagten im Rahmen der Amtsermittlungspflicht enden dort, wo Tatsachen beurteilungsrelevant werden, die mit den nicht von außen erkennbaren individuellen Praxisgegebenheiten des Arztes zusammenhängen. Alle bedeutsamen Umstände des Praxisbetriebes und die Zusammensetzung der Patientenschaft müssen vom Arzt vorgetragen werden. Behauptungen reichen dafür nicht aus. Die Prüforgane müssen nicht in die Praxis hinein ermitteln. Die Mitwirkungspflicht des Vertragszahnarztes ist gerichtet auf die umfassende Darlegung aller internen Umstände nebst deren vollständiger Verifizierung. Denn ebenso wie im privaten Geschäftsverkehr eine Rechnung ausreichend spezifiziert sein muss, ist auch der Vertragsarzt verpflichtet, seine Honorarforderung für die vertragsärztliche Tätigkeit, insbesondere einen außergewöhnlichen Mehraufwand zu begründen und zu belegen (BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 45/02 R -; LSG Hessen, Beschl. v. 09.01.2012 - L 4 KA 45/09 -). Im vorliegenden Fall fehlt es nach dem LSG an einer Verifizierung des pauschalen Vortrags vollständig (vgl. Beschlussumdruck S. 22 f.).

Insofern vermag auch die Behauptung der Klägerin im Gerichtsverfahren, sie habe während der Anhörung ausreichend auf die Praxisbesonderheit der Versorgung von Heimbewohner hingewiesen, eine Substantiierung nicht nachzuweisen. Zur Substantiierungspflicht gehört auch die quartalsbezogene Darlegung des Umfangs der Praxisbesonderheit, der Hinweis auf einzelne Fälle reicht hierfür nicht aus. Dies gilt auch für den Vortrag der Vornahme von Komplexsanierungen. Damit wird letztlich vorgetragen, besonders teure Fälle zu haben, ohne dies näher zu begründen.

Soweit im Klageverfahren hierzu mit Schriftsatz des Prozessbevollmächtigten vom 07.11.2013 bzgl. der Heimpatienten zwei Aktenordner (Anlagenkonvolut 3) und bzgl. der Komplexsanierungen ein weiterer Aktenordner (Anlagenkonvolut 4) vorgelegt wurden, ist der Vortrag verspätet und waren die Unterlagen vom Gericht nicht mehr zu berücksichtigen. Im Übrigen handelt es sich bei den Unterlagen nicht um Karteikarten, in denen neben Diagnose, Befundung etc. der Behandlungsverlauf dokumentiert wird, sondern um bloße Abrechnungsscheine, die das Datum der Leistungserbringung und die Leistungsnr. mit der Leistungslegende sowie den Abrechnungsbereich angeben. Diese Unterlagen sind aber bereits mit der Abrechnung abzugeben und sind nicht geeignet, gerade die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit einer Leistung zu belegen.

Der Beklagte hat hinreichend bestimmt die Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses im Rahmen der statistischen Prüfung mit "um 40 %" festgesetzt. Dies entspricht der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.

Ein Anspruch auf die Durchführung einer repräsentativen Einzelfallprüfung besteht nicht.

Nach der maßgeblichen, seit 2008 geltenden Prüfvereinbarung (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 (§ 6 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 (§ 6 Abs. 2 PV). Daneben sieht § 5 Abs. 3 PV für die Verfahrenseinleitung weiterhin ausdrücklich die Auffälligkeitsprüfung vor. Der ergänzend abgeschlossene Errichtungsvertrag (im Folgenden: EV) sieht entsprechend die Auffälligkeitsprüfung weiterhin vor (§ 4 EV). Eine Vorrangigkeit der repräsentativen Einzelfallprüfung besteht nicht. Der seitens der Klägerin angeführte § 3 Abs. 6 EV bezieht sich ausschließlich auf die Zufälligkeitsprüfung nach § 3 EV. Im Übrigen weist der Beklagte zutreffend auf § 4 Abs. 7 EV hin, wonach für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit pauschale Honorarkürzungen zulässig sind. Dies ist bei der Klägerin der Fall. Der Beklagte hat bereits eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in 128 Parodontose-Behandlungsfällen im Zeitraum Juli 2007 bis Juni 2008 in Höhe von insgesamt 41.075,37 EUR festgesetzt. Die hiergegen erhobene Klage hat die Kammer abgewiesen (Urt. v. 21.11.2012 - S 12 KA 8/12 -). Über das zum Az.: L 4 KA anhängige Berufungsverfahren hat das LSG Hessen noch nicht entschieden. Hierauf bzw. auf die Bestandskraft einer Honorarkürzung kommt es aber nicht an, da hierauf § 4 Abs. 7 EV nicht abstellt. Dies würde auch der Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes nicht gerecht werden.

Der Beklagte hat die Kürzung nachvollziehbar berechnet. Hierzu hat bereits das LSG Hessen in seinem Beschluss vom 08.08.2013 - L 4 KA 29/13 B ER - darauf hingewiesen, dass Ermessensfehler bei der Festsetzung der Kürzung nicht festzustellen sind und dass eine pauschale Honorarkürzung auch eine zulässige Rechtsfolge der Wirtschaftlichkeitsprüfung war. Für eine "wiederholte" Feststellung ist die wiederholte Feststellung der Unwirtschaftlichkeit durch die Prüfgremien ausreichend. Auf die fehlende Rechtskraft der Entscheidung kommt es nicht an.

Die Absetzungen im Bereich der Parodontopathien sind nicht zu beanstanden.

Der Beklagte war hierfür ebf. im Rahmen der Aufgabenzuweisung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zuständig.

Bei den Parodontose-Richtlinien handelt es sich aber nicht um eine Konkretisierung der Leistungslegende zur Abrechnung von Parodontose-Behandlungen oder um eine Vorgabe zur Leistungserbringung. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, konkretisieren die Parodontose-Richtlinien das Wirtschaftlichkeitsgebot. Bei den Parodontose-Richtlinien handelt es sich nicht um eine Regelung der Abrechenbarkeit, über deren Einhaltung im Interesse einer ausreichenden Gewährleistung der Therapiefreiheit kein paritätisch besetztes Organ, sondern nur die KZV allein entscheiden darf. Die Verbindlichkeit von Richtlinien, die das Wirtschaftlichkeitsgebot konkretisieren, beruht darauf, dass sie Erfahrungssätze wiedergeben. Im Regelfall ist von den Richtlinien auszugehen. Der Kassen(zahn)arzt kann aber darlegen, dass im Einzelfall ein Abweichen wirtschaftlich war, oder dass der zugrundeliegende Erfahrungssatz nicht dem gegenwärtigen Erkenntnisstand entspricht. Der Charakter von Richtlinien zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots trägt damit der Therapiefreiheit weitergehend Rechnung als eine strikte Regelung der Abrechenbarkeit. Die Zuordnung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung wird auch nicht - wie die Beklagte geltend macht - durch die der systematischen Parodontosebehandlung vorausgehende Genehmigung des Parodontalstatus durch die Krankenkasse ausgeschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 05.08.1992 - 14a/6 RKa 17/90 - SozR 3-2500 § 106 Nr. 12, juris Rdnr. 34 ff.; BSG, Urt. v. 16.06.1993 - 14a RKa 4/92 - SozR 3-2500 § 106 Nr. 18 juris Rdnr. 19).

Von daher geht die Kammer davon aus, dass es sich sachlich um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung handelte, für die die Prüfgremien zuständig sind (ausdrücklich auch für den Ersatzkassenbereich s. SG Marburg, Urt. v. 22.02.2012 - S 12 KA 9/11 - juris, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 19/12 -).

Die Absetzungen im Bereich der Parodontopathien sind auch sachlich nicht zu beanstanden.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, entfällt die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Parodontose-Behandlung nicht deshalb, weil die jeweilige Krankenkasse die Behandlung genehmigt hat. Soweit ein Verstoß gegen die Parodontose-Richtlinien vorliegt, verkürzt sich sowohl die Aufklärungs- und Beweispflicht des Beklagten als auch der Gerichte. Es braucht dann nicht in jedem Einzelfall bewiesen zu werden, dass die Behandlungsweise des Vertragszahnarztes unwirtschaftlich war. Die Prüfgremien sind dann insbesondere nicht verpflichtet, in jedem Einzelfall zahnärztliche Nachuntersuchungen durchzuführen. Gerade wegen der Schwierigkeit, im Nachhinein die Wirtschaftlichkeit der Parodontose-Behandlung festzustellen, haben die Vertragspartner die Einhaltung eines bestimmten Verfahrens mit einer Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse vereinbart. Die strikte Einhaltung dieses Verfahrens bietet die größte Sicherheit vor unwirtschaftlichen Behandlungen, die im Hinblick auf den hohen Kostenaufwand bei Parodontose-Behandlungen im besonderen Maße vermieden werden müssen. Der Arzt ist grundsätzlich an die Richtlinien gebunden. Das hindert ihn nicht einzuwenden, dass die Richtlinien ganz oder teilweise dem Gesetz widersprechen, dem gegenwärtigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr entsprechen oder ein Ausnahmefall vorgelegen hat, der ein Abweichen von den Richtlinien rechtfertigt (so BSG, Urt. v. 16.06.1993 - 14a RKa 4/92 - SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 18 = SozSich 1994, 230 = USK 93122, hier zitiert nach juris, Rdnr. 19 und 25). Bei den erforderlichen Bewertungen haben die Prüfgremien einen Beurteilungsspielraum, sodass deren Einschätzungen von den Gerichten nur in begrenztem Umfang überprüft und ggf. beanstandet werden können (vgl. BSG, Urt. v. 21.03.2012 - B 6 KA 18/11 - 4-1500 § 86a Nr. 2, juris Rdnr. 18 m.w.N.).

Bei Zugrundelegung dieser Anforderungen und Maßstäbe erweist sich die angefochtene Honorarkürzung als rechtmäßig, denn die Klägerin hat in den 25 zur Prüfung gestellten Fällen gegen die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vom 7. Dezember 1962 (zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 24. Juli 1998, BAnz. Nr. 177) verstoßen. Diese Verstöße rechtfertigen die Annahme der Unwirtschaftlichkeit und die von dem Beklagten festgesetzte Honorarkürzung.

Der Beklagte verweist in zulässiger Weise auf die Begründung der Prüfungsstelle, die angesichts der unzureichenden Dokumentation eine ordnungsgemäße Vorbehandlung sowie im weiteren Sinne eine ordnungsgemäße Beachtung der PAR-Behandlungsrichtlinien insgesamt nicht nachvollziehen konnte und die Absetzungen in den Behandlungsfällen im Einzelnen begründet hat. In den beiden weiteren Fällen hat der Beklagte eine ergänzende Begründung vorgenommen.

Die Klägerin hat sich weder im Verwaltungsverfahren noch Gerichtsverfahren zu den Einzelabsetzungen schriftlich geäußert. Hinsichtlich der von dem Beklagten festgestellten Dokumentationsmängel hat die Kammer bereits im die Beteiligten betreffenden Urteil vom 21.11.2012 - S 12 KA 8/12 -, Berufung bei dem LSG Hessen unter Az.: L 4 KA 64/12 auf die rechtlichen Rahmenbedingen hingewiesen und dargelegt, dass die Klägerin ihre Dokumentation so zu führen hat, dass die erbrachten Leistungen für einen Zahnarzt nachvollziehbar sind. Aus ihnen muss auch die Einhaltung der Behandlungsrichtlinie hervorgehen. Das bloße Verzeichnen der Leistungskürzel reicht als Dokumentation nicht aus. Maßgeblich kann als Dokumentation auch nur gewertet werden, was zeitnah erstellt und was den Prüfgremien vorgelegt wurde. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit der Dokumentation nur gelten kann, wenn und soweit sie zeitnah erstellt wird; soweit dies nicht der Fall ist, nimmt die Dokumentation an der Indizwirkung ihrer Richtigkeit, insb, dass die dokumentierten Leistungen auch erbracht wurden, nicht teil. Werden andere Unterlagen später erstellt, hat der Arzt nachzuweisen, dass sie zeitnah erstellt wurden (vgl. KG Berlin, Urt. v. 10.01.2013 - 20 U 225/10 – juris Rdnr. 8 ff.). Von daher kommt es auch nicht auf die mündlichen Erklärungen der Mitglieder der Klägerin vor den Prüfgremien an, soweit es bereits an der schriftlichen Dokumentation fehlt. Solche Erklärungen können eine fehlende und unzureichende Dokumentation nicht ersetzten, sondern nur deren Inhalt erklären und erläutern.

Nicht zu beanstanden ist auch die Auffassung des Beklagten zur Vorbehandlung.

Nach den Richtlinien für die systematische Befunderhebung und Behandlung der Parodontopathien (Abschnitt V der Richtlinien des Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung) gehören zur Befunderhebung der Parodontalstatus, Röntgenaufnahmen und Kiefermodelle. Die Vorbehandlung geht der systematischen Behandlung voraus. Sie besteht in der Entfernung des Zahnsteins, der weichen Beläge und sonstiger Reizfaktoren sowie in der Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene. Zwei bis drei Wochen nach Abschluss der Vorbehandlung ist zu entscheiden, ob eine systematische PAR-Behandlung noch angezeigt ist. Dies ist in der Regel nicht der Fall, wenn die Mitarbeit des Patienten nicht ausreichend und deshalb ein Erfolg nicht zu erwarten ist oder nach dem Rückgang der entzündlichen Schwellung des Zahnfleisches nur noch Zahnfleischtaschen bis 2 mm und keine funktionellen Störungen bestehen (Nr. 21 der Richtlinien) (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 - S 12 KA 21/05 - juris).

Nach allem ist der angefochtene Beschluss des Beklagten rechtmäßig und nicht zu beanstanden und war die Klage im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Sprungrevision war zuzulassen, da eine höchstrichterliche Entscheidung zur Bildung der Vergleichsgruppe bei fachübergreifenden Gemeinschaftsgruppen nicht vorliegt und seit der letzten Entscheidung zu MKG-Chirurgen sich die tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen durch das klare Verbot der Doppelabrechnung eines einzelnen Behandlungsfalls geändert haben.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2014-01-16