

L 11 KA 52/07

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Münster (NRW)
Aktenzeichen
S 2 KA 19/06
Datum
23.07.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 52/07
Datum
12.08.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 23.07.2007 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen Kürzungen seines vertragszahnärztlichen Honorars für die Quartale I/2000 bis IV/2003 bezogen auf die Gebührennummern (Nr.) 8, 10, 12, 39 und 106 des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (Bema-Z) i.H.v. 26.309,13 EUR.

Der Kläger ist seit 1987 zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in N zugelassen.

Im Prüfzeitraum (I/2000 bis IV/2003) lagen die Fallzahlen der Praxis des Klägers um 44 % bis 65 % unter den Durchschnittsfallzahlen im Bereich der Beigeladenen zu 1). Die Fallkosten überschritten in diesem Zeitraum die maßgeblichen Durchschnittswerte um 7 bis 52 %. Bei der Nr. 8 Bema-Z beliefen sich die Überschreitungen der Durchschnittswerte auf 178,5 bis 507,2 %, bei der Nr. 10 Bema-Z auf - 51,3 bis 400 %, bei der Nr. 12 Bema-Z auf 9,9 bis 188,3 %, bei der Nr. 39 Bema-Z auf - 84,6 bis 8.825,0 % und bei der Nr. 106 Bema-Z auf - 67,6 bis 356,7 %. Die Nichtabrechnerquote lag bei den Nrn. 8, 10, 12 und 106 Bema-Z unter 1 % und bei der Nr. 39 Bema-Z bei 18 %. Pro 100 Behandlungsfälle wurden von dem Kläger 8,28, in der Durchschnittspraxis hingegen 1,35 PAR-Behandlungen durchgeführt. Die Zahl der ZE-Fälle pro 100 Behandlungsfälle lag bei 4, in der Durchschnittspraxis hingegen bei 14.

Die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Beklagten beantragten in den Jahren 2001/2002 die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Abrechnungen des Klägers für die Quartale I/2000 bis II/2002 gemäß [§ 106](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) im Wesentlichen mit der Begründung, bei den Nrn. 8, 10, 12, 39 und 106 Bema-Z sowie beim Gesamtfallwert lägen Überschreitungen vor (u.a. Schreiben vom 01.06.2001 für die Quartale I/2000 bis IV/2000, Schreiben vom 10.07.2001 für die Quartale I/2000 bis IV/2000, Schreiben vom 10.10.2001 für die Quartale II/2000 bis I/2001, Schreiben vom 26.10.2001 für die Quartale III/2000 bis II/2001, Schreiben vom 14.02.2002 für die Quartale IV/2000 bis III/2001, Schreiben vom 12.02.2002 für die Quartale IV/2000 bis III/2001, Schreiben vom 08.07.2002 für die Quartale I/2001 bis IV/2001, Schreiben vom 14.05.2002 für die Quartale I/2001 bis IV/2001, Schreiben vom 09.08.2002 für die Quartale II/2001 bis I/2002, Schreiben vom 23.10.2002 für die Quartale III/2001 bis II/2002). In den Jahren 2003/2004 stellten die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen weitere Prüfanträge hinsichtlich der Quartale III/2002 bis IV/2003 (u.a. Schreiben vom 26.02.2003 für die Quartale IV/2001 bis III/2002, Schreiben vom 07.05.2003 für die Quartale I/2002 bis IV/2002, Schreiben vom 24.09.2003 für die Quartale II/2002 bis I/2003, Schreiben vom 12.11.2003 für die Quartale III/2002 bis II/2003, Schreiben vom 13.07.2004 für die Quartale I/2003 bis IV/2003).

In seinen Stellungnahmen zu diesen Prüfanträgen wies der Kläger zu der Nr. 8 Bema-Z sinngemäß darauf hin, dass im Unterschied zur Durchschnittspraxis von ihm Zähne, die bei der Restauration das Kriterium einer CP erfüllten, longitudinal nachverfolgt würden. Die Sensibilitätsprüfung mittels thermischer Methoden stehe vor einer Röntgenreevaluation.

Die erhöhten Abrechnungswerte der Nr. 8 Bema-Z seien auf das fehlerhafte Unterlassen von Maßnahmen nach dieser Nr. in der Durchschnittspraxis zurückzuführen, so dass ein Vergleich nicht möglich sei. Im Übrigen sei die Nr. 8 Bema-Z Folgeleistung (Ansatz nach vorheriger CP-Behandlung), aber auch Nebenleistung (Ansatz vor Füllungstherapie, Überkronung etc.). Als Nebenleistung sei sie obligat bei der direkten Überkappung (Nr. 26), bei der indirekten Überkappung (Nr. 25), bei Vitalamputationen (Nr. 27), bei der Vitalexstirpation (Nr. 28), Trepanation (Nr. 31) und der Versorgung eines Zahnes mit einer Füllung oder mit einer Krone. Diese Leistungen seien zur Beurteilung heranzuziehen. Der häufigere Ansatz der Nr. 10 Bema-Z sei auf den höheren Anteil an RPP-Fällen zurückzuführen. Eine Vergleichbarkeit sei

nicht gegeben, da die Behandlung überempfindlicher Zahnflächen in den Vergleichspraxen überwiegend als Privatleistung abgerechnet werde. Die von ihm gewählte Behandlungsmethode führe zu kompensatorischen Einsparungen im Bereich des Zahnersatzes. Das Verhältnis zwischen den Leistungen nach der Nr. 12 Bema-Z und denen der Füllungstherapie sei wirtschaftlich und entspreche einer lege artis durchgeführten Behandlung. Durch die von ihm vorgenommene Behandlung würde eine längere Funktionszeit der Restaurationen erreicht. Bei der Füllfähigkeit sei zu berücksichtigen, dass diese in der herangezogenen Vergleichsgruppe nicht mehr vollständig als Sachleistung erfasst würde. Der höhere Ansatz bei einzelnen Leistungen sei auf den hohen Anteil an systematischen PAR-Behandlungen aufgrund von Überweisungen zurückzuführen. Außerdem habe er Interessenfelder für die PAR-Chirurgie, die endodontische Chirurgie und die Funktionstherapie. Dies führe zu einer Vielzahl von Zuweisungen. Die Nr. 39 Bema-Z müsse im Zusammenhang mit anderen Positionen der PAR-Nachsorge wie den Nrn. 107, 106, 105, 8 und 10 Bema-Z gesehen werden. In anderen Praxen würden Zahnreinigungen an das Hilfspersonal delegiert und ausnahmslos privat in Rechnung gestellt. Dies führe zu Verzerrungen der Statistik; deshalb sei diese entsprechend zu bereinigen. Der vermehrte Ansatz der Nr. 106 Bema-Z erkläre sich teilweise daraus, dass die Kontrollen und subtraktiven Maßnahmen am natürlichen Gebiss und Schienen alternativ über den Erfassungsschein abgerechnet würden. Nach seiner Schätzung sei dies bei 10 % bis 20 % der Leistungen der Fall.

Mit Beschluss vom 08.01.2003 kürzte der Prüfungsausschuss das Honorar des Klägers für die Quartale I/2000 bis II/2002 bei der Nr. 8 Bema-Z auf den allgemeinen Durchschnitt zuzüglich 250 %, bei den Nrn. 10 und 106 Bema-Z auf den allgemeinen Durchschnitt zuzüglich 200 % sowie bei der Nr. 39 Bema-Z auf den allgemeinen Durchschnitt zuzüglich 1500 %; den Erstattungsbetrag gab er mit 12.794,24 EUR an. Mit weiterem Beschluss vom 11.05.2005 kürzte der Prüfungsausschuss das Honorar des Klägers für die Quartale III/2002 bis IV/2003 insoweit, als der allgemeine Durchschnitt bei der Nr. 8 Bema-Z um mehr als 180 %, bei den Nrn. 10 und 106 Bema-Z um mehr als 200 % und bei der Nr. 12 Bema-Z um mehr als 100 % überschritten wurde. Den Erstattungsbetrag berechnete der Prüfungsausschuss mit 9.272,64 EUR.

Gegen die Beschlüsse des Prüfungsausschusses legten sowohl der Kläger als auch die Krankenkassen Beschwerde ein. Die Krankenkassen begründeten ihre Beschwerden im Wesentlichen damit, dass dem Kläger zu hohe Toleranzen belassen worden und dass auch weitere Gebührennummern auf Wirtschaftlichkeit zu prüfen seien. Zur Begründung seiner Beschwerde verwies der Kläger im Wesentlichen auf seine früheren Stellungnahmen. Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Beklagten trug er ergänzend vor, die Nr. 39 Bema-Z habe er nicht mehr abgerechnet, weil durch den Vorstand der Beigeladenen zu 1) auf zulassungsrechtliche Konsequenzen hingewiesen worden sei. Ab dem Quartal IV/2000 habe sich aufgrund neuer fachlicher Erkenntnisse die Abrechnung der Nr. 106 Bema-Z geändert. Bei PAR-Behandlungen würden Röntgenaufnahmen von Kollegen angefordert, so dass der eigene Aufwand gering sei. Es würden pro Quartal 10% bis 40% der PAR-Fälle zugewiesen, durchschnittlich schätzungsweise etwa 30% jährlich. Es gäbe kein regelmäßiges Recall, bei dem jeder PAR-Patient alle drei Monate einbestellt werde. Ca. 40 RPP-Fälle kämen regelmäßig zur Behandlung. Im Übrigen sei bis auf die Quartale III/2003 und IV/2003 die Frist von vier Jahren nicht eingehalten. Die Beschwerden seien auch nicht innerhalb von fünf Monaten verhandelt worden. Außerdem fehle es an der vorgeschriebenen Beratung. Darüber hinaus müsse eine Einzelfallprüfung erfolgen. Die statistische Prüfmethode sei nur angezeigt, wenn andere Prüfungsmöglichkeiten nicht in Betracht kämen. Die statistische Vergleichsprüfung müsse einer Einzelfallprüfung weichen, wenn - wie vorliegend - in jedem Einzelfall die Wirtschaftlichkeit der Behandlung nachgewiesen werden könne. Die Unterlagen dafür lege er vor.

Der Beklagte wies die Beschwerden des Klägers zurück; auf die Beschwerden der Krankenkassen kürzte er das Honorar des Klägers für die Quartale I/2000 bis IV/2003 bei der Nr. 8 Bema-Z auf den Durchschnitt zuzüglich 180 %, bei den Nrn. 10 und 106 Bema-Z auf den Durchschnitt zuzüglich 200 %, bei der Nr. 12 Bema-Z auf den Durchschnitt zuzüglich 100 % sowie bei der Nr. 39 Bema-Z auf den Durchschnitt zuzüglich 300 % und errechnete hieraus eine Erstattungsforderung in Höhe von 26.309,19 EUR (Beschluss vom 10.05.2006 / Bescheid vom 21.06.2006). Infolge der Kürzung reduzierten sich die Fallkostenwerte auf Abweichungen von - 2 % bis + 45 % der allgemeinen Durchschnittswerte. Zur Begründung seiner Entscheidung führte der Beklagte im Wesentlichen aus: Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Abrechnung des Klägers sei nach der Prüfmethode des statistischen Einzelleistungsvergleichs nach den von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen erfolgt. Er habe sowohl den Gesamtfallwert als auch medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte, insbesondere Praxisbesonderheiten und kausale kompensatorische Einsparungen, in die Prüfung einbezogen. Die Auffassung des Klägers eine Prüfung nach Durchschnittswerten könne nicht erfolgen, weil die im Rahmen des statistischen Vergleichs heranzuziehende Vergleichsgruppe nicht fach- und vertragsgerecht behandle oder die Leistungen unzutreffend privat abrechne, werde nicht geteilt. Von der Regelprüfmethode des statistischen Einzelleistungsvergleichs könne nur abgewichen werden, wenn sich die Prüfung im Einzelfall als nicht aussagekräftig oder nicht durchführbar erweise. Nach den Vorgaben des Bundessozialgerichts (BSG) sei eine Abweichung von der Regelprüfmethode nur dann möglich, wenn dafür plausible Gründe vorlägen; diese seien hier jedoch nicht erkennbar. Auch der Kläger habe die Unmöglichkeit einer Einzelfallprüfung eingeräumt. Die Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten sei schließlich auch zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des Ansatzes einzelner Leistungspositionen zulässig. Die maßgebliche Vergleichsgruppe der Zahnärzte in Westfalen-Lippe sei ausreichend groß und ausreichend homogen zusammengesetzt. Damit sei sichergestellt, dass die Regelprüfmethode beweistaugliche Ergebnisse liefere. Eine Verfristung sei nicht eingetreten. Ein Vertragszahnarzt müsse regelmäßig auch nach Erteilung des Honorarbescheides noch bis zum Ablauf von vier Jahren seit Ergehen dieses Bescheides mit Honorarkürzungsmaßnahmen in Folge einer Wirtschaftlichkeitsprüfung rechnen. Über die Quartale I/2000 bis II/2002 habe der Prüfungsausschuss am 08.01.2003 und über die Quartale III/2002 bis IV/2003 am 11.05.2005, also innerhalb von vier Jahren entschieden. § 14 Abs. 3 der Verfahrensordnung 1999 sehe zwar vor, dass über Beschwerden gegen Entscheidungen des Prüfungsausschusses innerhalb von fünf Monaten nach Eingang entschieden werden solle; es handele sich aber um eine Sollvorschrift, deren Verletzung nicht zur Rechtswidrigkeit der Entscheidung führe. Im Übrigen sei er - der Beklagte - wegen des hohen Verfahrensbestandes gehindert gewesen, innerhalb der Frist von fünf Monaten zu verhandeln. Einer Honorarkürzung müsse zumindest dann keine Beratung vorausgehen, wenn - wie vorliegend - die Überschreitungen des Vergleichsgruppenschnitts im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses lägen. Die Fallzahlen des Klägers lägen teilweise deutlich unter dem Durchschnitt, stünden aber einer statistischen Vergleichsprüfung nicht entgegen, da mehr als 20 % des Fallzahldurchschnitts der Vergleichsgruppe erreicht werde. Die Fallkosten seien überdurchschnittlich und lägen in dem von der Rechtsprechung festgelegten Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Im Bereich der systematischen PAR-Behandlungen bestehe ein Mehraufwand von etwa 20 PAR-Fällen je Quartal. Im Bereich der ZE-Abrechnung ergäben sich im Durchschnitt je Quartal 29 ZE-Fälle weniger. Praxisbesonderheiten seien nur solche Umstände, die aus der Praxisstruktur herrührten und nicht arztbezogen seien. Die Behauptung, besser, gründlicher und sorgfältiger als Fachkollegen ausgebildet zu sein oder zu arbeiten, stelle keine rechtserhebliche Praxisbesonderheit dar. Als Besonderheit habe der Kläger die Zahl von ca. 40 RPP-Patienten geltend gemacht, den sich hieraus ergebenden Mehraufwand habe er jedoch nicht näher dargelegt. Er habe nicht dargestellt, welche Maßnahmen in welchem Umfang gerade bei diesen Patienten zum Ansatz gelangten. Die Auswirkungen der Behandlung dieser Patienten könnten daher bei den einzelnen

Gebührenpositionen lediglich geschätzt werden. Leistungen nach den Nrn. 8, 10, 12 und 106 Bema-Z würden von fast allen Zahnärzten in Westfalen-Lippe abgerechnet. Da die Nichtabrechnerquote bei der Nr. 39 Bema-Z bei 18 % liege, seien bei der Prüfung dieser Leistung ergänzende Ermittlungen erfolgt. Die Fallkostenabweichungen würden schon deshalb zu Gunsten des Klägers beeinflusst, weil im Bereich der Füllungen mit - 14 bis - 57 % unterdurchschnittliche Abrechnungswerte vorlägen. Die unter dem allgemeinen Durchschnitt liegenden ZE-Behandlungen führten zu einem geringeren Aufwand bei den entsprechenden Begleitleistungen. Zudem sei von einer durchsanierten Stammklientel auszugehen; dies ergebe sich aus der hohen Zahnarztdichte im Zulassungsbereich des Klägers und der geringen Zahl von Füllungen. Bei der Nr. 8 Bema-Z (Überschreitung bis 507 %), die nach Auffassung des Klägers Folgeleistung bzw. Nebenleistung zu im Einzelnen vom ihm benannten Leistungen sei, ergebe sich, dass diese Leistungen weit unterdurchschnittlich abgerechnet würden, so dass dies die Überschreitung nicht erklären würde. Dem Mehraufwand von 3.146 Leistungen nach der Nr. 8 Bema-Z stünden Mehraufwendungen bei den Nrn. 25, 27 und 28 Bema-Z i.H.v. 347 Leistungen und Minderaufwendungen bei den Nrn. 26, 13a - d und 31 Bema-Z i.H.v. 953 Leistungen gegenüber, so dass sich die Überschreitung auch dadurch nicht erklären lasse. Unter Berücksichtigung des Mehraufwandes im PAR-Bereich (328 Fälle), des Minderaufwandes im ZE-Bereich (464 Fälle) und der geltend gemachten ca. 40 RPP-Fälle sowie unter Beachtung der Fallkostenabweichungen sei das Maß der Unwirtschaftlichkeit auf den Bereich zu schätzen, der den allgemeinen Durchschnitt um mehr als 180 % überschreite. Die Abrechnungswerte bei der Nr. 10 Bema-Z (Überschreitung bis 400 %) ließen die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit zu. Nach den Angaben des Klägers handele es sich bei dieser Leistung um eine Folgeleistung nach Manipulation an Zement- und Dentinoberflächen, wie sie bei der Entfernung harter Zahnbeläge und bei der systematischen PAR-Behandlung vorkomme. Gerade hier sei das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten. Alle vorhandenen überempfindlichen Zahnflächen seien innerhalb einer Sitzung und nicht in mehreren Sitzungen bzw. nicht getrennt nach Kiefern zu behandeln. Der Patient könne außerdem nach Verordnung entsprechender Medikamente oftmals zur häuslichen Eigenbehandlung angehalten werden. Unter Berücksichtigung des Mehraufwands bei den systematischen PAR-Behandlungen, bei den Zahnsteinentfernungen und bei den geltend gemachten RPP-Behandlungsfällen sei eine Toleranz von 200 % über dem allgemeinen Durchschnitt angemessen. Die statistischen Abweichungen (von bis zu 188 % und mehr als 100% in 13 Quartalen) bei den Leistungen nach der Nr. 12 Bema-Z seien ebenfalls auffällig. Auch im Verhältnis zu den Füllungen lägen deutliche Auffälligkeiten vor. Statistisch werde bei ca. jeder 0,9ten bis 1,4ten Füllung eine Leistung nach der Nr. 12 Bema-Z berechnet, während der Durchschnitt die Nr. 12 Bema-Z bei ca. jeder 3,6ten Füllung abrechne. Entgegen der Vermutung des Klägers seien Leistungen nach der Nr. 12 Bema-Z im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen in der Vergleichsstatistik nicht erfasst. Der Minderaufwand bei den ZE-Behandlungen könne keinen Mehrbedarf bei Leistungen nach Nr. 12 Bema-Z bedingen. Auch der Mehraufwand bei den endodontischen Maßnahmen könne die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit nicht völlig entkräften. Die regelmäßige Anwendung von Kofferdam sei keine zu berücksichtigende Praxisbesonderheit, sondern eine bestimmte Behandlungsmethode. Die Leistungen nach der Nr. 12 Bema-Z stünden wie in der durchschnittlichen Praxis zum weitaus größten Teil in Verbindung mit Leistungen nach der Nr. 25 Bema-Z und den darauf folgenden Füllungen. Aus der Auswertung der Abrechnungswerte ergebe sich, dass in den Quartalen IV/2000, IV /2001, IV /2002 und IV/2003 nach Abrechnung der auf die Nrn. 35, 28 und 32 Bema-Z entfallenden Leistungen das Verhältnis zwischen den Füllungen und der Leistung nach der Nr. 12 Bema-Z zwischen 1:1,9 und 1:2,5 liege. Dabei werde zu Gunsten des Klägers nicht berücksichtigt, dass der Durchschnitt aller Vertragszahnärzte ebenfalls Leistungen nach der Nr. 12 Bema-Z i.V.m. endodontischen Maßnahmen erbringe. Auch wenn die in Zusammenhang mit Wurzelbehandlungsmaßnahmen anzuerkennenden Leistungen nach der Nr. 12 Bema-Z vollständig herausgerechnet würden, verbliebe ein gegenüber dem Durchschnitt deutlich ungünstigeres Verhältnis zu den Füllungen. Unter Berücksichtigung des Minderaufwands bei den ZE-Fällen und der Fülltätigkeit sowie des Mehraufwands bei den endodontischen Maßnahmen und bei den RPP-Fällen sei eine Kürzung auf 100 % über dem allgemeinen Durchschnitt sachgerecht. Bei der Nr. 39 Bema-Z (Überschreitungen bis zu 8.800 %) seien zunächst die Abrechnungsbestimmungen berücksichtigt worden. Danach könne bei chirurgischen Eingriffen für den Bereich von zwei nebeneinanderstehenden Zähnen eine Oberflächenanästhesie abgerechnet werden. Bei nichtchirurgischen Eingriffen könne die Leistung nur in Ausnahmefällen und nur für den Bereich von drei nebeneinander stehenden Zähnen abgerechnet werden. Der Kläger habe nach seinen Angaben die Oberflächenanästhesie fast ausschließlich im Zusammenhang mit der Zahnsteinentfernung erbracht und habe nicht differenziert dargelegt, inwieweit bei den Zahnsteinentfernungen ein Ausnahmefall vorgelegen habe. Die bloße Behauptung, der allgemeine Durchschnitt beeinflusse durch "Falschabrechnung" die Vergleichsstatistik, sei kein hinreichender Grund für die Annahme der Wirtschaftlichkeit trotz exorbitant hoher statistischer Abweichungen. Da bei der Nr. 39 Bema-Z die Nichtabrechnerquote 18 % betrage, seien ausschließlich die Abrechner berücksichtigt worden. Auf dieser Grundlage ergebe sich, dass durchschnittlich 14 Leistungen nach der Nr. 39 Bema-Z je Quartal erbracht würden; bezogen auf die Fallzahl des Klägers entspreche dies rund sieben Leistungen. Bei Anerkennung des Doppelten der Abrechner bestehe ein Überhang von 2.065 Leistungen nach der Nr. 39 Bema-Z. Dies entspreche einer Kürzung auf den allgemeinen Durchschnitt zuzüglich 300 %. Diese Toleranz sei unter Berücksichtigung des geringen Vergleichswerts von knapp über 2 % und der geltend gemachten RPP-Fälle ausreichend und angemessen. Bereits die Abrechnungswerte bei der Nr. 106 Bema-Z (Überschreitung bis zu 356 %) ließen die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit zu. Bei Berücksichtigung des Vorbringens des Klägers, dass Kontrollen und subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss und Schienen zu 10 bis 20% nicht unzumutbar auf dem KB-Formular, sondern alternativ über den Erfassungsschein abgerechnet würden, ergebe sich ein Mehraufwand von 1.598 Leistungen über dem Durchschnitt. Die Leistungen nach der Nr. 106 Bema-Z würden nur von 0,2 % der Vertragszahnärzte nicht abgerechnet, so dass fast alle Vertragszahnärzte Maßnahmen nach der Nr. 106 Bema-Z über die KCH-Abrechnung in Ansatz brächten. Unter Berücksichtigung der KB-Maßnahmen, der PAR-Behandlungsfälle, der RPP-Fälle und der Füllungen sei die Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses bei 200 % über dem allgemeinen Durchschnitt festzusetzen. Nach der Kürzung verblieben dem Kläger von den 105.234,31 EUR, die er über dem allgemeinen Durchschnitt abgerechnet habe, noch 78.923,18 EUR Mehrkosten über dem Durchschnitt. Die Ermittlung des Erstattungsbetrages erfolge vorbehaltlich der Anwendung der jeweils geltenden Anlage zum Honorarverteilungsmaßstab und der Anwendung der Degression gemäß [§ 85 Abs. 4b SGB V](#).

Der Kläger hat gegen den am 22.06.2006 zugestellten Bescheid am Montag, dem 24.07.2006, Klage erhoben und vorgetragen: Der Beklagte habe den Amtsermittlungsgrundsatz und seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Er habe es abgelehnt, die zu dem Verhandlungstermin mitgebrachten Karteikarten sämtlicher Patienten zu prüfen. Er habe eine Einzelfallprüfung und ihm damit den Nachweis verweigert, dass es im Einzelfall entweder keine Therapiealternativen gegeben habe oder dass die gewählte Behandlung die wirtschaftlichste, weil kostengünstigste und am nachhaltigsten erfolversprechende gewesen sei. Der Beklagte habe zudem gegen § 14 Abs. 3 der Verfahrensordnung 1999 verstoßen, da er nicht binnen fünf Monaten über die Beschwerden entschieden habe. Soweit er sich auf einen hohen Verfahrensbestand berufe, mache er keinen atypischen Einzelfall, sondern eine allgemein gegebene Situation geltend, die die Verfristung nicht rechtfertige. Zudem hätte vor der Honorarkürzung zunächst eine Beratung erfolgen müssen; dies folge aus [§ 106 Abs. 5 Satz 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Da der Beklagte systematisch nie berate, habe er willkürlich gegen das Beratungsgebot verstoßen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung verfolge rein monetäre Zwecke. Es gehe nur darum, das überzogene Prothetikbudget der Krankenkassen auf Kosten der Vertragszahnärzte gegenzufinanzieren, die nicht prothetisch, sondern kostengünstiger konservierend

versorgten. Die Richtigkeit der von dem Beklagten verwendeten Statistiken werde insbesondere im Hinblick auf die Anzahl der Leistungspositionen, die Fallzahlen der Vergleichsgruppe und die Richtigkeit der Durchschnittswertberechnung mit Nichtwissen bestritten. Fehlerhaft habe der Beklagte zudem den erforderlichen Spartenvergleich unterlassen. Er hätte die Sparten "Kons/Chir" und "Prothetik" miteinander vergleichen müssen, um den Minderaufwand im ZE-Bereich festzustellen. Dem vom Beklagten angeführten angeblichen Mehraufwand von 105.234,31 EUR stehe eine Einsparung im ZE-Bereich von mindestens 381.165,69 EUR gegenüber. Seine Prothetikskosten beliefen sich auf ca. 76.888,00 EUR, die der Vergleichsgruppe hingegen auf 563.200,00 EUR. Würden seinem Mehraufwand in Kons-Bereich seine Prothetikskosten hinzugerechnet, ergebe sich der Überhang der Vergleichsgruppe im Prothetikbereich. Die niedrigen Prothetikskosten erreiche er im Übrigen durch lege artis gelegte Füllungen. Die von ihm gelegten Füllungen würden zudem statistisch doppelt so lange halten wie eine durchschnittliche Füllung der Vergleichsgruppe. Da die ZE-Behandlung hierzulande hoch vergütet werde, bestehe eine Tendenz der Behandler, in den ZE-Bereich auszuweichen, wenn sich die Frage stelle, ob eine Zahnerkrankung konservierend oder prothetisch versorgt werden soll. Eine Übertherapie sei damit vorprogrammiert; contra legem artis würden Zähne unter Verlust gesunder Zahnschubstanz beschliffen und für Kronen und Brücken präpariert, die einfach konservierend behandelt werden könnten. Deshalb gehe der Beklagte auch fehlerhaft von einer Vergleichbarkeit der Leistungen aus; er vergleiche die von ihm - dem Kläger - lege artis durchgeführten Behandlungen mit den in den Statistiken erfassten nicht lege artis durchgeführten Behandlungen. Bei Wurzelfüllungen und Composit-Füllungen sei es nach einhelliger Lehrmeinung unabdingbar, Kofferdam zu legen; dies sei in die Vergütung nach Nr. 12 Bema-Z einbezogen worden. Er behandle entsprechend und verursache damit Kosten nach der Nr. 12 Bema-Z. Nach den Werten, die der Beklagte präsentiert habe, könne eine lege artis durchgeführte Behandlung durch die Vergleichsgruppe nicht erfolgt sein, denn die Abrechnungshäufigkeit der Nr. 12 Bema-Z reiche nicht einmal aus, um die Wurzelfüllungen und die Fälle abzudecken, in denen es dringend erforderlich sei, Kofferdam zu legen. Zudem verschleiße sich der Beklagte hartnäckig der Erkenntnis, dass die Vergleichsgruppe Leistungen privat abrechne, die zwingend nach dem Bema-Z abzurechnen seien. Dies betreffe insbesondere den Bereich der Leistungen nach den Nrn. 10, 39 und 107 Bema-Z. Schon in dem Rechtsstreit vor dem Sozialgericht (SG) Münster - [S 2 KA 4/03](#) - habe sich ergeben, dass auch die zahnärztlichen Ausschussmitglieder privat liquidierten. Eine Privatliquidation werde auch dadurch belegt, dass die Finanzbehörden von einem Indiz für eine Steuerverkürzung ausgingen, wenn in der Steuererklärung keine privaten Zusatzeinnahmen eines Vertragszahnarztes bei Kassenpatienten deklariert würden. Bei der Nr. 8 Bema-Z habe der Beklagte verkannt, dass die Vitalitätsprüfung auch unmittelbar vor einer Weiterversorgung durchgeführt werden müsse. Die Vergleichsgruppe habe aber so wenige Vitalitätsprüfungen, dass dort nicht einmal dieses Erfordernis gewahrt sein könne. Gleiches gelte bei der Nr. 12 Bema-Z. Diese Leistung sei nicht nur bei Wurzelfüllungen, sondern auch den anderen von ihm angeführten Leistungen obligat. Die Zahlen der Vergleichsgruppe würden nicht einmal den Bereich der Wurzelfüllungen abdecken.

Der Kläger hat beantragt,

den Beschluss des Beklagten vom 10.05.2006 (Bescheid vom 21.06.2006) aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seine Beschwerden und über die Beschwerden der Beigeladenen gegen die Beschlüsse des Prüfungsausschusses vom 08.01.2003 und 11.05.2005 neu zu entscheiden.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hat sich auf den angefochtenen Beschluss bezogen.

Das SG Münster hat die Klage mit Urteil vom 23.07.2007 abgewiesen: Der auf fristgerechte und rechtswirksame Prüfanträge erfolgten Entscheidung des Beklagten stünden weder die Verfahrensordnung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGBV noch Verjährungsfristen entgegen. § 14 Abs. 3 der Verfahrensordnung, nach dem die Entscheidung über Widersprüche innerhalb eines Zeitraums von fünf Monaten nach Eingang des Widerspruchs getroffen werden soll, stelle eine Sollvorschrift dar, deren Verletzung nicht zur Rechtswidrigkeit der angefochtenen Entscheidung führe. Verjährung sei nicht eingetreten. Ein Vertragszahnarzt müsse regelmäßig auch nach Erteilung eines Honorarbescheids noch bis zum Ablauf von vier Jahren seit Ergehen des Bescheids mit Honorarkürzungen infolge von Wirtschaftlichkeitsprüfungen rechnen. Maßgebend für die Einhaltung dieser Frist sei nicht die Entscheidung des Beklagten; vielmehr sei auf die Entscheidung des Prüfungsausschusses abzustellen. Dessen Entscheidungen seien innerhalb von vier Jahren ergangen. Einer Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise müsse auch keine Beratung vorausgehen. Ein Verstoß gegen den Anspruch des Klägers auf rechtliches Gehör liege nicht vor; dem Kläger sei ausreichend "Rederecht" in der Ausschusssitzung eingeräumt worden, da die Sitzung ausweislich der Sitzungsniederschrift von 16:30 bis 17:55 Uhr gedauert habe. Der Beklagte habe auch die ihm obliegende Amtsermittlungspflicht nicht verletzt. Ihm stehe ein Beurteilungsspielraum hinsichtlich der der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugrunde zu legenden Prüfmethode zu. Ein Verstoß gegen die Amtsermittlungspflicht käme nur in Betracht, wenn eine Verpflichtung zur Prüfung der Unterlagen des Klägers bestanden hätte. Dies sei jedoch nicht der Fall, da die zugrundegelegten statistischen Daten hinreichend aussagekräftig seien. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten sei nur dann ausgeschlossen, wenn die Fallzahl des geprüften Arztes - anders als vorliegend - 20 % des Fallzahldurchschnitts der Vergleichsgruppe nicht erreiche. Unerheblich sei, dass der Kläger die Richtigkeit des von dem Beklagten verwendeten Zahlenmaterials mit Nichtwissen bestreite. Es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass bei der Ermittlung der Daten Fehler aufgetreten sein könnten. Auch die unauffälligen Fallkostenwerte in einzelnen Quartalen stünden einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach der Prüfmethode des statistischen Einzelleistungsvergleichs nicht entgegen; unauffällige Fallkostenwerte rechtfertigten nämlich nicht zwingend die Annahme, der Kläger habe auch bei sämtlichen Gebührennummern wirtschaftlich abgerechnet. Der Beklagte habe zutreffend darauf hingewiesen, dass insbesondere im Hinblick auf die unterdurchschnittlichen Abrechnungswerte bei den Füllungen und wegen des Minderaufwands bei den ZE-Behandlungen von vornherein mit unauffälligen Fallkostenwerten zu rechnen gewesen sei. Aus den Abrechnungswerten bei den Füllungen habe der Beklagte auch zu Recht gefolgert, dass der Kläger im Prüfzeitraum offensichtlich gut durchsanierte Patienten behandelt habe. Zutreffend habe der Beklagte die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf den konservierend/chirurgischen Bereich und die hierfür maßgeblichen statistischen Daten beschränkt. Bei den Leistungen aus diesem Bereich handle es sich nämlich um Standardleistungen, die in allen Zahnarztpraxen anfielen. Zu einem Spartenvergleich sei der Beklagte nicht verpflichtet gewesen. Dem Vorbringen des Klägers zu Einsparungen im ZE-Bereich liege die Annahme zugrunde, dass er anders als die Durchschnittspraxis lege artis Behandlungen im konservierend/chirurgischen Bereich durchführe. Die Notwendigkeit der ZE-Behandlungen hänge jedoch in erster Linie von der Morbidität der Patienten ab. Der Kläger habe auch nicht schlüssig dargetan, dass der Minderaufwand im ZE-Bereich kausal auf sein Behandlungsverhalten zurückzuführen sei. Die Abrechnungswerte bei den Füllungen machten deutlich, dass der Kläger eine gut durchsanierte Klientel behandle. Die unter-

durchschnittlichen bzw. unauffälligen Abrechnungswerte bei der Nr. 01 Bema-Z belegten zudem, dass die Praxis des Klägers eine hohe Anzahl von Stammpatienten habe, bei denen ZE-Behandlungen zwangsläufig in geringerem Maße notwendiger seien als in der statistischen Durchschnittspraxis. Das Vorbringen des Klägers, besser, sorgfältiger, gründlicher und wirtschaftlicher als die Durchschnittspraxis zu behandeln, sei nicht als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen. Eine Praxisbesonderheit könne sich nur aus Umständen ergeben, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den behandelten Krankheiten stünden. Ein von der Durchschnittspraxis abweichendes Behandlungsverhalten stehe jedoch nicht in einem solchen Zusammenhang. Auch das Vorbringen des Klägers zur Privatliquidation zahnärztlicher Kassenleistungen sei unerheblich. Der Kläger wiederhole im Wesentlichen sein Vorbringen aus dem Rechtsstreit [S 2 KA 4/03 SG Münster](#). Dieses sei in Übereinstimmung mit dem Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) vom 07.03.2007 - [L 11 KA 43/05](#) - als unbewiesene Zweckbehauptung zu werten. Die von der Kürzungsmaßnahme betroffenen Gebührenpositionen würden von der weit überwiegenden Anzahl der Vertragszahnärzte in Westfalen-Lippe abgerechnet. Konkrete Angaben zum Umfang einer möglichen privaten Liquidation habe der Kläger nicht gemacht bzw. nicht durch entsprechende Nachweise belegt. Nicht nachvollziehbar sei insbesondere angesichts der Abrechnerquote die Annahme des Klägers, der Prozentsatz der Zahnärzte, die Kassenleistungen nicht zusätzlich oder ausschließlich privat liquidieren, liege nicht einmal bei fünf Prozent. Insbesondere rechtfertige die vom Kläger geschilderte Praxis der Finanzbehörden eine solche Annahme nicht; sie begründe auch keine durchgreifenden Bedenken hinsichtlich der Verwertbarkeit der vom Beklagten verwendeten statistischen Daten. Neben diesen Daten habe der Beklagte bei der Kürzung der Leistungen auch sämtliche weiteren relevanten Umstände berücksichtigt. Insbesondere habe er den Mehraufwand aufgrund der Behandlung von RPP-Fällen in seine Überlegungen einbezogen. Dem weiteren Vorbringen des Klägers zu den einzelnen von der Kürzung betroffenen Gebührenpositionen liege die unzutreffende Annahme einer fehlenden Plausibilität der Daten der Vergleichsgruppe zugrunde.

Gegen das am 01.08.2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am Montag, dem 03.09.2007, Berufung eingelegt, die er nicht begründet hat.

Der Kläger beantragt,

unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Münster vom 23.07.2007 den Beschluss des Beklagten vom 10.05.2006 (Bescheid vom 21.06.2006) abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats über seine Beschwerde gegen die Beschlüsse des Prüfungsausschusses vom 08.01.2003 und 11.05.2005 neu zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsvorgänge des Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der angefochtene Bescheid des Beklagten vom 21.06.2006 (Beschluss vom 10.05.2006) ist rechtmäßig. Da der Kläger seine Berufung nicht begründet hat und damit inzidenter lediglich auf sein bisheriges Vorbringen verweist, nimmt der Senat zur Begründung zunächst auf die zutreffenden Entscheidungsgründe im angefochtenen Urteil des SG ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)) und im Bescheid des Beklagten vom 21.06.2006 ([§ 153 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 136 Abs. 3 SGG](#)) Bezug. Ergänzend führt der Senat aus:

1. Rechtsgrundlage der durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung ist § 106 SGB, der bis zum 31.12.2003 die Prüfung nach Durchschnittswerten als Regelprüfmethode vorsah. Diese Prüfmethode findet auch weiterhin Anwendung, soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung die Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten - wie auch vorliegend in § 5 der Verfahrensordnung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) (gemäß Entscheidung des Landesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung in Westfalen-Lippe vom 30.01.1999) bzw. in § 6 Abs. 1 der zwischen der Beigeladenen zu 1) und den Krankenkassen/-verbänden geschlossenen Prüfvereinbarung vom 20.11.2007 wirksam geschehen - die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten vereinbaren ([§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#)). Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Durchschnittswerten beurteilt bzw. erfolgt die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der Grundlage von Durchschnittswerten, sei denn, dass eine sachgerechte Prüfung auf der Grundlage von Durchschnittswerten nicht möglich oder dass die Feststellung eines sonstigen Schadens im Einzelfall Prüfgegenstand ist. Rechtliche, insbesondere verfassungsrechtliche Bedenken dagegen bestehen nicht (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) - mit Hinweis auf die std. Rspr.).

Bei der Prüfung nach Durchschnittswerten werden die Abrechnungswerte des Vertrags(zahn)arztes mit denjenigen seiner Fachgruppe bzw. ggf. mit denen einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe im selben Quartal verglichen. Ergänzt durch die sog. intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-(zahn)ärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden, ist dies die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringt. Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungsaufwand des Vertrags(zahn)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 dies die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit. Die arztbezogene Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten ist nicht nur hinsichtlich des Gesamtfallwerts einschlägig, sondern unter der Voraussetzung einer hinreichenden Vergleichbarkeit gleichermaßen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des Ansatzes einzelner Leistungspositionen bzw. mehrerer zu einzelnen Leistungssparten zusammengefasster Leistungspositionen der Bewertungsmaßstäbe heranzuziehen. Ein Vertrags(zahn)arzt ist nämlich verpflichtet, in dem Sinne umfassend wirtschaftlich zu behandeln, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot auch in jedem Teilbereich seiner Tätigkeit gewahrt ist. Ein statistischer Einzelleistungsvergleich setzt dabei voraus, dass Leistungen betroffen sind, die für die gebildete Vergleichsgruppe typisch sind, also zumindest von einem größeren Teil der Fachgruppenmitglieder regelmäßig in nennenswerter Zahl erbracht werden (vgl. BSG, Urteil vom 21.05.2003 - [B 6 KA 32/02](#)-; zuletzt Urteil vom 06.05.2009 - [B 6 KA 17/08 R](#) -, jeweils m.w.N.).

2. Die Prüfungsgremien sind zwar berechtigt und verpflichtet, ausnahmsweise auch andere Prüfmethode anzuwenden oder neu zu entwickeln, wenn sich im Einzelfall die Prüfung nach Durchschnittswerten als nicht aussagekräftig oder nicht durchführbar erweist. Im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung müssen aber plausible Gründe vorliegen, um von einer Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten abzugehen (BSG, Urteil vom 23.02.2005 - [B 6 KA 72/03](#) - m.w.N.).

Derartige Gründe liegen nicht vor; die Prüfung nach Durchschnittswerten ist weder nicht aussagekräftig noch nicht durchführbar.

Soweit der Kläger dazu im Wesentlichen - wie bereits im vorausgegangenen Rechtsstreit [L 11 KA 43/05](#) LSG NRW - ausführt, dass die statistischen Werte unzutreffend seien, weil ein Großteil der Vertragszahnärzte zumindest einen Teil der vorliegend betroffenen Leistungen als sog. Privatleistung liquidieren würde, hat der Senat dieser Auffassung bereits in seinem Urteil vom 07.03.2007 eine Absage erteilt. Bereits damals hat der Kläger vorgetragen, die statistischen Werte hinsichtlich der Nr. 107 Bema-Z seien unzutreffend, da ein Großteil der Vertragszahnärzte die Zahnsteinentfernung als Privatleistung liquidieren würde. Die Leistung nach der Nr. 39 Bema-Z könne in vielen Praxen gar nicht liquidiert werden, da die Zahnreinigung von Hilfspersonal durchgeführt werde. Da bereits nach der Statistik 1/5 der Zahnärzte Leistungen nach der Nr. 39 Bema-Z nicht abrechnen, verbiete sich ein Heranziehen der Abrechnungsdaten dieser Gruppe. Eine von ihm selbst durchgeführte telefonische Umfrage bei den Praxen der zahnärztlichen Mitglieder des Prüfungsausschusses und des Beklagten sowie auf Grund der Angaben der von ihm unterrichteten Berufsschülerinnen sei davon auszugehen, dass ca. 70 % bis 80 % der Zahnärzte die Zahnsteinentfernung als Privatleistung liquidierten. Die Leistungen nach der Nr. 39 Bema-Z, die regelmäßig notwendig bei handinstrumenteller Entfernung subgingivaler harter Zahnbeläge erbracht würden, teilten das Schicksal der Hauptleistung nach Nr. 107 Bema-Z, so dass davon auszugehen sei, dass auch die Leistung nach Nr. 39 Bema-Z fast ausschließlich privat liquidiert werde.

Dazu hat der Senat in seinem Urteil vom 07.03.2007 ausgeführt:

"Entgegen der Auffassung des Klägers liegt für die Durchführung der statistischen Vergleichsprüfung die ausreichende Vergleichbarkeit der herangezogenen Fachgruppen vor. Bei der Bildung dieser Vergleichsgruppen ist von den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung auszugehen. Die in der Weiterbildungsordnung enthaltene gegenseitige Abgrenzung der Fachgebiete gewährleistet für die meisten Arztgruppen eine ausreichende Homogenität statistischer Vergleichsgruppen. Ein Rechtsanspruch des Arztes auf Bildung von Untergruppen bzw. engerer Vergleichsgruppen besteht nicht (vgl. Hess, a. a. O., Anm. 48). Der Beklagte hat damit beurteilungs- und ermessensfehlerfrei die Vergleichsgruppe anhand der Zahnärzte gebildet, die konservierend/chirurgische Leistungen erbringen. Das BSG hat ausgeführt, wegen der Homogenität der Vergleichsgruppe und der Herausnahme eines großen Teils der zahnärztlichen Leistungen aus der (nachträglichen) Wirtschaftlichkeitsprüfung, sei es im Regelfall nicht erforderlich, für die Prüfung nach Durchschnittswerten Untergruppen mit Behandlungsschwerpunkten zu bilden (BSG, Urteil vom 14.12.05, Az. [B 6 KA 4/05 R](#)). Innerhalb der gebildeten Vergleichsgruppe wird die streitige Gebührensiffer 39 BEMA Z von 85 % und mehr der behandelnden Zahnärzte abgerechnet. Es bedarf keiner weiteren Vertiefungen, dass das sich aus diesem Kontingent ergebende Zahlenmaterial eine ausreichende Basis für die statistische Vergleichsprüfung bietet. Auch der Vortrag des Klägers, die statistische Vergleichsprüfung verbiete sich gerade bei der streitigen Ziffer 39 BEMA Z deshalb, weil in der Vergleichsgruppe die zu Grunde liegenden Leistungen privat liquidiert würden, so dass sich hieraus Verzerrungen ergeben, die mit der Folge herauszurechnen seien, dass das restliche Zahnmaterial keine ausreichende Grundlage für die Prüfung mehr biete, führt zu keinem abweichenden Ergebnis. Der Senat wertet diesen Vortrag des Klägers als unbewiesene Zweckbehauptung. Diese wird auch nicht durch die vom Kläger selbst durchgeführten Ermittlungen untermauert, denn es bedarf keiner weiteren Ausführungen, dass die selbst gestarteten Telefonaktionen des Klägers und die Befragung seiner Berufsschülerinnen schon mangels Überprüfbarkeit keine verlässliche Aussage beinhalten, ganz abgesehen davon, dass eine solche Vorgehensweise als laienhaft und unprofessionell anzusehen ist, wenn mit ihr die gesetzlich fundierte und von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelte Regelprüfmethode der statistischen Vergleichsprüfung entkräftet werden soll."

Dem ist - unter Einbeziehung der zutreffenden Ausführungen des SG in seinem angegriffenen Urteil vom 23.07.2007 - nur hinzuzufügen, dass im vorliegend relevanten Prüfzeitraum die Nrn. 8, 10, 12 und 106 Bema-Z von über 99 % und die Nr. 39 Bema-Z von ca. 82 % der Vertragszahnärzte im Bereich der Beigeladenen zu 1) abgerechnet worden sind.

3. Dem pauschalen Bestreiten der Richtigkeit der Verordnungsdaten, die der Beklagte seiner Beurteilung zugrunde gelegt hat, ist nicht nachzugehen. Das Vorbringen des Klägers ist unbeachtlich; es zielt letztlich auf einen unzulässigen Ausforschungsbeweis (Behauptungen "aufs Geratewohl" oder "ins Blaue hinein", s. dazu BGH [NJW 1995, 2111](#); [BGHZ 33,63](#); [BGHZ 74,383](#)). Im Übrigen gilt: Seitdem gesetzlich vorgegeben ist, dass die Verordnungsvolumina elektronisch ermittelt werden ([§§ 284 f i.V.m. §§ 296, 297 SGB V](#)), werden die Verordnungsblätter per EDV eingelese, den einzelnen Ärzten zugeordnet und dann weiterverarbeitet. Wegen dieser gesetzlichen Einführung und Billigung der elektronischen Verfahrensweise ist zunächst von der Richtigkeit des so ermittelten Verordnungsvolumens auszugehen. Dies gilt auch für die Durchschnittsprüfung (s. dazu BSG, Urteile vom 27.04.2005 - [B 6 KA 1/04 R](#) -; vom 02.11.2005 - [B 6 KA 63/04 R](#) - und vom 06.05.2009 [a.a.O.](#); vgl nunmehr [§ 106 Abs. 2c i.V.m. § 296 Abs. 2](#) bzw. [§ 297 Abs. 3 SGB V](#)). Nur wenn sich ein Verdacht von Fehlern ergibt oder wenn der geprüfte Vertrags(zahn)arzt substantiierte Zweifel geltend macht, ist dem nachzugehen und sind ggf. weitergehende Ermittlungen anzustellen.

4. Der Wirtschaftlichkeitsprüfung stehen - wie bereits das SG zutreffend ausgeführt hat - keine Verfahrenshindernisse entgegen. Die Regelungen in § 14 Abs. 3 Verfahrensordnung 1999, nach der über Beschwerden gegen Entscheidungen des Prüfungsausschusses innerhalb von fünf Monaten nach Eingang entschieden werden soll (nunmehr § 15 Abs. 3 der Prüfvereinbarung vom 20.11.2007: "Die Entscheidung über Beschwerden soll möglichst zeitnah nach Eingang getroffen werden"), kann nur in dem Sinne verstanden werden, dass der Beklagte sich im Regelfall an die vertragliche Regelung zu halten hat, die Beteiligten - insbesondere der Vertragsarzt - jedoch keinen Anspruch darauf haben und auf die Abweichung auch keinen Rechtsbehelf stützen können (s. auch Urteil des Senats vom 07.03.2007 [a.a.O.](#)). Jedes andere Verständnis würde den gesetzlichen Vorgaben zuwiderlaufen, nach denen den Prüfungsgremien ab dem 01.01.2000 eine von Amts wegen einzuleitende Prüfungspflicht obliegt (Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung 2000 (GKV GRG 2000)). Zudem hat der Beklagte hinreichend dargetan, dass aufgrund des hohen Bestandes an Prüfverfahren eine frühere Entscheidung über die Widersprüche des Klägers nicht möglich war.

5. Eine "Verfristung" liegt auch nicht vor. Für die Geltendmachung von Regressansprüchen aufgrund Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt eine vierjährige Ausschlussfrist (BSG, Urteile vom 14.05.1997 - [6 Rka 63/95](#) - und vom 27.06.2001 - [B 6 KA 66/00 R](#) -), die dann gewahrt ist, wenn

der Bescheid über die Honorarkürzung dem Vertrags(zahn)arzt - wie vorliegend die Bescheide des Prüfungsausschusses vom 08.01.2003 für die Quartale I/2000 bis II/2002 und vom 11.05.2005 für die Quartale III/2002 und IV/2003 - innerhalb von vier Jahren nach der vorläufigen Honorarabrechnung zugegangen ist.

6. Die nach den unter 1. aufgeführten Maßstäben von den Prüfungsgremien vorzunehmende Wirtschaftlichkeitsprüfung selbst unterliegt lediglich einer eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle. Diese ist darauf beschränkt, ob die Verwaltung gegen übergeordnete Verfassungs- oder Verwaltungsgrundsätze, gegen zwingende Verfahrensregeln oder Denk- und Erfahrungssätze verstoßen, keine wesentlichen entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte unberücksichtigt gelassen hat, von einem zutreffenden und vollständig ermittelten Sachverhalt und nicht von falschen rechtlichen Vorgaben ausgegangen ist, ob sie die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs abstrakt ermittelten Grenzen eingehalten und beachtet hat und ob sie ihre Subsumtion so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 23.05.1984 - [6 RKA 1/83](#) -).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt.

Der Beklagte hat seinen Überlegungen die in den Bescheid eingebundenen Statistiken zugrunde gelegt, nach denen sich Überschreitungen der Durchschnittswerte bei der Nr. 8 Bema-Z von 178,5 bis 507,2 %, bei der Nr. 10 Bema-Z von - 51,3 bis 400 %, bei der Nr. 12 Bema-Z von 9,9 bis 188,3 %, bei der Nr. 39 Bema-Z von - 84,6 bis 8.825,0 % und bei der Nr. 106 Bema-Z von - 67,6 bis 356,7 % ergeben. Die von dem Beklagten daraus gezogene Schlussfolgerung, bereits die Überschreitung des durchschnittlichen Vergleichswerts lasse die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit zu, ist rechtmäßig. Denn diese Daten lassen eine verlässliche Aussage über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Behandlungs- oder Verordnungsweise deshalb zu, weil keine Auswirkungen von kostenerhöhenden Praxisbesonderheiten, die bekannt oder anhand von Behandlungsausweisen oder Angaben des Arztes erkennbar sind, vorliegen, die eine "Bereinigung" der Datenbasis erforderlich machen könnten (vgl. dazu BSG, Urteil vom 18.06.1997 - 6 RKA 52/96 -).

Praxisbesonderheiten sind Umstände, die aus der Patientenstruktur herrühren und nicht arztbezogen sind. Umstände, die sich ausschließlich auf den Arzt, seine Ausbildung oder seine Praxisausstattung beziehen, sind dem grundsätzlich nicht zuzuordnen (BSG, Urteil vom 21.06.1995 - [6 RKA 35/94](#) -; Urteil des Senats vom 04.11.1998 - L11 KA 174/97 -). Entscheidend für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten ist, welche Leistungen die zu behandelnde Krankheit erforderlich macht; maßgeblich ist damit die Morbiditätsstruktur der Patienten des betroffenen Arztes (BSG, Urteil vom 21.06.1995 - [6 RKA 35/94](#) -). Die Anerkennung kompensatorischer Einsparungen setzt voraus, dass zwischen dem Mehraufwand auf der einen und den Kostenüberschreitungen auf der anderen Seite ein kausaler Zusammenhang besteht. So muss ersichtlich sein, durch welche Leistungen der Arzt in welcher Art von Behandlungsfällen aus welchem Grund welche Einsparungen erzielt hat (BSG, Urteil vom 05.11.1997 - [6 RKA 1/97](#) -). Dabei ist es grundsätzlich Sache des geprüften Arztes, Praxisbesonderheiten oder kompensatorische Minderaufwendungen darzutun und zu belegen. Ihn trifft hinsichtlich dieser Einwendungen die Darlegungslast (BSG, Urteil vom 21.06.1995 [a.a.O.](#)).

Dieser Darlegungsverpflichtung ist der Kläger nicht nachgekommen.

Bei seiner Behauptung, die Mitglieder der herangezogenen Vergleichsgruppe rechneten falsch ab, handelt es sich nicht um eine Praxisbesonderheit i.S.d. genannten Definition. Soweit der Kläger damit konkludent zum Ausdruck bringen will, er sei der einzige oder einer der wenigen Vertragszahnärzte, die richtig abrechneten, kann darin schon deshalb keine Praxisbesonderheit liegen, weil von allen Vertrags(zahn)ärzten eine ordnungsgemäße Abrechnung erwartet wird (Urteil des Senats vom 07.03.2007 [a.a.O.](#)). Gleiches gilt für sein Vorbringen, besser, sorgfältiger, gründlicher und wirtschaftlicher als die Durchschnittspraxis zu behandeln. Soweit der Kläger angegeben hat, ca. 40 RPP-Patienten zu behandeln, hat er - wie der Beklagte zu Recht festgestellt hat - bereits schon nicht dargetan, welche Maßnahmen er in welchem Umfang bei diesen Patienten durchgeführt hat. Er hat damit weder eine Praxisbesonderheit belegt noch eine Grundlage für eine Schätzung der ggf. berechtigten Mehraufwendungen geschaffen. Wenn der Beklagte dennoch zu Gunsten des Klägers mögliche Mehraufwendungen in seine Entscheidungsüberlegung einbezieht, ist dies - jedenfalls aus Sicht des Klägers - nicht zu beanstanden. Auch wenn bei einer Schätzung grundsätzlich zu fordern ist, dass die dabei zugrundegelegten Faktoren dargelegt und in nachvollziehbarer Weise gewürdigt werden, gilt dies jedenfalls nicht für den Fall, in dem der Vertrags(zahn)arzt, der zunächst darlegungspflichtig ist, keine Grundlagen für eine Schätzung, die nur er kennen kann, mitteilt. In einem solchen Fall ist der Beklagte, wenn er überhaupt möglicherweise begünstigende Faktoren zu berücksichtigen gedenkt, berechtigt, eine auf seiner Fachkompetenz beruhende Schätzung vorzunehmen, ohne dabei deren Grundlagen weiter darzulegen. Die von dem Kläger behauptete besonders zahnerhaltende Arbeitsweise begründet ebenfalls keine Praxisbesonderheit und reicht auch für den Nachweis einer kompensatorischen Ersparnis im Bereich von Zahnersatzleistungen nicht aus. Der Kläger hat bereits nicht dargelegt, dass er ein von der Vergleichsgruppe signifikant abweichendes Patientenkontingent behandelt. Allein aus dem geringeren Umfang von ZE-Leistungen kann nicht auf eine kompensatorische Ersparnis geschlossen werden (Urteile des SG Marburg vom 13.12.2006 - [S 12 KA 797/06](#) - und vom 29.04.2009 - [S 12 KA 98/08](#), [S 12 KA 112/08](#) und [S 12 KA 835/08](#) -).

7. Eine vorgängige Beratung bei Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses ist nicht erforderlich. Dies gilt auch dann, wenn der Arzt noch nicht auf das Ergebnis einer für das Vorquartal durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung reagieren konnte und auch sonst bisher keine "Mahnung" erfolgte sowie auch dann, wenn früher Praxisbesonderheiten anerkannt wurden (vgl. BSG vom 19.06.1996 - [6 RKA 40/95](#) -, vom 18.06.1997 - [6 RKA 95/96](#) -, vom 27.6.2001 - [B 6 KA 66/00 R](#) -, vom 21.5.2003 - [B 6 KA 32/02 R](#) -, vom 28.4.2004 - [B 6 KA 24/03 R](#) -, vom 30.05.2006 - [B 6 KA 14/06 B](#) - und zuletzt vom 05.11.2008 - [6 KA 63/07 R](#) und [6 KA 64/07](#) -).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft
Aus
Login
NRW

Saved
2010-01-18