

L 4 KA 99/09

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 137/09
Datum
25.11.2009
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 99/09
Datum
07.07.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 45/10 B
Datum
17.11.2010
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 25. November 2009 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens auch der zweiten Instanz und die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen Ziff. 2) bis 6) und 8). Im Übrigen sind keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 57.476,38 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Bereich des Gesamtfallwertes in den elf Quartalen II/03 bis IV/05 in Höhe von insgesamt 57.476,38 EUR.

Die 1947 geb. Klägerin ist seit 1980 als Zahnärztin zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. In den elf Quartalen II/03 bis IV/05 ergaben die Abrechnungswerte der Klägerin im Vergleich mit den durchschnittlichen Abrechnungswerten aller hessischen Vertragszahnärzte Mehrkosten je Fall von 46 % bis 113 %.

Nach einem Auswahlverfahren für die Quartale I, II und IV/03 bzw. für das Quartal III/03 auf Antrag der Verbände der Krankenkassen führte der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen - 4. Kammer - eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Quartale I bis IV/03 durch, einschließlich einer Prüfsitzung, an der die Klägerin teilnahm. Mit Bescheid vom 22. Juni 2005, ausgefertigt am 8. September 2005, setzte der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale II bis IV/03 eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 12.762,35 EUR fest, die er mit Rücksicht auf die HVM - Einbehalte für das Jahr 2003 auf 12.147,21 EUR reduzierte. Er kürzte den Gesamtfallwert auf das 1,4-fache des Gesamtfallwerts der Vergleichsgruppe. Im Einzelnen nahm er Honorarreduzierungen (ohne Rücksicht auf die HVM -Einbehalte für das Jahr 2003) für das Quartal II/03 um 2.568,09 EUR, für das Quartal III/03 um 1.325,36 EUR und für das Quartal IV/03 um 8.253,76 EUR vor.

Hiergegen legte die Klägerin am 27. September 2005 Widerspruch ein.

Der Prüfungsausschuss führte ferner für die Quartale I bis IV/04 eine Wirtschaftlichkeitsprüfung mit einer Prüfsitzung durch, an der die Klägerin teilnahm. Mit Bescheid vom 10. Mai 2006 aufgrund der Sitzung am 2. März 2006, ausgefertigt am 20. Juli 2006, sah der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale I bis IV/04 von einer Honorarberichtigung ab. Dazu führte er aus, er habe 23 exemplarisch ausgesuchte Behandlungsfälle besprochen bzgl. der von der Klägerin angesprochenen Besonderheit der Praxis, nämlich die hohe Zahl von Sanierungsfällen im Zusammenhang mit der Betreuung von Suchtkliniken bzw. Reha - Zentren. Es sei in der Tat ein untypischer höherer Behandlungsaufwand festgestellt worden.

Hiergegen legten die beigeladenen Verbände der Krankenkassen am 4. August 2006 Widerspruch ein.

Ferner führte der Prüfungsausschuss für die Quartale I bis IV/05 eine Wirtschaftlichkeitsprüfung mit einer Prüfsitzung durch, an der die Klägerin teilnahm. Mit Bescheid vom 20. Juni 2007, ausgefertigt am 15. August 2007, setzte der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale I bis IV/05 eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 12.845,67 EUR fest. Er kürzte die Leistungen nach Nr. 13a bis 13d (F1 bis

F4) auf den 2,5-fachen Wert der Vergleichsgruppe. Im Bereich der Röntgenleistungen erteilte er Hinweise.

Hiergegen legte die Klägerin am 27. September 2005 Widerspruch ein. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, die von ihr dargelegten Praxisbesonderheiten seien nicht diskutiert worden. Sie betreue seit vielen Jahren Einrichtungen in A-Stadt und J., in denen Drogenabhängige untergebracht seien, um sich einer Therapie zu unterziehen. Diese Patienten seien überwiegend schon seit längerer Zeit nicht mehr in ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung gewesen.

Der Beklagte lud die Klägerin zu einer weiteren Prüfsitzung für den 17. September 2008 unter Beifügung einer Liste von 92 Patienten. Die Klägerin nahm an der Prüfsitzung teil.

Mit Beschluss vom 17. September 2008, ausgefertigt am 10. Februar 2009 und der Klägerin am 11. Februar 2009 zugestellt, verband der Beklagte alle drei Widerspruchsverfahren und wies die beiden Widersprüche der Klägerin als unbegründet zurück. Dem Widerspruch der beigeladenen Verbände der Krankenkassen gab er statt. Er setzte eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 59.154,65 EUR fest, die er mit Rücksicht auf die HVM - Einbehalte für die Jahre 2003 bis 2005 auf 57.476,38 EUR reduzierte.

Im Ergebnis bestätigte der Beklagte die Kürzungen für die Jahre 2003 und 2005 und nahm eine weitere Berichtigung für das Jahr 2004 vor. Im Einzelnen hob er die Beschlüsse des Prüfungsausschusses auf und setzte Honorarkürzungen (vor Abzug der HVM - Einbehalte) in den Quartalen II/2003 bis IV/2003 bezogen auf den Gesamtfallwert in Höhe von 12.762,35 EUR, in den Quartalen I/2004 bis IV/2004 bezogen auf den Gesamtfallwert in Höhe von 33.546,63 EUR und in den Quartalen I/2005 bis IV/2005 für Leistungen nach der Nr. 13a (F1) in Höhe von 2.918,92 EUR, für Leistungen nach Nr. 13b (F2) in Höhe von 6.471,48 EUR, für Leistungen nach Nr. 13d (F3) in Höhe von 2.658,16 EUR und für Leistungen nach Nr. 13d (F4) in Höhe von 797,11 EUR fest.

Zur Begründung führte er aus, er habe einen statistischen Kostenvergleich durchgeführt. Die Grenze zum sogenannten offensichtlichen Missverhältnis im Bereich des Gesamtfallwertes sehe er bei einer Überschreitung von 40 %. Die geringere Fallzahl der Klägerin habe einer statistischen Vergleichsprüfung nicht entgegengestanden. Er habe nach Durchsicht aller Behandlungsfälle durch den Berichtersteller in der Sitzung eine exemplarische Auswahl von Behandlungsfällen überprüft. Im Übrigen sei es Sache des Vertragszahnarztes, substantiiert den Anschein der Unwirtschaftlichkeit zu widerlegen. Die vorgefundenen Behandlungsausweise hätten häufig nicht die erforderliche Systematik aufgewiesen. So seien am Anfang der Behandlung nicht alle Zähne einer Vitalitätsprüfung unterzogen worden, sondern diese sei mehrfach in einem Behandlungsfall abgerechnet worden. Es folgten teilweise zuerst die Zahnersatzversorgung und im zeitlichen Zusammenhang danach oder parallel eine parodontal - chirurgische Behandlung. Es sei zuerst die konservierende Behandlung an einem Zahn durchgeführt worden, bevor im kurzen zeitlichen Abstand die Extraktion von Zähnen erfolgt sei. Im Zusammenhang mit der Zahnersatzversorgung sei ersichtlich, dass in kurzem zeitlichen Abstand zuvor großflächige Füllungen zur Abrechnung gelangt seien. Vitalitätsprüfungen seien oftmals mehrfach in einem Behandlungsfall abgerechnet worden. Die vorgelegten digitalen Röntgenaufnahmen seien in der Bildqualität nicht immer einwandfrei gewesen. Auch sei der Apex nicht immer röntgenologisch dargestellt gewesen, was insbesondere im Zusammenhang mit einer Wurzelkanalbehandlung fachlich nicht nachvollziehbar sei. Orthopantomogrammaufnahmen seien am ersten Behandlungstag zur Abrechnung gebracht worden, obwohl die Mitarbeit und Compliance des Patienten nicht klar gewesen sei. Teilweise seien nur wenige Maßnahmen gefolgt. Ferner seien im Rahmen der Notdienstversorgung Orthopantomogrammaufnahmen angefertigt worden, ohne dass eine umfangreiche Behandlung gefolgt sei. Zum Füllungskomplex habe die Klägerin vorgetragen, dass sie seit 20 Jahren kein Amalgam in ihrer Praxis verwendet. Es kämen Kunststoff sowie Glaslonomerzemente zum Einsatz. Die vorgelegten OPG-Aufnahmen zeigten gepflegte Gebisse. Die Belegfalldurchsicht habe ergeben, dass vorhandene intakte Amalgamfüllungen ausgetauscht worden seien. Die Füllungslagen seien vielfach röntgenologisch nicht nachvollziehbar. Füllungsleistungen seien wiederholt zur Abrechnung gelangt. Auch seien Zähne mit mehreren kleinflächigen Füllungen versorgt worden. In einigen Fällen sei eine umfangreiche konservierende Versorgung erfolgt, obwohl in kurzem zeitlichen Zusammenhang die Extraktion gefolgt sei. In einigen Fällen seien mehrflächige Füllungen, die im nahen zeitlichen Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen erfolgt seien, nicht als Aufbaufüllungen, sondern über die Leistungen nach den Nummern 13c/13d. (F3/F4) abgerechnet worden. Glas-Ionomerzemente seien derzeit nur als Interimsversorgung (zwischen Versorgung unter zwei Jahren) im Kaudruckbereich einzustufen. Außerhalb des Kaudruckbereichs (zum Beispiel bei Zahnhalsfüllungen) sowie bei Milchzähnen werde von einer längeren Haltbarkeit ausgegangen. Wünsche ein Versicherter den Austausch einer intakten plastischen Füllung, so gehöre diese Füllungsversorgung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Dies gelte auch für alle Begleitleistungen. Die hohe Anzahl an CP-Leistungen, selbst unter Einsichtnahme in die Röntgenaufnahmen, sei nicht nachzuvollziehen. Laut Behandlungsaufzeichnungen der Klägerin sei ein Großteil dieser CP-Leistungen bei Patienten der Suchtkliniken erbracht worden. Gerade bei diesem Klientel sei die Vorgehensweise sehr kritisch abzuwägen und die Indikation zur Wurzelkanalbehandlung beziehungsweise Extraktion des betreffenden Zahnes abzuwägen. Im Gegensatz zu den Erkenntnissen der 4. Kammer des Prüfungsausschusses habe sich herauskristallisiert, dass im gesamten Prüfzeitraum die Ausgestaltung des behandlerischen Vorgehens in ganz wesentlichen Elementen nicht mit dem Gebot einer kassenwirtschaftlichen Tätigkeit konform gehe. Anhaltspunkte für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten sowie kompensatorischer Einsparungen, die geeignet gewesen wären, den ausgewiesenen Mehraufwand in voller Höhe zu rechtfertigen, seien nicht ersichtlich. Die in einer großen Anzahl fachlich nicht nachvollziehbaren Behandlungsabläufe bestätigten den aus der statistischen Betrachtung herrührenden Eindruck einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise der Klägerin. Das Argument einer schnelleren Durchsanierung könne nur dann Bedeutung erlangen, sofern ein erhöhter Sanierungsbedarf zu verzeichnen sei. Dies habe nicht festgestellt werden können. Hessen weise einen guten vertragszahnärztlichen Versorgungsstandard auf. Im Übrigen sei jede zahnärztliche Praxis darauf ausgerichtet, eine zügige Therapie durchzuführen. Die Leistungen müssten indikationsbezogen erfolgen und auch alle anderen hessischen Zahnärzte seien zahnerhaltend tätig. Den statistischen Unterlagen seien keine signifikanten kompensatorischen Einsparungen zu entnehmen. Bei Durchsicht der nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Behandlungsfälle sei eine signifikante Anzahl an Sanierungsfällen nicht ersichtlich. Insbesondere die Betreuung der Resozialisierungseinrichtungen in A-Stadt und J. durch die Klägerin sei zwar positiv hervorzuheben, jedoch habe hierfür ein erhöhter Behandlungsaufwand nicht zuerkannt werden können. Die Patienten in der therapeutischen Einrichtung (zwischen 30 und 36 Plätze) würden lediglich über einen Zeitraum zwischen 3 bis 12 Monaten betreut werden. Zudem würden erfahrungsgemäß die Patienten bereits im Rahmen des Drogenentzugs primär zahnmedizinisch versorgt werden, bevor ein Resozialisierungsprogramm starte. Es handele sich nicht um Patienten, die akut Drogen konsumierten. Insgesamt gesehen seien über den Prüfzeitraum hinweg keine signifikanten Praxisbesonderheiten oder kompensatorische Einsparungen festzustellen gewesen. Im Ergebnis habe er für die Quartale I/03 bis IV/04 die Gesamtabrechnung auf den 1,4-fachen hessischen Vergleichswert zurückgeführt. Mit Rücksicht auf das Verbot der reformatio in peius habe es in den Quartalen I bis IV/05 bei dem von der Vorinstanz ausgesprochenen Kürzungsmodus auf den 2,5-fachen Vergleichswert im Bereich der Füllungen sowie bei dem Hinweis zu verbleiben.

Die hiergegen am 09.03.2009 erhobene Klage hat das Sozialgericht Marburg mit Urteil von 25. November 2009 abgewiesen. Zur Begründung führt es im Wesentlichen aus, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung werde durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten bzw. ab dem Jahr 2004 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). Auch ab dem Jahr 2004 gelte aber, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über diese Prüfungen hinaus weiterhin Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren könnten, was für den Bereich der KVH durch Übergangsvereinbarungen zur Prüfvereinbarung – Zahnärzte vom Januar 1995 i. d. F. der Änderungsvereinbarung vom 1. Juli 1996 – erfolgt sei. Der Beklagte habe auch hinreichend dargelegt, weshalb er eine Prüfung nach Durchschnittswerten vorgenommen habe.

Der Beschluss sei in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden. Die Klägerin habe insbesondere davon ausgehen müssen, dass der Beklagte aufgrund des Widerspruchs der Beigeladenen zu 2) bis 8) ggf. von der Entscheidung des Prüfungsausschusses für die Quartale des Jahres 2004 abweichen werde.

Der angefochtene Bescheid sei auch in materieller Hinsicht nicht zu beanstanden. Der Beklagte habe die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch eine (zahn)arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten unter Wahrung der hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen zutreffend beurteilt. Die Prüfungsgremien hätten einen Beurteilungsspielraum, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis höher oder niedriger festzulegen, es sei nicht zu beanstanden, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 40 % festzusetzen. Es lägen auch 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. Auch die Fallzahl der zu prüfenden Klägerin sei nicht so gering, dass sie (Fall-)Zahlenbereiche unterschreite, unterhalb derer ein statistischer Vergleich nicht mehr aussagekräftig sei. Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen seien weder substantiiert vorgetragen noch sonst ersichtlich. Die Behandlung schwerer Fälle stelle keine Praxisbesonderheit dar, da sie im durchschnittlichen Gesamtfallwert bereits enthalten seien. Auch Parodontose - Fälle bedeuteten keine Praxisbesonderheit für die Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Behandlungsbereichs, der nicht Teil des parodontologischen Behandlungskomplexes sei, sondern nur im Rahmen einer Vorbehandlung zur Anwendung komme. Eine Praxisbesonderheit liege insbesondere auch nicht in der Behandlung von Patienten der beiden Resozialisierungseinrichtungen. Die Kammer gehe zunächst grundsätzlich davon aus, dass Drogenabhängige erfahrungsgemäß bereits im Rahmen des Drogenentzugs umfassend zahnmedizinisch versorgt werden. Soweit die Klägerin Karteikartenauszüge von Therapiepatienten der Jahre 2003 bis 2005 zur Gerichtsakte gereicht und für diese Patienten einen besonders hohen Füllungsanteil errechnet habe, so könne damit keine Praxisbesonderheit begründet werden. Zunächst fehle es an Nachweisen, dass es sich tatsächlich um Patienten aus diesen Resozialisierungseinrichtungen handle, dass auch alle Patienten aus diesen Einrichtungen erfasst würden und dass es sich um Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung handle. Es entspreche auch der Erfahrung der Kammer aus anderen Prozessen, dass Kostenträger oft der Sozialhilfeträger bzw. der Landeswohlfahrtsverband sei. Leistungen für diese Patienten würden aber nicht in der Frequenzstatistik erfasst und unterlägen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Entscheidend sei aber, dass die Klägerin die Unterlagen erstmals im Gerichtsverfahren vorgelegt habe. Hierdurch könne eine Praxisbesonderheit nicht mehr nachgewiesen werden. In den Widerspruchsverfahren habe die Klägerin lediglich allgemein darauf hingewiesen, sie behandle Insassen therapeutischer Einrichtungen in A-Stadt und J ... Sie hätte bereits in diesen Verfahren die Aufbereitung der Behandlungsfälle sowie als Nachweis die dazugehörenden Röntgenaufnahmen vorlegen können.

Gegen dieses der Klägerin am 3. Dezember 2009 zugestellte Urteil hat diese am 28. Dezember 2009 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt.

Zur Begründung macht sie insbesondere geltend, das Sozialgericht habe die Frage der Praxisbesonderheiten falsch gewürdigt und nicht erkannt, dass der Beklagte den Grundsatz des rechtlichen Gehörs verletzt habe. In der Sitzung des Beklagten vom 17. September 2008 sei dieses Thema in keiner Weise angesprochen worden. Soweit der Beklagte hinsichtlich der Behandlungsfälle des Jahres 2004 in der angegriffenen Entscheidung zu einem anderen Ergebnis gelangt sei, sei diese Entscheidung für die Klägerin überraschend gewesen und verletze ihr Recht auf rechtliches Gehör. Wenn der Beklagte aus tatsächlichen Erwägungen von der für die Klägerin günstigen Entscheidung des Prüfungsausschusses für das Jahr 2004 habe abweichen wollen, so hätte er ihr Gelegenheit zur Stellungnahme geben müssen. Tatsächlich sei die Behauptung der Beklagten, dass erfahrungsgemäß die Patienten in den Einrichtungen bereits zahnmedizinisch versorgt seien, frei erfunden und entspreche nicht den Gegebenheiten der beiden Einrichtungen in A-Stadt und J ...

Soweit das Sozialgericht davon ausgehe, die Klägerin hätte die Unterlagen und Informationen, die sie mit der Klagebegründung vorgelegt habe, bereits im Verwaltungsverfahren vorlegen müssen, so sei dies bereits grundsätzlich falsch. Auch im vertragsärztlichen Bereich gelte der Grundsatz der Amtsermittlung und der Grundsatz des fairen Verfahrens sei einzuhalten. Der Beklagte habe aber mit der oben dargestellten frei erfundenen Tatsachenbehauptung zu Ungunsten der Klägerin entschieden. Wenn man ihr jetzt das Recht nicht einräume, durch Beweisanzug im Rahmen des Gerichtsverfahrens diese Behauptungen und Würdigungen des Beklagten auszuräumen, wäre die Klägerin rechtlos gestellt. Die Klägerin habe durch das vorgelegte Zahlenwerk bezüglich der konkreten Füllungsleistungen an den Patienten der beiden Einrichtungen die Behauptungen des Beklagten eindrucksvoll widerlegt. Aus diesem Zahlenwerk ergebe sich, dass die Gruppe der Therapiepatienten besonders zu bewerten sei, weil dort z. B. bei den Füllungsleistungen Abweichungen zwischen 500 % und 1000 % zur Gruppe der Normalpatienten bestünden.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 29. November 2009 und den Beschluss des Beklagten vom 17. September 2009 aufzuheben.

Der Beklagte sowie die Beigeladenen Ziffer 2) bis 6) und 8) beantragen übereinstimmend,
die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte macht geltend, dass die rechtlichen Erwägungen der Berufung unzutreffend seien. Die Verbände der Krankenkassen in Hessen hätten gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses im Bescheid vom 10. Mai 2006, mit welchem von Honorarkürzungsmaßnahmen abgesehen worden sei, mit Schreiben vom 3. August 2006 Widerspruch eingelegt. Damit habe der gesamte Bescheid einschließlich der in diesem Bescheid getroffenen Feststellung, bei der Klägerin seien Praxisbesonderheiten festzustellen, in vollem Umfang neu zur Disposition

gestanden. Eine Verletzung rechtlichen Gehörs der Klägerin sei nicht festzustellen. Die Feststellung des Beklagten, dass erfahrungsgemäß die Patienten bereits im Rahmen des Drogenentzugs primär zahnmedizinisch versorgt würden, würden wiederum nur mit allgemeinen Behauptungen bestritten, ohne dass eine spezifizierte Darlegung von Praxisbesonderheiten vorgenommen würde. Das Sozialgericht habe in seiner angegriffenen Entscheidung zutreffend festgestellt, dass zur Begründung einer Praxisbesonderheit ein Vertragszahnarzt im einzelnen darlegen müsse, wie hoch der Anteil der einen Mehraufwand begründenden Patienten im Verhältnis der Vergleichsgruppe sei und wie die herangezogenen äußeren Umstände sich im konkreten Behandlungsverlauf auf den Behandlungsbedarf in seiner Praxis ausgewirkt habe. Hierzu habe das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 15. November 1995 (B 6 Rka 58/94) klare Aussagen getroffen. Dieser Darlegungspflicht sei die Klägerin in den Verfahren vor dem Prüfungsausschuss und vor dem Beklagten nicht nachgekommen.

Wegen weiterer Einzelheiten sowie des Vortrags der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte trotz des Ausbleibens der Beigeladenen Ziffern 1 und 7 aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 23. September 2009 entscheiden, weil diese ordnungsgemäß zum Termin geladen waren und mit der Ladung darauf hingewiesen worden waren, dass auch im Falle ihres Nichterscheins verhandelt und entschieden werden kann ([§ 110 Abs. 1 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 25. November 2009 und der Beschluss des Beklagten vom 17. September 2008 sind rechtlich nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Fall der Klägerin für die streitbefangenen drei Quartale des Jahres 2003 ist [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)). Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten geprüft. Diese bis zum 31. Dezember 2003 geltende Fassung des [§ 106 SGB V](#) ist Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen der im Jahr 2003 von der Klägerin erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen. Die Neufassung des [§ 106 Abs. 2 SGB V](#) durch das GMG vom 14. November 2003 ([BGBl I S. 2190](#)) mit Wirkung zum 1. Januar 2004 ist für die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Quartalen nicht maßgeblich, die vor Inkrafttreten der Neufassung abgeschlossen sind, auch wenn die Neufassung des [§ 106 SGB V](#) ohne Übergangsbestimmung in Kraft getreten ist. Unerheblich ist, dass die Prüfung erst zu einem späteren Zeitpunkt stattgefunden hat (BSG, Urteil vom 9. April 2008, [B 6 KA 34/07 R](#), zustimmend Butzer, SGB 2009, S. 482 f.). Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen war die statistische Vergleichsprüfung die Regelprüfmethode (st. Rspr., vgl. BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr. 9](#) Rdnr. 6 und Nr. 10 Rdnr. 5, m. w. N.).

Für die streitbefangenen Quartale der Jahre 2004 und 2005 ist Rechtsgrundlage der Wirtschaftlichkeitsprüfung [§ 106 Abs. 2 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14. November 2003, [BGBl I 2190](#). Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach [§ 84 SGB V](#) (Auffälligkeitsprüfung) oder auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens zwei vom 100 der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung), geprüft ([§ 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 1](#) und 2 SGB V). Die Prüfung nach Durchschnittswerten ist hiernach nunmehr nicht mehr die obligatorische Regelprüfmethode, gleichwohl ist sie weiterhin anwendbar, sofern eine diesbezügliche Regelung in der Prüfvereinbarung auf Landesebene vorgesehen ist (Abs. 2 Nr. 2 S. 4 dieser Vorschrift). Das Sozialgericht hat zutreffend festgestellt, dass dies für den zahnärztlichen Versorgungsbereich in Hessen durch die Übergangsvereinbarung zur Regelung der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) für Übergangsfälle nach Maßgabe des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 21. Juli 2004, i. V. m. den ergänzenden Vereinbarungen (Protokollnotiz vom 13. Juli 2005 und Prolongation der Protokollnotiz vom 13. Juli 2005 vom 6. April 2006) der Fall ist, da hiernach die Prüfvereinbarung – Zahnärzte vom Januar 1995 i. d. F. der Änderungsvereinbarung vom 1. Juli 1996 – unter Anpassung der Prüfungsgremien an die gesetzliche Änderung – weiter gilt (§ 2 ÜV).

Nach der hiernach weiter geltenden Prüfvereinbarung vom Januar 1995 i. d. F. der Änderungsvereinbarung vom 1. Juli 1996 (PV) erfolgt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit quartalsweise auf der Grundlage von Einzelfällen, repräsentativen Einzelfällen und Durchschnittswerten, ob die abgerechneten Leistungen den zahnärztlichen Regeln entsprechend ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich waren (§ 8 Abs. 1 PV). Ist die Prüfung anhand einzelner Behandlungsfälle mit unverhältnismäßigen Schwierigkeiten verbunden, können repräsentative Einzelfälle geprüft werden, insbesondere wenn eine Einzelfallprüfung wegen der Vielzahl der Behandlungsfälle unzumutbar ist (§ 8 Abs. 2 PV). Ist die repräsentative Einzelfallprüfung ebenfalls unmöglich (z. B. bei fehlender Mitwirkung des Vertragszahnarztes), kann nach Durchschnittswerten statistisch vergleichend geprüft werden.

Das Sozialgericht hat rechtsfehlerfrei angenommen, dass der Beklagte die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit der Klägerin (auch) in den streitbefangenen Quartalen des Jahres 2004 und 2005 in zulässiger Weise anhand von statistischen Durchschnittswerten durchgeführt hat. Dabei kann dahinstehen, ob die Auswahl unter den verschiedenen Prüfmethode auch nach der neuen Rechtslage grundsätzlich im Ermessen der Prüfungsgremien liegt, oder ob die einzelnen Prüfmethode in einem Stufenverhältnis zueinander stehen, denn in dem angegriffenen Beschluss vom 17. September 2008 führte der Beklagte hierzu nachvollziehbar aus, dass im vorliegenden Fall eine Einzelfallprüfung mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden gewesen wäre. Auch vor dem Hintergrund, dass bei Sichtung und Besprechung der Belegfälle mannigfaltige Ungereimtheiten zu Tage getreten sind und vom Grundsatz her keine leistungsbezogenen Kürzungen in Betracht kamen, war auch eine Prüfung anhand repräsentativer Einzelfälle nicht möglich, er durfte daher die Prüfmethode der statistischen vergleichenden Betrachtung bezogen auf den Gesamtfallwert wählen. Dies gilt auch für die Quartale des Jahres 2005, insoweit hat sich der Beklagte jedoch mit Rücksicht auf das Verbot der reformatio in peius - wie der Prüfungsausschuss - an den Überschreitungen der Füllungsleistungen orientiert.

Bei der Methode der statistischen Vergleichsprüfung wird der Aufwand des geprüften Arztes je Fall mit dem durchschnittlichen Aufwand der Arztgruppe, der der Arzt angehört, verglichen. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Vergleichsgruppe im Durchschnitt insgesamt

wirtschaftlich handelt (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 55](#) S. 307 f.; [SozR 4-2500 § 106 Nr. 2](#) Rdnr. 14, 15; Nr. 3 Rdnr. 14). Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungsaufwand des (Zahn)Arztes je Fall entweder bei dem Gesamtfallwert oder bei einem Sparten- oder einem Einzelleistungswert in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, also ihn in einem Ausmaß überschreitet, das sich nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur oder in den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lässt, so hat das die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (st. Rspr., vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 50](#) S 263 f.; [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) Rdnr. 8 m. w. N.). Dieser wird allerdings entkräftet, wenn der betroffene (Zahn)Arzt darlegt - und sich dies als zutreffend erweist -, dass bei ihm besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende Umstände vorliegen, die für die zum Vergleich herangezogenen (Zahn)Ärzte untypisch sind (vgl. z.B. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 50](#) S 264; [SozR a. a. O. Nr. 54](#) S 299).

Das Sozialgericht hat zutreffend und ausführlich dargelegt, dass der Beklagte in rechtlich nicht zu beanstandender Weise nach dieser Prüfmethode, ergänzt um die so genannte intellektuelle Betrachtungsweise, eine unwirtschaftliche Behandlungsweise der Klägerin während der streitbefangenen Quartale im Bereich des Gesamtfallwertes in Höhe von insgesamt 57.476,38 EUR festgestellt hat und der angegriffene Beschluss auch in formeller Hinsicht rechtlich nicht zu beanstanden ist. Der Senat nimmt hierauf Bezug und sieht zur Vermeidung von Wiederholungen insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Dabei kann dahingestellt bleiben, ob Parodontose-Fälle eine Praxisbesonderheit für die Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Behandlungsbereichs begründen können und ob grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass Drogenabhängige erfahrungsgemäß bereits im Rahmen des Drogenentzugs umfassend zahnmedizinisch versorgt werden, entscheidend ist, dass Praxisbesonderheiten im Verwaltungsverfahren nicht hinreichend substantiiert vorgetragen wurden und im Rahmen der Belegfallprüfung nicht festgestellt werden konnten.

Soweit die Klägerin im Berufungsverfahren (nochmals) vorbringt, es sei für sie überraschend gewesen und verletze ihr Recht auf rechtliches Gehör, dass der Beklagte hinsichtlich der Behandlungsfälle des Jahres 2004 hinsichtlich der von ihr geltend gemachten Praxisbesonderheiten zu einem negativen Ergebnis gekommen sei, so kann dies nicht nachvollzogen werden. Diese Frage war nicht nur zentraler Streitpunkt der streitbefangenen Quartale des Jahres 2003 und 2005, mit ihrem Widerspruch gegen den Bescheid vom 10. Mai 2006 haben die beigeladenen Verbände der Krankenkassen das Vorliegen von Praxisbesonderheiten auch in den Quartalen des Jahres 2004 bestritten. Die Klägerin musste daher ganz selbstverständlich auch damit rechnen, dass der Beklagte ebenfalls zu dieser Auffassung gelangt.

Die Angabe des prozessbevollmächtigten Ehemanns der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem erkennenden Senat, die Vorsitzende des Beschwerdeausschusses habe es in der Sitzung am 17. September 2008 abgelehnt, die Praxisbesonderheiten (Betreuung der Therapieeinrichtungen) im einzelnen zu besprechen, konnte vor diesem Hintergrund nur dahin verstanden werden, dass Praxisbesonderheiten (zunächst) im Rahmen der beabsichtigten Besprechung der Einzelfälle erörtert werden sollten. Unbestritten und von der Prozessbevollmächtigten der Beigeladenen Ziffer 2) bis 6) und 8) in der mündlichen Verhandlung vor dem erkennenden Senat nochmals bestätigt sind in dieser Sitzung eine Vielzahl der in der Einladungsliste genannten 91 Fälle im einzelnen besprochen worden. Diese Belegfallprüfung war - worauf bereits das Sozialgericht zutreffend hingewiesen hat - Teil der sog. intellektuellen Prüfung. Sie diente dazu, den sich aus den Abrechnungswerten aufdrängenden Anschein einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise zu bestätigen oder zu widerlegen, da die statistische Auffälligkeit ebenso auch auf eine untypische Praxisausrichtung im Rahmen der therapeutischen Freiheit eines Vertrags(zahn)Arztes hindeuten kann. Die Klägerin hatte daher ausgiebig Gelegenheit, konkret und im Einzelnen zu den von ihrer ansonsten nur pauschal und unsubstantiiert geltend gemachten Praxisbesonderheiten vorzutragen, im Ergebnis konnte sie jedoch weder Praxisbesonderheiten noch kompensatorische Einsparungen plausibel machen, die geeignet gewesen wären, den Anschein der unwirtschaftlichen Behandlungsweise auszuräumen.

Die Klägerin kann auch mit ihrem weiteren Vortrag in der Berufung nicht gehört werden, wonach das Sozialgericht und der Beklagte die Frage der Praxisbesonderheiten falsch gewürdigt und insbesondere verkannt hätten, dass auch im vertragsärztlichen Bereich der Grundsatz der Amtsermittlung gelte und ihr das Recht eingeräumt werden müsse, noch im Rahmen des Gerichtsverfahrens ihren Vortrag bezüglich des Vorliegens von Praxisbesonderheiten zu substantiieren und zu konkretisieren.

Auch insoweit hat das Sozialgericht bereits zutreffend darauf hingewiesen, dass es grundsätzlich Sache des Klägers ist, den durch die Feststellung eines offensichtlichen Missverhältnisses erbrachten Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit seines Verhaltens durch die Geltendmachung von Praxisbesonderheiten oder kompensatorischen Minderaufwendungen zu widerlegen. Ihn trifft hinsichtlich der Einwendungen 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 (vgl. Klaus Oehler, Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, 3. Auflage 2009, S. 149). 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 Urteil vom 16. Juli 2003, Az.: [B 6 KA 45/02 R](#), zitiert nach juris: Rdnr. 26 m.w.N.). An einer hinreichend substantiierten Darlegung von Praxisbesonderheiten oder kompensatorischen Einsparungen in den Prüfverfahren fehlt es vorliegend. Dies kann - wie das Sozialgericht ebenfalls zutreffend bereits ausgeführt hat - insbesondere wegen des den Prüfungsgremien zustehenden Ermessensspielraums, aber auch wegen der gesamten Struktur des Verfahrens zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit vertrags(zahn)ärztlicher Leistungserbringung, in zeitlicher Hinsicht nur im Verwaltungsverfahren bis zur Entscheidung des Beschwerdeausschusses erfolgen und im Gerichtsverfahren nicht nachgeholt werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 2](#), [162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Die endgültige Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#) i. V. m. [§§ 47](#), [52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Auszugehen war von der auch im Berufungsverfahren im Streit befindlichen Honorarkürzung in Höhe von 57.476,38 EUR.
Rechtskraft

Aus
Login
HES
Saved
2011-06-10