

S 12 KA 797/06

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 797/06

Datum

13.12.2006

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Unterschiedliche Durchschnittswerte für Einzelwerte zwischen verschiedenen KZV-Bereichen sind für einen Vergleich der Gesamtfallwerte ohne Bedeutung. Ein Vergleich mit dem Gesamtfallwert aller Zahnärzte des Zulassungsbezirks ist zulässig.

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.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Bereich des Gesamtfallwertes in den zwei Quartalen III und IV/03 in Höhe von 20.983,72 Euro.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis. Sie besteht seit Mai 2003 aus drei zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassenen Zahnärzten. Ihr Mitglied Dr. med. dent. W. ist bereits seit April 1981, ihr Mitglied Dr. med. dent. E. X. ist bereits seit September 2002 und ihr Mitglied Frau B. ist seit Mai 2003 zugelassen.

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

Quartal Fallzahl Pkte. pro Fall Mehrkosten pro Fall in Pkte. In %

III/2003 VZA- 916 120 45 60,0

VG- 474 75

IV/2003 VZA- 1.204 105 37 54,4

VG- 594 68

Auf Antrag der Beigeladenen mit Ausnahme der Beigeladenen zu 5) für das Quartal III/03 bzw. nach einem jeweiligen Auswahlverfahren für das Quartal IV/03 führte der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen - eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der streitbefangenen Quartale durch. Der Prüfungsausschuss lud die Klägerin zu einer Prüfsitzung am 07.12.2004, an der für sie ihre Mitglieder Dres. dent. W. und E. X. teilnahmen. Zuvor hatte die Klägerin bereits vorgetragen, sie habe ein breites Terminangebot, Behandlungen müssten nicht über mehrere Quartale verteilt werden. Behandlungsschwerpunkte seien Endodontie und Prothetik. Dies führe zwangsläufig zu einer Verschiebung von chirurgischen zu konservierenden/prothetischen Leistungen. Ein Patientenanteil von 5,3 % bzw. 4,7 führe zu dem Fallwert über der Vergleichsgruppe. Mit 94,7 % bzw. 95,3 % der Fälle liege sie im Toleranzbereich von 95 bzw. 87 Punkten. Ziehe man die Leistungen für genehmigten Zahnersatz und Parodontologiebehandlungen ab, so verschiebe sich der Falldurchschnitt auf 102,5 bzw. 94,2 Punkte. Die deutlich überhöhten Röntgenleistungen seien durch Pa und ZE verursacht. Wichtig sei ihnen die zahnerhaltende Endodontie. Die Endoleistungen (Vit-E, WK, Med) zögen automatisch vor allem große Füllungen nach sich; es erhöhe sich auch die Zahl der Röntgenbilder. Erhöhte Ekr-Leistungen korreliere mit der erhöhten Prothetik. Ähnlich verhalte es sich mit anderen Begleitleistungen. Endodontie, Zahnersatz und Parodontologie würden von jeweils einem, Behandler durchgeführt werden. Durch F3- und F4-Füllungen hätten sie Kronen erspart. Durch Wurzelfüllungen habe sie die Anzahl der Brücken reduziert.

Mit Bescheid vom 07.12.2004 setzte der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von

22.349,26 EUR bzw. aufgrund des HVM-Einbehalts für das Jahr 2003 auf den strittigen Betrag von 20.983,72 EUR fest. Er kürzte den Gesamtfallwert auf das 1,4-fache des Gesamtfallwerts der Vergleichsgruppe. Im Einzelnen nahm er folgende Honorarreduzierungen vor:

III/03

PK-Bereich um 5.948,89 EUR

EK-Bereich um 5.954,78 EUR

IV03

PK-Bereich um 5.004,83 EUR

EK-Bereich um 5.440,76 EUR

Hiergegen legte die Klägerin am 03.06.2005 Widerspruch ein. Sie führte zur Begründung aus, die statistische Prüfung widerspreche dem Gesetz. Eine Homogenität der Behandlergruppe bestehe nicht, wie ein Vergleich mit der Statistik für Thüringen zeige. Sie würden zahnerhaltend arbeiten und ersparten hierdurch Zahnersatzleistungen. Begleitleistungen zu vorher genehmigten Leistungen müssten herausgerechnet werden.

Der Beklagte führte eine weitere Prüfsitzung am 14.12.2005 durch, an der für die Klägerin wiederum ihre Mitglieder Dres. dent. W. und E. X. teilnahmen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.12.2005, ausgefertigt am 08.05. und der Klägerin am 10.05.2006 zugestellt, wies der Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte er aus, er habe einen statistischen Kostenvergleich vorgenommen. Die gesetzliche Neufassung stehe dem nicht entgegen, da das Gesetz eine gesamtvertragliche Regelung zulasse, was in Hessen der Fall sei. Die Grenze zur unwirtschaftlichen Behandlungsweise sehe man im Bereich des Gesamtfallwertes bei einer Überschreitung von 40 %. Die Abrechnungswerte der Klägerin legten daher eine unwirtschaftliche Behandlungsweise nahe. Eine Belegfallüberprüfung habe ergeben, dass die Klägerin in ihrer Behandlungsweise nicht immer die erforderliche Systematik aufweise, sie rechne häufig die Beratung (Ä1) vor der Untersuchung (01) ab. Im Bereich des Füllungskomplexes würden Bissflügelaufnahmen (aus Gründen der Kariesdiagnostik) nicht angefertigt werden. Neben OPG-Aufnahmen würden weitere Röntgenaufnahmen (Rö5) angefertigt werden; vielfach werde eine Leistung nach Ä925b (Rö5) erbracht, obwohl eine Leistung nach Ä925a (Rö2) ausreichend gewesen wäre. Füllungsleistungen seien zeitnah wiederholt worden. Mehrflächige Füllungen als Aufbauauffüllungen seien nicht nach Nrn. 13a/13b abgerechnet worden. Signifikant seien Füllungen nie ohne Begleitleistungen (bsp. bMF/Exc1) abgerechnet worden. Die Indikationsgrenze für Leistungen nach Nr. 25 (Cp) sei sehr großzügig gehandhabt worden. Bei Wurzelbehandlungsmaßnahmen sei teilweise auf Röntgenaufnahmen verzichtet worden. Nr. 28 (VitE) sei mehrfach mit Nr. 34 (Med) abgerechnet worden, wobei der Eindruck gewonnen worden sei, dass der Leistungsinhalt der Nr. 28 (VitE) nicht immer erfüllt gewesen sei. Die Mundbehandlung sei fast regelmäßig mit der Zahnsteinentfernung gekoppelt. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung sei unabhängig von den Behandlungszeiten und der Zahl der Behandler Generell könne das hiermit verbundene Argument einer schnellen Durchsanierung auch nur dann Bedeutung erlangen, sofern ein erhöhter Sanierungsbedarf zu verzeichnen sei. Ein dahingehend großes Ausmaß habe nicht festgestellt werden können. Die Patienten würden schon langjährig betreut werden. Aufgrund der flächendeckenden Zahnarztversorgung stelle A-Stadt kein zahnärztlich unterversorgtes Gebiet dar. Begleitleistungen würden auch von der Vergleichsgruppe abgerechnet werden. Ein signifikanter Umfang an Begleitleistungen habe nicht festgestellt werden können. Gerade im Zahnersatzbereich entstünden solche auch nicht immer oder führten zur Ersparnis großflächiger Füllungen. Im Ergebnis hätten Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen, die geeignet gewesen wären, den ausgewiesenen Mehraufwand in voller Höhe zu rechtfertigen, nicht festgestellt werden können. Leistungen erfolgten indikationsbezogen; zahnerhaltend seien auch die übrigen Zahnärzte tätig. Der Beklagte hat dies im Einzelnen ausgeführt. Insoweit wird auf Bl. 6 bis 11 des Widerspruchsbeseides Bezug genommen. Es verbleibe daher, so der Beklagte weiter, abgesehen von der Reduzierung, bei der Honorarkürzung des Prüfungsausschusses.

Hiergegen hat die Klägerin am 08.06.2006 die Klage erhoben. Zur Begründung ihrer Klage trägt die Klägerin mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten unter Datum vom 05.12.2006 vor, in der Prüfsitzung seien nur 12 der 45 Belegfälle, zudem oberflächlich besprochen worden. Sie habe den Eindruck gewonnen, mindestens die Hälfte davon gebe keinen Anlass zu Beanstandungen. Die Prüfung der Einzelfälle sei völlig willkürlich gewesen. Ihre beiden anwesenden Mitglieder hätten ein Gedächtnisprotokoll angefertigt. Darin werde deutlich, dass über die Inhalte des Kürzungsbescheides nicht gesprochen worden sei. Der Bescheid der Beklagten sei nicht nachvollziehbar begründet.

Die Klägerin beantragt,

unter Aufhebung des Widerspruchsbescheides vom 14.12.2005 den Beklagten zu verpflichten, ihren Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 2) bis 8) beantragen übereinstimmend, die Klage abzuweisen.

Der Beklagte hat sich schriftsätzlich nicht mehr geäußert und ist in der mündlichen Verhandlung der Klage entgegen getreten.

Die Beigeladene zu 1) hat keinen Antrag gestellt.

Mit Beschluss vom 17.07.2005 hat die Kammer die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin aus den Kreisen der Vertragszahnärzte und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragszahnarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG). Sie konnte dies trotz Ausbleibens eines Vertreters der Beigeladenen zu 1) tun, weil

diese ordnungsgemäß geladen und hierauf hingewiesen worden ist.

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der angefochtene Widerspruchsbescheid vom 14.12.2005 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Widerspruchs gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 07.12.2004 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Die Klage war 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 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) in der maßgeblichen Fassung des Gesetzes vom 19. Dezember 2001 ([BGBl I 3773](#)).

Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt. Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist die statistische Vergleichsprüfung die Regelprüfmethode. Die Abrechnungswerte des Arztes werden 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 offensichtlichen 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, Urteil vom 16. Juli 2003 - Az: [B 6 KA 45/02 R](#), [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) = Breith 2004, 13, zitiert nach juris, Rdnr. 17 m. w. N.).

Von welchem Grenzwert an ein offensichtliches Missverhältnis anzunehmen ist, entzieht sich einer allgemein verbindlichen Festlegung (vgl. BSG, Urteil vom 15.03.1995 - Az: [6 RKA 37/93](#), [BSGE 76, 53](#) = SozR 3 2500 § 106. Nr. 26 = [NZS 1996, 33](#) = [NJW 1996, 2448](#) = USK 9573, juris Rdnr. 18). Nach der Rechtsprechung des BSG liegt zwischen dem Bereich der normalen Streuung, der Überschreitungen um bis zu ca. 20 % erfasst, und der Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis der Bereich der Übergangszone. Die Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis hat das BSG früher bei einer Überschreitung um ca. 50 % angenommen. Seit längerem hat es - unter bestimmten Voraussetzungen - niedrigere Werte um ca. 40 % ausreichen lassen. Die Prüfungsgremien haben einen Beurteilungsspielraum, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis höher oder niedriger festzulegen. Vor diesem Hintergrund hat das BSG es nicht ausgeschlossen, dass Überschreitungen um 42, 38, 33 und 31 % möglicherweise dem Bereich des sog. offensichtlichen Missverhältnisses zugeordnet werden können (vgl. BSG, Urteil vom 06.09.2000 - Az: [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, Urteil vom 16.07.2003 - Az: [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, Urteil vom 02.06.1987 - Az: [6 RKA 23/86](#), aaO., 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 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, Urteil vom 02.06.1987 - Az: [6 RKA 23/86](#), [SozR 2200 § 368n Nr. 48](#) = [BSGE 62, 24](#) = SGB 1988, 549 = USK 87212, juris Rdnr. 20).

Ein statistischer Kostenvergleich kann dann nicht durchgeführt werden, wenn die Fallzahl des zu prüfenden Arztes so gering ist, als sie (Fall-)Zahlenbereiche unterschreitet, unterhalb derer ein statistischer Vergleich nicht mehr aussagekräftig ist. Die Prüfung nach Durchschnittswerten geht von der Grundannahme aus, dass es die Ärzte der Vergleichsgruppe unter Einbeziehung des geprüften Arztes im Durchschnitt mit dem gleichen Krankengut zu tun haben und deshalb im Durchschnitt aller Fälle in etwa die gleichen Behandlungskosten benötigen. Diese Annahme ist aber nur gerechtfertigt, wenn für den Vergleich einerseits eine hinreichend große Anzahl vergleichbarer Ärzte und andererseits bei dem zu prüfenden Arzt eine hinreichende Zahl von Behandlungsfällen zur Verfügung stehen. Zwar ist es statistisch genauso wahrscheinlich wie unwahrscheinlich, dass der zu prüfende Arzt mit geringer Fallzahl dieselbe Patientenstruktur aufweist wie die Ärzte seiner Vergleichsgruppe, so dass die Relation von behandlungsintensiven und weniger aufwändigen Behandlungsfällen in kleinen Praxen nicht notwendig anders sein muss als bei großen. Eine in Relation zur Vergleichsgruppe besonders niedrige Fallzahl des zu prüfenden Arztes kann aber zur Folge haben, dass einzelne schwere, besonders aufwändige Behandlungsfälle den Fallwert des betroffenen Arztes überproportional in die Höhe treiben. Deshalb ist zu verlangen, dass der mit einer sehr geringen Fallzahl einhergehenden Vergrößerung des Aussagegewerts der statistischen Vergleichsprüfung durch die Einführung einer Mindestquote der in die Prüfung einzubeziehenden Fälle zu begegnen ist. Dabei ist an ein objektives Kriterium, nämlich die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe anzuknüpfen. Die Beschränkung der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf die Behandlungsfälle einer einzelnen Krankenkasse ist daher nur mit der Einschränkung zugelassen worden, dass diese mindestens 20 v. H. der Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe ausmachen. Die Mindestquote von 20 % der Durchschnittsfallzahl der Vergleichsgruppe ist nicht nur bei der auf die Behandlungsfälle einer einzelnen Kasse beschränkten Prüfung zu beachten, sondern muss auch dann erreicht sein, wenn die Zahl der insgesamt vom zu prüfenden Arzt behandelten Patienten besonders niedrig ist. Soweit seit 1995 die Wirtschaftlichkeit der (nunmehr einheitlichen) vertragsärztlichen Versorgung für den (früheren) RVO-Kassen- und den Ersatzkassenbereich einheitlich geprüft wird, hat dies zur Folge, dass die in die Wirtschaftlichkeitsprüfung

einzubeziehenden Behandlungsfälle nunmehr das gesamte Spektrum der vertragsärztlichen Tätigkeit des zu prüfenden Arztes abdecken und nicht mehr - wie zuvor - jeweils nur einen Teilbereich. Dies spricht dafür, die absoluten Fallzahlenuntergrenzen bei einer die gesamte vertragsärztliche Tätigkeit erfassenden Prüfung höher anzusetzen, als das bisher in besonderen Konstellationen für den einen oder anderen Kassenbereich für zulässig gehalten worden ist. Gegen eine starre Grenzziehung etwa bei 100 Fällen spricht, dass dann die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei kleineren Arztpraxen aus solchen Arztgruppen, deren Durchschnittsfallzahlen unter 500 liegen, häufig nicht als statische Vergleichsprüfung durchgeführt werden könnte. Angesichts der ständig verbesserten statistischen Auswertung der Abrechnungen (z. B. Gewichtung des Rentneranteils, Beschränkung des Vergleichs auf Ärzte, die die fraglichen Leistungen abrechnen) ist es nicht gerechtfertigt, generell Ärzte mit Fallzahlen oberhalb der Grenze von 20 % des Durchschnitts von der Prüfung nach Durchschnittswerten auszunehmen, wenn ihre Fallzahl die absolute Grenze von 100 nicht erreicht (vgl. BSG, Urteil vom 09.09.1998 - Az: [B 6 KA 50/97 R](#), [SozR 3-2500 § 106 Nr. 45](#) = [NZS 1999, 310](#) = Breith 1999, 664 = USK 98174, juris Rdnr. 15 bis 19).

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

Der Bescheid ist in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Durch die Ladung zur mündlichen Verhandlung des Beklagten, an der Mitglieder der Klägerin teilgenommen haben, hat eine ausreichende Anhörung stattgefunden (§ 24 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch, Verwaltungsverfahren - SGB X). Eine Verpflichtung des Beklagten, alle sog. Belegfälle in der Prüfsitzung zu erörtern, besteht nicht. Die Belegfallprüfung dient im Rahmen der sog. intellektuellen Prüfung der Feststellung, ob die auf Unwirtschaftlichkeit hindeutenden Abrechnungswerte nicht durch Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Ersparnisse ganz oder teilweise gerechtfertigt sind. Insofern besteht lediglich eine Mindestverpflichtung der Prüfungsgremien, bei Vorliegen eines offensichtlichen Missverhältnisses von Amts wegen nach Gründen für die hohen Abrechnungswerte zu suchen. Im Übrigen ist es Sache des Vertragszahnarztes, substantiiert den Anschein der Unwirtschaftlichkeit zu widerlegen.

Der Beklagte hat auch sein Ergebnis ausreichend begründet. Im Hinblick auf das Vorliegen eines sog. offensichtlichen Missverhältnisses und eines statistischen Kostenvergleichs war er nicht gehalten, zu Ausführungen zu Einzelfällen Stellung zu nehmen. Der Beklagte hat einen statistischen Kostenvergleich vorgenommen wurde. Er hat zudem über fast fünf engzeilig beschriebene Seiten weitere Ausführungen zur systematischen Behandlungsweise, zu Leistungen nach Ä1 (Ber), zum Röntgenkomplex, zu Füllungsmaßnahmen, zu Leistungen nach Nr. 25 (Cp), zur Endodontie und zu Leistungen nach Nrn. 105 (Mu) und 107 (ZSt) gemacht. Von daher ist der Bescheid ausreichend begründet.

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

Der angefochtene Bescheid ist auch in materieller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Der Beklagte hat den Kläger mit den Abrechnungswerten aller hessischen Vertragszahnärzte verglichen. Dies war nicht zu beanstanden, da die Mitglieder der Klägerin ebenfalls als Vertragszahnärzte in Hessen zugelassen und als solche tätig sind. Soweit der Beklagte Honorarberichtigungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise vorgenommen hat, war nicht zu beanstanden, dass er vom Vorliegen eines sog. offensichtlichen Missverhältnisses bei einer Überschreitung des Gesamtfallwertes von 40 % ausging. Dies steht im Einklang mit der bereits zitierten Rechtsprechung des BSG. Zutreffend hat der Beklagte darauf hingewiesen, dass die Praxis der Klägerin trotz geringerer Fallzahl mit der Vergleichsgruppe statistisch verglichen werden kann, da ihre Praxis in allen streitbefangenen Quartalen für die Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung hinreichend groß war.

Soweit die Klägerin auf unterschiedliche Durchschnittswerte anderer KZV-Bereiche verweisen, beschränkt sie sich auf wenige Einzelwerte. Der Beklagte hat hier aber einen Vergleich der Gesamtfallwerte vorgenommen. Im Übrigen verkennt die Klägerin, dass wegen statistischer Schwankungen, die im Übrigen auch zwischen den Quartalsabrechnungen auftreten, ein Streubereich einzuhalten ist und der Bereich zum offensichtlichen Missverhältnis noch darüber liegt.

Geringere Fallzahlen ermöglichen auch nicht ein "Durchsanieren" im Sinne einer Praxisbesonderheit. Eine Praxisbesonderheit liegt nur vor, wenn ein Patientengut zu behandeln ist, das einen im Vergleich zu den übrigen hessischen Zahnärzten wesentlich erhöhten Behandlungsbedarf hätte, wobei weiter zu unterstellen ist, dass es einer Praxis mit geringer Fallzahl möglich ist, diese Patienten sogleich, meist in einem Quartal zu behandeln. Nach Auffassung der fachkundig besetzten Kammer führt ein sog. "Durchsanieren" grundsätzlich nicht zu erhöhten Abrechnungswerten, da maßgeblich für den Umfang der notwendigen Behandlung ausschließlich der Befund bei den Patienten ist. Ein erhöhter Fallwert kann daher nur notwendig werden, wenn insgesamt die Patientenstruktur einer Praxis Patienten aufweist, die einer wesentlich umfangreicheren Behandlung als die Patienten der Vergleichsgruppe bedürfen. Der Kammer war nicht nachvollziehbar, weshalb gerade in der Praxis der Klägerin ein erhöhter Anteil sog. "sanierungsbedürftiger" Patienten hätte vorhanden gewesen sein sollen. Dies hat die Klägerin auch im Verfahren nicht näher dargelegt.

Soweit die Klägerin vorträgt, die Wirtschaftlichkeitsprüfung habe keine gesetzliche Grundlage, war dem nicht zu folgen. Auf die gesetzlichen Grundlagen wurde bereits hingewiesen. Für die materiellen Prüfungsvoraussetzungen kommt es entscheidend auf die seinerzeit geltende Rechtslage an. Diese sah bis zum Ende des Jahres 2003 als Regelprüfmethode die Prüfung nach Durchschnittswerten vor. Im Übrigen trifft die Behauptung, seit Januar 2004 dürften arztbezogene Prüfungen nur als Zufälligkeitprüfungen durchgeführt werden, nicht zu. Zwar hat der Gesetzgeber durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#) die gesetzliche Regelprüfmethode für (zahn)ärztliche Leistungen auf die Zufälligkeitprüfung beschränkt. Er hat aber weiterhin vorgesehen, was auch zuvor bereits galt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren können ([§ 106 Abs. 2 Satz 4](#), 1. Halbsatz SGB V). In der Prüfvereinbarung kann daher weiterhin die Prüfmethode nach Durchschnittswerten vereinbart werden (vgl. Filler, Die Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Versorgung durch das GMG ab dem 1.1.2004, GesR 2004, S. 502). Hiervon haben die Beigeladenen Gebrauch gemacht. Mit der Prüfvereinbarung vom 21.07.2004, die für alle Quartale bis zum Quartal IV/03 gilt, haben sie im Wesentlichen die Fortgeltung der Prüfvereinbarung - Zahnärzte vom Januar 1995 i. d. F. d. Änderungsvereinbarung vom 01.07.1996 vereinbart. Nach der Prüfvereinbarung - Zahnärzte vom Januar 1995 erfolgt die Prüfung quartalsweise nach Einzelfällen, repräsentativen Einzelfällen und nach Durchschnittswerten (§ 8).

Nicht zu folgen vermochte die Kammer dem Vortrag der Klägerin, die Beklagte habe seine Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen nicht berücksichtigt. Solche sind weder substantiiert vorgetragen noch sonst ersichtlich. Der Hinweis der Klägerin, bei vermehrter Erbringung mehrflächiger Füllungen würde Zahnersatz eingespart, beinhaltet letztlich die Behauptung zahnerhaltender als die Vergleichsgruppe zu arbeiten. Zahnerhaltung gehört aber seit langem zum zahnärztlichen Therapiestandard. Im Übrigen ist ein statisch geringerer Umfang an ZE-Leistungen nicht erkennbar. Nach der ZE-Statistik betragen die Fallzahlen der Klägerin 147 und 179 Fälle gegenüber der Vergleichsgruppe von 70 und 86 Fällen. Bezogen auf die Fallzahlen im konservierend-chirurgischen Bereich ergeben sich, jeweils auf 100-Behandlungsfälle bezogen, für die Klägerin ZE-Häufigkeiten von 16,0 bzw. 14,9 gegenüber der Vergleichsgruppe von 14,8 und 14, 5, wobei die Punkte pro Fall bei der Klägerin jeweils höher sind.

Nach allem waren der angefochtene Widerspruchsbescheide nicht aufzuheben und die Klage insgesamt abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-10-12