

S 12 KA 313/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 313/08
Datum

29.04.2009
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 42/09
Datum

09.01.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 9/12 B
Datum

28.06.2012
Kategorie
Urteil

Leitsätze

1. Im Bereich der KZV Hessen kann auch für die Quartale ab I/04 eine statistische Vergleichsprüfung durchgeführt werden.
 2. Geringere Fallzahlen einer zahnärztlichen Praxis ermöglichen kein „Durchsanieren“ im Sinne einer Praxisbesonderheit.
 3. Es besteht kein zahnmedizinischer Erfahrungssatz, dass Patienten im Alter von 30 bis 55 Jahren, Bankangestellte oder Großstadtbewohner besonders sanierungsbedürftige Zähne hätten.
 4. Ein Diagnosegerät, das bereits im Frühstadium Karies erkennen lässt, ermöglicht lediglich eine früher beginnende Sanierung und stellt keine Praxisbesonderheit dar.
 5. Parodontose- und ZE-Fälle bedeuteten keine Praxisbesonderheit für die Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Behandlungsbereichs.
1. Die Klage wird abgewiesen.

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

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Bereich des Gesamtfallwertes in den sechs Quartalen I/04 bis II/05 in Höhe von insgesamt 21.163,72 Euro.

Der Kläger ist seit März 2003 als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt, A-Straße zugelassen. Zuvor war er in AB-Stadt von 1988 bis Ende des Jahres 2002 tätig.

In den Quartalen I/04 bis IV/05 ergaben sich folgende Abrechnungswerte des Klägers (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 %
I/2004 VZA- 148 169 70 70,7 VG- 417 99
II/2004 VZA- 156 156 65 71,4 VG- 426 91
III/2004 VZA- 176 139 51 58,0 VG- 423 88
IV/2004 VZA- 198 155 76 96,2 VG- 522 79

Quartal Fallzahl Pkte. pro Fall Mehrkosten pro Fall in Pkte. In %
I/2005 VZA- 151 150 54 56,3 VG- 410 96
II/2005 VZA- 171 139 46 49,5 VG- 438 93
III/2005 VZA- 158 114 24 26,7 VG- 408 90
IV/2005 VZA- 204 109 29 36,3 VG- 512 80

Der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen - Hessen – führte für die Quartale I bis IV/04 eine Wirtschaftlichkeitsprüfung bzgl. der konservierenden-chirurgischen Leistungen durch. Der Prüfungsausschuss lud den Kläger zu einer Prüfsitzung, an der er teilnahm.

Mit Bescheid vom 07.03.2006, dem Kläger am 25.07.2006 zugestellt, setzte der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale I bis

IV/04 eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 17.716,79 EUR fest. Er kürzte den Gesamtfallwert auf das 1,4-fache des Gesamtfallwerts der Vergleichsgruppe. Im Einzelnen nahm er folgende Honorarreduzierungen (nach Berücksichtigung der HVM-Einbehalte) vor:

I/04 um 3.833,00 EUR
II/04 um 3.907,58 EUR
III/04 um 2.436,46 EUR
IV/04 um 7.539,75 EUR

Hiergegen legte der Kläger am 25.08.2006 Widerspruch ein. Zur Begründung seines Widerspruchs trug er vor, intensive Beratungen über die Wirtschaftlichkeit hätten Regressen in der Regel voranzugehen. Die Prüfung nach Durchschnittszahlen sei nur noch möglich, wenn sie ausdrücklich in der jeweiligen Prüfvereinbarung vereinbart worden sei. Die Prüfvereinbarung sehe aber vor, dass nach Durchschnittswerten statistisch vergleichend nur dann geprüft werden könne, wenn die repräsentative Einzelfallprüfung unmöglich sei. Es fehle eine Begründung der Prüfmethode. Unzutreffend sei die Behauptung, er habe angegeben, seine Klientel bestehe hauptsächlich auf Grund der Praxislage aus Privatpatienten. Die Behauptung, die Wurzelkanäle seien unzureichend behandelt worden, werde nicht belegt oder näher substantiiert. Dies gelte auch für weitere Ausführungen zu seiner Behandlungsweise. Bei Beanstandungen bezüglich der Leistungen nach Nrn. 25 (CP) und 26 (P) lasse der Prüfungsausschuss seinen Hinweis, er benutze zur Diagnose das Gerät DIAGNOdent, unberücksichtigt. Dies sei erheblich, denn der Einsatz dieses Gerätes stelle eine Praxisbesonderheit dar. Es handelt sich um ein Kariesdiagnostikgerät auf Laserbasis und diene zur Kariesmonitoring. Während die Inspektion der Oberflächen eine Sensitivität von unter 20 % zeige, erreiche das Diagnosegerät Werte von über 80 %. Die Ausführungen zu Belegfällen hinsichtlich der OPG-Leistungen seien unzutreffend. Der Prüfungsausschuss sei auch dem Anspruch auf intellektuelle Prüfung in keiner Weise gerecht geworden.

Der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen - Hessen - führte für die Quartale I bis IV/05 eine weitere Wirtschaftlichkeitsprüfung bzgl. der konservierenden-chirurgischen Leistungen durch. Der Prüfungsausschuss lud den Kläger zu einer Prüfsitzung, an der wieder teilnahm.

Zum Prüfverfahren führte der Kläger unter dem Datum vom 13.04.2007 aus, Schwerpunkt seiner zahnärztlichen Tätigkeit sei die systematische PAR-Behandlung, konservierende Zahnbehandlung sowie die prothetische Zahnbehandlung. Diese Praxisbesonderheiten seinen zu berücksichtigen. Er verwies wiederum auf sein Diagnosegerät DIAGNOdent. Weiter führte er zu einzelnen Abrechnungsziffern aus, so zu Nr. 8 (ViPr), Nr. 12 (bMF) Nr. Ä 925a - 925d und 935d. Aufgrund seines Schwerpunkts im Bereich der konservierenden Zahnbehandlung habe er eine hohe Anzahl an Behandlungen nach den Nrn. 25, 26 und 27, die sowohl im Vorfeld wie auch im Nachhinein eine Sensibilitätsprüfung erforderlich machten. Hohe Fallzahlen bei der prothetischen Versorgung sowie umfangreiche systematische PAR-Behandlungen führten ebenfalls zu überdurchschnittlichen Abrechnungen der Nr. 8. Die Nr. 12 stehe im Verhältnis zur direkten und indirekten Überkappung nach Nr. 25 und 26. Aufgrund der vermehrten Abrechnungen der Nr. 25 und 26 erfolge auch eine vermehrte Abrechnung der Nr. 12. Aufgrund seines Schwerpunktes in Bezug auf die PAR-Behandlungen erfolge eine überdurchschnittliche Abrechnung von Röntgendiagnostik (Nr. Ä 925a und b). Die Nr. Ä 925c (Rö8) stehe in direktem Zusammenhang mit der häufigen Füllungstherapie. Aufgrund der Praxisbesonderheiten sowie überdurchschnittlich vielen direkten Überkappungen, PAR-Behandlungen als auch prothetischen Versorgungen sei eine erhöhte Anzahl an Rö8 gerechtfertigt. Die Statistik sei um die sog. Null-Abrechner zu bereinigen. Gleichfalls sei eine erhöhte Anzahl an Röntgenleistungen nach Nr. Ä 925d und 925b gerechtfertigt. Auch bei den gegebenen OPG-Leistungen seien die Statistiken um die Null-Abrechner zu bereinigen.

Mit Bescheid vom 02.05.2007, dem Kläger am 28.09.2007 zugestellt, setzte der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale I bis IV/05 eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 3.446,95 EUR fest. Er kürzte den Gesamtfallwert auf das 1,4-fache des Gesamtfallwerts der Vergleichsgruppe. Im Einzelnen nahm er folgende Honorarreduzierungen vor:

I/05 um 2.106,46 EUR
II/05 um 1.340,47 EUR
III/05 keine Absetzung
IV/05 keine Absetzung.

Hiergegen legten der Kläger am 25.10.2007 Widerspruch ein, den er nicht weiter begründete.

Der Beklagte verband beide Widerspruchsverfahren und führte eine weitere Prüfsitzung durch, an der der Kläger in Begleitung seines Prozessbevollmächtigten teilnahm.

Mit Beschluss vom 07.02.2008, ausgefertigt am 12.06.2008 und dem Kläger am 13.06.2008 zugestellt, wies der Beklagte die beiden Widersprüche des Klägers als unbegründet zurück. Zur Begründung führte er aus, die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit im Wege der Einzelfallprüfung wäre mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden gewesen. Darüber hinaus wäre wohl in einer Vielzahl von Fällen die Wirtschaftlichkeit einzelner Maßnahmen nicht mehr nachvollziehbar gewesen. Er habe sich daher mit Blick auf die die Gesamtfallwertüberschreibungen für eine statistische Vergleichsprüfung, bezogen auf die Gesamtfallwerte, entscheiden. Dies sei im Einklang mit der Prüfvereinbarung. Eine Bereinigung der Statistik wegen der sog. Null-Abrechner sei bei einer Prüfung des Gesamtfallwertes nicht notwendig. Von einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise sei bei einer Überschreitung der Durchschnittswerte von mehr als 40 % auszugehen. Die Fallzahlen des Klägers überschritten deutlich die von der Rechtssprechung geforderte Mindestquote von 20 % der Durchschnittsfallzahl der Vergleichsgruppe. Auch handele es sich bei dem zahnärztlichen Leistungsspektrum grundsätzlich um einen sehr homogenen Bereich, so dass die Vergleichbarkeit nicht an einer Unterschreitung der Durchschnittsfallzahl scheitere. Um sich einen Eindruck über die Behandlungs- und Vorgehensweise des Vertragszahnarztes zu machen, habe der Beschwerdeausschuss nach Durchsicht alle Behandlungsfälle durch den Berichterstatter in der Sitzung eine exemplarische Auswahl von Behandlungsfällen unter Einbezug der ab dem 1. Januar 2004 geltenden Abrechnungsbestimmungen überprüft. Zur systematischen Behandlungsweise führte er ferner aus, aufgrund des PC-Programmes habe es Diskrepanzen zwischen den Leistungsauszügen und den visualisierten Abrechnungsscheinen gegeben. Diskrepanzen habe es auch im Bereich von Röntgenleistungen zwischen abgerechneten Leistungen und vorgelegten Aufnahmen gegeben. Wurzelkanalbehandlungen seien an Zähnen wiederholt worden, obwohl die bereits vorhandene Wurzelkanalbehandlung in Takt gewesen sei. Die Zähne seien umfangreich konserviert und versorgt worden, obwohl nach fachlichem Dafürhalten die Extraktion angezeigt gewesen wäre. Der Kläger habe in seinen zur Sitzung mitgebrachten Leistungsauszügen keine 01- Befunde dokumentiert. Auch dann wenn sich eine

Behandlung über mehrere Quartale hinweg erstreckt habe, sei die Nr. 01 im jeweiligen Abrechnungszeitpunkt erneut abgerechnet worden. Bei Weiterbehandlung könne im Folgequartal die Nr. Ä1 neu angesetzt werden, wenn mindestens seit der 01 oder Ä1 im Vorquartal 18 Tage verstrichen seien. Sensibilitätsprüfungen seien in einem Verhandlungsfall zu Beginn der jeweiligen Behandlung, auch in kurzen zeitlichen Abständen zueinander, zur Abrechnung gelangt. Die Häufigkeit sei nicht nachvollziehbar. Die Nr. 8 (ViPr) sei für alle verschiedenen Techniken der Sensibilitätsprüfung abrechenbar, jedoch für eine Sitzung nur einmal, auch bei mehreren Zähnen. Eine notwendige Prüfung mehrerer Zähne in einer Sitzung gehöre zur wirtschaftlichen Behandlungsweise. Zu den Nr. 25 (Cp) sowie Nr. 13a-d (F1 – F4) führte er aus, an Hand der vorgelegten Röntgenbilderaufnahmen sei eine Caries profunda häufig nicht nachvollziehbar gewesen, weil die Caries noch nicht in das pulpennahe Drittel vorgedrungen sei. Es seien auch mehrere Füllungen an einem Tag an einem Zahn zur Abrechnung gebracht worden, obwohl eine großflächige Füllung wirtschaftlicher gewesen wäre. Auch seien Zahnflächen doppelt mit einer Füllung versorgt worden. Fünf Leistungen seien an Hand der vorgelegten Röntgenaufnahme teilweise nicht nachvollziehbar gewesen. Füllungen seien auch im kurzen zeitlichen Abstand wiederholt zur Abrechnung gekommen. Auch seien Weisheitszähne, welche keinen Antagonisten hätten, bei welchen sich die Frage der Erhaltungswürdigkeit stelle, umfangreich konservierend versorgt worden. Mehrflächige Füllungen, die im nahen Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen gestanden hätten, seien über die Nr. 13d (F4) abgerechnet worden. Soweit der Kläger einen Behandlungsmehrbedarf auf das Vorhandensein seines Diagnosegerätes zurückgeführt habe, sei dies anhand der statistischen Abrechnungswerte nicht nachvollziehbar gewesen, nach fachlichem Dafürhalten wäre eine höhere Anzahl der kleinflächigen Füllungen im Verhältnis zu den großflächigen Füllungen zu erwarten gewesen, was durch das Abrechnungsbild jedoch widerlegt worden sei. Die medikamentöse Einlage (Nr. 34) sei mehrfach im Zusammenhang einer Gangränbehandlung abgerechnet worden. Nach den Bestimmungen sei eine Abrechnung auf drei Sitzungen beschränkt, da es mit den heutigen Materialien im Allgemeinen möglich sei, innerhalb dieser Zeit in Verbindung mit einer Wurzelkanalaufbereitung eine Infektion des Wurzelkanals zu erreichen. Es seien Anästhesieleistungen zur Abrechnung gebracht worden, ohne dass eine Kennzeichnung für die jeweilige Behandlung erfolgt sei. In der mündlichen Verhandlung hätte sich gezeigt, dass die Anästhesien im Zusammenhang mit der Zahnsteinentfernung gestanden hätten. Sowohl bei der systematischen PAR-Behandlung als auch bei der Zahnersatzversorgung zeige sich, dass im Oberkiefer auch Leitungsanästhesien und im Unterkiefer eine Infiltrationsanästhesie, ohne Leitungsanästhesie, zur Abrechnung gebracht worden sei. Auch kämen Anästhesieleistungen an devitalen Zähnen zur Abrechnung. Der Kläger habe auch im Zusammenhang mit der Wurzelkanalbehandlung die Gebührenposition 40 (I) bzw. 41a (L1) abgerechnet. Gemäß den vertraglichen Bestimmungen seien im Regelfall Infiltrationsanästhesien im Oberkiefer und Leitungsanästhesien dem Unterkiefer zugeordnet. Die Leistungen nach 49 (Exc1) und 12 (bMF) seien auch im Zusammenhang mit der prothetischen Versorgung kombiniert zur Abrechnung gelangt. Diese Vorgehensweise sei im Ausnahmefall möglich, jedoch sei hier insbesondere zu beachten, dass es sich bei diesen Gebührenpositionen um therapeutisch artverwandte Leistungen handle und deren gleichzeitige Abrechnung nur in Ausnahmefällen notwendig und sinnvoll erscheine. Auch seinen im zeitlichen Zusammenhang mit der Neuanfertigung für Zahnersatz für Okklusionskontrollen die Leistungen nach den Nrn. 105/106 (Mu/sk) zur Abrechnung gebracht worden. Das Beseitigen störender Prothesenränder könne nur dann auf dem Verfassungsschein abgegeben werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert sei. Das Gleiche gelte sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese. Die Vorgehensweise des Klägers habe sowohl unter dem Gesichtspunkt der Systematik als auch vom Umfang her nicht mit dem Gebot einer wirtschaftlichen Behandlungsweise als vereinbar angesehen werden können. Anhaltspunkte für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten, diese seinen immer nur in der Morbidität des Klientels zu suchen, sowie kompensatorische Einsparungen, die geeignet gewesen wären, den ausgewiesenen Mehraufwand in voller Höhe zurechtfertigen, seien nicht ersichtlich. Die in einer großen Anzahl fachlich nicht nachvollziehbaren Behandlungsabläufe bestätigten den auf der statistischen Betrachtung herrührenden Eindruck einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise des Klägers. Die vom Kläger vorgetragenen Tätigkeitsschwerpunkte im Bereich der konservierenden, parodontal-chirurgischen und prothetischen Behandlung gehörten zum typischen Behandlungsspektrum einer Zahnarztpraxis. Die Versorgung durch die Implantologie sei im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht enthalten. Das Argument einer schnelleren Durchsanierung könne nur dann Bedeutung erlangen, sofern ein erhöhter Sanierungsbedarf zu verzeichnen sei. Ein dahingehend großes Ausmaß habe selbst unter Berücksichtigung des Vortrags des Klägers nicht festgestellt werden können. Aufgrund der flächendeckenden Zahnarztversorgung stelle A-Stadt kein zahnärztlich unterversorgtes Gebiet dar. Auch sei jede zahnärztliche Praxis darauf ausgerichtet, eine zügige Therapie durchzuführen. Soweit der Kläger auf sein zahnerhaltendes Vorgehen hinweise, so müssten doch die Leistungen indikationsbezogen erfolgen und extrahierten auch alle anderen hessischen Zahnärzte Zähne nur dann, wenn sie nicht mehr erhaltungsfähig und -würdig seien. Dies insbesondere auch deshalb, weil die Zahnerhaltung schon seit Jahren zum zahnmedizinischen Standard gehöre. Den statistischen Unterlagen sei kein Hinweis auf organisatorische Einsparungen zu entnehmen. Ein signifikant erhöhter Sanierungsbedarf gegenüber der Vergleichsgruppe habe nicht festgestellt werden können. Grundsätzlich seien in jeder zahnärztlichen Praxis Patienten mit erhöhtem Sanierungsbedarf vertreten, sodass dieser Umstand bereits im herangezogenen Gruppenvergleichswert immanent sei. Es seien keine signifikanten Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Einsparungen festzustellen. PAR-Fälle gingen mit ihren Begleitleistungen auch als Behandlungsfälle in die Statistik der konservierend-chirurgischen Behandlung ein und erhöhten nicht notwendig die durchschnittlichen Kosten. Er halte es nach Abwägung aller Gesichtspunkte für erforderlich, dass die Honorarabrechnung auf den 1,4-fachen hessischen Vergleichswert zurückgeführt werde. In den Quartalen III und IV/05 erfolge mit Rücksicht auf die vorliegenden Abrechnungswerte keine Honorarkürzung. Soweit der Kläger auf eine fehlende Beratung hinweise, verkenne er, dass er seit 1997 im Prüfverfahren involviert gewesen sei. Im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses sei auch eine gezielte Beratung keine Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit des Kürzungsbescheides. Im gesamten Prüfzeitraum sei der Kläger weder von der Degression noch HVM-Einbehalten betroffen gewesen.

Hiergegen hat der Kläger am 14.07.2008 die Klage erhoben.

Zur Begründung trägt er vor, der angefochtene Beschluss sei formell rechtswidrig, da einem Regress eine Beratung vorangehen müsse. Seit 1997 sei er in keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung mehr gewesen. Das Gebot der Beratung folge aus dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Die Prüfmethode sei fehlerhaft. Der Beklagte habe nicht die Vorgaben der Prüfvereinbarung beachtet. Die Dauer der Prüfverfahren sei nicht ihm anzulasten. Die repräsentative Einzelfallprüfung wäre hier die richtige Prüfmethode gewesen. Dies auch deshalb, weil er wesentlich geringere Fallzahlen aufweise. In seiner vorherigen Praxis in AB-Stadt habe er wesentlich höhere Scheinzahlen gehabt. Seine Abrechnungswerte hätten sich stets im Bereich zulässiger Schwankungen und Überschreitungen gehalten. Dies zeige, dass die statistische Vergleichsprüfung bei Praxen mit kleinem Umfang zu einer Verfälschung der Ergebnisse führe. Der Bescheid sei auch materiell rechtswidrig. Der Beklagte habe seine Praxisbesonderheiten der PAR-Behandlung, der konservierenden Zahnbehandlung sowie der prothetischen Zahnbehandlung nicht berücksichtigt. Ferner handle es sich um eine Praxisbesonderheit, dass er eine gründliche Beseitigung der Karies auf Grund des Diagnosegerätes bereits im Frühstadium vornehme. Seine Patientenschaft setze sich auch vornehmlich aus Patienten im Alter von 30 – 55 Jahren zusammen. Es handle sich um eine sanierungsbedürftige Altersgruppe. Seine Praxis befinde sich im A-er Innenstadtbereich, mitten im Bankenviertel. Es handle sich um Mitarbeiter von Banken die berufsbedingt jahrelang Zahnarztbesuche vernachlässigt hätten und in Folge

dessen einen sehr hohen Sanierungsbedarf aufwiesen. Eine A-er Innenstadtpraxis könne nicht mit Abrechnungswerten einer Landpraxis bzw. einer Stadtpraxis aus kleineren Städten verglichen werden. Zu berücksichtigen sei auch die Besonderheit einer kleinen Praxis. Die Ausführungen des Beklagten bezüglich der einzelnen Gebührenpositionen seien fehlerhaft. Dies hat er im Einzelnen im Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten mit Datum vom 19.09.2008 weiter ausgeführt, worauf verwiesen wird. Von den ausgewählten 75 Fällen seien schließlich insgesamt 10 Fälle besprochen worden.

Der Kläger beantragt,
unter Aufhebung des Beschlusses des Beklagten vom 07.02.2008 den Beklagten zu verpflichten, seine Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er verweist auf seine Ausführungen im angefochtenen Beschluss und trägt weiter vor, der Kläger habe bereits im Jahre 1998 im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung für die geprüften Quartale 1997 eine umfassende Beratung erhalten. Die Prüfvereinbarung lasse die gewählte Prüfmethode ausdrücklich zu. Für den Aufwand komme es auf die objektiven Bedingungen an. Nach der Rechtsprechung stelle auch der statistische Vergleich die vorrangige Prüfmethode dar. Die Praxisgröße des Klägers sei für einen statistischen Kostenvergleich ausreichend groß. Es sei nicht ersichtlich, dass der Kläger Karieserkrankungen zu einem früheren Zeitpunkt erkannt habe als die Zahnärzte der Vergleichsgruppe. Auch diese würden mit ähnlich gelagerter Sorgfalt den ihnen obliegenden Diagnosepflichten nachkommen. Aus der Altersstruktur oder soziokulturellen Zusammensetzung des Klientels könnten keine Schlussfolgerungen auf den Erkrankungszustand der Patienten gezogen werden. Es sei von einer Homogenität des Patientengutes auszugehen, da allein aus der räumlichen Lage einer Praxis kein Rückschluss auf eine besondere Patientenstruktur mit einer spezifischen Krankheitsstruktur gezogen werden könne. Die Beanstandungen der Einzelfälle seien im Rahmen der intellektuellen Prüfung erfolgt. Sie seien gerade nicht die Grundlage der vorgenommenen Honorarkürzungen. Der Gutachter habe, wenn auch nur 10 Fälle erörtert worden seien, alle 75 Belegfälle durchgesehen. Es sei eine Belegfallauswahl ausschließlich nach dem Zufallsprinzip getroffen worden.

Die Beigeladenen zu 2) bis 6) und 8) beantragen übereinstimmend,
die Klage abzuweisen.

Der Beigeladene zu 3) hat sich den Ausführungen des Beklagten angeschlossen. Die übrigen Beteiligten haben sich schriftsätzlich zum Verfahren nicht geäußert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 16.07.2008 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 einem ehrenamtlichen Richter 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 des Ausbleibens eines Vertreters der Beigeladenen zu 1) und 7) tun, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind ([§ 110 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der angefochtene Beschluss des Beklagten vom 07.02.2008 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seiner Widersprüche gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses vom 07.03.2006 und 02.05.2007 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Die Klage war daher abzuweisen.

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt - Vertragsarzt - die Stellung eines Leistungserbringers ein. Er versorgt die Mitglieder der Krankenkassen mit ärztlichen Behandlungsleistungen, unterfällt damit auch und gerade dem Gebot, sämtliche Leistungen im Rahmen des Wirtschaftlichen zu erbringen. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf er nach dem hier anzuwendenden Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) nicht erbringen.

Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise ist [§ 106 Abs. 2 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14.11.2003, [BGBl. I 2190](#). Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung), geprüft ([§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)). Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren ([§ 106 Abs. 2 Satz 4](#) HS 1 SGB V). Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratung nach Absatz 1a und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich ([§ 106 Abs. 3 Satz 1](#) HS 1 SGB V). In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden; festzulegen ist ferner, dass der Prüfungsausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkasse oder ihres Verbandes Einzelfallprüfungen durchführt. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen ([§ 106 Abs. 3 Satz 3](#) und 4 SGB V).

Nach der hier maßgeblichen 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 21.07.2004, die durch ergänzende Vereinbarungen vom 13.07.2005 und 06.04.2006 auch die Quartale der Jahre 2004 bzw. 2005

einbezogen hat, (im Folgenden: ÜV) gilt die Prüfvereinbarung – Zahnärzte vom Januar 1995 i. d. F. der Änderungsvereinbarung vom 01.07.1996 – unter Anpassung der Prüfungsgremien an die gesetzliche Änderung – weiter (§ 2 ÜV). Nach der Prüfvereinbarung vom Januar 1995 i. d. F. der Änderungsvereinbarung vom 01.07.1996 (Im Folgenden: PV) erfolgt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit quartalsweise auf der Grundlage von Einzelfällen, repräsentativen Einzelfällen und Durchschnittswerten, ob die abgerechneten Leistungen den zahnärztlichen Regeln entsprechend ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich waren (§ 8 Abs. 1 PV). Ist die Prüfung anhand einzelner Behandlungsfälle mit unverhältnismäßigen Schwierigkeiten verbunden, können repräsentative Einzelfälle geprüft werden. Dies soll insbesondere dann der Fall sein, wenn eine Einzelfallprüfung wegen der Vielzahl der Behandlungsfälle unzumutbar ist (§ 8 Abs. 2 PV). Ist die repräsentative Einzelfallprüfung ebenfalls unmöglich (z. B. bei fehlender Mitwirkung des Vertragszahnarztes), kann nach Durchschnittswerten statistisch vergleichend geprüft werden. Dies wird z. B. für Behandlungsmaßnahmen zutreffen, deren nachträgliche einzelne Prüfung mit Schwierigkeiten verbunden ist (z. B. medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Entfernen harter Zahnbeläge, etc.). Es ist hierbei jedoch eingangs zu prüfen, ob diese im Einzelnen nicht nachprüfbar Maßnahmen eine gezielte Therapie erkennen lassen (§ 8 Abs. 3 PV).

Die Wahl der Prüfmethode nach Durchschnittswerten durch den Beklagten ist schon nach dem Wortlaut der Prüfvereinbarung nicht zu beanstanden. Die in der Prüfvereinbarung genannten Prüfmethode stehen nach § 8 Abs. 1 PV gleichberechtigt nebeneinander. Es unterliegt daher dem Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien, welche Prüfmethode sie anwenden. Hinzu kommt, dass nach der seinerzeit geltenden Rechtslage ein Vorrang einer Einzelfallprüfung oder einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit anschließender Hochrechnung nur vereinbart werden konnte, wenn und soweit auf Grund besonderer Umstände die Regelprüfmethode der statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten keine beweistauglichen Ergebnisse liefert (vgl. BSG, Urteil vom 23.02.2005 - [B 6 KA 72/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 8](#) = Breith 2006, 466 = USK 2005-110, zitiert nach juris). Es ist nicht davon auszugehen, dass die Vertragspartner sich nicht gesetzeskonform verhalten haben.

Aber auch wenn man die Absätze 2 und folgende des § 8 PV im Sinne eines stufigen Auswahlmessens der Prüfungsgremien verstehen wollte, wonach vorrangig die Prüfung anhand von Einzelfällen, hilfsweise repräsentativen Einzelfällen und erst in Ausnahmefällen anhand von Durchschnittswerten erfolgen sollte, so hat der Beklagte hinreichend dargelegt, weshalb er eine Prüfung nach Durchschnittswerten vorgenommen hat. Dies leuchtet auch insofern ein, als er eine Unwirtschaftlichkeit weder lediglich in einzelnen Fällen oder nur bestimmten Leistungen festgestellt hat. Von daher war hier nicht zu entscheiden, ob überhaupt ein Vorrang der anderen Prüfmethode vereinbart werden konnte. Im Übrigen wäre im Fall, dass eine Vorrangigkeit der Einzelfallprüfung und der repräsentativen Einzelfallprüfung in § 8 Abs. 2 und 3 PV vereinbart worden wäre, diese Regelung wegen des seinerzeit geltenden Vorrangs der statistischen Vergleichsprüfung als Regelprüfmethode nichtig mit der Folge, dass nach § 8 Abs. 1 PV das Auswahlmessen des Beklagten hinsichtlich der Prüfmethode wieder aufleben würde. Jedenfalls würde dies nicht zum Wiederaufleben eines Vorrangs der Einzelfallprüfung und der repräsentativen Einzelfallprüfung führen.

Die Fortgeltung der Bestimmungen zur Prüfung nach Durchschnittswerten ist nicht zu beanstanden, da [§ 106 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) dies ausdrücklich zulässt.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung hat, soll die Zufälligkeitprüfung nach [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) nach dem Willen des Gesetzgebers die bisherige arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten als verpflichtende Vorgabe ablösen; die Entscheidung über ihre weitere Anwendung sollte in die Kompetenz der Vertragspartner übertragen werden. Durch die Ergänzung des [§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) ist klargestellt worden, dass die Vertragspartner vereinbaren könnten, die bisherige Prüfung nach Durchschnittswerten beizubehalten. Daraus ist abzuleiten, dass es in der Entscheidungskompetenz der Vertragspartner (Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, K(Z)Ven) steht, die Prüfung nach Durchschnittswerten auch nach Inkrafttreten des GMG fortzuführen. Eine Entscheidung in diesem Sinne konnten die Vertragspartner in verschiedener Form umsetzen. Zum einen bestand die Möglichkeit, insgesamt eine neue Prüfvereinbarung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben mit der Zufälligkeitprüfung als Regelprüfmethode und der Prüfung nach Durchschnittswerten als subsidiärem Prüfverfahren festzuschreiben. Zum anderen konnten die Gesamtvertragspartner es bei dem bisherigen Rechtszustand belassen, soweit eine Prüfvereinbarung existierte, die den Anforderungen des [§ 106 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) in der seit dem 01.01.2004 geltenden - weil ohne entsprechende Übergangsregelung mit dem Inkrafttreten des GMG insgesamt in Kraft getretenen - Fassung entsprach. Oder sie konnten abwarten, mit welchem Inhalt Richtlinien gemäß [§ 106 Abs. 2b SGB V](#) erlassen würden (vgl. BSG, Urteil vom 09.04.2008 - [B 6 KA 34/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 18](#) = USK 2008-16 = [ZMGR 2008, 320](#) = Breith 2009, 103, juris Rdnr. 18 f.). Insoweit konnten es die Vertragspartner hier hinsichtlich der materiellen Prüfvoraussetzungen bei der bisherigen Rechtslage belassen.

Der Beklagte hat die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch eine (zahn)arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt. Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen werden bei der statistischen Vergleichsprüfung die Abrechnungswerte des Arztes mit denjenigen seiner Fachgruppe – bzw. mit denen einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe - im selben Quartal verglichen. Ergänzt durch die sog. intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden, ist dies die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringt. Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungsaufwand des Arztes je Fall bei dem Gesamtwert, bei Sparten- oder bei Einzelleistungswerten in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, d. h., ihn in einem Ausmaß überschreitet, das sich im Regelfall nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur oder in den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lässt, hat das die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) = Breith 2004, 13, juris Rdnr. 17 m. w. N.).

Von welchem Grenzwert an ein offensichtliches Missverhältnis anzunehmen ist, entzieht sich einer allgemein verbindlichen Festlegung (vgl. BSG, Urteil vom 15.03.1995 - [6 RKA 37/93](#) - [BSGE 76, 53](#) = [SozR 3 2500 § 106 Nr. 26](#) = [NZS 1996, 33](#) = [NJW 1996, 2448](#) = USK 9573, juris Rdnr. 18). Nach der Rechtsprechung des BSG liegt zwischen dem Bereich der normalen Streuung, der Überschreitungen um bis zu ca. 20 % erfasst, und der Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis der Bereich der Übergangszone. Die Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis hat das BSG früher bei einer Überschreitung um ca. 50 % angenommen. Seit längerem hat es - unter bestimmten Voraussetzungen - niedrigere Werte um ca. 40 % ausreichen lassen. Die 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 - [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 - [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 - [6 RKA 23/86](#) - [SozR 2200 § 368n Nr. 48](#) = [BSGE 62, 24](#) = SGB 1988, 549 = USK 87212, juris Rdnr. 23).

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass es sich bei den Zahnärzten um eine inhomogene Arztgruppe handeln könnte und deshalb Veranlassung bestünde, der Verwaltung eine Sachaufklärung in dieser Richtung aufzugeben. Berücksichtigt man, dass es auch in der Zahnheilkunde und den angrenzenden ärztlichen Bereichen besondere Fach(zahn)ärzte für Spezialgebiete gibt, die besondere Fachgruppen bilden (Fachzahnärzte für Kieferorthopädie, Gebietsärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie), und ein großer Teil der zahnärztlichen Leistungen aus der (nachträglichen) Wirtschaftlichkeitsprüfung herausgenommen ist, so bleiben im Wesentlichen lediglich die in Teil 1 des BEMA-Z aufgeführten "konservierenden und chirurgischen Leistungen und Röntgenleistungen" als Prüfungsgegenstand übrig. Da ferner in der Zahnheilkunde generell die Erhaltung der Zähne vorrangiges Behandlungsziel ist, kann angenommen werden, dass die allgemeinen Zahnarztpraxen in etwa einen gleichen Behandlungsbedarf zu befriedigen haben (vgl. BSG, Urteil vom 02.06.1987 - [6 RKA 23/86](#) - aaO., 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 - [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 Beschluss nicht zu beanstanden.

Der Beschluss ist in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Durch die Ladung zur mündlichen Verhandlung des Beklagten hat eine ausreichende Anhörung stattgefunden (§ 24 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch, Verwaltungsverfahren - SGB X).

Der Beklagte hat auch sein Ergebnis ausreichend begründet. Der Beklagte hat einen statistischen Kostenvergleich vorgenommen. Er hat das Vorliegen eines sog. offensichtlichen Missverhältnisses dargelegt. Darüber hinaus hat er die Ergebnisse seiner Belegfallprüfung über mehrere Seiten offengelegt. Von daher ist der Bescheid ausreichend begründet.

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

Auf die Dauer oder den Umfang der Erörterung einzelner Belegfälle kommt es nicht an. Bei einer statistischen Vergleichsprüfung kommt es auf die durchschnittlich für einen Belegfall zur Verfügung stehende Zeit nicht an, da diese Fälle nur exemplarisch aufgeführt werden, um sich über das Behandlungsverhalten des Zahnarztes ein Bild zu machen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.03.2007 - [L 11 KA 25/05](#) - juris Rdnr. 26 = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

Der angefochtene Bescheid ist in materieller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Der Beklagte hat den Kläger mit den Abrechnungswerten aller hessischen Vertragszahnärzte verglichen. Dies war nicht zu beanstanden, da der Kläger ebenfalls als Vertragszahnarzt zugelassen und als solcher tätig ist. 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 des Klägers trotz geringerer Fallzahl mit der Vergleichsgruppe statistisch verglichen werden kann, da seine Praxis in allen streitbefangenen Quartalen für die Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung hinreichend groß war.

Nicht zu folgen vermochte die Kammer dem Einwand, die Beklagte habe seine Praxisbesonderheiten nicht berücksichtigt. Solche sind weder substantiiert vorgetragen noch sonst ersichtlich.

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 (vgl. SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – [S 12 KA 48/05](#) – juris Rdnr. 42 = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); v. 07.12.2005 – S 12 KA 34/05 –; v. 13.09.2006 – [S 12 KA 1166/05](#) – juris = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); v. 05.12.2007 – [S 12 KA 197/07](#) – juris Rdnr. 35 = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris). Der Kammer war nicht nachvollziehbar, weshalb gerade in der klägerischen Praxis, die bereits seit März 2003 am jetzigen Standort besteht, ein erhöhter Anteil sog. "sanierungsbedürftiger" Patienten hätte vorhanden gewesen sein sollen. Dies ist auch im Verfahren nicht näher dargelegt worden.

Die Behandlung schwerer Fälle stellt keine Praxisbesonderheit dar, da sie im durchschnittlichen Gesamtfallwert bereits enthalten ist (vgl. SG Pl., Urt. v. 05.09.2007 – S 2 KA 434/06 – [www.zahn-forum.de](#)).

Es besteht auch kein zahnmedizinischer Erfahrungssatz, dass Patienten im Alter von 30 bis 55 Jahren besonders sanierungsbedürftige Zähne hätten, da es sich hierbei um das Hauptklientel einer zahnmedizinischen Praxis handelt. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb Mitarbeiter von Banken berufsbedingt jahrelang Zahnarztbesuche aufgeschoben hätten und in Folge dessen einen sehr hohen Sanierungsbedarf aufwiesen. Gleiches gilt für die Bewohner einer A-er Innenstadtpraxis. Eine dort gelegene Zahnarztpraxis kann daher mit in ländlichen Regionen liegenden Praxen oder einer Stadtpraxis aus kleineren Städten verglichen werden. Im Hinblick auf das kleine in die Prüfung einbezogene Leistungsspektrum und die Homogenität der Vergleichsgruppe ist eine ausreichende Vergleichbarkeit gegeben. Allein aus der Herkunft eines Patienten kann nicht auf einen höheren Versorgungsbedarf geschlossen werden (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.2000 – [B 6 KA 25/99 R](#) – [SozR 3-2500 § 106 Nr. 49](#) = [MedR 2001, 157](#) = [NZS 2001, 219](#) = [NJW 2002, 1822](#) = USK 2000-153; SG Marburg, Urt. v. v. 28.01.2009 – [S 12 KA 194/08](#) – juris Rdnr. 35 = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Es besteht auch kein dahingehender Erfahrungssatz, dass Patienten in der Stadt gesünder sind und weniger zahnärztlicher Behandlung bedürfen als die auf dem Land (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.03.2008 – [L 11 KA 88/06](#) – juris Rdnr. 57). Ebenso wenig besteht auch kein dahingehender Erfahrungssatz, dass Patienten auf dem Land gesünder sind und weniger zahnärztlicher Behandlung bedürfen als die in der Stadt.

Soweit der Kläger ein Diagnosegerät besitzt, das bereits im Frühstadium Karies erkennen lässt, so dass eine gründliche Beseitigung der Karies bereits im Frühstadium vorgenommen werden kann, so bedeutet dies keine Vermehrung der kariös defekten Zähne, sondern lediglich eine früher beginnende Sanierung.

Eine Praxisbesonderheit liegt auch nicht in der PAR-Behandlung, der konservierenden Zahnbehandlung sowie der prothetischen Zahnbehandlung. Bei diesen Gebieten handelt es sich um das typische Leistungsspektrum einer zahnärztlichen Praxis. Im Übrigen kommt es entscheidend auf das Krankheitsbild der Patientenschaft an. Klägerseits wird nicht nachvollziehbar dargelegt und belegt, dass aufgrund besonderer Fertigkeiten und Kenntnisse ein von der Vergleichsgruppe signifikant abweichendes Patientenkontingent behandelt wird.

Parodontose-Fälle bedeuteten keine Praxisbesonderheit für die Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Behandlungsbereichs, der nicht Teil des parodontologischen Behandlungskomplexes ist, sondern nur im Rahmen einer Vorbehandlung zur Anwendung kommt. Im Rahmen der Vorbehandlung wird dieser Fall statistisch gleichfalls erfasst. Es gibt insofern keinen zahnmedizinischen Erfahrungssatz, dass Patienten im Rahmen der Vorbehandlung regelmäßig eines höheren Sanierungsaufwands bedürften (vgl. SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 34/05). Soweit nach der Auffassung des LSG Nordrhein-Westfalen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen Urt. v. 25.04.2007 – [L 11 KA 5/05](#) – juris Rdnr. 25 = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)) PAR-Behandlungen eine Praxisbesonderheit darstellen, da mit ihnen konservierend chirurgische Begleitleistungen einhergehen, die sich auf die Fallwerte auswirken, müssen diese Begleitleistungen nicht notwendig durch die PAR-Behandlungen entstanden sein; es ist daher Aufgabe des Vertragsarztes, der sich auf Praxisbesonderheiten beruft, darzulegen, welche der konservierend-chirurgischen Maßnahmen als Begleitleistungen zu den Parodontoseleistungen anzusehen und welche im Rahmen anderer Behandlungen angefallen sind.

Die Anerkennung einer Praxisbesonderheit wegen der Durchführung von PAR-Behandlungen bedarf daher nicht nur einer signifikant überdurchschnittlichen, also über 25 % über dem Durchschnitt liegenden Behandlungshäufigkeit, sondern auch des Nachweises seitens des Vertragszahnarztes, dass die Begleitleistungen vermehrt zu überdurchschnittlichen Behandlungsfällen geführt hätten. Hieran fehlt es. Klägerseits wurden in den noch streitbefangenen Quartalen I/04 bis II/05 1, 1, 4, 11, 7 und 6 PAR-Behandlungsfälle gegenüber der Vergleichsgruppe mit 3, 6, 7, 8, 7 und 8 PAR-Behandlungsfällen abgerechnet. Gemessen an der eigenen Fallzahl liegt damit insb. in den Quartalen IV/04 bis II/05 eine überdurchschnittliche Behandlungshäufigkeit vor. Selbst bei einem bisher weder behaupteten noch nachgewiesenen überdurchschnittlichen Sanierungsbedarf sind diese absoluten Zahlen aber auch im Hinblick auf die geringe Fallzahl der klägerischen Praxis von nur marginaler Bedeutung.

ZE-Fälle bedeuteten ebf. keine Praxisbesonderheit. Der hier strittige konservierend-chirurgische Behandlungsbereich ist nicht Teil des ZE-Behandlungskomplexes, sondern kommt allenfalls im Rahmen einer Vorbehandlung oder von Begleitleistungen zur Anwendung. Die Kammer geht davon aus, dass zum einen fast alle ZE-Fälle auch als Behandlungsfälle in die Statistik der konservierend-chirurgischen Behandlung eingehen und zum anderen, dass Begleitleistungen nicht notwendig zu erhöhten durchschnittlichen Kosten führen. ZE-Leistungen können auch im Ergebnis zu geringeren Kosten im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung führen, indem z. B. bei

einer Überkronung eine mehrflächige Füllung erspart wird (vgl. SG Marburg, Urt. v. 07.12.2005 – [S 12 KA 48/05](#) – juris Rdnr. 43 = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); Urt. v. 07.12.2005 – S 12 KA 34/05). Auch ist der Umfang der ZE-Leistungen der klägerischen Praxis mit 24, 19, 26, 40, 25 und 18 Behandlungsfällen gegenüber der Vergleichsgruppe mit 38, 58, 63, 80, 43 und 60 Behandlungsfällen gegenüber der Vergleichsgruppe nicht signifikant überdurchschnittlich.

Soweit OPG-Leistungen in die Anzahl- und Summenstatistik einfließen, obwohl nur etwa die Hälfte der Vergleichsgruppe ein solches Gerät besitzt, ist dies im Rahmen eines Gesamtfallwertvergleichs ohne Auswirkungen. Soweit OPG-Leistungen als Auftragsleistungen ausgeführt werden, führt dies, da die Auftragsfälle in die Statistik einfließen und die Kosten hierfür unterdurchschnittlich sind, nicht zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Fallkosten. Eine Praxisbesonderheit liegt daher schon aus diesem Grund nicht vor.

Auf eine vorherige Beratung oder die Möglichkeit, auf festgestellte Unwirtschaftlichkeiten reagieren zu können, kommt es nicht an.

Das Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist nämlich dadurch gekennzeichnet, dass es auf ein "Verschulden" des betroffenen (Zahn)Arztes bzw. auf eine besondere Vorwerfbarkeit für die festgestellte unwirtschaftliche Behandlungsweise – anders als z. B. im Falle eines echten Schadensregresses – nicht ankommt. Entsprechend ist es ohne Belang, ob der Vertrags(zahn)arzt in der Lage war, die Unwirtschaftlichkeit selbst zu erkennen. Ein Vertrags(zahn)arzt ist vor der Vorenthaltung bzw. Rückforderung von Honoraren für nicht vergütungsfähige Leistungen nur geschützt, wenn ein anderer Beteiligter, insbesondere die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung, insoweit einen besonderen Vertrauenstatbestand gesetzt. Vergleichbares fehlt hier. Ein Betroffener muss vielmehr regelmäßig auch nach Erteilung eines Honorarbescheides noch bis zum Ablauf von vier Jahren seit Ergehen des Bescheides mit Honorarkürzungsmaßnahmen in Folge einer Wirtschaftlichkeitsprüfung rechnen (vgl. BSG, Urteil vom 21.05.2003 – [B 6 KA 32/02 R](#) – [SozR 4-2500 § 106 Nr. 1](#) = Breith 2003, 801 = USK 2003-134, juris Rdnr. 36 m. w. N.). Ein anderes Ergebnis kann auch nicht etwa aus dem Verhältnismäßigkeitsprinzip hergeleitet werden. Zwar bestimmt [§ 106 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#), dass gezielte Beratungen eines unwirtschaftlich behandelnden Vertrags(zahn)arztes weiteren Maßnahmen "in der Regel" vorangehen "sollen". Eine Ausnahme von dieser Regel ist aber gerechtfertigt und eine Honorarkürzung daher auch ohne derartige vorangegangene gezielte Beratung nicht rechtswidrig, wenn Überschreitungen des Vergleichsgruppendurchschnitts im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses vorliegen, wie dies hier der Fall ist (vgl. BSG, Urt. v. 21.05.2003 – [B 6 KA 32/02 R](#) – [SozR 4-2500 § 106 Nr. 1](#) = Breith 2003, 801 = USK 2003-13, juris Rdnr. 37 m. w. N.).

Ermessensfehler hinsichtlich der Höhe des Berichtigungsbetrages sind nicht ersichtlich.

Bei der Festlegung der Höhe der Honorarkürzungen als Reaktion auf die festgestellte Unwirtschaftlichkeit steht den Prüfungsgremien regelmäßig ein Ermessensspielraum zu, der die Möglichkeit einer ganzen Bandbreite denkbarer vertretbarer Entscheidungen – vom gänzlichen Unterlassen einer Kürzung über die Zubilligung einer Toleranz im Bereich der Übergangszone bis hin zur Kürzung des gesamten unwirtschaftlichen Mehraufwandes eröffnet. Gemäß [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) ist eine derartige Ermessensentscheidung von den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit nur daraufhin zu überprüfen, ob die Behörde die gesetzlichen Grenzen des Ermessens eingehalten und vom Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat. Ein Gericht darf sein Kürzungsermessen dagegen nicht an die Stelle desjenigen der Prüfungsgremien setzen. Die Honorarkürzung muss in angemessener Weise mit dem festgestellten Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit korrespondieren (vgl. BSG, Urt. v. 21.05.2003 – [B 6 KA 32/02 R](#) – aaO., juris Rdnr. 33 f. m. w. N.).

Nach allem war der angefochtene Beschluss nicht aufzuheben und die Klage 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

2014-11-21