

## S 12 KA 112/08

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 112/08  
Datum  
29.04.2009  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 41/09  
Datum  
09.01.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Eine vorgetragene besonders zahnerhaltende Arbeitsweise begründet keine Praxisbesonderheit und reicht für den Nachweis einer kompensatorischen Ersparnis im Bereich von Zahnersatzleistungen nicht aus.
2. Eine sog. Belegfallprüfung ist Teil der sog. intellektuellen Prüfung des Beschwerdeausschusses. Führt diese nicht zur Feststellung von Praxisbesonderheiten, so bleibt es bei der Darlegungs- und Substantiierungslast des Vertragszahnarztes für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten. Mit der Beanstandung einzelner Belegfälle wird dieser Last nicht genügt und braucht sich ein Gericht nicht auseinanderzusetzen.
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 beiden Quartalen I/04 und I/05 in Höhe von insgesamt 10.902,45 EUR.

Der Kläger ist seit 01.07.1982 als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

In den Quartalen I/04 und I 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- 313 169 70 70,7 VG- 417 99

I/2005 VZA- 302 146 50 52,1 VG- 410 96

II/2005 VZA- 395 124 31 33,3 VG- 438 93

III/2005 VZA- 354 103 13 14,4 VG- 408 90

IV/2005 VZA- 401 108 28 35,0 VG- 512 80

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

Mit Bescheid vom 12.01.2006, dem Kläger am 01.06.2006 zugestellt, setzte der Prüfungsausschuss für das streitbefangene Quartal I/04 eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 8.065,42 EUR fest, die er mit Rücksicht auf die HVM-Einbehalte auf die u. a. streitigen 7.839,75 EUR reduzierte. Er kürzte den Gesamtfallwert auf das 1,4-fache des Gesamtfallwerts der Vergleichsgruppe.

Hiergegen legten der Kläger am 01.06.2006 und die Beigeladenen zu 2) bis 8) am 30.06.2006 Widerspruch ein.

Zur Begründung trug der Kläger vor, bei den beanstandeten Fällen NG., TG. und D hätte er gegen eine Einzelabsetzung nichts einzuwenden gehabt. Bei Herrn TG. sei das OPG nicht nur zur Kariesdiagnostik angefertigt worden, sondern um abzuklären, ob die unklaren Beschwerden im Seitenzahnbereich durch verlagerte Weisheitszähne oder muskulär bedingt gewesen seien. Bei Frau D habe wegen Obliteration nur ein

Kanal des Zahnes 36 wurzelbehandelt werden können. Der Zahn sei beschwerdefrei seit mehr als 2 Jahren. Eine teure Alternative wäre die Extraktion und Anfertigung einer Brücke gewesen. Die maximale Pauschalkürzung auf 40% über dem Durchschnitt halte er für nicht gerechtfertigt.

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.

Mit Bescheid vom 09.08.2006, dem Kläger am 08.01.2007 zugestellt, setzte der Prüfungsausschuss für die Quartale I bis IV/05 eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 3.073,99 EUR fest. Er kürzte den Gesamtfallwert auf das 1,4-fache des Gesamtfallwertes der Vergleichsgruppe. Im Einzelnen nahm er eine Honorarreduzierung nur für das Quartal I/05 vor.

Hiergegen legten der Kläger am 25.10.2007 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, der Prüfungsausschuss habe nicht die kompensatorische Einsparung bei der Zahnersatzabrechnung berücksichtigt, obwohl er in der Sitzung darauf hingewiesen habe. Im Quartal I/05 habe er nur 50 Punkte beim Zahnersatz abgerechnet, der hessische Durchschnitt liege bei 5.460 Punkten. Im gesamten Jahr habe er 9.322 Punkte abgerechnet, der hessische Durchschnitt liege bei 30.186 Punkten. Es sei bei der Kürzung auch keine Korrektur durch den HVM erfolgt.

Der Beklagte verband beide Widerspruchsverfahren und führte eine weitere Prüfsitzung durch, an der der Kläger erneut teilnahm.

Mit Beschluss vom 21.11.2007, ausgefertigt am 18.03.2008 und dem Kläger am 30.03.2008 zugestellt, gab er dem Widerspruch des Klägers bzgl. des Quartals I/04 teilweise statt, da dem Prüfungsausschuss bei Berücksichtigung des HVM-Einbehalts ein Fehler unterlaufen sei und die Honorarkürzung auf 7.828,46 EUR herabzusetzen sei. Im Übrigen wies der Beklagte die Widersprüche des Klägers und den Widerspruch der Beigeladenen zu 2) bis 8) als unbegründet zurück. Zur Begründung führte er aus, er habe einen statistischen Kostenvergleich vorgenommen. Die Grenze zur unwirtschaftlichen Behandlungsweise sehe man im Bereich des Gesamtfallwertes bei einer Überschreitung von 40 %. Die Abrechnungswerte des Klägers legten daher eine unwirtschaftliche Behandlungsweise nahe. Um sich ein Bild über die Behandlungs- und Vorgehensweise der Klägerin zu machen, habe er nach Durchsicht aller Behandlungsfälle sowie die im Vorfeld der Sitzung gesandten digitalen Aufnahmen durch den Berichterstatter in der Sitzung eine exemplarische Auswahl einer eingehenden Überprüfung unterzogen. Bezüglich der Dokumentationspflicht sei festzustellen, dass der Kläger nicht immer ausreichende Auskunft über den Behandlungsablauf und die Behandlungsweise hätte geben können, da in den Karteikarten häufig lediglich die Abrechnungskürzel angegeben gewesen seien. In der ersten Sitzung sei häufig anstelle der allgemeinen Untersuchung (01) erst die Beratung nach Nr. Ä1 abgerechnet wurden und einige Tage später erst die Leistung nach Nr. 01 (U). Es sei eine sehr aufwändige Röntgentherapie, insbesondere hinsichtlich Nr. Ä935d (OPG) festzustellen. Gerade auch im Rahmen der Schmerzbehandlung sei in vielen Fällen das Anfertigen von Einzelröntgenaufnahmen ausreichend. Im Bereich der Parodontalbehandlung sei unter Berücksichtigung der Überprüfung der Motivation des Patienten die Aufnahme oftmals zu früh angefertigt worden. Die Qualität (Auswertbarkeit), der vorgelegten Röntgenaufnahmen sei zum Teil als sehr kritisch anzusehen. Im Bereich der Füllungstherapie stelle sich die Frage, ob es sich in allen Fällen um mehrflächige Füllungen gehandelt habe oder teilweise Füllungsflächen nur angeschnitten worden seien. In diesem Zusammenhang sei auch der Eindruck entstanden, dass die Abrechnungsbestimmungen der Gebührenposition nach Nr. 40 (I) und Nr. 41a (L1) nicht immer ausreichend beachtet worden sei. Die Einleitung einer Wurzelkanalbehandlung sei nicht immer streng genug beurteilt worden. Anhand der vorgelegten Röntgenaufnahmen sei auffällig, dass der Kläger Wurzelbehandlungen nicht immer lege artis durchgeführt habe. Im Ergebnis hätten weder Praxisbesonderheiten noch kompensatorische Einsparungen festgestellt werden können. Die hier strittige konservierend-chirurgische Behandlungsweise sei nicht Teil eines PAR-Komplexes und komme allenfalls im Rahmen einer Vorbehandlung oder von Begleitleistungen zur Anwendung. Es sei grundsätzlich davon auszugehen, dass zum einen fast alle PAR-Fälle auch als Behandlungsfälle in die Statistik der konservierend-chirurgischen Behandlung eingingen und zum anderen, dass Begleitleistungen nicht notwendig zu erhöhten durchschnittlichen Kosten führten. Die Leistungen hätten indikationsbezogen zu erfolgen, und auch alle anderen hessischen Zahnärzte würden zahnerhaltend tätig werden. Generell seien Zähne nur dann zu extrahieren, wenn die Erhaltungswürdigkeit und Erhaltungsfähigkeit nicht mehr gegeben sei. Er habe eine Kürzung auf den 1,4-fachen Vergleichswert für erforderlich gehalten. Bedingt durch die vorliegenden Abrechnungswerte würden die Quartale II/05 - IV/05 nicht von der Kürzung erfasst werden. Die HVM-Einbehalte seien, abgesehen von dem Rechenfehler, von dem Prüfungsausschuss berücksichtigt worden.

Hiergegen hat der Kläger am 07.04.2008 die Klage erhoben. Zur Begründung trägt er vor, soweit die Beklagte verschiedene Prüfquartale zusammengezogen habe, komme sie an der Erkenntnis nicht vorbei, dass in den Quartalen II/05 - IV/05 keine Abrechnungen im offensichtlichen Missverhältnis vorgenommen worden seien. Hierauf hätte der Beklagte im Rahmen seiner Ermessenserwägungen eingehen müssen. Die Ermessenserwägungen müssten auch für eine Kürzung auf den 1,4-fachen Landesdurchschnitt nachvollziehbar sein. Das seien sie aber durchgehend nicht. Hinsichtlich der Rüge zur Dokumentationspflicht sei darauf hinzuweisen, dass nach § 5 Abs. 1 des neuen Bundesmantelvertrages der Vertragszahnarzt nur verpflichtet sei, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und, soweit erforderlich, der Befund sowie die Behandlungstage ersichtlich sein müssten. Von einer gewissenhaften und lückenlosen Dokumentation sei dort nicht die Rede. Die Ausführungen des Beklagten zu den einzelnen Beispielfällen trafen nicht zu. Die Sachverhaltsermittlung des Beklagten sei unzureichend gewesen. Bei den im Einzelnen genannten Patienten habe er alle Behandlungsschritte dokumentiert und nachvollziehbar dargestellt. Bei der Patientin D habe es sich um eine Ausnahmesituation gehandelt, da es sich um eine Schmerzpatientin gehandelt habe, weshalb nicht zunächst der 01-Befund erfolgt sei. Dies gelte auch für den Patienten TH ... Bei der Patientin LB. sei am 08.01.2004 eine eingehende Untersuchung (01) durchgeführt worden, an den 4 folgenden Behandlungstagen seien alle festgestellten kariösen Läsionen durch Füllungen saniert worden. Eine Leistung nach Ä1 sei nicht abgerechnet worden. Es obliege der Beklagten zu erklären, weshalb es Zahnärzten nicht möglich sein solle, sich am ersten Behandlungstag von der Mitarbeit des Patienten zu überzeugen. Unabhängig davon gebe es Fälle, bei denen die Diagnostik nicht aufgeschoben werden könne. Dies betreffe die von der Beklagten genannten Einzelfälle. Die Beklagte interpretiere die ab dem Jahr 2004 geänderten Richtlinien zur Anzahl von Füllungen auf einer Fläche nicht richtig. Es treffe nicht zu, dass kariöse Defekte an einem Zahn in der Regel nur durch eine Füllung versorgt werden sollten. Dies gelte auch für zwei oder mehr kariöse Defekte. Der Beklagte verdrehe das Regel-Ausnahmeprinzip. Die für den Bereich der Endodontie genannten Patienten E und F seien in seiner Patientenkartei nicht enthalten. Die Beklagte trage letztlich vor, der Zahnarzt sei im Rahmen einer Notfallbehandlung nicht berechtigt, eine WK abzurechnen. Gegebenenfalls handle der Hauszahnarzt unwirtschaftlich, wenn er einen bereits lege artis aufbereiteten Wurzelkanal vorfinde und eine weitere Aufbereitung vornehme. Er habe im

Abrechnungsjahr 2005 ca. 26.000 EUR eingespart. Kausalbedingt durch seine Füllungstherapie habe er weniger Zahnersatz (insbesondere Einzelkronen) abgerechnet. Im Quartal I/05 hab er 26 Zahnersatzfälle abgerechnet, die Vergleichsgruppe demgegenüber 52 Fälle. Hierfür habe die Beklagte einen Festzuschuss von 3.260,87 EUR beziehungsweise durchschnittlich 125,42 EUR pro Fall geleistet. Die Vergleichsgruppe rechne 198,13 EUR pro Fall Festzuschuss ab, insgesamt im Durchschnitt 10.302,76 EUR, also 7.041,89 EUR mehr als er.

Der Kläger beantragt,  
den Beschluss des Beklagten vom 21.11.2007 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ihn erneut unter Beachtung der Rechtsverfassung des Gerichts zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Er trägt vor, maßgeblich komme es auf das einzelne Quartal an, sodass die Abrechnungsweise in den Vor- oder Folgequartalen für die Frage der Wirtschaftlichkeit unbeachtlich sei. Die Aufzeichnungen müssten gewissenhaft und lückenlos geführt werden. Er habe einen statistischen Kostenvergleich und keine Einzelfallprüfung vorgenommen. Die Einwände des Klägers bezüglich der im angefochtenen Widerspruchsbescheid genannten Belegfälle seien unzutreffend. Kompensatorische Ersparnisse seien nicht ersichtlich. Der Leistungsumfang des Klägers im Bereich Zahnersatz könne nicht in absoluten Zahlen, sondern müsse jeweils in Relationen zu den Fallzahlen gesehen werden. Aus der von ihm vorgelegten Zusammenfassung ergebe sich, dass im Quartal I/04 gegenüber dem hessischen Vergleichsdurchschnitt unter Berücksichtigung der Relationen nicht weniger ZE-Fälle bei dem Kläger angefallen seien, sondern sogar zwei Fälle mehr. Im Jahr 2005 sei durchgängig festzustellen dass der Kläger von Quartal zu Quartal in zunehmendem Maße weniger ZE-Fälle als der hessische Durchschnitt abgerechnet habe. Allerdings werde wegen der Umstellung der Finanzierung von Zahnersatz auf Festzuschüsse die Abrechnung der gesamten ZE-Tätigkeit ab dem Jahr 2005 von den Vertragszahnärzten nicht mehr vollständig über die Beigeladene zu 1) abgerechnet. Die Fälle würden deshalb nicht mehr vollständig erfasst werden, ab dem Jahr 2005 sei die Statistik nicht mehr aussagekräftig. Im Übrigen erfolgten vertragszahnärztliche Leistungen indikationsbezogen und arbeite auch die Vergleichsgruppe zahnerhaltend. Es bestehe keine Wahlmöglichkeit zwischen Zahnersatz und konservierend-chirurgischer Behandlung.

Die Beigeladenen zu 2) bis 7) beantragen übereinstimmend,  
die Klage abzuweisen.

Die Beigeladenen zu 2) und 3) haben sich den Ausführungen des Beklagten angeschlossen. Die übrigen Beteiligten haben sich schriftsätzlich zum Verfahren nicht geäußert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 07.04.2008 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 8) 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 21.11.2007 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seiner Widersprüche gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses vom 12.01.2006 und 09.08.2006 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, Urt. v. 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 artbezogene 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, Urt. v. 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, Urt. v. 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) = Breith 2004, 13, juris Rdnr. 17 m. w. N.).

Von welchem Grenzwert an ein offensichtliches Missverhältnis anzunehmen ist, entzieht sich einer allgemein verbindlichen Festlegung (vgl. BSG, Urt. v. 15.03.1995 - [6 RKA 37/93](#) - [BSGE 76, 53](#) = [SozR 3 2500 § 106 Nr. 26](#) = [NZS 1996, 33](#) = [NJW 1996, 2448](#) = USK 9573, juris Rdnr. 18). Nach der Rechtsprechung des BSG liegt zwischen dem Bereich der normalen Streuung, der Überschreitungen um bis zu ca. 20 % erfasst, und der Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis der Bereich der Übergangszone. Die Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis hat das BSG früher bei einer Überschreitung um ca. 50 % angenommen. Seit längerem hat es - unter bestimmten Voraussetzungen - niedrigere Werte um ca. 40 % ausreichen lassen. Die 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, Urt. v. 06.09.2000 - [B 6 KA 24/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 50](#) = USK 2000-171, juris Rdnr. 24). Bei Arztgruppen mit engem Leistungsspektrum darf eine Grenzziehung bei Überschreitungen der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe um +40 % oder weniger vorgenommen werden (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) - [SozR 4 2500 § 106 Nr. 3](#) = Breith 2004, 13, juris Rdnr. 26). Bei einer Arztgruppe mit einem engen Leistungsspektrum, das gegen größere Unterschiede bei den durchschnittlichen Fallkosten der einzelnen Praxen spricht, ist es unter Umständen zu vertreten, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bereits bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 40 % festzusetzen (vgl. BSG, Urt. v. 02.06.1987 - [6 RKA 23/86](#) - [SozR 2200 § 368n Nr. 48](#) = [BSGE 62, 24](#) = SGB 1988, 549 = USK 87212, juris Rdnr. 23).

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass es sich bei den Zahnärzten um eine inhomogene Arztgruppe handeln könnte und deshalb Veranlassung bestünde, der Verwaltung eine Sachaufklärung in dieser Richtung aufzugeben. Berücksichtigt man, dass es auch in der Zahnheilkunde und den angrenzenden ärztlichen Bereichen besondere Fach(zahn)ärzte für Spezialgebiete gibt, die besondere Fachgruppen bilden (Fachzahnärzte für Kieferorthopädie, Gebietsärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie), und ein großer Teil der zahnärztlichen Leistungen aus der (nachträglichen) Wirtschaftlichkeitsprüfung herausgenommen ist, so bleiben im Wesentlichen lediglich die in Teil 1 des BEMA-Z aufgeführten "konservierenden und chirurgischen Leistungen und Röntgenleistungen" als Prüfungsgegenstand übrig. Da ferner in der Zahnheilkunde generell die Erhaltung der Zähne vorrangiges Behandlungsziel ist, kann angenommen werden, dass die allgemeinen Zahnarztpraxen in etwa einen gleichen Behandlungsbedarf zu befriedigen haben (vgl. BSG, Urt. v. 02.06.1987 - [6 RKA 23/86](#) - aaO., juris Rdnr. 20).

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

Der 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 offen gelegt. 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. Die klägerische Praxis konnte trotz geringerer Fallzahl mit der Vergleichsgruppe statistisch verglichen werden kann, da die Praxis in allen streitbefangenen Quartalen für die Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung hinreichend groß war (vgl. BSG, Urt. v. 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).

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

Eine Praxisbesonderheit liegt insbesondere nicht in der vorgetragenen zahnerhaltenden Arbeitsweise vor. Entscheidend kommt es 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. Soweit damit zum Ausdruck gebracht werden soll, durch die Arbeitsweise werde besonders zahnerhaltend gearbeitet, so kann hierdurch eine Praxisbesonderheit nicht nachgewiesen werden. Zahnerhaltung gehört seit langem zum zahnärztlichen Therapiestandard. Auch die Vergleichsgruppe ist einer zahnschonenden und zahnerhaltenden Behandlungsweise seit Jahren, wenn nicht gar Jahrzehnten verpflichtet (vgl. SG Marburg, Urt. v. 13.12.2006 - [S 12 KA 797/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 38). Allein aus dem auch in Relation zur Fallzahl geringeren Umfang von ZE-Leistungen kann nicht auf eine kompensatorische Ersparnis geschlossen werden. Extraktionen sind indikationsbezogen vorzunehmen unter Beachtung wirtschaftlicher Behandlungsgrundsätze. Soweit im Einzelfall die Beurteilung der Indikationslage umstritten sein kann, so wird dies im statistischen Kostenvergleich hinreichend durch den Toleranzbereich der sog. Streubreite und hier weiter der sog. Übergangszone bis zur Grenze zur offensichtlichen Unwirtschaftlichkeit erfasst. Für die Vielzahl der Fälle ist aber von einer zahnmedizinisch eindeutigen Indikationslage auszugehen, so dass der Behandlungsumfang an zahnmedizinischen Standards ausgerichtet werden kann.

Die statistische Vergleichsprüfung beruht auf einer Gegenüberstellung der durchschnittlichen Fallkosten bzw. der Einzelleistungspositionen des überprüften Arztes mit denen der Vergleichsgruppe nach Abschluss des jeweiligen Quartals und geht davon aus, dass die Vertragsärzte der gleichen Fachgruppe den gleichen medizinischen Standard anwenden. Bereits aus diesem Grunde kann ein Vertragszahnarzt nicht damit gehört werden, die Methode sei unanwendbar, weil die übrigen Vertragszahnärzte nicht lege artis behandelten. Aus dem gleichen Grunde kann auch eine Vergleichs- bzw. Gegenrechnung zu den ersparten Behandlungskosten in den Extraktionspositionen nicht durchgreifen. Ebenso wenig kann dieser Umstand als Praxisbesonderheit geltend gemacht werden, denn eine solche muss sich aus der Patientenkontingent ergeben, nicht hingegen aus der Behandlungsmethode des jeweiligen Zahnarztes (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.04.2007 - [L 11 KA 115/05](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).



Auf eine vorherige Beratung oder die Möglichkeit, auf festgestellte Unwirtschaftlichkeiten reagieren zu können, kommt es nicht an. Eine Honorarkürzung ist auch ohne eine vorangegangene 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.).

Soweit klägerseits die Ausführungen zur Dokumentation und zu einzelnen Fällen aufgrund der von dem Beklagten durchgeführte Belegfallprüfung beanstandet werden, führt dies nicht zur Rechtswidrigkeit des angefochtenen Beschlusses.

Die vom Beklagten durchgeführte Belegfallprüfung ist Teil der sog. intellektuellen Prüfung. Sie dient 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. Dem im Einzelfall näher nachzugehen, ist gerade Sinn der vom BSG seit Jahren ergänzend zur statistischen Vergleichsprüfung geforderten intellektuellen Prüfung, bei der medizinisch-fachliche Gesichtspunkte in die Beurteilung einbezogen werden. Im Rahmen der Amtsermittlungspflicht dient die intellektuelle Prüfung dazu, die Aussagen der Statistik zu überprüfen und ggf. zu korrigieren. Erst aufgrund einer Zusammenschau der statistischen Erkenntnisse und der den Prüfungsgremien erkennbaren medizinisch-(zahn)ärztlichen Gegebenheiten lässt sich beurteilen, ob die vorgefundenen Vergleichswerte die Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses und damit den Schluss auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise rechtfertigen (vgl. grundlegend BSG, Urt. v. 09.03.1994 - [6 RKa 18/92](#) - [BSGE 74, 70](#) = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 23](#) = [MedR 1995, 245](#) = [SGB 1995, 301](#) = [NJW 1995, 2435](#), juris Rdnr. 15 ff.; s.a. BSG, Urt. v. 27.06.2001 - [B 6 KA 43/00 R](#) - BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 54](#) = Breith 2002, 504 = USK 2001-180, juris Rdnr. 24; zuletzt BSG, Urt. v. 11.12.2002 - [B 6 KA 1/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 57](#) = [SGB 2003, 540](#) = Breith 2003, 715 = USK 2002-148, juris Rdnr. 29).

Findet der Beklagte aufgrund der Belegfallprüfung keine Praxisbesonderheiten, so bleibt es bei der klägerischen Darlegungs- und Substantiierungslast für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten (vgl. hierzu a. Clemens, in jurisPK-SGB V § 106 (Stand: 01.08.2008), Rdnr. 119 f.). Insofern reicht es nicht aus, die als Beispielsfälle aufgeführten Belegfälle zu widerlegen. Klägerseits wurde aber nicht nachvollziehbar dargelegt, aufgrund welchen Patientenkontexts die gekürzten Leistungen in der Summe notwendig waren. Insofern brauchte die Kammer sich mit den Ausführungen der Beteiligten zur Belegfallprüfung im Einzelnen nicht zu beschäftigen oder Beweis zu erheben, da aus den bereits ausgeführten Gründen Praxisbesonderheiten und kompensatorische Ersparnisse nicht festzustellen waren. Im Übrigen geht die insoweit mit einem Zahnarzt fachkundig besetzte Kammer davon aus, dass die lückenlose Dokumentation zum zahnmedizinischen Standard gehört. Gleichfalls ist sie mit dem Beklagten der Auffassung, dass bei Notfallbehandlungen im Regelfall die Behandlung auf die Schmerzbeseitigung beschränkt ist.

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.).

Zutreffend weist der Beklagte darauf hin, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung quartalsweise erfolgt. Von daher ist es unerheblich, dass in den "Zwischenquartalen" II bis IV/04 keine Prüfung erfolgt ist. Im Übrigen trägt der Kläger lediglich vor, dass in den Folgequartalen II/05 - IV/05 keine Abrechnungen im offensichtlichen Missverhältnis vorgenommen worden seien. Hieraus folgt aber kein zwingender Nachweis einer wirtschaftlichen Behandlungsweise, da die klägerischen Abrechnungswerte nur im Quartal III/05 noch im Bereich der sog. Streubreite liegen. Das Absehen von weiteren Kürzungsmaßnahmen in den Quartalen II und IV/05 ist lediglich dem vom Beklagten gewählten Kürzungsmodus geschuldet, der insofern den Kläger begünstigt. Auch aus diesem Grund bedurfte es keiner weitergehender Ermessenserwägungen.

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

2012-02-15