

## S 12 KA 137/09

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

Es entspricht allgemeiner zahnmedizinischer Erfahrung, dass Drogenabhängige bereits im Rahmen des Drogenentzugs umfassend zahnmedizinisch versorgt werden (vgl. SG Marburg, Ur. v. 29.04.2009 - [S 12 KA 139/08](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 51). Ein Vertrags(zahn)arzt ist in zeitlicher Hinsicht darauf beschränkt, seiner Darlegungslast bzgl. des Bestehens von Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Ersparnissen im Verwaltungsverfahren bis zur Entscheidung des Beschwerdeausschusses nachzukommen (vgl. BSG, Ur. v. 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) - [SozR 3-1300 § 16 Nr. 1](#) = USK 95137, juris Rdnr. 26).

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

Die 1947 geb. Klägerin ist seit 1980 als Zahnärztin zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. In den zwölf Quartalen I/03 bis IV/05 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 Punkten In %

I/2003 VZA-	343	110	30	37,5
VG-	478	80		
II/2003 VZA-	313	115	40	53,3
VG-	465	75		
III/2003 VZA-	325	110	35	46,7
VG-	474	75		
IV/2003 VZA-	361	123	55	80,9
VG-	594	68		
I/2004 VZA-	303	188	89	113,6
VG-	417	99		
II/2004 VZA-	291	168	77	69,7
VG-	426	91		
III/2004 VZA-	239	144	56	58,2
VG-	423	88		
IV/2004 VZA-	267	137	58	73,4
VG-	522	79		
I/2005 VZA-	289	198	102	106,3
VG-	410	96		
II/2005 VZA-	282	149	56	60,2
VG-	438	93		
III/2005 VZA-	255	154	64	71,1

VG- 408 90  
IV/2005 VZA- 276 152 72 90,0  
VG- 512 80

Nr. 13a (F1) Quartal absolut auf 100 Behandlungsfälle Abweichung in %  
I/2005 VZA- 249 86,2 260,7  
VG- 23,9  
II/2005 VZA- 155 55,0 144,4  
VG- 22,5  
III/2005 VZA- 112 43,9 100,5  
VG- 21,9  
IV/2005 VZA- 158 57,2 209,2  
VG- 18,5

Nr. 13b (F2) Quartal absolut auf 100 Behandlungsfälle Abweichung in %  
I/2005 VZA- 345 119,4 272,0  
VG- 32,1  
II/2005 VZA- 240 85,1 169,3  
VG- 31,6  
III/2005 VZA- 229 89,8 194,4  
VG- 30,5  
IV/2005 VZA- 209 75,7 193,3  
VG- 25,8

Nr. 13c (F3) Quartal absolut auf 100 Behandlungsfälle Abweichung in %  
I/2005 VZA- 153 52,9 232,7  
VG- 15,9  
II/2005 VZA- 76 27,0 82,4  
VG- 14,8  
III/2005 VZA- 90 35,3 143,4  
VG- 14,5  
IV/2005 VZA- 111 40,2 229,5  
VG- 12,2

Nr. 13d (F4) Quartal absolut auf 100 Behandlungsfälle Abweichung in %  
I/2005 VZA- 73 25,3 224,4  
VG- 7,8  
II/2005 VZA- 46 16,3 123,3  
VG- 7,3  
III/2005 VZA- 33 12,9 76,7  
VG- 7,3  
IV/2005 VZA- 41 14,9 148,3  
VG- 6,0

Nach einem Auswahlverfahren für die Quartale I, II und IV/03 bzw. für das Quartal III/03 auf Antrag der Verbände der Krankenkassen führte der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen - 4. Kammer - eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Quartale I bis IV/03 durch. Der Prüfungsausschuss lud die Klägerin zu einer Prüfsitzung, an der sie teilnahm.

Mit Bescheid vom 22.06.2005, ausgefertigt am 08.09.2005, setzte der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale I bis IV/03 eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 12.762,35 EUR fest, die er mit Rücksicht auf die HVM-Einbehalte für das Jahr 2003 auf 12.147,21 EUR reduzierte. Er kürzte den Gesamtfallwert auf das 1,4-fache des Gesamtfallwerts der Vergleichsgruppe. Im Einzelnen nahm er folgende Honorarreduzierungen (ohne Rücksicht auf die HVM-Einbehalte für das Jahr 2003) vor:

II/03 um 2.568,09 EUR  
III/03 um 1.325,36 EUR  
IV/03 um 8.253,760 EUR

Hiergegen legte die Klägerin am 27.09.2005 Widerspruch ein.

Ferner führte der Prüfungsausschuss für die Quartale I bis IV/04 eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch. Der Prüfungsausschuss lud die Klägerin zu einer Prüfsitzung, an der sie wiederum teilnahm.

Mit Bescheid vom 10.05.2006 aufgrund der Sitzung am 02.03.2006, ausgefertigt am 20.07.2006, sah der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale I bis IV/04 von einer Honorarberichtigung ab. Dazu führte er aus, er habe 23 exemplarisch ausgesuchte Behandlungsfälle besprochen bzgl. der von der Klägerin angesprochenen Besonderheit der Praxis, nämlich die hohe Zahl von Sanierungsfällen im Zusammenhang mit der Betreuung von Suchtkliniken bzw. Reha-Zentren. Es sei in der Tat ein untypischer höherer Behandlungsaufwand festgestellt worden.

Hiergegen legten die beigeladenen Verbände der Krankenkassen am 04.08.2006 Widerspruch ein.

Ferner führte der Prüfungsausschuss für die Quartale I bis IV/05 eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch. Der Prüfungsausschuss lud die

Klägerin zu einer Prüfsitzung, an der sie wiederum teilnahm.

Mit Bescheid vom 20.06.2007, ausgefertigt am 15.08.2007, setzte der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale I bis IV/05 eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 12.845,67 EUR fest. Er kürzte die Leistungen nach Nr. 13a bis 13d (F1 bis F4) auf den 2,5-fachen Wert der Vergleichsgruppe. Im Bereich der Röntgenleistungen erteilte er Hinweise.

Hiergegen legte die Klägerin am 27.09.2005 Widerspruch ein. Zur Begründung führte sie aus, die eigentliche Begründung des Prüfungsausschusses bestehe eigentlich nur aus weniger als fünf Zeilen. Letztlich werde lediglich ausgeführt, dass die Kammer den ausgewiesenen Mehraufwand nicht in vollem Umfang tolerieren könne. Es sei bereits nicht verständlich, was mit dem ausgewiesenen Mehraufwand gemeint sei. In der Prüfsitzung habe sie an Hand von über 20 Patienten ihre Füllungstätigkeit dargelegt. Die von ihr dargelegten Praxisbesonderheiten würden nicht diskutiert werden. Sie betreue seit vielen Jahren Einrichtungen in C. und D., in denen Drogenabhängige untergebracht seien um sich einer Therapie zu unterziehen. Diese Patienten seien überwiegend schon seit längerer Zeit nicht mehr in ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung gewesen. Die beiden Einrichtungen stellten die zahnärztliche Behandlung in den Vordergrund, weil sich hierdurch das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl der Patienten steigern. Dies fördere den Erfolg der Therapie. Bei diesen Patienten könne sie die Behandlungsmaßnahmen zeitlich viel enger staffeln als bei einem berufstätigen Durchschnittspatienten. Wegen der Vernachlässigung der Zahnpflege finde man bei diesen Patienten durchweg eine Fülle kariöser Defekte. Den Behandlungsaufwand habe sie in der Prüfsitzung an Hand der Röntgenaufnahmen dargelegt. Sie habe Übereinstimmung erzählt, dass mehrere Füllungen an einem Zahn nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstießen. Aufbaufüllungen im Rahmen einer geplanten prothetischer Versorgung rechne sie nach Nr. 13b ab.

Für alle drei Widerspruchsverfahren führte sie unter Datum vom 16.09.2008 ergänzend aus, die Zusammenfassung von drei Entscheidungen des Prüfungsausschusses ließe gut erkennen, wie wirr und unsystematisch dieser arbeiten. In seiner Entscheidung für das Jahr 2004 habe der Prüfungsausschuss endlich die Praxisbesonderheiten anerkannt. Seit vielen Jahren behandle sie Insassen therapeutischer Einrichtungen in C. und D ... Für das Jahr 2003 habe er die Anerkennung noch verweigert. In der Entscheidung für das Jahr 2005 habe er wiederum eine andere Abschlagsmethode gewählt. Die Entscheidung für das Jahr 2004 sehe sie als richtig an. Für das Jahr 2003 sei die Prüfmethode rechtswidrig, auch durch das Abstellen auf die Leistungen pro Behandlungsfall (nicht pro 100 Behandlungsfälle) und durch die schematische Kürzung aller Leistungen. Sie bestreite im Übrigen, dass der Prüfungsausschuss richtig gerechnet habe. Für das Jahr 2005 sei der Prüfungsausschuss immerhin systematisch sauber vorgegangen und komme zu der Kürzung auf das Zweieinhalbfache des Durchschnitts bezüglich der Füllungen. Dies könnte sie akzeptieren. Die Berechnung der Kürzungen sei aber offensichtlich falsch. In nur zwei Fällen - I/05 bei F1 und I/05 bei F2 - liege eine Überschreitung um mehr als das Zweieinhalbfache überhaupt vor. Sie sei zu einem Vergleich für alle 3 Jahre bereit auf der Grundlage der Kürzung für das Jahr 2005.

Der Beklagte lud die Klägerin unter Datum vom 16.07.2008 zu einer weiteren Prüfsitzung für den 17.09.2008 unter Beifügung einer Patientenliste. Die Klägerin bestätigte mit Datum vom 28.07.2008 die Teilnahme an der Sitzung und nahm an der Prüfsitzung teil.

Mit Beschluss vom 17.09.2008, ausgefertigt am 10.02.2009 und der Klägerin am 11.02.2009 zugestellt, verband der Beklagte alle drei Widerspruchsverfahren und wies die beiden Widersprüche der Klägerin als unbegründet zurück. Dem Widerspruch der beigeladenen Verbände der Krankenkassen gab er statt. Er setzte eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 59.154,65 EUR fest, die er mit Rücksicht auf die HVM-Einbehalte für die Jahre 2003 bis 2005 aber auf 57.476,38 EUR reduzierte.

Im Ergebnis bestätigte der Beklagte die Kürzungen für die Jahre 2003 und 2005 und nahm eine weitere Berichtigung für das Jahr 2004 vor. Im Einzelnen hob er die Beschlüsse des Prüfungsausschusses auf und nahm folgende Festsetzungen vor Abzug der HVM-Einbehalte vor:

- a) In den Quartale I/2003 bis IV/2003 erfolgte eine Honorarkürzung bezogen auf den Gesamtfallwert in Höhe von EUR 12.762,35
- b) In den Quartale I/2004 bis IV/2004 erfolgte eine Honorarkürzung bezogen auf den Gesamtfallwert in Höhe von EUR 33.546,63
- c) In den Quartalen I/2005 bis IV/2005 erfolgte eine Honorarkürzung wie folgt:  
Die Leistungen nach der Nr. 13a (F1) werden um 106 Leistungen korrigiert. Euro 2.918,92  
Die Leistungen nach Nr. 13b (F2) werden um 193 Leistungen korrigiert. Euro 6.471,48  
Die Leistungen nach Nr. 13d (F3) werden um 63 Leistungen korrigiert. Euro 2.658,16  
Die Leistungen nach Nr. 13d (F4) werden um 16 Leistungen korrigiert. Euro 797,11

Ferner erteilte er zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. Ä925 (Röntgenleistungen) in den Quartalen I/2004 bis IV/2005 einen Hinweis.

Zur Begründung führte er aus, er habe einen statistischen Kostenvergleich durchgeführt. Die Grenze zum sogenannten offensichtlichen Missverhältnis im Bereich des Gesamtfallwerts sehe er bei einer Überschreitung von 40%. Die geringere Fallzahl der Klägerin habe einer statistischen Vergleichsprüfung nicht entgegengestanden. Er habe nach Durchsicht aller Behandlungsfälle durch den Berichterstatter in der Sitzung eine exemplarische Auswahl von Behandlungsfällen überprüft. Im Übrigen sei es Sache des Vertragszahnarztes, substantiiert den Anschein der Unwirtschaftlichkeit zu widerlegen. Die vorgefundenen Behandlungsausweise hätten häufig nicht die erforderliche Systematik aufgewiesen. So seien am Anfang der Behandlung nicht alle Zähne einer Vitalitätsprüfung unterzogen worden, sondern sei diese mehrfach in einem Behandlungsfall abgerechnet worden. Es folgten teilweise zuerst die Zahnersatzversorgung und im zeitlichen Zusammenhang danach oder parallel eine parodontal-chirurgische Behandlung. Es sei zuerst die konservierende Behandlung an einem Zahn durchgeführt worden, bevor im kurzen zeitlichen Abstand die Extraktion von Zähnen erfolgt sei. Im Zusammenhang mit der Zahnersatzversorgung sei ersichtlich, dass in kurzem zeitlichen Abstand zuvor großflächige Füllungen zur Abrechnung gelangt seien. Vitalitätsprüfungen seien oftmals

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

Hiergegen hat die Klägerin 09.03.2009 die Klage erhoben.

Zur Begründung ihrer Klage trägt die Klägerin mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 06.11.2009 vor, eine Überschreitung könne erst nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten berechnet werden. Der Beklagte verkenne, dass in der Behandlung von Patienten der beiden Resozialisierungseinrichtungen wegen des erheblichen Behandlungsmehraufwands eine Praxisbesonderheit liege. Diese drücke sich vor allem in einer erhöhten Anzahl von Füllungsleistungen aus. Sie reiche Karteikartenauszüge von Therapiepatienten der Jahre 2003 bis 2005 zur Gerichtsakte. Im Jahr 2003 habe sie z. B. bei 137 Heimpatienten insgesamt 1.070 Füllungen gelegt. Dies entspreche einer Abfüllquote von 7,81 Füllungen. Auf die restlichen 1.205 Patienten seien nur noch 825 Füllungen oder 0,68 Füllungen pro Patient entfallen. Dies entspreche einer Differenz von 1.040,8 %. In den beiden Folgejahren seien immer noch 4,4 bis 5,5 mal soviel Füllungen wie bei anderen Patienten abgerechnet worden. Der teilweise desolate Gebisszustand ergebe sich aus den OPGs, die sie auf einer CD zur Gerichtsakte reiche. Reduziere man die Füllungsleistungen um diese, so lägen die Abrechnungswerte nur noch in den Quartalen IV/03, I/04, II/04, I/05 und IV/05 um 2,88 %, 16,58 %, 6,26 %, 34,2 % und 6,79 % über dem Fachgruppendurchschnitt zzgl. 40 %. Weiter seien vermehrt OPGs erforderlich. Sie habe auch in acht Quartale eine erhöhte Anzahl von Parodontosebehandlungen, die wegen der Begleitleistungen zu einer erhöhten Anzahl von konservierend-chirurgischen Leistungen führten. Diese Leistungen seien herauszurechnen. Die von ihr abgegebene Erklärung, sie erachte nach einer über dreistündigen Behandlungsfallbesprechung eine weitergehende Erörterung von Belegfällen nicht mehr für notwendig, habe sie nur unter Druck nach Ablehnung eines Vertagungsgesuchs wegen Erschöpfung abgegeben. Die Anhörung sei unzureichend gewesen. Die Ausführungen zu den einzelnen Gebührenpositionen würden eine sachlich-rechnerische Richtigstellung betreffen, wofür der Beklagte nicht zuständig sei. Die von dem Beklagten herangezogenen OPG-Aufnahmen berücksichtigten nicht die von ihr genannten "schwere Fälle". Die Begründung sei unzureichend, weil die Beklagte pauschale und unklare Begriffe verwende. Die geprüften Fälle seien nicht dokumentiert worden; sie könnten deshalb auch nicht überprüft werden. Der Behandlungsaufwand in den Resozialisierungseinrichtungen sei von dem Beklagten nicht ausdrücklich thematisiert worden. Sie hätte angehört werden müssen, soweit der Beklagte von den Annahmen des Prüfungsausschusses abweichen wollte. Die Einrichtung in A-Stadt behandle Drogenabhängige in einem Programm von ca. einem Jahr. Sie kämen im Regelfall nach der Entgiftungsphase. Sie seien zahnärztlich nicht behandelt. In D. würden Patienten behandelt werden, die erstmals versuchten, von ihrer Abhängigkeit loszukommen. Sie stammten von der Straße (Obdachlose), aus Wohnungen oder Wohngruppen - diese beiden Gruppen seien regelmäßig zahnärztlich nicht behandelt - oder aus dem Gefängnis.

Die Klägerin beantragt,

unter Aufhebung des Beschlusses des Beklagten vom 17.09.2008 den Beklagten zu verpflichten, sie über ihre Widersprüche gegen die Beschlüsse des Prüfungsausschusses vom 22.06.2005 und 20.06.2007 sowie die Beigeladenen zu 2) bis 8) über ihren Widerspruch gegen

den Beschluss des Prüfungsausschusses vom 10.05.2006 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen,  
hilfsweise für den Fall der Klagestattgabe,  
der Klägerin die Kosten des Verfahrens aufzuerlegen.

Er verweist auf die erst spät und nach Hinweis des Gerichts erfolgte Klagebegründung, die ihn unter Zugzwang setzen wolle. Die Darlegungs- und Beweislast für Praxisbesonderheiten lägen beim Vertragszahnarzt. Ein Vortrag erst im Gerichtsverfahren entspreche den einfachsten Grundsätzen der Verfahrensökonomie. Im Übrigen hat er weiter in der mündlichen Verhandlung vorgetragen und verweist er auf seine Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid.

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

Die Beigeladenen haben sich zum Verfahren schriftsätzlich nicht eingelassen.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 18.03.2009 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) tun, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist ([§ 110 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der angefochtene Beschluss des Beklagten vom 17.09.2008 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung ihrer Widersprüche gegen die Beschlüsse des Prüfungsausschusses vom 22.06.2005 und 20.06.2007 sowie der Beigeladenen zu 2) bis 8) über ihren Widerspruch gegen den Beschluss des Prüfungsausschusses vom 10.05.2006 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 vom 19. Dezember 2001 ([BGBl I 3773](#)) bzw. 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 nach Durchschnittswerten bzw. ab dem Jahr 2004 auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitprüfung), geprüft ([§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)).

Ab dem Jahr 2004 gilt aber, 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 Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren können ([§ 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 Schleimhautrekrankungen, 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 repräsentative 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 ist, dass die Vertragspartner sich nicht gesetzeskonform verhalten haben.

Aber auch wenn man die Absätze 2 und folgende des § 8 PV im Sinne eines stufigen Auswahlermessens 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 Auswahlermessen des Beklagten hinsichtlich der Prüfmethode wieder aufleben würde. Jedenfalls würde dies nicht zum Wiederaufleben eines Vorrangs der Einzelfallprüfung und der repräsentative 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, 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.). Insofern 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).

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 steht. 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 Aussagewerts 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, 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).

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). Die Klägerin hat auch an der Verhandlung teilgenommen. Soweit sie nunmehr vorträgt, die von ihr abgegebene Erklärung, sie erachte nach einer über dreistündigen Behandlungsfallbesprechung eine weitergehende Erörterung von Belegfällen nicht mehr für notwendig, habe sie nur unter Druck nach Ablehnung eines Vertagungsgesuchs wegen Erschöpfung abgegeben, weshalb die Anhörung unzureichend gewesen sei, ist dem nicht zu folgen. Die Kammer hat mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung ausführlich erörtert, dass damit keine Gründe vorgetragen werden, die inhaltlich eine Anfechtung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch begründen könnten. In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin erklärt, die Verzichtserklärung sei deshalb zu Stande, gekommen, weil sie davon ausgegangen sei, eine weitere Erörterung sei nicht sinnvoll. Es seien bis dahin 15 Fälle überprüft worden, die mit den Praxisbesonderheiten nichts zu tun gehabt hätten. Sie sei deshalb davon ausgegangen, dies werde auch bei den nächsten zehn Fällen so sein. Die Klägerin verhält sich damit nunmehr zu ihrer Erklärung widersprüchlich. Im Übrigen gibt es keinen Anspruch auf eine bestimmte Dauer bzw. auf einen bestimmten Umfang der persönlichen Anhörung.

Soweit die Klägerin sich in der mündlichen Verhandlung vor der Kammer ferner dahingehend eingelassen hat, sie sei auch davon ausgegangen, dass der Beklagte für den Fall, dass er von der Entscheidung des Prüfungsausschusses hätte abweichen wollen, ihr dies vorher mitteilen würde, so beruht dies allein auf ihrer eigenen Einschätzung. Es ist nicht ersichtlich und wird auch von der Klägerin nicht nachvollziehbar dargelegt, aufgrund welchen Verhaltens des Beklagten bzw. seiner Mitglieder sie sich berechtigt fühlen konnte, zu diesem Schluss zu gelangen. Aufgrund des Widerspruchs der Beigeladenen zu 2) bis 8) und der beiden abweichenden anderen Entscheidungen handelte es sich offensichtlich um eine Fehleinschätzung der Klägerin, die im Übrigen im Widerspruch zu ihrer Einschätzung steht, der Beklagte habe in drei Stunden nur solche Belegfälle besprochen, die mit ihrer Praxisbesonderheit nichts zu tun gehabt hätten.

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](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de)).

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.

Der angefochtene Bescheid ist in materieller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Der Beklagte hat die Praxis der Klägerin mit den Abrechnungswerten aller hessischen Vertragszahnärzte verglichen. Dies war nicht zu beanstanden, da die Klägerin ebenfalls als Vertragszahnärztin zugelassen und als solche 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 Bundessozialgerichts.

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

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

Die Behandlung schwerer Fälle stellt keine Praxisbesonderheit dar, da sie im durchschnittlichen Gesamtfallwert bereits enthalten ist (vgl. SG Pl., Urte. v. 05.09.2007 – S 2 KA 434/06 – [www.zahn-forum.de](http://www.zahn-forum.de)). Es ist nicht ersichtlich, weshalb Praxen mit geringeren Fallzahlen einen höheren Anteil an sog. schweren Fällen haben sollten als größere Praxen. Statistischen Zufälligkeiten wird mit der genannten Mindestfallzahl für einen statistischen Kostenvergleich und der Erstreckung des Prüfungszeitraums auf mehrere Quartale begegnet.

Eine Praxisbesonderheit liegt insbesondere auch nicht in der Behandlung von Patienten der beiden Resozialisierungseinrichtungen. Die Kammer geht zunächst grundsätzlich davon aus, dass Drogenabhängige erfahrungsgemäß bereits im Rahmen des Drogenentzugs umfassend zahnmedizinisch versorgt werden (vgl. SG Marburg, Urte. v. 29.04.2009 – [S 12 KA 139/08](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](http://www.sozialgerichtsbarkeit.de) = juris Rdnr. 51). Soweit die Klägerin Karteikartenauszüge von Therapiepatienten der Jahre 2003 bis 2005 zur Gerichtsakte gereicht und für diese Patienten einen besonders hohen Füllungsanteil errechnet hat, so kann damit keine Praxisbesonderheit begründet werden. Zunächst fehlt es an einem Nachweis, dass es sich tatsächlich um Patienten aus diesen Resozialisierungseinrichtungen handelt und dass auch alle Patienten aus diesen Einrichtungen erfasst werden. Soweit dies hier aber als wahr unterstellt wird, so fehlen jedoch Angaben zum Versichertenstatus. In den streitbefangenen Quartalen bestand noch keine durchgängige Pflicht zur Krankenversicherung. Es entspricht auch der Erfahrung der Kammer aus anderen Prozessen, dass Kostenträger oft der Sozialhilfeträger bzw. der Landeswohlfahrtsverband ist. Leistungen für diese Patienten werden aber nicht in der Frequenzstatistik erfasst und unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Auf Nachfrage des Vorsitzenden des Beklagten in der mündlichen Verhandlung vor der Kammer hat die Klägerin hierzu zunächst erklärt, es treffe zu, dass in den hier streitbefangenen Quartalen diese Drogenpatienten vornehmlich durch den Landeswohlfahrtsverband als Kostenträger finanziert worden seien. Dies treffe aber nicht für alle Patienten zu; sie selbst habe hierüber keine genauen Zahlen. Erst im Verlauf der weiteren mündlichen Verhandlung hat die Klägerin dann erklärt, es handele sich meist um junge Patienten, die noch familienversichert seien, so dass von daher eine gesetzliche Krankenkasse als Kostenträger aufgetreten sei. Hierbei handelt es sich um eine bloße Behauptung, die im Übrigen widersprüchlich zur spontanen Erstaussage ist. Jedenfalls ist bereits aus dem Grund, dass das von der Klägerin vorgelegte Zahlenwerk Leistungen einbezieht, die nicht von der Frequenzstatistik erfasst werden, nicht nachvollziehbar.

Entscheidend ist aber für die Kammer, dass die Klägerin die Unterlagen erstmals im Gerichtsverfahren vorgelegt hat. Hierdurch kann eine Praxisbesonderheit nicht mehr nachgewiesen werden.

Es ist Angelegenheit des Vertragsarztes, entscheidungserhebliche Umstände vorzutragen, die auf eine Abweichung von der Typik der Praxen der Fachgruppe schließen lassen. Der Vertragsarzt ist nicht nur gemäß [§ 21 Abs. 2 SGB X](#) allgemein gehalten, bei der Ermittlung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere die ihm bekannten Tatsachen und Beweismittel anzugeben. Im Rahmen der Abrechnung der kassen- und vertragsärztlichen Leistungen hat er vielmehr eine entsprechende besondere Mitwirkungspflicht aus der Sache selbst, wie sie immer dann besteht, wenn ein Arzt sich auf ihm günstige Tatsachen berufen will und diese Tatsachen allein ihm bekannt oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können (vgl. BSG, Urte. v. 15.11.1995 – [6 RKA 58/94](#) – [SozR 3-1300 § 16 Nr. 1](#) = USK 95137, juris Rdnr. 26 m.w.N.). Zur Begründung einer Praxisbesonderheit muss ein Vertragszahnarzt im Einzelnen darlegen, wie hoch der Anteil der einen Mehraufwand begründenden Patienten im Verhältnis zur Vergleichsgruppe ist und wie die herangezogenen äußeren Umstände (z. B. Alter, Verkehrslage, Aufenthalt in einem Alten- oder Pflegeheim bzw. einer neurologischen oder psychiatrischen Klinik) sich im konkreten Behandlungsfall auf den Behandlungsbedarf in seiner Praxis auswirken (vgl. LSG Hessen, Urte. v. 23.09.2009 – [L 4 KA 6/08](#) -, Umdruck S. 11; LSG Hessen, Urte. v. 23.09.2009 – [L 4 KA 66/06](#) – Umdruck S. 12, jeweils unter Hinweis auf LSG Hessen, Urte. v. 13.07.2005 – L 6/7 KA 621/00 -). Dieser Mitwirkungsobliegenheit hat der der Vertragsarzt grundsätzlich im Verwaltungsverfahren zu genügen (so BSG, ebd.).

Damit ist ein neues oder erstmals substantiiertes Vorbringen im Gerichtsverfahren ausgeschlossen. Andernfalls würden die Gerichte durch ihre Entscheidung in den Beurteilungsspielraum der Prüfgremien eingreifen oder wären gezwungen, allein wegen des neuen oder substantiiert ergänzten Vorbringens die Entscheidung der Prüfgremien aufzuheben und an sie zur Neubescheidung zurückzuweisen, da diese das Vorbringen noch nicht berücksichtigen konnten. In der weiteren Konsequenz wäre in der Beratungspraxis zu überlegen, ob nicht unter Hinnahme der Entscheidungen der Prüfgremien erstmals im Gerichtsverfahren umfassend vorgetragen werden sollte, da dann eine Aufhebung der Entscheidung durch das Gericht nicht unwahrscheinlich wäre und ein Kläger auf diese Weise in eine günstige Vergleichsposition gelangt.

Ein Vertrags(zahn)arzt ist damit in zeitlicher Hinsicht darauf beschränkt, seiner Darlegungslast bzgl. des Bestehens von Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Ersparnissen im Verwaltungsverfahren bis zur Entscheidung des Beschwerdeausschusses nachzukommen. Dies beruht letztlich darauf, dass die Kenntnis solcher möglicherweise entscheidungserheblichen Tatsachen allein in der Sphäre des Vertrags(zahn)arztes liegt, soweit sie nicht offenkundig sind und bereits im Rahmen der intellektuellen Prüfung erkannt werden können, und der Arzt, da aufgrund des offensichtlichen Missverhältnisses der Anschein der Unwirtschaftlichkeit gegeben ist, wieder auf die ursprüngliche Position eines Leistungserbringers zurückgeworfen wird, auch die Wirtschaftlichkeit seiner Leistungen nachzuweisen. Es handelt sich hierbei um ein bloßes Tatsachenvorbringen. Wie im allgemeinen Wirtschaftsleben muss dann der Vertrags(zahn)arzt nachweisen, dass er die Leistung erbracht, und - wegen der besonderen Erfordernisse des Vertragsarztrechts, vgl. [§ 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) -

auch wirtschaftlich erbracht hat. Von daher bedarf es hierfür weder zwingend einer rechtlichen Beratung oder besonderer Hinweispflichten der Prüfungsgremien.

In den Widerspruchsverfahren hat die Klägerin lediglich allgemein darauf hingewiesen, sie behandle Insassen therapeutischer Einrichtungen in C. und D., was eine Praxisbesonderheit berücksichtige. Sie hätte bereits im Widerspruchsverfahren die Aufbereitung der Behandlungsfälle sowie als Nachweis die dazugehörigen Röntgenaufnahmen vorlegen können. Soweit sie dies erstmals im Gerichtsverfahren macht, sieht sich das Gericht gehindert, diese Unterlagen im Einzelnen zu würdigen. Von daher hat die Kammer auch davon abgesehen, die vorgelegten Röntgenaufnahmen mit den Beteiligten oder ohne diese durchzusehen.

Besondere Vertrauensschutzgesichtspunkte oder besondere Hinweispflichten des Beklagten folgen auch nicht, wie die Kammer bereits in anderem Zusammenhang ausgeführt hat, aus dem Beschluss des Prüfungsausschusses vom 10.05.2006 aufgrund der Sitzung am 02.03.2006, in dem der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale I bis IV/04 von einer Honorarberichtigung abgesehen hat. Zum einen war der Prüfungsausschuss im Beschluss zu den Vorgängerquartalen bereits zu einem anderen Ergebnis gelangt, weshalb die Klägerin nicht davon ausgehen konnte, allein der Beschluss bzgl. der Quartale I bis IV/04 könne richtig sein. Zum anderen haben die Beigeladenen zu 2) bis 8) dagegen Widerspruch eingelegt, weshalb der Beklagte eine abweichende Regelung treffen konnte.

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, das Patienten im Rahmen der Vorbehandlung regelmäßig eines höheren Sanierungsaufwands bedürften (vgl. SG Marburg, Ur. v. 29.04.2009 - [S 12 KA 313/08](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 55 f., Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 42/09](#) -; SG Marburg, Ur. v. 29.04.2009 - [S 12 KA 139/08](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 54 f., Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 46/09](#) -; SG Marburg, Ur. v. 07.12.2005 - S 12 KA 34/05; v. 13.06.2007 - [S 12 KA 1080/06](#) -, Berufung anhängig LSG Hessen - [L 4 KA 40/07](#) -; SG Marburg, Ur. v. 07.12.2005 - S 12 KA 34/05; v. 13.06.2007 - [S 12 KA 1080/06](#) -, Berufung anhängig LSG Hessen - [L 4 KA 40/07](#) -).

Soweit nach der Auffassung des LSG Nordrhein-Westfalen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen Ur. 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 1/03 bis IV/03 8, 12, 12 und 2 PAR-Behandlungsfälle gegenüber der Vergleichsgruppe mit 6, 6, 6 und 7 PAR-Behandlungsfällen abgerechnet, in den Quartalen 1/04 bis IV/04 1, 7, 10 und 13 gegenüber 3, 6, 7 und 8 der Vergleichsgruppe, in den Quartalen 1/05 bis IV/05 11, 16, 21 und 18 gegenüber 7, 8, 7 und 8 der Vergleichsgruppe. Gemessen an der eigenen Fallzahl liegt damit lediglich in den Quartalen II und III/03 sowie III/04 bis IV/05 eine überdurchschnittliche Behandlungshäufigkeit vor. Selbst bei einem bisher nicht nachgewiesenen überdurchschnittlichen Sanierungsbedarf sind diese absoluten Zahlen auch im Hinblick auf die geringere Fallzahl der klägerischen Praxis von nur marginaler Bedeutung.

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.

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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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). Von daher war auch dem Einwand der Klägerin nicht zu folgen, der Beklagte nehme eine sachlich-rechnerische Berichtigung vor. Im Übrigen können die Prüfungsgremien feststellen, dass die Unwirtschaftlichkeit ihre Ursache auch in der Verkennung der Leistungslegende hat oder auf anderen möglichen Abrechnungsfehlern beruht.

Findet der Beklagte aufgrund der Belegfallprüfung keine Praxisbesonderheiten, so bleibt es bei der klägerischen Darlegungs- und Substantiierungslast für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten. Insofern reicht es nicht aus, die als Beispielfälle aufgeführten Belegfälle zu widerlegen. Klägerseits wurde aber nicht nachvollziehbar dargelegt, aufgrund welchen Patientenklientels 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.

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, Urt. v. 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 Übergangzone 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.). Für das Jahr 2004 hat der Beklagte das Verböserungsverbot beachtet.

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