

## S 12 KA 808/08

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 808/08  
Datum  
25.11.2009  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 1/10  
Datum  
05.08.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ältere Patienten bedürfen im konservierend-chirurgischen Bereich nicht schon wegen ihres Alters eines erhöhten Behandlungsaufwands (vgl. SG Marburg, Urt. v. 05.12.2007 - [S 12 KA 197/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 36; anders LSG Hessen, Urt. v. 23.09.2009 - [L 4 KA 6/08](#) -, Umdruck S. 11; LSG Hessen, Urt. v. 23.09.2009 - [L 4 KA 66/06](#) - Umdruck S. 12). Allein aus der Zugehörigkeit zu einem Altenheim kann aus diesem Grund ebf. nicht ein erhöhter Versorgungsbedarf angenommen werden kann. Es gehört zum zahnmedizinischen Standard seit Jahrzehnten, auch älteren Patienten oder Heiminsassen die notwendige zahnmedizinische Versorgung zukommen zu lassen. Im Übrigen werden auch durch die Vergleichsgruppe Patienten aus Altenheimen betreut.

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 drei Quartalen I bis III/04 in Höhe von insgesamt 20.574,56 EUR.

Der Kläger ist seit 04.12.2003 als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Zuvor war er seit 01.07.2002 in einer Gemeinschaftspraxis in C-Stadt zugelassen.

In den Quartalen I bis IV/04 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- 213 197 98 99

VG- 417 99

II/2004 VZA- 262 139 48 53

VG- 426 91

III/2004 VZA- 269 154 66 75

VG- 423 88

IV/2004 VZA- 336 106 27 34

VG- 522 79

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

Mit Bescheid vom 22.09.2005, dem Kläger am 14.02.2006 zugestellt, setzte der Prüfungsausschuss für die streitbefangenen Quartale eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 20.843,44 EUR fest, die er mit Rücksicht auf die HVM-Einbehalte auf die streitigen 20.574,56 EUR reduzierte. Er kürzte auf der Grundlage eines statistischen Fallkostenvergleichs den Gesamtfallwert auf das 1,4-fache des Gesamtfallwerts der Vergleichsgruppe. Im Einzelnen nahm er folgende Honorarreduzierungen (vor Berücksichtigung der HVM-Einbehalte) vor:

I/04 um 10.834,86 EUR

III/04 um 2.740,41 EUR

IV/04 um 7.268,17 EUR

Hiergegen legte der Kläger am 06.03.2006 Widerspruch ein. Er trug vor, die Darstellung des Prüfungsausschusses sei falsch; er habe nicht angegeben, Patienten aus C-Stadt mitgenommen zu haben. Die Mängel in der Dokumentation habe er zugestanden. Eine daraus folgende Leistungskürzung sei unverhältnismäßig. In der Prüfsitzung seien lediglich acht Fälle besprochen worden.

Der Beklagte führte eine weitere Prüfsitzung durch, an der der Kläger wiederum teilnahm.

Mit Beschluss vom 12.06.2008, ausgefertigt am 23.10.2008 und dem Kläger am 25.10.2008 zugestellt, wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück. Zur Begründung führte er aus, er habe einen statistischen Kostenvergleich vorgenommen, da der Aufwand für eine Einzelfallprüfung unverhältnismäßig sei. 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. Der Kläger habe nur teilweise brauchbare Unterlagen vorgelegt. Genau wie in der Vorinstanz seien die Dokumentationen unvollständig und die Qualität der Röntgenaufnahmen unzureichend gewesen. Es sei erneut der Eindruck entstanden, dass sich der Kläger nicht genügend vorbereitet habe. Es hätten lediglich drei ausgewählte Belegfälle in 1½ Std. besprochen werden können. Den Vorschlag, die weiteren Belegfälle selbst auszuwählen, die eine Überschreitung von mehr als 40% rechtfertigen könnten, habe der Kläger mit der Begründung abgelehnt, dass er im Augenblick keine repräsentativen Fälle benennen könne. Er sei zu dem Ergebnis gekommen, dass der Kläger wesentlich mehr Leistungen nach Nrn. Ä 1 (Ber) und 01 (U) zur Abrechnung gebracht habe, als dies bei der Vergleichsgruppe der Fall gewesen sei. Die Häufigkeit der Vitalitätsprüfungen und die wiederholte Prüfung der Vitalität an denselben Zähnen in kurzem zeitlichem Abstand seien nicht nachvollziehbar. In einer Reihe von Fällen habe der Kläger mehrere Füllungen pro Zahn und auch pro Zahnfläche abgerechnet. Im Rahmen des Wurzelbehandlungskomplexes habe die Erfüllung des Leistungsinhalts der Nr. 28 (VitE) nicht immer nachvollzogen werden können. Die Indikation für die Wurzelbehandlung sei teilweise ebenfalls nicht nachvollziehbar gewesen. Teilweise seien Zähne im Anschluss an die Wurzelbehandlung extrahiert worden. Auffällig seien auch Anästhesieleistungen an pulpentoten Zähnen. Anhand der vorgelegten Röntgenaufnahmen seien die Leistungen nach Nr. 45 (X3) nicht immer nachvollziehbar gewesen. Auch der Umfang der Röntgentätigkeit sei teilweise nicht nachvollziehbar. Der statistische Vergleich der Leistungen nach Nr. Ä935d (OPG) habe ergeben, dass die allgemeinen Erfahrungswerte, auch unter Berücksichtigung der Nichtabrechner, erheblich überschritten worden seien. Die Besprechung der Behandlungsfälle habe ergeben, dass der Kläger die Röntgenleistungen in vielen Fällen am ersten Behandlungstag erstellt habe, obwohl zu diesem Zeitpunkt die Mitarbeit des Patienten für eine umfangreiche Sanierung nicht gesichert gewesen sei. In diesen Fällen hätte eine Einzelaufnahme der Befunderhebung und Behandlungsplanung ausgereicht und wäre auch wirtschaftlicher gewesen. Signifikante Praxisbesonderheiten sowie kompensatorische Einsparungen, die geeignet gewesen wären, den ausgewiesenen Mehraufwand in seinem gesamten Umfang zu rechtfertigen, hätten gerade mit Blick auf die Praxisanfangsphase selbst vor dem Hintergrund der von dem Kläger vorgetragenen Behandlungssituation nicht festgestellt werden können. Einer Kürzung stehe nicht entgegen, dass der Kläger erstmals eine Praxis allein geführt habe, zumal es sich bei seiner Praxis um keine Anfängerpraxis im juristischen Sinne gehandelt habe. Er habe bereits zuvor in einer Gemeinschaftspraxis in C-Stadt praktiziert. Unabhängig hiervon begründe selbst eine typische Anfängerpraxis keine Praxisbesonderheit. Er habe auch die geringe Fallzahl und das daraus sich möglicherweise ergebende erhöhte Zeitpotential für die Versorgung der Patienten beleuchtet. Generell könne das hiermit verbundene Argument einer schnellen Durchsanierung jedoch nur dann Bedeutung erlangen, sofern ein erhöhter Sanierungsbedarf zu verzeichnen sei. Ein dahingehend großes Ausmaß habe selbst unter Berücksichtigung des Vortrags des Klägers nicht festgestellt werden können. Es sei nicht ersichtlich, warum gerade nach der Übernahme der Praxis die Patienten eines deutlich höheren Behandlungsaufwands bedurft hätten. Es sei vielmehr ein homogenes Patientengut im Verhältnis zur hessischen Vergleichsgruppe ersichtlich gewesen. Hessen und insbesondere auch A-Stadt weise einen guten zahnärztlichen Versorgungsgrad auf. Die konservierend-chirurgische Behandlung sei nicht Teil des ZE- oder PAR-Behandlungskomplexes. Allenfalls kämen Leistungen im Rahmen einer Vorbehandlung oder als Begleitleistungen zur Anwendung. Fast alle ZE-Fälle oder PAR-Fälle gingen auch als Behandlungsfälle in die Statistik der konservierend-chirurgische Behandlung ein. Begleitleistungen führten auch nicht notwendig zu erhöhten durchschnittlichen Kosten, in den z. B. bei einer Überkronung eine mehrflächige Füllung erspart werde. Ferner sei grundsätzlich davon auszugehen, dass alle hessischen Zahnärzte zahnerhaltend und zahnschutzschonend unter Beachtung der Wirtschaftlichkeitsgrundsätze vorgehen, dies auch insbesondere deshalb, weil die Zahnerhaltung schon seit Jahren zum zahnmedizinischen Standard gehöre. Im Ergebnis hätten weder Praxisbesonderheiten noch kompensatorische Einsparungen festgestellt werden können. Er habe eine Kürzung auf den 1,4-fachen Vergleichswert für erforderlich gehalten.

Hiergegen hat der Kläger am 24.11.2008 die Klage erhoben. Er trägt vor, die von ihm vorgelegten Unterlagen seien zum allergrößten Teil brauchbar. Die Dokumentation sei bis auf wenige Ausnahmen vollständig. Von ca. 50 - 60 betrachteten Röntgenbildern seien lediglich 1 - 2 Röntgenaufnahmen nicht verwertbar gewesen. Lediglich in einem Falle habe die Beschriftung auf dem Röntgenbild gefehlt. Diese habe sich auf der Hülle befunden. Er sei immer an einer Zusammenarbeit mit den Prüfungsgremien interessiert gewesen. Ihm sei nicht mitgeteilt worden, dass er überhaupt die Möglichkeit haben würde, eigene Fälle vorzutragen. Lediglich in einem Fall sei die Abrechnung einer 01 besprochen worden. Die Abrechnung sei hier auf die Installation eines neuen PC-Systems Anfang 2004 zurückzuführen. Die Datenübernahme zum alten System sei fehlerhaft gewesen. Aus diesem Grund sei es zur verfrühten Neuerbringung der Leistung gekommen. Vitalitätsprüfungen seien in keinem einzigen Fall besprochen worden. Die Aussage, für die Abrechnung von zwei Aufbaufüllungen vor der Überkronung sei eine sehr kritische Indikationsstellung erforderlich, sei viel zu generalisierend und in dieser Weise falsch. Die Indikation für den Wurzelbehandlungskomplex habe er stets begründet. Eine Extraktion eines Zahnes sei in weniger als 1% der Wurzelbehandlungen notwendig gewesen, meist verursacht durch Zahnfrakturen, weil der Patient den Zahn trotz Hinweises, dass dies noch nicht möglich sei, belastet habe. Aus anderen Gründen könne eine Wurzelbehandlung zum Misserfolg führen. Dies sei jedoch in keinem einzigen Fall besprochen worden. Die angekreideten Anästhesieleistungen an pulpentoten Zähnen seien bei den Patienten vorgenommen worden, die sehr ängstlich gewesen seien und eine Behandlung sei erst dadurch möglich geworden. Ein Röntgenbild sei nur eine sehr ungenaue Zustandsaufnahme, wenn es um eine Zahnextraktion gehe. Es werde ihm unterstellt, dass in jedem Fall nur eine umfangreiche Sanierung ein OPG rechtfertigen würde. Auch diese Behauptung sei falsch. Seine Praxis sei sehr wohl in den ersten Monaten eine Anfängerpraxis gewesen. Alle Helferinnen des zuvor aktiven Zahnarztes sei gekündigt worden. Die Praxis sei sogar zwischenzeitlich zwei Monate geschlossen gewesen, der Patientenandrang sei sehr groß gewesen. Zeitweise habe er lediglich mit einer einzigen Auszubildenden gearbeitet. Der Beklagte habe nicht berücksichtigt, was er bereits im Verwaltungsverfahren vorgetragen habe, dass sein Praxisvorgänger auf Grund einer Erkrankung, die ihn schließlich auch zur Beendigung seiner beruflichen Tätigkeit gezwungen habe, in den letzten Monaten seiner Praxistätigkeit außer Stande gewesen sei, alle notwendigen Behandlungen durchzuführen. Dies habe, auch wegen der zweimonatigen

Schließung, zu einem deutlich überdurchschnittlichen Sanierungsbedarf im Patientengut geführt. Kariöse Läsionen, die durch Füllungen zu therapieren gewesen wären, hätten so Wurzelbehandlungen erfordert. Es habe also kein durchschnittliches Patientengut vorgelegen. Die Überschreitung der Durchschnittszahlen bei den Wurzelbehandlungsleistungen habe zu einer Verminderung der Zahlen bei Extraktionen und der finanziell extrem bedeutsamen Vermeidung von Brückenanfertigungen und Erhalt von bestehenden Kronen geführt. Die Kürzungen beruhten auf einem auszugsweisen Abrechnungsbild. Dies reiche jedoch nicht aus. Es sei eine umfangreiche Prüfung vorzunehmen, die auch kompensatorische Ersparnisse einzubeziehen habe. Er habe nicht behauptet, die Belegfallliste nicht vorab erhalten zu haben. Es gehe um die ausgefüllte Liste. Die Anzahl der besprochenen Einzelfälle sei zu gering für eine Hochrechnung. Die Qualität eines Röntgenbildes sei ausreichend, wenn sie die für eine Behandlung notwendigen Befunde eindeutig darstelle. Der Praxis gegenüber liege ein Alters- und Pflegeheim. Diese Patienten würden aufgrund ihrer Gebrechlichkeit die Praxis erst dann aufsuchen, wenn ein umfangreicher Sanierungsbedarf aufgelaufen sei. Ein wirtschaftlicher Ausgleich erfolge durch die geringeren Zahlen bei den ZE- und PAR-Fällen. Die Wurzelbehandlungsmaßnahmen hätten Ersparnisse beim Zahnersatz gebracht.

Der Kläger beantragt,  
unter Aufhebung des Beschlusses des Beklagten vom 12.06.2008 den Beklagten zu verurteilen, ihn über seinen Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Er trägt vor, er habe mit der Ladung dem Kläger eine neue Belegfallliste übersandt. Diese habe er ihm nicht erst am Sitzungstag übergeben. Auch hieraus zeige sich, dass der Kläger sich nicht hinreichend mit der Materie beschäftigt habe. Bezüglich der einzelnen Beanstandungen hinsichtlich der Unterlagen und Qualität der Röntgenaufnahmen bleibe er bei seinen Feststellungen. Auf Grund der übersandten Belegfalllisten wäre es dem Kläger ohne weiteres möglich gewesen, auf einzelne Fälle hinzuweisen. Der Kläger verkenne auch die Systematik eines statistischen Vergleichs. Bei Überschreitung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis finde eine Beweislastumkehr statt, der zufolge der Vertragszahnarzt in der Pflicht stehe, Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen nachzuweisen. Es habe sich nicht um eine Anfängerpraxis gehandelt. Der vom Kläger angeführte Aspekt, er habe nach einer zweimonatigen Praxisschließung einen besonderen Patientenandrang zu verzeichnen gehabt mit einem überdurchschnittlichen Sanierungsbedarf, sei nicht als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Ein Durchsanieren führe grundsätzlich nicht zu erhöhten Abrechnungswerten, da maßgeblich für den Umfang der notwendigen Behandlung ausschließlich der Befund bei den Patienten sei. Es müsse insgesamt eine Patientenstruktur vorhanden sein, die einer wesentlich umfangreicheren Behandlung als die Patienten der Vergleichsgruppe bedürften. Kompensationen hätten sich aus den überprüften Belegfällen nicht ergeben. Es wäre Sache des Klägers gewesen, hierzu substantiiert vorzutragen. Die dem Kläger übersandte Belegfallliste habe vier Behandlungsfälle der Belegfallliste des Prüfungsausschusses und 39 weitere, nach dem Zufallsprinzip ausgewählte Fälle umfasst. Der Kläger habe auch seine Unterlagen nach der neuen Liste erstellt. Die Unterlagen seien nur teilweise brauchbar gewesen. Es hätten deshalb in 1½ Stunden nur die ersten drei Fälle durchgesprochen werden können. Der Kläger habe auf das dann erfolgte Angebot, selbst weitere Fälle aus der Belegfallliste auszuwählen, verzichtet. Der neue Hinweis auf das Altersheim begründe keine Praxisbesonderheit. Diese könne nicht allein aus der Lage einer Praxis folgen. Es fehle an einer Substantiierung von Praxisbesonderheiten oder kompensatorischen Einsparungen.

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

Sie haben sich schriftsätzlich zum Verfahren nicht geäußert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 26.11.2008 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) 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 12.06.2008 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seines Widerspruchs gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 22.09.2005 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 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 Prüf Voraussetzungen 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 und der Teilnahme des Klägers hat eine ausreichende Anhörung stattgefunden (§ 24 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch, Verwaltungsverfahren - SGB X). Der Beklagte hat dem Kläger rechtzeitig vor der Verhandlung die Liste mit den Belegfällen übersandt. Bei der "ausgefüllten Belegfallliste" handelt es sich um die Belegfallliste mit vom Berichterstatter des Beklagten ergänzten stichwortartigen Anmerkungen. Angesichts fehlender zusammenhängender Ausführungen hat dies nicht bereits den Charakter einer gutachterlichen Stellungnahme. Im Übrigen beschränkt sich das Anhörungsrecht auf die Anhörung zu Tatsachen. Eine Verpflichtung zur vorherigen Übersendung bestimmter Unterlagen ist nicht ersichtlich.

Der Beklagte hat 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, Ur. 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 Beklage 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, da die Praxis in allen streitbefangenen Quartalen für die Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung hinreichend groß war (vgl. BSG, Ur. 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.

Geringere Fallzahlen ermöglichen auch nicht ein "Durchsanieren" im Sinne einer Praxisbesonderheit. Eine Praxisbesonderheit liegt nur vor, wenn ein Patientengut zu behandeln ist, das einen im Vergleich zu den übrigen hessischen Zahnärzten wesentlich erhöhten Behandlungsbedarf hätte, wobei weiter zu unterstellen ist, dass es einer Praxis mit geringer Fallzahl möglich ist, diese Patienten sogleich, meist in einem Quartal zu behandeln. Nach Auffassung der fachkundig besetzten Kammer führt ein sog. "Durchsanieren" grundsätzlich nicht zu erhöhten Abrechnungswerten, da maßgeblich für den Umfang der notwendigen Behandlung ausschließlich der Befund bei den Patienten ist. Ein erhöhter Fallwert kann daher nur notwendig werden, wenn insgesamt die Patientenstruktur einer Praxis Patienten aufweist, die einer wesentlich umfangreicheren Behandlung als die Patienten der Vergleichsgruppe bedürfen. Der Kammer war nicht nachvollziehbar, weshalb gerade in der klägerischen Praxis, die bereits zuvor durch einen Praxisvorgänger am jetzigen Standort geführt worden war, ein erhöhter Anteil sog. "sanierungsbedürftiger" Patienten hätte vorhanden gewesen sein sollen. Dies ist auch im Verfahren nicht näher dargelegt worden (vgl. SG Marburg, Ur. v. 29.04.2009 - [S 12 KA 313/08](#) - juris Rdnr. 50 = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); SG Marburg, Ur. v. 07.12.2005 - [S 12 KA 48/05](#) - juris Rdnr. 42 = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); v. 07.12.2005 - [S 12 KA 34/05](#) -; v. 13.09.2006 - [S 12 KA 1166/05](#) - juris = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); v. 13.06.2007 - [S 12 KA 770/06](#) - juris Rdnr. 38 = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); v. 05.12.2007 - [S 12 KA 197/07](#) - juris Rdnr. 35 = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

Eine Praxisbesonderheit liegt insbesondere nicht in der vorgetragenen Übernahme und zeitweisen Schließung der Praxis. Entscheidend kommt es auf das Krankheitsbild der Patientenschaft an. Eine Praxisschließung durch den Vorgänger für zwei Monate führt nicht zwingend zu einem erhöhten Sanierungsbedarf. Soweit in diesem Zeitraum akute Erkrankungen auftreten, werden die Patienten gezwungen, einen anderen Zahnarzt aufzusuchen. Gleiches gilt für als notwendig angesehene Untersuchungen. Mit der Dauer einer Praxisschließung ist daher zu erwarten, dass sich die Zahl der abwandernden Patienten erhöht. Ein erhöhter Sanierungsbedarf staut sich daher nicht generell an. Hinzu kommt, dass nicht davon auszugehen ist, dass ein wesentlich erhöhter Sanierungsbedarf bereits nach zwei Monaten besteht.

Es gibt keinen Erfahrungssatz, dass Patienten sich in der Regel nicht in (zahn-)ärztliche Behandlung begeben, weil ihr sie bisher behandelnder (Zahn-)Arzt seine Praxis aufgegeben hat, sie deshalb eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes in Kauf nehmen und dass infolge dessen bei Aufnahme der Behandlung durch einen anderen (Zahn-)Arzt ein erhöhter Behandlungsbedarf besteht (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 12.03.2008 - [L 11 KA 88/06](#) - juris Rdnr. 57).

Soweit der Kläger darauf hinweist, sein Vorgänger habe nicht in dem Umfang Leistungen erbracht, wie er selbst, so folgt hieraus ebf. nicht zwingend ein erhöhter Sanierungsbedarf. Soweit darin zum Ausdruck gebracht werden soll, der Praxisvorgänger habe die Patienten nur unzureichend versorgt, so würde es sich um eine bloße Behauptung handeln. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass alle Vertragszahnärzte die Versorgung in gleicher Qualität erbringen. Weder aufgrund des Alters des Vertragszahnarztes noch aufgrund dessen Absicht, die Praxis demnächst aufzugeben, kann gefolgert werden, dass die Versorgung der Patienten nur noch eingeschränkt erfolgt. Soweit sich der Praxisvorgänger nicht in der Lage gesehen haben sollte, bestimmte zahnärztliche Leistungen nicht mehr selbst erbringen zu können, was allerdings klägerseits nur allgemein behauptet wird, so folgt daraus nicht, dass die Patienten unversorgt geblieben sind, da notwendige Leistungen auch von anderen Zahnärzten hätten erbracht werden können. Es ist daher davon auszugehen, dass auch die vom Praxisvorgänger zuvor versorgten Patienten, die auch noch die Praxis des Klägers aufgesucht haben, keinen erhöhten Sanierungsbedarf ausgewiesen haben.

Eine Praxisbesonderheit liegt auch nicht in dem vorgetragenen Tätigkeitsschwerpunkt im Bereich der Endodontie. Bei diesem Gebiet handelt es sich um das typische Leistungsspektrum einer zahnärztlichen Praxis. Im Übrigen kommt es entscheidend auf das Krankheitsbild der Patientenschaft an, die, wie bereits ausgeführt, nicht signifikant von dem der Vergleichsgruppe abwich. Soweit klägerseits 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, Ur. 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 Patientenklentel ergeben, nicht hingegen aus der Behandlungsmethode des jeweiligen Zahnarztes (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 25.04.2007 - [L 11 KA 115/05](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

Die Behandlung schwerer Fälle stellt keine Praxisbesonderheit dar, da sie im durchschnittlichen Gesamtfallwert bereits enthalten ist (vgl. SG Pl., Ur. v. 05.09.2007 - S 2 KA 434/06 - [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.

Ältere Patienten bedürfen im konservierend-chirurgischen Bereich nicht schon wegen ihres Alters eines erhöhten Behandlungsaufwands. Die fachkundig mit einem Zahnarzt besetzte Kammer hält diesbezüglich an ihrer bisherigen Rechtsprechung fest (vgl. SG Marburg, Ur. v. 05.12.2007 - [S 12 KA 197/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 36). Die Kammer ist auch der Auffassung, dass allein aus der Zugehörigkeit zu einem Altenheim aus diesem Grund ebf. nicht ein erhöhter Versorgungsbedarf angenommen werden kann. Es gehört zum zahnmedizinischen Standard seit Jahrzehnten, auch älteren Patienten oder Heiminsassen die notwendige zahnmedizinische Versorgung zukommen zu lassen. Im Übrigen werden auch durch die Vergleichsgruppe Patienten aus Altenheimen betreut.

Soweit das LSG Hessen der Auffassung ist, als Praxisbesonderheit komme grundsätzlich ein hoher Rentneranteil in Betracht (vgl. LSG Hessen, Ur. v. 23.09.2009 - [L 4 KA 6/08](#) -, Umdruck S. 11; LSG Hessen, Ur. v. 23.09.2009 - [L 4 KA 66/06](#) - Umdruck S. 12), so trifft dies nach Auffassung der Kammer nur für den ärztlichen, nicht aber zahnärztlichen Bereich zu. Die vom LSG Hessen angegebene Literaturstelle (Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V, Erg.-Lfg. 4/08 - IV/08, K § 106 Rdnr. 362) differenziert nicht zwischen beiden Bereichen, verweist aber ausschließlich auf Entscheidungen, die den ärztlichen Bereich betreffen ([BSGE 55, 110](#) = SozR 2200 § 368n Nr. 27), insbesondere Arzneikostenregresse ([BSGE 61, 143](#) = [SozR 2200 § 368n Nr. 45](#); BSG, Beschl. v. 31.05.2006 - [B 6 KA 68/05 B](#) - juris). Wegen der fehlenden Korrelation zwischen Alter und Fallkosten haben die Prüfungsgremien und die Sozialgerichte bisher auch keine Notwendigkeit gesehen, Fallzahlstatistiken für zahnärztliche Leistungen nach dem Versichertenstatus oder Alter zu unterscheiden. Im Übrigen hätte aber auch nach der Rechtsprechung des LSG Hessen der Kläger im Einzelnen darlegen müssen, wie hoch der Anteil der einen Mehraufwand begründenden Patienten im Verhältnis zur Vergleichsgruppe ist und wie die herangezogenen äußeren Umstände (Alter, Verkehrslage, Aufenthalt in einem Alten- oder Pflegeheim) sich im konkreten Behandlungsfall auf den Behandlungsbedarf in seiner Praxis auswirken (vgl. LSG Hessen, aaO., unter Hinweis auf LSG Hessen, Ur. v. 13.07.2005 - L 6/7 KA 621/00). Dies ist nicht erfolgt. Die lediglich allgemeine Angabe von geschätzten Patientenanteilen mit der allgemeinen Behauptung, Patienten in Altenheimen könne aus verschiedenen Gründen nicht immer ein Zahnersatz angefertigt werden, sie könnten aus organisatorischen Gründen den Zahnarzt nicht regelmäßig aufsuchen und könnten vermehrt nicht mundhygienische Standards einhalten, ist hierfür zu allgemein gehalten und legt nicht im Einzelnen die Auswirkung auf die klägerische Praxis dar.

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

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

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 Patientenklentels 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.

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.).

Der Gesichtspunkt der Anfängerpraxis ist auf die Anfangsphase vertrags(zahn)ärztlicher Tätigkeit beschränkt. Die anzuerkennende Dauer der Einarbeitungsphase hängt von nicht generalisierbaren Umständen des Einzelfalls ab. So kann z. B. eine längere Dauer anerkannt werden bei bloßer Teilzeittätigkeit im Rahmen eines Job-Sharing. Jedenfalls für eine Dauer über vier Quartale hinaus sind allerdings stets besondere Gründe zu fordern, die von den Prüfungsgremien oder den Tatsachengerichten festgestellt sein müssen (vgl. BSG, Urt. v. 28.04.2004 - [B 6 KA 24/03 R](#) - [GesR 2004, 424](#) = [MedR 2004, 577](#) = USK 2004-12, juris Rdnr. 19).

Der Kläger war bereits seit dem Quartal III/02 in C-Stadt zugelassen. Bereits aus diesem Grund kann nicht auf den Zeitpunkt der Praxisübernahme in A-Stadt zum Quartal I/04 abgestellt werden. Das 1. Quartal in der neuen Praxis war bereits das 7. Quartal der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des Klägers. Nach sechs Quartalen vertragszahnärztlicher Tätigkeit sind Anfängerschwierigkeiten, sofern sie überhaupt noch auftreten, jedenfalls nicht mehr zwingend zu berücksichtigen. Insofern ist ein Vertragszahnarzt allein verantwortlich für die Praxisorganisation. Er trägt dann auch immer die Verantwortung für, wie hier vorgetragen, neu eingestellte Helferinnen. Unterschätzt er den Patientenandrang, der im Übrigen im Vergleich mit den durchschnittlichen Fallzahlen nicht so groß gewesen sein kann, und arbeitet er zeitweise lediglich mit einer einzigen Auszubildenden, so ist er hierfür gleichfalls verantwortlich. Im Übrigen ist auch nicht ersichtlich, in welchem Zusammenhang diese vom Kläger vorgetragenen Anlaufschwierigkeiten mit der vermehrten Abrechnung stehen.

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

2011-09-09