

S 12 KA 275/14

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 275/14

Datum
18.11.2015
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 49/15

Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine aus einem Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, der sowohl zur vertragsärztlichen als auch als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist, und weiteren Vertragszahnärzten bestehende Berufsausübungsgemeinschaft kann im Rahmen einer statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Bereichs mit einer fiktiven Vergleichsgruppe entsprechender Berufsausübungsgemeinschaften verglichen werden, wenn eine Gewichtung der Vergleichswerte für Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und für Zahnärzte, wobei angestellte Zahnärzte wie zugelassene Vertragszahnärzte zu gewichten sind, nach der Zusammensetzung der Berufsausübungsgemeinschaft erfolgt (hier Gewichtung 1:4) und wenn der Beschwerdeausschuss keine Anhaltspunkte dafür sieht, dass sich das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise der Praxis von der Typik der MKG-Chirurgen oder der Vertragszahnärzte wesentlich unterscheidet (vgl. bereits SG Marburg, Urf. v. 27.11.2013- [S 12 KA 228/13](#) -, Berufung anhängig: LSG Hessen- [L 4 KA 73/13](#) -; SG Marburg, Beschl. v. 15.03.2013 - [S 12 KA 255/13 ER](#) - und LSG Hessen, Beschl. v. 08.08.2013- [L 4 KA 29/13 B ER](#) -).

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Gerichtskosten und die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Beklagten zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

3. Die Sprungrevision zum Bundessozialgericht wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise bezogen auf den Gesamtfallwert in den zwei Quartalen I und II/09 in Höhe von insgesamt noch 196.414,80 EUR.

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft. Herr Dr. Dr. A1 ist Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und als solcher zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist ferner Zahnarzt, Herr A2 ist Zahnarzt, und Frau Dr. A3, die zum 30.06.2013 aus der Berufsausübungsgemeinschaft ausgeschieden ist, ist Zahnärztin. Sie sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. In der Berufsausübungsgemeinschaft waren während des streitbefangenen Zeitraums der Zahnarzt C. ganztags als angestellter Zahnarzt und vom 04.03. bis 30.06.2009 der Zahnarzt D. als angestellter Zahnarzt ganztags bei Herrn Dr. Dr. A1, ferner seit 01.02.2009 Herr E. als Assistent beschäftigt. Der Beklagte ist der Gemeinsame Beschwerdeausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen.

In den streitbefangenen Quartalen stellte sich die Abrechnung der Klägerin in Bezug zu der allgemeinen Vergleichsgruppe der in Hessen zugelassenen Vertragszahnärzte wie folgt dar:

Quartal I/09 II/09

Fallzahl VZA* 1.613 1.648

Fallzahl VG** 432 444

Ø Punkte pro Fall VZA* 258 252

Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte** 99 92

VZA* = Klägerin

VG** = Vergleichsgruppe der hessischen Zahnärzte

Und in Bezug zu der Vergleichsgruppe der in Hessen zugelassenen der hessischen MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung

(Quartal I/09: 97; Quartal II/09: 95) wie folgt dar:

Quartal I/09 II/09

Fallzahl VZA* 1.613 1.648

Fallzahl VG** 583 584

Ø Punkte pro Fall VZA* 258 252

Ø Punkte pro Fall VG MKG-Chirurgen *** 161 157

VZA* = Klägerin

VG*** = Vergleichsgruppe der hessischen MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung

Im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung führte die Gemeinsame Prüfungsstelle der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der streitbefangenen Quartale durch.

Die Prüfungsstelle lud die Klägerin unter Datum vom 12.11.2012 zu einer Prüfsitzung am 20.02.2012 unter Übersendung einer Patientenliste mit der Aufforderung, Behandlungsunterlagen bis zum 19.12.2012 (Quartal I/09) bzw. 31.01.2013 (Quartal II/09) einzureichen. Ein Vertagungsersuchen wegen Arbeitsunfähigkeit des Prozessbevollmächtigten der Klägerin lehnte die Prüfungsstelle mit Schreiben vom 19.02.2013 ab.

Die Klägerin hielt mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten unter Datum vom 12.03.2013 die Ablehnung des Vertagungsantrags für rechtswidrig. Ferner wies sie auf den Umfang der Amtsermittlungspflicht hin. Auch seien ihr die statistischen Unterlagen nicht nachvollziehbar. Erhöhte Abrechnungswerte bei Einzelleistungen ließen Zweifel im Hinblick auf die Zusammensetzung der Statistik kommen.

Mit Bescheid vom 10.06.2013 setzte die Prüfungsstelle für die streitbefangenen Quartale eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 260.872,48 EUR fest - davon entfielen 259.082,06 EUR auf den konservierend-chirurgischen Bereich und 1.790,42 EUR auf Absetzungen in 4 Parodontopathiebehandlungen -, die sie unter Berücksichtigung des HVM-Einbehalts auf 174.400,32 EUR reduzierte. Sie kürzte den Gesamtfallwert im konservierend-chirurgischen Bereich auf das 1,4-fache des Gesamtfallwerts der Vergleichsgruppe. Im Einzelnen nahm sie folgende Honorarreduzierungen im konservierend-chirurgischen Bereich vor:

I/09 um 128.170,94 EUR

II/09 um 130.911,12 EUR

Zur Begründung führte sie aus, von einer ordnungsgemäßen Dokumentation könne nicht ausgegangen werden. Sie habe keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die Praxis von der Typik der Vergleichsgruppe der Allgemeinzahnärzte bzw. der Vertragszahnärzte mit einer Weiterbildung zum MKG-Chirurgen wesentlich unterscheide. Um der spezifischen gemischten Praxisstruktur hinreichend Rechnung zu tragen, seien die Gesamtfallwerte beider Bereiche auch unter Berücksichtigung der Praxisinhaberstruktur und des Abrechnungsbildes (Verhältnis: 1 x Gesamtfallwert MKG-Statistik + 2 x Gesamtfallwert allgemeinzahnärztliche Statistik: 3) verknüpft worden. Für den Prüfzeitraum stellten sich die Vergleichswerte unter Berücksichtigung einer Berichtigung im Quartal II/09 im Umfang von 3.630 Punkten sowie die Überschreitungen wie folgt dar:

Quartal I/2009 II/2009

Ø Punkte pro Fall/VZÄ* 258 250

Ø Punkte pro Fall/VG** 120 114

Überschreitung in % 115 % 119 %

* Abrechnung der Vertragszahnärzte

** Vergleichswert

Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis sei mit 40 % festgesetzt worden. Soweit MKG-Chirurgen über eine Doppelzulassung verfügten, könnten oralchirurgische Leistungen sowohl im Rahmen der vertragsärztlichen, als auch der vertragszahnärztlichen Versorgung abgerechnet werden. Dieser Umstand sei bei der Vergleichsbetrachtung nicht im Wege einer Ausgleichsquote zu berücksichtigen, da aufgrund der Angaben der Klägerin in der Sitzung des Beklagten am 08.11.2012 sowie aufgrund der schriftlichen Stellungnahme vom 12.03.2013 nicht davon ausgegangen werden könne, dass die Anzahl der über die KV Hessen abgerechneten Behandlungsfälle unter dem Durchschnitt der MKG-Chirurgen liege. Es sei nicht erkennbar, inwiefern verschiedene zahnärztliche Leistungen von MKG-Chirurgen abgerechnet würden. Praxisbesonderheiten seien nicht feststellbar. Das Engagement der Klägerin bei der Versorgung von Heimpatienten begründe keine Praxisbesonderheit, da der Abrechnungsumfang häufig nicht erklärbar sei. Besonders auffällig sei, dass umfangreiche chirurgische Behandlungen zum Teil ohne jedwede Röntgendiagnostik durchgeführt bzw. abgerechnet worden seien. Die Überschreitungen beruhten nicht auf Praxisbesonderheiten, kompensatorische Einsparungen lägen nicht vor. Es hätten sich vielmehr Unwirtschaftlichkeiten gezeigt. Vielfach fehle eine Dokumentation. Sie führte zu Unwirtschaftlichkeiten bei mehreren Einzelleistungsbereichen aus. Im Rahmen der Überprüfung der PAR-Daten sei hervorzuheben, dass angesichts der unzureichenden Dokumentation eine ordnungsgemäße Vorbehandlung sowie im weiteren Sinne eine ordnungsgemäße Beachtung der PAR-Behandlungsrichtlinien insgesamt nicht nachvollziehbar gewesen sei. Die PAR-Pläne seien erhoben worden, ohne die Mitarbeit des Patienten ausreichend sicherzustellen. Es hätten teilweise keine oder nicht auswertbare Röntgenaufnahmen vorgelegen. Auffällig sei, dass in jedem überprüften Behandlungsfall Doppel-Anästhesien im Rahmen der PAR-Behandlung zur Abrechnung gelangten. Im Hinblick auf die Prüfung der KCH-Leistungen habe er im Rahmen der Prüfung der PAR-Behandlungen keine KCH-Begleitleistungen abgesetzt. Ferner begründete die Prüfungsstelle die Absetzungen in den 4 Behandlungsfällen im Einzelnen.

Der Bescheid wurde dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 11.06.2013 mit Postzustellungsurkunde zugestellt. Hiergegen legten die zu 2) bis 7) beigeladenen Verbände der Krankenkassen in Hessen am 01.07.2013 und die Klägerin am 19.06.2013 Widerspruch ein.

Zur Begründung ihres Widerspruchs verwies die Klägerin auf ihre bisherigen Einwendungen und trug weiter vor, Abrechnungskürzel seien nachvollziehbar. Die Berichtigung von 3.630 Punkten sei nicht nachvollziehbar. Genehmigte PAR-Behandlungen könnten nicht nachträglich als unwirtschaftlich angesehen werden. Es fehle eine intellektuelle Prüfung. In einer gemischten Praxis könne nicht auf den Gesamtfallwert abgestellt werden. Die Versorgung der Heimpatienten sei eine Praxisbesonderheit. Der Kürzungsbetrag sei nicht nachvollziehbar. Der Hinweis auf fehlende Röntgenaufnahmen reiche nicht aus. Mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 06.11.2013 trug die Klägerin

weiter vor, die Vergleichsgruppe sei nicht sachgerecht gebildet worden, weil die Berufsausübungsgemeinschaft aus Zahnärzten und einem MKG-Chirurgen bestehe. Wegen der Inhomogenität des Vergleichsergebnisses könne auch die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis nicht bei 40% angesetzt werden. Die pauschalierende Verhältnisbildung unterstelle, dass innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft jeder Zahnarzt bzw. MKG-Chirurg denselben Leistungsanteil besitze, was nicht zutrefte. Im Quartal I/09 entfalle auf den MKG-Chirurgen bei einem Gesamtumsatz von 391.450,12 Euro ein Umsatzanteil in Höhe von 198.759,00 Euro bzw. 50,78%. Für das Quartal II/09 entfalle auf ihn bei einem Umsatz in Höhe von 399.432,00 Euro ein Anteil in Höhe von 191.415,00 Euro bzw. 47,95%. Die Versorgung von Heimpatienten müsse als Praxisbesonderheit berücksichtigt werden. Aus den von ihr hervorgelegten Statistiken ergebe sich, dass die Mehrleistungen sich im Quartal I/09 auf eine Gesamtsumme von 23.322,29 Euro und im Quartal II/09 auf 37.201,12 Euro beliefen. Die Patienten in Alten- und Pflegeheimen bedürften einer intensiven Nachsorge, woraus sich die erhöhte Anzahl von Besuchen und Nachsorgebehandlungen ergebe. Ein von einem Heim angeforderter Besuch könne nicht abgelehnt werden, weil letztendlich fernmündlich nicht entschieden werden könne, ob eine dringende Notwendigkeit bestehe oder ob der Patient unter Umständen sogar vital gefährdet sei. Sie übersende ferner die Karteikarten der "Heimpatienten". Hieraus ergäben sich die erforderlichen Mehrleistungen. Anders als andere kieferchirurgischen Praxen nehme sie Komplexanierungen mit umfangreichen konservierenden, endodontischen und chirurgischen Leistungen vor, welche in aller Regel in mehrstündiger Narkose durchgeführt würden. Diese Leistungen würden in anderen MKG-chirurgischen Praxen in dieser Art und Weise in Hessen nicht erbracht werden. Es handele sich um Patienten mit dringend sanierungsbedürftigen, fast vollständig zerstörten Gebiss mit mehr als zehn behandlungsbedürftigen Zähnen. Diese Patienten würden oftmals von der Universitäts-Zahnklinik in A-Stadt ausdrücklich für diese Behandlung überwiesen werden. Hierzu reiche sie weitere Karteikarten der relevanten Patienten ein. Im Quartal I/09 mache dies einen Umsatz von 49.987,50 Euro aus, was einem durchschnittlichen Einzelfallwert von 1.562,11 Euro entspreche, im Quartal II/09 beliefen sich diese Mehrleistungen auf 72.112,39 Euro bzw. einem Einzelfallwert von 1.716,96 Euro. Dies begründe u. a. den erheblich erhöhten Scheinschnitt. Die Begründung zu den Einzelleistungen sei pauschal und reiche nicht aus, um die Kürzungen zu rechtfertigen.

Die beigegebenen Verbände der Krankenkassen führten zur Begründung ihres Widerspruches aus, die Prüfungsstelle habe für die Bildung der Vergleichsgruppe auf die Praxisinhaberstruktur sowie das Abrechnungsbild abgestellt. Dies sei nicht vollständig nachvollziehbar. Im Gerichtsverfahren zum Aktenzeichen [S 12 KA 383/13](#) sei seitens des Vertreters der Klägerin vorgetragen worden, dass von der Leistungserbringung und deren Vergütung in der Berufsausübungsgemeinschaft 10 Zahnärzte und 30 Nicht-Zahnärzte abhängig seien, deren Gehälter jeden Monat gezahlt werden müssten. Aufgrund dieses Vortrages und unter Berücksichtigung der Beschlüsse des Zulassungsausschusses, mit denen die Anstellung von Zahnärzten bei den einzelnen Praxisinhabern genehmigt worden seien, erscheine das Verhältnis 2:1 (Zahnarzt: MKG) nicht sachgerecht. Es sei vielmehr entsprechend der Qualifikation der angestellten Zahnärzte eine Bildung der Vergleichsgruppe dahingehend angezeigt, dass es nicht auf die Inhaberstruktur ankomme, sondern auf die tatsächlich in der Praxis arbeitenden Zahnärzte.

Die Klägerin führte mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten unter Datum vom 10.12.2013 weiter aus, es erschließe sich ihr nicht, welche Relevanz die Personalstruktur im Jahre 2013 für die vorliegenden Prüfquartale habe. Nach dem Ausscheiden der Praxispartnerin Frau Dr. F. Ende 2008 seien nur noch zwei zahnärztliche Behandler in der Berufsausübungsgemeinschaft tätig. Für die Berufsausübungsgemeinschaft würde Herr Dr. Dr. A1 gerne an der Sitzung des Beklagten teilnehmen, um die Praxisstruktur und die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise persönlich dazulegen. Leider sei ihm dies wegen Krankheit nicht möglich. Der einzige noch verbliebene tätige Zahnarzt, welcher zu den Leistungen Auskunft geben könne, Herr Dr. A2, befinde sich leider in Urlaub. Soweit weiterer Klärungsbedarf bestehe, bitte sie daher um eine Vertagung der Entscheidung und um die Möglichkeit, ergänzende Informationen nachzureichen.

Der Beklagte lud die Klägerin unter Datum vom 21.08.2013, ihrem Prozessbevollmächtigten am 26.08.2013 zugegangen, zu einer Prüfsitzung am 11.12.2013 unter Beifügung einer Patientenliste mit der Bitte, Behandlungsunterlagen bis zum 30.10.2013 vorzulegen. Der Prozessbevollmächtigte übersandte unter Datum vom 11.12.2013 ein ärztliches Attest bezüglich der Erkrankung des Herrn Dr. Dr. A1. An der Prüfsitzung des Beklagten nahm für die Klägerin niemand teil.

Mit Beschluss vom 11.12.2013, ausgefertigt am 30.04.2014, gab der Beklagte dem Widerspruch der Verbände der Krankenkassen statt und wies den Widerspruch der Klägerin zurück. Er setzte für die Quartale I und II/09 eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 302.659,11 EUR fest – davon entfielen 300.868,69 EUR auf den konservierend-chirurgischen Bereich und wieder 1.790,42 EUR auf Absetzungen in 4 Parodontopathiebehandlungen -, die er unter Berücksichtigung des HVM-Einbehalts auf 202.397,39 EUR reduzierte. Zur Begründung führte der Beklagte aus, über den unter Vorbehalt gestellten Verlegungsantrag habe er nicht entscheiden müssen, da keine weitergehende Klärungsnotwendigkeit bestehe. Dies umso mehr, da die vorliegenden Grundsatzfragen aus den Vorverfahren sowie dem zu dieser Thematik bereits ergangenen Gerichtsentscheidungen hinreichend bekannt und in deren Rahmen ausführlich ausdiskutiert worden seien. Im Übrigen hätte die Möglichkeit bestanden, dass Frau Dr. A3, die zwischenzeitlich sogar wieder in die Berufsausübungsgemeinschaft eingetreten sei, an der Sitzung hätte teilnehmen können. Sowohl für die Abrechnung im allgemein zahnärztlichen Bereich wie auch im Bereich der MKG-Chirurgen lägen signifikante Überschreitungen bezüglich des Gesamtfallwertes vor. Die vergleichenden Statistiken der Praxis zeige, dass ein erhöhter Anteil an chirurgischen Leistungen zur Abrechnung gebracht werde. In hohem Maße würden auch allgemein-zahnärztliche Leistungen abgerechnet werden. Er nehme eine statistische Vergleichsprüfung vor. Dies auch deshalb, weil keine ordnungsgemäßen Dokumentationsunterlagen vorgelegt worden seien. Er habe die unterschiedliche Ausrichtung der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft durch Heranziehung der Abrechnungswerte der Vergleichsgruppe aller in Hessen zugelassenen Vertragszahnärzte einerseits sowie der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen berücksichtigt. Die von der Klägerin genannten Umsatzzahlen könnten nicht herangezogen werden, da die MKG-Tätigkeit ohnehin zu höheren Punkten pro Behandlungsfall und somit zu einem höheren Umsatz führe. Im Übrigen bilde das Umsatzvolumen gerade den Prüfgegenstand im Rahmen eines Wirtschaftlichkeitsprüfverfahrens, so dass es als Gewichtsmaßstab ungeprüft nicht verwertet werden könne. Aus den vorgelegten Unterlagen sei auch nicht verifizierbar, ob die Umsatzzahlen auch Privatpatienten und KV-Leistungen beträfen. Er habe nicht nur die Praxisinhaber, sondern auch die angestellten Zahnärzte und Assistenten entsprechend ihrer Qualifikation in die Gewichtung mit einbezogen. Hieraus ergäbe sich für das Quartal I/09 eine Gewichtung von 1:4 und für das Quartal II/09 von 1:5. Im Einzelnen ging der Beklagte bei der Bildung der Vergleichsgruppe nach der in Anlage vier zum angefochtenen Bescheid dargestellten Aufteilung (Darstellung der in der Praxis arbeitenden Zahnärzte) von folgender Gewichtung aus:

I/2009 MKG ZA/ASS
Dr. Dr. A1 1

A2 1
Dr. A3 1
C. 1
D. 0,33
E. 0,66
1
1 4

II/2009 MKG ZA/ASS

Dr. Dr. A1 1

A2 1 Dr.

A3 1

C. 1

D. 1

E. 1

1 5

Dies habe unter Berücksichtigung der Honorarberichtigung im Quartal II/09 (3.630 Punkte) zu folgenden Abrechnungswerten geführt:

Quartal I/2009 II/2009

Ø Punkte pro Fall/VZÄ* 258 250

Ø Punkte pro Fall/VG** 111 103

Überschreitung in % 132 % 143 %

Damit überschreite die Klägerin die Schwelle des offensichtlichen Missverhältnisses. Die Grenze setze er bei einer Überschreitung um 40% an. Eine Ausgleichsquote von 10% sei nicht notwendig. Erhöhte Abrechnungswerte könnten sich dadurch ergeben, dass der MKG-Chirurg im vertragszahnärztlichen Bereich mehr abrechne als die Vergleichsgruppe, weil Leistungen auch vertragsärztlich abgerechnet werden könnten. Die Notwendigkeit wäre dann gegeben, wenn im ärztlichen Bereich insgesamt weniger Behandlungsfälle als von der Vergleichsgruppe abgerechnet worden wären. Grundsätzlich gehe er davon aus, dass MKG-Chirurgen, soweit sie auch vertragsärztlich abrechnen könnten, dies nicht mehr im selben Behandlungsfall täten, da allgemein bekannt sei, dass dies unzulässig sei. Aus dem Vortrag der Klägerin ergäben sich keine Anhaltspunkte, dass die Anzahl der über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen abgerechneten Behandlungsfälle unter dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen mit Zulassung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen liege. Zudem bleibe festzuhalten, dass lediglich ein Partner der Praxis über eine entsprechende ärztliche Qualifikation verfüge. Des Weiteren sei auch mit Blick auf die abgerechneten und statistisch zum Teil erheblich auffälligen Einzelleistungen wie bspw. nach BEMA-Nrn. 03 (Zu), 10 (üZ), 36 (Nbl1), 37 (Nbl2), 38 (N), 40 (I), 41a (L1), 49 (Exz1), 51a (Pla1), 51b (Pla0), 105 (Mu), 106 (sK) und 107 (Zst) nicht zu erkennen sei, weshalb und in welchem Umfang diese Leistungen von den anderen MKG-Chirurgen der Vergleichsgruppe bei der KV zum Ansatz gebracht würden. Die Klägerin habe hierzu nichts vorgetragen. Praxisbesonderheiten oder das Vorliegen von kompensatorischen Einsparungen habe er nicht feststellen können. Die Betreuung von Pflegeheimbewohnern könne zwar eine Praxisbesonderheit darstellen, dies aber nur dann, wenn nachweisbar ein erhöhter Behandlungsbedarf bestehe. Ein solcher ergebe sich aber nicht allein schon aus dem Umstand, dass der Patient in einem Pflegeheim wohne, sondern er müsse umfassend belegt werden. Entsprechend müsse auch die Behandlung von Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf, von der Klägerin als "Komplexbehandlungsfälle" bezeichnet, dezidiert belegt werden. Zwar habe die Klägerin Ausdrucke der elektronisch geführten Aufzeichnungen zu Besuchspositionen und zu dem von ihr geltend gemachten "Komplexbehandlungen" zur Verfügung gestellt. Die Ausdrucke entsprächen jedoch, wie auch die übrigen zur Verfügung gestellten Unterlagen, im Wesentlichen lediglich dem Aussagegehalt von Abrechnungsscheinen und seien daher nicht geeignet, die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit der Leistungen zu belegen. Gemäß den vertraglichen Bestimmungen zu den Besuchsleistungen sei die Anforderung eines Besuchs durch den Patienten, dessen Angehörigen oder Betreuer in geeigneter Weise (z.B. Telefonnotiz, Fax) für den jeweils konkreten Einzelfall zu dokumentieren und zur Behandlungsakte zu nehmen. Die Notwendigkeit des Aufsuchens (z.B. die Praxis kann nicht oder nur mit hohem Aufwand aufgesucht werden, fehlende Unterstützung durch das Lebensumfeld, Desorientierung oder Bettlägerigkeit des Versicherten) sei zu dokumentieren. Die im Rahmen des Besuchs erhobenen Diagnosen sowie die durchgeführten Beratungen und Therapiemaßnahmen seien vollständig und zeitnah wie in der Praxis - zu dokumentieren. Den vorgelegten Unterlagen sei u.a. weder zu entnehmen, wer genau den Besuch angefordert habe, noch aus welchem Grund der Besuch letztendlich stattgefunden habe. Auch ansonsten, bspw. im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen nach BEMA-Nr. Ä1 (Ber), hätten sich keine Anhaltspunkte entnehmen lassen, die Aufschluss darüber hätten geben können, was konkret bei den einzelnen Besuchen gemacht worden sei. Anhand der zur Verfügung gestellten Unterlagen, die das Kriterium einer ordnungsgemäßen Dokumentation nicht erfüllten, habe sich vielfach weder ein nachvollziehbarer Behandlungsablauf noch die Einhaltung des Gebots einer wirtschaftlichen Behandlungsweise entnehmen lassen. Die fachliche Bewertung der versichertenbezogenen Stichprobe habe ein extrem unwirtschaftliches Verhältnis zwischen erbrachten/abgerechneten Leistungen und zahnärztlichem Therapieziel ergeben. Oftmals sei der Eindruck entstanden, dass Leistungsinhalte überbewertet worden seien. Beispielhaft verweise er auf die kritische fachliche Betrachtung zu den für jedes Quartal zwei genannten Behandlungsfällen, was er im Einzelnen weiter ausführte. Vor diesem Hintergrund sei im Bereich der konservierend-chirurgischen Abrechnung eine Kürzung auf den 1,4-fachen Vergleichswert für erforderlich angesehen worden. Für den Bereich der PAR-Behandlungen erläuterte sie allgemein den Behandlungsablauf und wies darauf hin, dass bei allen der vier strittigen Behandlungsfälle ersichtlich sei, dass im Rahmen der PAR-Behandlung Doppelanästhesien abgerechnet worden seien. Die Mehrfachabrechnungen von Anästhesieleistungen (zweite Anästhesie) sei jedoch nur bei lang andauernden Eingriffen möglich. Diesbezügliche Anhaltspunkte für die Notwendigkeit einer zweiten Anästhesie sei der Karteidokumentation nicht zu entnehmen. Dokumentationsmängel seien auch im Hinblick auf diese Therapieart zu verzeichnen. Gleiches gelte auch in Bezug auf die abgerechneten Leistungen nach Nr. 108 (Einschleifen) und 111 (Nachbehandlung). In allen geprüften Fällen hätten die abgerechneten Leistungen nicht nachvollzogen werden können. Er habe die komplette Absetzung der PAR-Behandlungen bestätigt. Die Absetzungen der KCH-Begleitleistungen seien mit den vorgenommenen pauschalen Kürzungen des Gesamtfallwertes bereits miterfasst worden.

Gegen den am 02.05.2014 zugestellten Beschluss hat die Klägerin am 30.05.2014 die Klage erhoben.

Nach Bedenken der Kammer hinsichtlich der Gewichtung innerhalb der "virtuellen" Vergleichsgruppe hat der Beklagte einen

Ergänzungsbeschluss vom 17.06.2015 gefasst und die Honorarkürzung auf noch insgesamt 294.023,03 EUR festgesetzt - davon entfielen 292.232,61 EUR auf den konservierend-chirurgischen Bereich und wieder 1.790,42 EUR auf Absetzungen in 4 Parodontopathiebehandlungen -, die er unter Berücksichtigung des HVM-Einbehalts auf 196.414,80 EUR reduzierte. Zur Begründung führte er aus, er habe bei der Bildung der "virtuellen" Vergleichsgruppe den Ausbildungsassistenten E. nicht mehr berücksichtigt. Es ergebe sich nunmehr für das Quartal I/09 eine Gewichtung von 1:3,33 und für das Quartal II/09 von 1:4. Dies führe zu folgenden Abrechnungswerten:

Quartal I/2009 II/2009

Ø Punkte pro Fall/VZÄ* 258 250

Ø Punkte pro Fall/VG** 113 105

Überschreitung in % 128 % 138 %

Die Klägerin ist weiterhin der Auffassung, der statistischen Vergleichsprüfung liege eine inhomogene und nicht aussagekräftige Vergleichsgruppe zugrunde. MKG-Chirurgen dürften grundsätzlich nicht mit (Allgemein-)Zahnärzten verglichen werden, da die maßgebenden Leistungsbedingungen zu verschiedenen seien. Die Zusammensetzung der einzelnen Vergleichsgruppen sei nicht bekannt. Sie bestreite, dass die Vergleichsgruppen auch Assistenten umfassten. Die Heranziehung von Assistenten mit jeweils einem vollen Fallwert der Vergleichsgruppen sei im Übrigen bereits deshalb unangemessen, da Assistenten auch im Rahmen der Budgetierung und Degression nicht wie voll zugelassene Leistungserbringer behandelt werden würden. Gleiches gelte im Ergebnis auch für angestellte Zahnärzte, welche kraft Gesetzes nicht länger als durchschnittlich 40 Stunden pro Woche arbeiten dürften. Niedergelassene Zahnärzte hätten ein wesentlich höheres Arbeitspensum. Es sei auch das erheblich unterschiedliche individuelle Abrechnungsverhalten innerhalb einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft zu berücksichtigen. Allenfalls wäre bei der Gewichtung ein Verhältnis von 1:1 angemessen. Die Ermittlungen der Fallzahlen habe ergeben, dass im Quartal I/09 bei einer Gesamtfallzahl von 1.629 Behandlungsfällen ihr MKG-Chirurg insgesamt 1.227 Kassenpatienten im Bereich KCH behandelt habe, was einen Anteil von 75,32% bedeute, in welchem zumindest eine Mitbehandlung durch den MKG-Chirurgen erfolgt sei. Die zahnärztlichen Mitglieder hätten demgegenüber 657 Kassenpatienten behandelt. Gehe man von einer Gesamtfallzahl von 1.884 Fällen aus, entfielen auf den MKG-Chirurgen immer noch 65,13%. Dies zeige, dass dessen Leistungsanteil deutlich über 50% liege. Die Inhomogenität und die Sachwidrigkeit des vom Beklagten durchgeführten Vergleichs ergebe sich zudem aus den von ihm selbst zur Begründung dargelegten Einzelleistungsvergleich. Die Praxisbesonderheiten seien nicht hinreichend berücksichtigt worden. Es bestehe der Erfahrungssatz, dass die Versorgung von Heimpatienten deren Besuch voraussetze. Eine überdurchschnittliche Behandlung von Heimpatienten führe daher zwingend auch zu einer überdurchschnittlichen Abrechnung von Besuchs- und Nachsorgeziffern. Selbst wenn der Beklagte bezweifele, dass nicht alle Besuche notwendig gewesen seien, rechtfertige dies nicht die vollständige Nichtberücksichtigung dieser Praxisbesonderheit. Im Übrigen ergäben sich aus den eingereichten Karteikarten sehr wohl die Gründe für die darüber hinaus gehenden Besuche und auch deren Notwendigkeit. Eine nach Auffassung des Beklagten nicht ausreichende Dokumentation über die Person des Besuchenden oder die Person des Anfordernden ändere nichts daran, dass insbesondere dann, wenn im Rahmen des Besuchs weitere Leistungen erbracht würden, nicht pauschal von einer fehlenden Notwendigkeit ausgegangen werden könne. Der Zahnarzt müsse nicht für jeden Patienten die komplette Behandlungsdokumentation einreichen. Der Beklagte habe sich auch nicht mit den zu dem "Komplexanierungen" eingereichten Unterlagen auseinandergesetzt. Der Erkenntniswert der vier genannten Beispielfälle sei im Hinblick auf den Umfang der Kürzung nicht erkennbar. Hinsichtlich der PAR-Behandlungen verweise sie auf ihr Verwaltungsvorbringen. Der Beklagte müsse nachweisen, dass es seiner Verwaltungspraxis entspreche, angestellte Zahnärzte und Assistenten zu berücksichtigen. Soweit der Beklagte die von ihr eingereichten Unterlagen zu den Praxisbesonderheiten als unzureichend ansehe, hätte er hierauf im Verwaltungsverfahren hinweisen müssen. Im Quartal II/09 habe der MKG-Chirurg insgesamt 1.472 Kassenpatienten behandelt, was einen Anteil von 88,35% ausmache. Stelle man auf eine Gesamtzahl von 1.859 Fällen ab, entfielen auf den MKG-Chirurgen noch 76,76%. Es könne von ihr nicht verlangt werden, dass für jeden Behandlungsfall die Aufteilung der Behandlung auf die einzelnen Zahnärzte dargelegt werde. Die von ihr eingereichten Unterlagen könnten auch nicht pauschal als "reine Behauptungen" abgetan werden. Die Behandlung in einer Sitzung könne denklogisch nicht gegenüber mehrfachen Einbestellungen unwirtschaftlich sein.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid vom 11.12.2013, abgeändert durch den Ergänzungsbeschluss vom 17.06.2015 aufzuheben,

hilfsweise

den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 11.12.2013, abgeändert durch den Ergänzungsbeschluss vom 17.06.2015 zu verurteilen, sie und die Beigeladenen zu 2) bis 7) über ihren jeweiligen Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 2), 3) und 5) bis 7) beantragen,
die Klage abzuweisen.

Der Beklagte trägt vor, für die Klägerin liege eine konkrete Vergleichsgruppe nicht vor, weshalb er eine "virtuelle" Vergleichsgruppe habe bilden müssen. Er habe aus den im Bescheid genannten Gründen nicht auf die Angaben der Klägerin zurückgreifen können. Entscheidend dürfte allerdings sein, dass es sich bei den vorgetragenen Umsatzzahlen der einzelnen Leistungserbringer um eine reine Behauptung handele, die im Verwaltungsverfahren anhand der vorgelegten Dokumentationen nicht habe überprüft werden können. Die Klägerin habe zu keiner Zeit anhand von einzelnen Falldokumentationen in nachvollziehbarer Weise dargetan, welche konkreten abgerechneten Leistungen mit welchem konkreten Fallwert welchem einzelnen Leistungserbringer zuzurechnen seien. Diese Informationen könnten auch nicht den Abrechnungen der Praxis entnommen werden. Die Bildung der Vergleichsgruppe nach Köpfen sei nicht zu beanstanden. Es lägen für sämtliche Leistungserbringer vollzeitige Zulassungen bzw. Einstellungsgenehmigungen vor, sodass davon ausgegangen werden könne, dass alle Leistungserbringer auch vollzeitig gearbeitet und am Leistungsgeschehen teilgenommen hätten. Die Betreuung von Pflegeheimbewohnern könne eine Praxisbesonderheit darstellen, wenn nachweisbar ein erhöhter Behandlungsbedarf bestehe. Weder die Pflegebedürftigkeit noch die spezielle Wohnsituation lasse ohne weiteres auf erhöhte Verordnungsbedürfnisse schließen. Es bedürfte einer substantiierten und nachvollziehbaren Darlegung, welcher konkrete Mehraufwand im einzelnen Behandlungsfall bei den Heimbewohnern erforderlich und entstanden sei. Er weise nochmals auf die fehlende Dokumentation hin. Ähnliches gelte für die geltend gemachte Praxisbesonderheit der Durchführung von Komplexbehandlungen. Er habe eine statistische Vergleichsprüfung durchgeführt, bei der lediglich eine intellektuelle Prüfung der behandlerischen Vorgehensweise notwendig sei. Hierfür reiche seine beispielhafte Darstellung aus. Mit dem Vorbringen der Klägerin zu den PAR-Behandlungen habe er sich bereits im angefochtenen Bescheid auseinandergesetzt. Er habe dargelegt, wie er die Vergleichsstatistik erstellt habe. Den Vorwurf mangelnder Transparenz könne er nicht nachvollziehen. Alle tätigen Zahnärzte

seien primär gleichwertige Leistungserbringer. Die Bildung nach "Köpfen" sei schlüssig, solange nicht eine andere Verteilung belegt sei. Die Klägerin sei zum Nachweis der Praxisbesonderheit aufgefordert worden. Die demgemäß vorzulegende Dokumentation müsse alle Aspekte enthalten, aus denen sich etwaige Praxisbesonderheiten ergeben. Weitere Nachfragen müsse er nicht vornehmen. Bei den von der Klägerin vorgelegten Umsatzzahlen bezüglich der Leistungserbringer handele es sich um eine reine Behauptung, die nicht überprüfbar sei. Für den notwendigen Behandlungsbedarf sei es unerheblich, ob die Leistungen in einer Sitzung oder in mehreren erbracht werden würden.

Die Beigeladenen zu 1) und 3) haben sich den Ausführungen des Beklagten angeschlossen.

Die übrigen Beigeladenen haben sich zur Sache schriftsätzlich nicht geäußert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 02.06.2014 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte 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 in Abwesenheit eines Vertreters der Beigeladenen zu 1) und des Beigeladenen zu 4) tun, weil diese in der Ladung ordnungsgemäß auf diese Möglichkeit hingewiesen wurden.

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid vom 11.12.2013, abgeändert durch den Ergänzungsbeschluss vom 17.06.2015 ist nicht rechtswidrig und war nicht aufzuheben. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Neubescheidung der Widersprüche Die Klage war daher im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen

Der angefochtene Bescheid vom 11.12.2013 ist nach Abänderung durch den Ergänzungsbeschluss vom 17.06.2015 nicht mehr rechtswidrig, weil er bei der Bildung der Vergleichsgruppenwerte die Tätigkeit des zeitweise bei der Klägerin beschäftigten Assistenzzahnarztes nicht mehr wie die Tätigkeit eines zugelassenen oder angestellten Zahnarztes gewichtet. Durch die gänzliche Nichtberücksichtigung wird die Klägerin begünstigt. Auch im Übrigen war der Bescheid nicht zu beanstanden, insb. sind Praxisbesonderheiten aufgrund der Besuche wegen Unwirtschaftlichkeit nicht zu berücksichtigen.

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-Wettbewerbsstärkungsgesetzes – GKV-WSG) v. 26.03.2007, [BGBl I 378](#). 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 (Zufälligkeitprüfung), 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](#)).

Der Beschluss des Beklagten ist in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Der Beklagte war zuständig für die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Insbesondere sind keine Gründe ersichtlich, weshalb die Sache zunächst an die Beigeladene zu 1) zur sachlich-rechnerischen Berichtigung hätte abgegeben werden müssen.

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

Ein Prüfantrag musste nicht zur Kenntnis gebracht werden, da es sich bei der von dem Beklagten vorgenommenen Prüfung um eine Auffälligkeitsprüfung handelte. Der ergänzend zur Prüfvereinbarung abgeschlossene Errichtungsvertrag (im Folgenden: EV) regelt im Einzelnen dieses Verfahren ([§ 6 Abs. 1 bis 5 EV](#)) und sieht grundsätzlich eine Anhörung vor ([§ 4 Abs. 6 Satz 1 EV](#)), die stattgefunden hat.

Der Beschluss des Beklagten ist auch in materieller Hinsicht nach Erlass des Ergänzungsbeschlusses nicht zu beanstanden.

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 Gesamtfallwert, 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. v. 02.06.1987 - [6 RKA 23/86](#) - a.a.O., juris Rdnr. 20).

Unter Beachtung dieser Grundsätze ist der angefochtene Beschluss in der Fassung des Abänderungsbeschlusses nicht zu beanstanden.

Der Beklagte konnte einen statistischen Kostenvergleich auf der Grundlage der von ihm herangezogenen Abrechnungsstatistiken vornehmen. Der Beklagte hat dabei hinreichend berücksichtigt, dass ein Mitglied der Klägerin zugleich als Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Insofern ist die Konstellation der Klägerin vergleichbar mit fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen (vgl. hierzu LSG Bayern, Ur. v. 04.02.2009 - [L 12 KA 27/08](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Die unterschiedliche Ausrichtung der Mitglieder der Klägerin hat der Beklagte durch Heranziehung Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung in Hessen einerseits und aller zugelassenen Vertragszahnärzte andererseits berücksichtigt. Der Beklagte hat festgestellt, dass die vergleichenden Statistiken zeigten, dass die Klägerin einen erhöhten Anteil an chirurgischen Leistungen erbringe; allerdings belegten die Statistik und die weiteren verfahrensgegenständlichen Unterlagen auch, dass in hohem Maße allgemeinzahnärztliche Leistungen wie konservierende, prothetische und parodontologische Behandlungen durchgeführt würden. Dies hat die Kammer bereits für die Vorquartale I bis IV/08 entschieden, für die der Beklagte eine die Zuordnung der Mitglieder im Verhältnis 3:1, also entsprechend ihrer Qualifikation, vorgenommen hatte (vgl. SG Marburg, Ur. v. 27.11.2013 - [S 12 KA 228/13](#) -, Berufung anhängig beim LSG Hessen - [L 4 KA 1/14](#) -).

Dabei ist es sachgerecht, dass der Beklagte für das zugleich als Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zugelassene Mitglied der Klägerin als Vergleichsgruppe bei der sog. statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung die in Hessen vertragszahnärztlich abrechnenden MKG-Chirurgen herangezogen hat (vgl. BSG, Ur. v. 27.06.2001 - [B 6 KA 43/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 54](#) = Breith 2002, 504-510 = USK 2001-180, juris Rdnr. 20). Dabei geht die Kammer davon aus, dass MKG-Chirurgen, soweit sie auch vertragsärztlich abrechnen können, dies nicht mehr im selben Behandlungsfall tun, da allgemein bekannt ist, dass dies unzulässig ist (vgl. BSG; Ur. v. 08.05.1996 - [6 RKA 45/95](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 36](#) = USK 96104, juris Rdnr. 21; SG Marburg, Ur. v. 07.05.2014 - [S 12 KA 612/13](#) -, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Ur. v. 25.02.2015 - [L 4 KA 42/14](#) -, Revision anhängig beim BSG - [B 6 KA 17/15 R](#)).

Soweit das Bundessozialgericht verlangt hat, dass im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung vertragszahnärztlicher Prüfungsgremien im Regelfall auch die vertragsärztlichen Abrechnungswerte einzubeziehen sind, hat es weiter ausgeführt, allgemeine Aussagen, in welcher Weise und in welchem Ausmaß diese zu berücksichtigen sind sowie ob sie in besonders gelagerten Fällen außer Betracht bleiben können, ließen sich kaum treffen (vgl. BSG, Ur. v. 27.06.2001 - [B 6 KA 43/00 R](#) - a.a.O. Rdnr. 22). Der Beklagte geht ferner davon aus, dass keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sich das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise der Klägerin von der Typik der MKG-Chirurgen oder der Vertragszahnärzte in Hessen wesentlich unterscheiden. Insofern wäre es Sache der Klägerin gewesen, bereits im Verwaltungsverfahren entsprechend vorzutragen. Von daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass atypisch Behandlungsfälle auf dem Gebiet der MKG-Chirurgie vertragszahnärztlich abgerechnet werden.

Das LSG Hessen hat in seinem Beschluss vom 08.08.2013 - [L 4 KA 29/13 B ER](#) - juris für die Vorgängerquartale betont, dass die Bildung der Vergleichsgruppe unter Maßgabe der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht zu beanstanden ist. Die Bildung der Vergleichsgruppe unter Beachtung der Ausrichtung der Mitglieder der Klägerin durch Heranziehung der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung in Hessen einerseits und aller zugelassenen Vertragszahnärzte andererseits im Verhältnis 1:3 sei damit folgerichtig und im Rahmen des Beurteilungsspielraums. Dies gilt grundsätzlich auch für die Berücksichtigung des bei der Klägerin beschäftigten angestellten Zahnarztes. Der angestellte Zahnarzt ist vollumfänglich zur selbständigen Leistungserbringung berechtigt, auch wenn seine Leistungen der Klägerin zugerechnet werden. Der Umfang der Beschäftigung des einzelnen angestellten (Zahn-)Arztes ist weder

in Planungsbereichen mit noch ohne Zulassungsbeschränkungen reglementiert. So erfolgt im ärztlichen Bereich in einem Planungsbereich eine Anrechnung entsprechend des Beschäftigungsumfanges (§ 101 Abs. 1 Satz 8 SGB V; § 21 Abs. 3 BedarfspflRL). Es ist nicht ersichtlich, dass der angestellte Zahnarzt in einem geringeren Umfang zahnärztlich tätig wird, da er insb. von allgemeinen Verwaltungsaufgaben eines selbständigen Zahnarztes entlastet sein dürfte. Hinzu kommt, dass der Beklagte die Assistententätigkeit nach dem Ergänzungsbeschluss nicht mehr berücksichtigt hat. Nach der für Zahnärzte geltenden Degressionsregelung nach § 85 Abs. 4b Satz 4 SGB V kann die Beschäftigung eines Assistenten einen Punktmengenzuwachs von bis zu 25% ergeben, was allgemein für den Beschäftigungsumfang eines Assistenten angenommen werden kann (vgl. BSG, Ur. v. 28.09.2005 - B 6 KA 14/04 R - SozR 4-5520 § 32 Nr. 2 = GesR 2006, 163 = MedR 2006, 307, juris Rdnr. 15). Nach SG Marburg ist die Berücksichtigung der Beschäftigung einer Weiterbildungsassistentin im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung (Tagesprofile) mit einer genehmigten Halbtags­tätigkeit jedenfalls mit einem Umfang von drei Stunden am Tag nicht zu beanstanden. Die Behauptung einer über vier Stunden hinausgehenden tatsächlichen Arbeitszeit ist unbeachtlich, da sie insoweit ohne Genehmigung erfolgt (vgl. SG Marburg v. 14.05.2014 - S 12 KA 601/13 - juris Rdnr. 38). Entsprechend wurde auch die Tätigkeit eines Assistenzzahnarztes im Rahmen der Honorarverteilung bzw. von Budgetierungen im Umfang von 25 % berücksichtigt.

Soweit die Klägerin auf eine unterschiedliche Gewichtung des Abrechnungsumfanges innerhalb der Gemeinschaftspraxis hinweist, fehlt es hierfür bereits an einem Nachweis. Die Begründung dieser unterschiedlichen Gewichtung aufgrund der Tätigkeit an zwei Standorten war der Kammer nicht nachvollziehbar. Maßgeblich kommt es aber hinsichtlich der Gewichtung auf den Umfang der Behandlungsfälle an. Der allgemeine Hinweis auf behauptete Umsatzzahlen des MKG-Chirurgen oder dessen behaupteter Beteiligung an den Behandlungsfällen reicht als Nachweis nicht aus. Soweit aus den Fallwerten unterschiedliche Umsätze resultieren sollten, kann dies ursächlich auf Unwirtschaftlichkeiten oder Praxisbesonderheiten beruhen. Von möglicherweise unterschiedlichen Umsatzzahlen kann daher nicht auf die maßgebliche Gewichtung geschlossen werden. Ihre Berücksichtigung erfolgt im Rahmen der Prüfung von anzuerkennenden Praxisbesonderheiten. Der Beklagte weist im angegriffenen Bescheid im Zusammenhang mit den "Komplexbehandlungen" und den Besuchspositionen darauf hin, dass die zur Verfügung gestellten Unterlagen im Wesentlichen lediglich den Aussagegehalt von Abrechnungsscheinen hätten und daher nicht geeignet seien, die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit der Leistungen zu belegen. Der Kammer ist aus zahlreichen Verfahren der Klägerin gegen den Beklagten oder die Beigeladene zu 1) bekannt, dass die Klägerin keine wenigstens ansatzweise ordnungsgemäße Dokumentation hat, jedenfalls hat sie bisher in allen Verfahren eine solche nicht vorgelegt. Die Kammer hat bereits wiederholt in Urteilen zwischen den Beteiligten auf die Bedeutung der Dokumentationspflichten hingewiesen (vgl. zuletzt Ur. der Kammer v. 28.10.2015 - S 12 KA 365/14 - noch nicht rechtskräftig; v. 25.09.2013 - S 12 KA 394/13 - rechtskräftig; v. 25.09.2013 - S 12 KA 106/13 -, Berufung anhängig LSG Hessen zum Az.: L 4 KA 65/13; v. 20.06.2012 - S 12 KA 137/11 -, Berufung anhängig LSG Hessen zum Az.: L 4 KA 40/12). Von daher geht die Kammer davon aus, dass die von der Klägerin in zwei Leitordnern eingereichten Unterlagen, die insb. die Besuchsleistungen betrafen, keine aussagefähigen Dokumentationen enthalten und die entsprechende Feststellung des Beklagten insofern zutreffend sind. Zuletzt lag der Kammer eine solche, sich auf die Angabe der Leistungspositionen beschränkende "Dokumentation" z. B. im mit Urteil vom 28.10.2015 - S 12 KA 33/15 - erstinstanzlich abgeschlossenen Verfahren vor, in dem es um die Berichtigung von Besuchsleistungen ging. Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin konnte die Nichtvorlage einer ausreichenden Dokumentation in der mündlichen Verhandlung nicht substantiiert bestreiten. Die Kammer konnte daher von einer Vorlage dieser Unterlagen durch den Beklagten absehen.

Das LSG Hessen hat jüngst in Verfahren zwischen den Beteiligten weiter ausgeführt, dass ein Vertragszahnarzt im Rahmen seiner Abrechnung die Voraussetzungen der beanspruchten Gebührenpositionen unter Beachtung des unmittelbar verpflichtenden Wirtschaftlichkeitsgebots jedenfalls nach Beanstandungen und Nachfragen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen hat. Dies gilt auch für die besonderen Leistungsvoraussetzungen von qualifizierten, d.h. aufwändigeren und daher höher dotierten Leistungspositionen. Der Nachweispflicht unterfällt auch, dass die aufwändigere (und daher höher honorierte) Leistung gegenüber einer weniger aufwändigen (geringer honorierten) Leistung erforderlich war, d. h. die den höheren Aufwand bedingenden Umstände müssen ebf. nachgewiesen werden. Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten stellen Obliegenheiten des Vertragszahnarztes dar. Soweit diesen nicht hinreichend nachgekommen wird, wird der entsprechende Honoraranspruch verwirkt. Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen sind als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen und können nicht abgerechnet werden (unter Hinweis auf LSG Niedersachsen-Bremen, Ur. v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 - RID 15-01-20, Revision (B 6 KA 1/15 R) zurückgenommen). Die Dokumentation hat zeitnah zu erfolgen, da mit zunehmender zeitlicher Distanz immer weniger gewährleistet ist, dass die Dokumentation auch der erfolgten Behandlung entspricht. Einem erst nach Jahren erstellten Operationsbericht kann daher der Beweiswert abgesprochen werden (vgl. LSG Hessen, Ur. v. 27.05.2015 - L 4 KA 50/12 - juris, Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 60/15 B). Soweit sich aus der Dokumentation ein schlüssiges Vorgehen nicht ergibt, können die Prüfungsgremien zwar die vollständige Leistungserbringung unterstellen, aber den Schluss ziehen, dass es an der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fehlt (vgl. BSG, Ur. v. 09.03.1994 - 6 RKA 18/92 - BSGE 74, 70 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 23, juris Rdnr. 23 m.w.N.).

Gleichfalls hat die Klägerin keine Praxisbesonderheiten vorgetragen, die Anlass zu einer anderen Gewichtung und/oder der Anerkennung von Praxisbesonderheiten hätten führen müssen.

Praxisbesonderheiten sind grundsätzlich im Verwaltungsverfahren vorzutragen. Das Bundessozialgericht hat zuletzt im Beschluss v. 27.06.2012 - B 6 KA 78/11 B - juris Rdnr. 11 darauf hingewiesen, es habe sich bereits mehrfach mit dem Gebot befasst, Wesentliches bereits im Verfahren vor den Prüfungsgremien vortragen zu müssen (unter Hinweis auf BSG v. 15.11.1995 - 6 RKA 58/94 - SozR 3-1300 § 16 Nr. 1 = USK 95137 S. 738, insoweit in SozR 3-1300 § 16 Nr. 1 nicht abgedruckt; v. 08.05.1985 - 6 RKA 24/83 USK 85190 S. 1015 f.; v. 11.12.1985 - 6 RKA 30/84 - BSGE 59, 211, 215 = SozR 2200 § 368n Nr. 40 S. 133; v. 20.09.1988 - 6 RKA 22/87 - SozR 2200 § 368n Nr. 57 S. 198; ebenso auch das erst nach Vorlage der Beschwerdebegründung schriftlich abgesetzte Ur. des BSG v. 21.03.2012 - B 6 KA 17/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 35, Rdnr. 40 ff.; vgl. auch BSG v. 27.06.2012 - B 6 KA 78/11 B - Rdnr. 8). Lediglich Einwände, die das Prüfverfahren selbst oder Aspekte betreffen, die auf der Basis der im Prüfverfahren vorliegenden Unterlagen so offenkundig sind, dass die Prüfungsgremien dem schon von Amts wegen nachgehen müssen, kann ein Vertragsarzt auch noch nach Abschluss des Prüfverfahrens geltend machen (vgl. BSG, Ur. v. 21.03.2012 B 6 KA 17/11 - SozR 4-2500 § 106 Nr. 3 = USK 2012-32, juris Rdnr. 43). Dabei obliegt die Darlegungs- und Feststellungslast für besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende atypische Umstände wie Praxisbesonderheiten und kompensierende Einsparungen dem Arzt. Die Prüfungsgremien sind allerdings zu Ermittlungen von Amts wegen hinsichtlich solcher Umstände verpflichtet, die typischerweise innerhalb der Fachgruppe unterschiedlich und daher augenfällig sind. Bei den erforderlichen Bewertungen haben die Prüfungsgremien einen Beurteilungsspielraum, sodass deren Einschätzungen von den Gerichten nur in begrenztem Umfang überprüft und ggf. beanstandet werden können (vgl. BSG v. 21.03.2012 - B 6 KA 17/11 R - a.a.O., juris Rdnr. 17 m.w.N.).

Dem Hinweis der Klägerin auf die Versorgung von Heimpatienten, die sich in erhöhten Besuchsleistungen widerspiegeln, ist der Beklagte nachgegangen. Letztlich geht er aber in nicht zu beanstandender Weise davon aus, dass nicht nachzuweisen ist, dass diese Besuchsleistungen wirtschaftlich erbracht worden sind. Aufgrund der fehlenden Dokumentation (z. B. die Praxis kann nicht oder nur mit hohem Aufwand aufgesucht werden, fehlende Unterstützung durch das Lebensumfeld, Desorientierung oder Bettlägerigkeit des Versicherten) kann die Notwendigkeit des Aufsuchens nicht nachvollzogen werden. Die Klägerin hat nicht dargelegt oder gar durch ihre Dokumentation belegt, aus welchem Grund Besuchsleistungen angefordert wurden. Der Hinweis der Klägerin auf die Versorgung von Heimpatienten bleibt allgemein und zeigt nicht ansatzweise auf, weshalb gerade im hier streitgegenständlichen KCH-Bereich ein erhöhter Aufwand notwendig gewesen sein soll. Es wäre Sache der Klägerin gewesen, bereits im Verwaltungsverfahren die Notwendigkeit der Behandlungsfälle unter Nennung der Patientennamen und des Behandlungsumfanges und des Versorgungsbedarfs darzulegen. Darauf ist die Klägerin ausreichend hingewiesen worden. Bereits im Bescheid der Prüfungsstelle heißt es, das Engagement der Klägerin bei der Versorgung von Heimpatienten begründe keine Praxisbesonderheit, da der Abrechnungsumfang häufig nicht erklärbar sei. Allein aus einer – auch erheblichen Mehrabrechnung – der Besuchsziellern folgt keine Offenkundigkeit der Notwendigkeit der Besuchsleistungen. Auch betreffen die Ziffern 7500 und 7510 BEMA nicht ausschließlich Besuche in Altenheimen. Ferner folgt aus Besuchsleistungen in Altenheimen nicht, dass ein besonderer Behandlungsbedarf, insb. im hier streitgegenständlichen KCH-Bereich besteht. Insofern besteht im zahnärztlichen Bereich nicht der Erfahrungssatz, dass Bewohner eines Altenheims einen erhöhten Behandlungsbedarf hinsichtlich KCH-Leistungen haben.

Das LSG Hessen hat in seinem Beschluss vom 08.08.2013 - [L 4 KA 29/13 B ER](#) - ebf. bzgl. der Vorquartale darauf hingewiesen, dass der Vortrag der Klägerin, ein erhöhter Behandlungsbedarf entstehe durch die Versorgung von Heimpatienten, die üblicherweise zahnärztlich überhaupt nicht versorgt worden seien, hierfür kein ausreichend substantiierter Vortrag ist. Die Klägerin trifft hinsichtlich dieser Einwendung die Darlegungslast. Die zumutbaren Ermittlungsmöglichkeiten des Beklagten im Rahmen der Amtsermittlungspflicht enden dort, wo Tatsachen beurteilungsrelevant werden, die mit den nicht von außen erkennbaren individuellen Praxisgegebenheiten des Arztes zusammenhängen. Alle bedeutsamen Umstände des Praxisbetriebes und die Zusammensetzung der Patientensatzung müssen vom Arzt vorgetragen werden. Behauptungen reichen dafür nicht aus. Die Prüforgane müssen nicht in die Praxis hinein ermitteln. Die Mitwirkungspflicht des Vertragszahnarztes ist gerichtet auf die umfassende Darlegung aller internen Umstände nebst deren vollständiger Verifizierung. Denn ebenso wie im privaten Geschäftsverkehr eine Rechnung ausreichend spezifiziert sein muss, ist auch der Vertragsarzt verpflichtet, seine Honorarforderung für die vertragsärztliche Tätigkeit, insbesondere einen außergewöhnlichen Mehraufwand zu begründen und zu belegen (BSG, Urt. v. 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) -; LSG Hessen, Beschl. v. 09.01.2012 - [L 4 KA 45/09](#) -). Zur Substantiierungspflicht gehört auch die quartalsbezogene Darlegung des Umfangs der Praxisbesonderheit, der Hinweis auf einzelne Fälle reicht hierfür nicht aus. Dies gilt auch für den Vortrag der Vornahme von Komplexanierungen. Damit wird letztlich vorgetragen, besonders teure Fälle zu haben, ohne dies näher zu begründen.

Der Beklagte hat hinreichend bestimmt die Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses im Rahmen der statistischen Prüfung mit "um 40 %" festgesetzt. Dies entspricht der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Besonderheiten der klägerischen Praxis aufgrund ihrer Zusammensetzung hat der Beklagte hinreichend mit der "virtuellen" Vergleichsgruppe berücksichtigt. Der Beklagte hat auch für das Quartal II/09 bei der Berechnung des Fallwerts die sachlich-rechnerische Berichtigung berücksichtigt. Soweit der Beklagte hierbei nicht auch die Fallzahl der Klägerin berichtigt hat, wird die Klägerin ausschließlich begünstigt. Bei allen beanstandeten 219 Behandlungsfällen waren ausschließlich Leistungen nach Nr. 7750 (Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht) und 602 GOÄ (Telefon-, Versand-, Portokosten) abgerechnet worden (vgl. SG Marburg, Urt. v. 28.10.2015 - S 12 KA 57/15 - noch nicht rechtskräftig). Nach Absetzung dieser Leistungen hätte folgerichtig auch die Fallzahl der Klägerin um diese 219 Behandlungsfälle berichtigt werden müssen. Nach überschlägiger Berechnung der Kammer hätte sich hierdurch ein Fallwert der Klägerin von ca. 290,6 Punkten, der um 15 % über dem in der Anzahl- und Summenstatistik ausgewiesenen Fallwert von 252 Punkten liegt, ergeben. Hierdurch wird die Klägerin aber nicht beschwert.

Ein Anspruch auf die Durchführung einer repräsentativen Einzelfallprüfung besteht nicht.

Nach der maßgeblichen, seit 2008 geltenden Prüfvereinbarung (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 und wirtschaftlich waren (§ 6 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 (§ 6 Abs. 2 PV). Daneben sieht § 5 Abs. 3 PV für die Verfahrenseinleitung weiterhin ausdrücklich die Auffälligkeitsprüfung vor. Der ergänzend abgeschlossene Errichtungsvertrag (im Folgenden: EV) sieht entsprechend die Auffälligkeitsprüfung weiterhin vor (§ 4 EV). Eine Vorrangigkeit der repräsentativen Einzelfallprüfung besteht nicht. § 3 Abs. 6 EV bezieht sich ausschließlich auf die Zufälligkeitsprüfung nach § 3 EV. Im Übrigen sind nach § 4 Abs. 7 EV für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit pauschale Honorarkürzungen zulässig. Dies ist bei der Klägerin der Fall. Der Beklagte hat bereits eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in 128 Parodontose-Behandlungsfällen im Zeitraum Juli 2007 bis Juni 2008 in Höhe von insgesamt 41.075,37 EUR festgesetzt. Die hiergegen erhobene Klage hat die Kammer abgewiesen (Urt. v. 21.11.2012 - [S 12 KA 8/12](#) -). Der Beklagte hat ferner für die Vorquartale I/08 bis IV/08 eine Honorarkürzung festgesetzt. Hierüber hat die Kammer mit Urteil vom 27.11.2013 - [S 12 KA 228/13](#) - entschieden. Über die zu den Az.: [L 4 KA 64/12](#) und [L 4 KA 73/13](#) anhängigen Berufungsverfahren hat das LSG Hessen noch nicht entschieden. Hierauf bzw. auf die Bestandskraft einer Honorarkürzung kommt es aber nicht an, da hierauf § 4 Abs. 7 EV nicht abstellt. Dies würde auch der Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes nicht gerecht werden.

Der Beklagte hat die Kürzung nachvollziehbar berechnet. Einwände hiergegen sind nicht ersichtlich.

Die Absetzungen im Bereich der Parodontopathien sind nicht zu beanstanden.

Der Beklagte war hierfür ebf. im Rahmen der Aufgabenzuweisung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung zuständig.

Bei den Parodontose-Richtlinien handelt es sich aber nicht um eine Konkretisierung der Leistungslegende zur Abrechnung von Parodontose-Behandlungen oder um eine Vorgabe zur Leistungserbringung. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, konkretisieren die Parodontose-Richtlinien das Wirtschaftlichkeitsgebot. Bei den Parodontose-Richtlinien handelt es sich nicht um eine Regelung der Abrechenbarkeit, über deren Einhaltung im Interesse einer ausreichenden

Gewährleistung der Therapiefreiheit kein paritätisch besetztes Organ, sondern nur die KZV allein entscheiden darf. Die Verbindlichkeit von Richtlinien, die das Wirtschaftlichkeitsgebot konkretisieren, beruht darauf, dass sie Erfahrungssätze wiedergeben. Im Regelfall ist von den Richtlinien auszugehen. Der Kassen(zahn)arzt kann aber darlegen, dass im Einzelfall ein Abweichen wirtschaftlich war, oder dass der zugrundeliegende Erfahrungssatz nicht dem gegenwärtigen Erkenntnisstand entspricht. Der Charakter von Richtlinien zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots trägt damit der Therapiefreiheit weitergehend Rechnung als eine strikte Regelung der Abrechenbarkeit. Die Zuordnung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung wird auch nicht - wie die Beklagte geltend macht - durch die systematischen Parodontosebehandlung vorausgehende Genehmigung des Parodontalstatus durch die Krankenkasse ausgeschlossen (vgl. BSG, Ur. v. 05.08.1992 - [14a/6 RKa 17/90](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 12](#), juris Rdnr. 34 ff.; BSG, Ur. v. 16.06.1993 - [14a RKa 4/92](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 18](#) juris Rdnr. 19).

Von daher geht die Kammer davon aus, dass es sich sachlich um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung handelte, für die die Prüfgremien zuständig sind (ausdrücklich auch für den Ersatzkassenbereich s. SG Marburg, Ur. v. 22.02.2012 - [S 12 KA 9/11](#) - juris).

Die Absetzungen im Bereich der Parodontopathien sind auch sachlich nicht zu beanstanden.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, entfällt die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Parodontose-Behandlung nicht deshalb, weil die jeweilige Krankenkasse die Behandlung genehmigt hat. Soweit ein Verstoß gegen die Parodontose-Richtlinien vorliegt, verkürzt sich sowohl die Aufklärungs- und Beweispflicht des Beklagten als auch der Gerichte. Es braucht dann nicht in jedem Einzelfall bewiesen zu werden, dass die Behandlungsweise des Vertragszahnarztes unwirtschaftlich war. Die Prüfgremien sind dann insbesondere nicht verpflichtet, in jedem Einzelfall zahnärztliche Nachuntersuchungen durchzuführen. Gerade wegen der Schwierigkeit, im Nachhinein die Wirtschaftlichkeit der Parodontose-Behandlung festzustellen, haben die Vertragspartner die Einhaltung eines bestimmten Verfahrens mit einer Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse vereinbart. Die strikte Einhaltung dieses Verfahrens bietet die größte Sicherheit vor unwirtschaftlichen Behandlungen, die im Hinblick auf den hohen Kostenaufwand bei Parodontose-Behandlungen im besonderen Maße vermieden werden müssen. Der Arzt ist grundsätzlich an die Richtlinien gebunden. Das hindert ihn nicht einzuwenden, dass die Richtlinien ganz oder teilweise dem Gesetz widersprechen, dem gegenwärtigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr entsprechen oder ein Ausnahmefall vorgelegen hat, der ein Abweichen von den Richtlinien rechtfertigt (so BSG, Ur. v. 16.06.1993 - [14a RKa 4/92](#) - [SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr. 18](#) = [SozSich 1994, 230](#) = [USK 93122](#), hier zitiert nach juris, Rdnr. 19 und 25). Bei den erforderlichen Bewertungen haben die Prüfgremien einen Beurteilungsspielraum, sodass deren Einschätzungen von den Gerichten nur in begrenztem Umfang überprüft und ggf. beanstandet werden können (vgl. BSG, Ur. v. 21.03.2012 - [B 6 KA 18/11](#) - [4-1500 § 86a Nr. 2](#), juris Rdnr. 18 m.w.N.).

Bei Zugrundelegung dieser Anforderungen und Maßstäbe erweist sich die angefochtene Honorarkürzung als rechtmäßig, denn die Klägerin hat in den vier zur Prüfung gestellten Fällen gegen die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vom 7. Dezember 1962 (zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 24. Juli 1998, [BANz. Nr. 177](#)) verstoßen. Diese Verstöße rechtfertigen die Annahme der Unwirtschaftlichkeit und die von dem Beklagten festgesetzte Honorarkürzung.

Der Beklagte weist zutreffend auf das Fehlen einer ordnungsgemäßen Vorbehandlung, eine unzureichende Prüfung und Sicherung der Mitwirkung des Patienten und das Fehlen von Röntgenbildern bzw. deren Nichtauswertbarkeit hin, ferner auf nicht nachvollziehbare Doppelanästhesien und weitere Dokumentationsmängel.

Hinsichtlich der von dem Beklagten festgestellten Dokumentationsmängel hat die Kammer bereits im die Beteiligten betreffenden Urteil vom 21.11.2012 - [S 12 KA 8/12](#) -, Berufung anhängig bei dem LSG Hessen unter Az.: [L 4 KA 64/12](#), auf die rechtlichen Rahmenbedingungen hingewiesen und dargelegt, dass die Klägerin ihre Dokumentation so zu führen hat, dass die erbrachten Leistungen für einen Zahnarzt nachvollziehbar sind. Aus ihnen muss auch die Einhaltung der Behandlungsrichtlinie hervorgehen. Das bloße Verzeichnen der Leistungskürzel reicht als Dokumentation nicht aus. Maßgeblich kann als Dokumentation auch nur gewertet werden, was zeitnah erstellt und was den Prüfgremien vorgelegt wurde. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit der Dokumentation nur gelten kann, wenn und soweit sie zeitnah erstellt wird; soweit dies nicht der Fall ist, nimmt die Dokumentation an der Indizwirkung ihrer Richtigkeit, insb. dass die dokumentierten Leistungen auch erbracht wurden, nicht teil. Werden andere Unterlagen später erstellt, hat der Arzt nachzuweisen, dass sie zeitnah erstellt wurden (vgl. KG Berlin, Ur. v. 10.01.2013 - [20 U 225/10](#) - juris Rdnr. 8 ff.).

Nicht zu beanstanden ist auch die Auffassung des Beklagten zur Vorbehandlung.

Nach den Richtlinien für die systematische Befunderhebung und Behandlung der Parodontopathien (Abschnitt V der Richtlinien des Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung) gehören zur Befunderhebung der Parodontalstatus, Röntgenaufnahmen und Kiefermodelle. Die Vorbehandlung geht der systematischen Behandlung voraus. Sie besteht in der Entfernung des Zahnsteins, der weichen Beläge und sonstiger Reizfaktoren sowie in der Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene. Zwei bis drei Wochen nach Abschluss der Vorbehandlung ist zu entscheiden, ob eine systematische PAR-Behandlung noch angezeigt ist. Dies ist in der Regel nicht der Fall, wenn die Mitarbeit des Patienten nicht ausreichend und deshalb ein Erfolg nicht zu erwarten ist oder nach dem Rückgang der entzündlichen Schwellung des Zahnfleisches nur noch Zahnfleischtaschen bis 2 mm und keine funktionellen Störungen bestehen (Nr. 21 der Richtlinien) (vgl. bereits SG Marburg, Ur. v. 07.12.2005 - [S 12 KA 21/05](#) - juris).

Die Klägerin hat bezüglich der PAR-Behandlungen ihre Klagebegründung auf eine Bezugnahme auf ihr Vorbringen im Verwaltungsverfahren beschränkt. Im Verwaltungsverfahren hat sie sich auf allgemeine Ausführungen beschränkt.

Nach allem war der angefochtene Beschluss des Beklagten in der Fassung des Ergänzungsbeschlusses rechtmäßig und nicht zu beanstanden und war die Klage im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Die Abänderung durch den Ergänzungsbeschluss war nicht zu berücksichtigen, da die Verminderung der Honorarkürzung unter 3 % liegt ([§ 155 Abs. 1 Satz 3 VwGO](#)).

Die Sprungrevision war zuzulassen, da eine höchstrichterliche Entscheidung zur Bildung der Vergleichsgruppe bei fachübergreifenden Gemeinschaftsgruppen nicht vorliegt und seit der letzten Entscheidung zu MKG-Chirurgen sich die tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen durch das klare Verbot der Doppelabrechnung eines einzelnen Behandlungsfalls geändert haben.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-01-27