

## S 12 KA 201/18

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 201/18

Datum

05.12.2018

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

Sprungrevision

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 3/19 R

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Parallelverfahren zu SG Marburg, Urt. v. 05.12.2018 - [S 12 KA 127/18](#) -

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 in Höhe von insgesamt 863.033,63 EUR bzw. nach Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts von 756.512,74 EUR für das Quartal IV/13 und hierbei um sachlich-rechnerische Berichtigungen nach Nr. 7750 GOÄ um 13.712,65 EUR (927 Leistungen) und 339,48 EUR (23 Leistungen), im KB-Bereich um 938,08 EUR, und wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im PAR-Bereich in Höhe von 1.261,71 EUR und bezogen auf den Gesamtfallwert in Höhe von 846.781,71 EUR.

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft. Herr Dr. Dr. A. ist Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und als solcher zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist ferner Zahnarzt, Herr C. ist Zahnarzt, und Frau Dr. D. ist Zahnärztin. Sie sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Ferner beschäftigte die Klägerin im streitbefangenen Quartal sechs Zahnärzte mit insgesamt sechs Versorgungsaufträgen. Der Beklagte ist der Gemeinsame Beschwerdeausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen.

In dem streitbefangenen Quartal IV/13 stellte sich die Abrechnung der Klägerin in Bezug zu der allgemeinen Vergleichsgruppe der in Hessen zugelassenen Vertragszahnärzte wie folgt dar:

Fallzahl VZA\* 3.185

Fallzahl VG\*\* 585

Ø Punkte pro Fall VZA\* 372

Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte\*\* 80

VZA\* = Klägerin

VG\*\* = Vergleichsgruppe der hessischen Zahnärzte

Und in Bezug zu der Vergleichsgruppe der in Hessen zugelassenen hessischen MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung (112) stellte sich die Abrechnung der Klägerin wie folgt dar:

Fallzahl VZA\* 3185

Fallzahl VG\*\* 723

Ø Punkte pro Fall VZA\* 372

Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte\*\* 139

VZA\* = Klägerin

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

Der Gemeinsame Ausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen wählte am 14.05.2014 die Praxis der Klägerin bzgl. des Quartals IV/13 zur Prüfung aus. Daraufhin leitete die Gemeinsame Prüfungsstelle der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen für das streitbefangene Quartal ein Prüfverfahren ein, was sie der Klägerin unter Datum vom 23.05.2014 mitteilte.

Die Prüfungsstelle forderte unter Datum vom 09.11.2016 die ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundberichte nach Nr. 7750 GOÄ zu den in einer Anlage aufgeführten Patienten an.

Die Prüfungsstelle lud die Klägerin unter Datum vom 17.01.2017 zu einer Prüfsitzung am 13.06.2017 unter Übersendung einer Patientenliste mit der Aufforderung, sämtliche Aufzeichnungen (vollständige Patientenkartei, Röntgenaufnahmen und ggf. begleitende Dokumente) bis zum 02.05.2017 einzureichen. An der Prüfsitzung nahm die Klägerin nicht teil.

Mit Bescheid vom 28.09.2017 setzte die Prüfungsstelle für das streitbefangene Quartal eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 823.307,11 EUR bzw. nach Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts von 717.858,30 EUR fest. Davon entfielen 807.978,47 EUR auf den konservierend-chirurgischen Bereich und 13.727,45 EUR und 339,48 EUR auf die Absetzung der Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ in 929 und 23 Behandlungsfällen inkl. Portokosten und 1.261,71 EUR im PAR-Bereich. Die Prüfungsstelle führte aus, die Klägerin habe analoge Röntgenbilder sowie Ausdrücke der elektronisch geführten Dokumentation zu den namentlich angeforderten Behandlungsfällen und größtenteils die Krankheits- und Befundberichte vorgelegt. Sie errechnete eine bereinigte Fallzahl. Von der Fallzahl zog sie die Zahl der Patienten, bei denen ausschließlich Nr. 7750 GOÄ abgerechnet und die von der Prüfungsstelle berichtigt worden war, ab. Hierzu führte sie weiter aus, sie habe die Überprüfung auf die Fälle beschränkt, in denen die Leistung nach Nr. 7750 GOÄ ggf. mit Porto alleine abgerechnet worden sei. In 929 Fällen hätten die Arztbriefe nicht die Leistungsvoraussetzung erfüllt. In 928 Fällen sei der Adressat nicht bekannt, der Brief sei ersatzweise an den Patienten geschickt worden. 913 Briefe bezögen sich auf Behandlungen, die vor ungefähr sechs oder mehr Monaten abgerechnet worden seien, davon 284 Briefe, die sich sogar auf Behandlungen im Jahr 2012 bezögen. Auffällig sei auch, dass die Briefe massenweise auf gleiche Tage datiert und an gleichen Tagen erstellt worden seien (z. B. 197 Briefe am 17.12.2013, 297 Briefe am 19.12.2017, 260 Briefe am 27.12.2013). Dies habe zur Absetzung der Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ im Umfang von 13.727,45 EUR geführt. In 23 Fällen seien die Arztbriefe nicht übersandt worden, was ebf. zur Absetzung geführt habe. Sie habe eine statistische Vergleichsprüfung durchgeführt. Dem stehe nicht entgegen, dass die bisherigen Verfahren noch nicht endgültig abgeschlossen seien. Es würde zwar ein erhöhter Anteil an chirurgischen Leistungen, gleichzeitig aber würden auch in hohem Maße allgemein Zahnärztliche Leistungen abgerechnet werden. Beide Vergleichsgruppen, mit und ohne Weiterbildung zum MKG-Chirurgen, seien daher als Vergleichsgruppe geeignet. Er habe daher beide Vergleichswerte verknüpft und den maßgeblichen Vergleichswert rechnerisch ermittelt. Sie ging von einer Besetzung von 2 Zahnärzten und einem MKG Chirurgen aus. Hieraus errechnete sie einen Vergleichswert einer fiktiven Vergleichsgruppe mit der gewichteten Besetzung. Sie berechnete den Vergleichswert aus der Summe der Produkte der Zahl der jeweiligen Behandler mit dem Vergleichswert, dividiert durch die Summe der Behandler (Rechnung:  $(2 \times 80 + 1 \times 139) : 3 = 100$ ). Für den Fallwert zog sie die Punktmengen aufgrund sachlich-rechnerischer Berichtigungen ab. Das Ergebnis teilte sie durch die bereinigte Fallzahl. Im Einzelnen errechnete die Prüfungsstelle folgende Abrechnungswerte:

Nr. 87787 und 97675

Fallzahl VZA\* 3.185

Punktezahl 1.183.574

Subtraktion nach Nr. 7750 929

Subtraktion nach Nr. 7750 23

Neue Fallzahl VZA\* 2.233

Punktezahl beide Abrechnungsnr. 1.183.574

Bereinigung sachlich-rechnerische Berichtigung durch KZVH 4.141

Subtraktion nach Nr. 7750 13.935

Subtraktion nach Nr. 7750 345

Neue Punktezahl 1.165.153

Neu Ø Punkte pro Fall VZA\* 522

Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte\*\* 80

Ø Punkte pro Fall VG MKG-Chirurgen 139

Neu Ø Punkte pro Fall gewichtete VG 100

Anerkannt Faktor 1,4 140

Abzusetzende Punkte je Fall 382

Abzusetzende Punkte gesamt 835.006

VZA\* = Klägerin

VG\*\* = Vergleichsgruppe der hessischen Zahnärzte

Nach erfolgter Korrektur liege eine Überschreitung von 422 % vor. Die Abrechnung liege im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis liege bei +40 %. Erneut sei hervorzuheben, dass die vorgelegten Unterlagen nicht den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Dokumentation entsprächen. Es fehlten die Begründungen und Erläuterungen zu den einzelnen Leistungen. Außerdem mangle es an individuellen Diagnosen. Somit seien die Indikationen zu den abgerechneten Leistungen nicht nachvollziehbar. Das Behandlungsvolumen habe auch aufgrund fehlender Röntgenaufnahmen nicht nachvollzogen werden können. Die Überprüfung habe zu folgenden Feststellungen, die sich teilweise auch an die Vorbescheide anschließen, geführt: Der Großteil der Leistungen sei ohne ausreichende Dokumentation erfolgt. Anhand der zur Verfügung stehenden Unterlagen sei mit Blick auf den Verhandlungsverlauf die Wirtschaftlichkeit der Erbringung von Leistungen nicht nachvollziehbar. Aus der Karteidokumentation seien keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit dieser Leistungen hervorgegangen. Häufig und mehrfach angefallene Besuchspositionen (Nr. 153 BEMA) und Zuschläge für Besuche (Nr. 161a BEMA) sowie Zuschläge nach § 87 Abs. 2i SGB V (Nr. 171a und 171b BEMA) würden ohne Abrechnung einer Hauptleistung (Behandlung) in Rechnung gestellt. Es liege die Vermutung nahe, dass für den Heimbesuch mehrerer Patienten an einem Tag pro Patient ein Besuch und das Kilometergeld abgerechnet werden würden, obwohl das Kilometergeld auf die Patienten hätte verteilt werden müssen. Besuche und Wegegelder kämen gehäuft in Verbindung mit

Zahnersatzleistungen, die während der Gewährleistungszeit hätten korrigiert und erneuert werden müssen, zur Abrechnung. Ungewöhnlich häufig würden bei Heimpatienten Mundwinkelrhagaden behandelt werden, Der Behandlungsablauf und die Therapie seien medizinisch nicht nachvollziehbar, stets in Kombination mit mehrfachen Besuchen und Wegegeldern. Es dränge sich der Eindruck auf, dass für die telefonische Instruktion des Pflegepersonals sehr häufig Beratungsleistungen (Ä1) mit einem Zuschlag nach Nr. 03, meistens am Wochenende, mehrmals bei einem Patienten abgerechnet würden. Kein chirurgischer Eingriff verlaufe ohne Nachbehandlung und somit komplikationslos (Wundinfektion, Nekrose, Nachblutung, Ohnmacht). Die umfangreiche chirurgische Behandlungsbedürftigkeit sei sehr häufig aus medizinischer Sicht nicht erkennbar. Die Behandlungen könnten auch wegen mangelnder Dokumentation und fehlender Röntgendiagnostik nicht nachgewiesen werden. Bei älteren Patienten mit der Problematik von Druckstellen würden sehr häufig umfangreiche chirurgische Eingriffe ohne ersichtliche Indikation vorgenommen werden (z. B. KNR, SMS, Pla 1, Pla2), die wiederholt zu massiven Komplikationen geführt hätten. Die Exzision nach Nr. 50 (Exz2) BEMA sei als Ersatz für eine systematische PAR-Behandlung zur Abrechnung gelangt. Als einzelne parodontal-chirurgische Maßnahme sei die Abrechnung möglich, sofern die Behandlungsrichtlinie eingehalten werde. Mit Blick auf einen Verstoß gegen die Behandlungsrichtlinie (keine Vorbehandlungen, ohne Röntgenaufnahme), müsse die Exz2 als unwirtschaftlich angesehen werden. Die Abrechnung werde auf das Maximale optimiert, ohne dass eine medizinische Indikation zu erkennen sei oder die abgerechneten Leistungen durch eine individuelle und aussagekräftige Dokumentation nachgewiesen würden. Insb. die Behandlung von Heimpatienten erscheine regelmäßig nicht nachvollziehbar. Standardisierte Textbausteine ließen nicht erkennen, ob es sich um Besuche zu vorher vereinbarten Zeiten oder um Besuche auf Anforderung des Versicherten (oder einer vertretungsberechtigten Person) gehandelt habe. Grundsätzlich sei aus der Dokumentation weder ein Grund für die Anforderung des Zahnarztes noch eine Diagnose ersichtlich. Es sei der Eindruck entstanden, dass neben den Besuchsgebühren (151/153) regelmäßig Leistungen nach BEMA-Nr. 01 und Ä1 zur Abrechnung gelangten, obgleich der Besuch eines Versicherten die eingehende Untersuchung und Beratung einschließe. Sofern Leistungen nach Nr. Ä1 BEMA für die Untersuchung des Pflegepersonals oder ausführliche Besprechungen/Beratung mit dem Pflegepersonal/Betreuer/Angehörigen zur Abrechnung gebracht würden, werde in Frage gestellt, ob dies in dieser Häufigkeit je Behandlungsfall notwendig sei. Zudem mangle es auch hier an der Dokumentation des Beratungsinhaltes. Es erwecke den Anschein, dass Besuchsleistungen nach Nr. 153 zusammen mit Zuschlägen nach Nr. 161 zur Abrechnung gebracht würden, was nach den Abrechnungsbestimmungen nicht kompatibel sei. Es dränge sich die Vermutung auf, dass zwischen den abgerechneten Wegegeldern (z. B. 78404, anteilig bei 4 Patienten) und den Zuschlägen (171A; Zuschlag für das Aufsuchen eines Versicherten) Unstimmigkeiten vorlägen. Immer wieder würden bei Besuchen von Heimpatienten Leistungen nach Nr. 70 GOÄ (kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) ohne entsprechenden Nachweis zur Abrechnung gebracht werden. Eine Dokumentation, die über das Abrechnungskürzel hinausgehe, sei nicht vorhanden. Die Abrechnung der Leistung sei daher nicht nachzuvollziehen. Grundsätzlich sei die Notwendigkeit und Häufigkeit der Heimbesuche nicht plausibel. Es entstehe der Eindruck, dass die Klägerin bspw. zur Behandlung einer Aphte angefordert worden sei und im Anschluss eine umfangreiche chirurgische Behandlung mit den "üblichen" folgenden Nachbehandlungen und Komplikationen abgerechnet würden. Bspw. seien für eine ursprünglich geplante Behandlung "Unterfütterung OK/UK" bei einem prothetisch ausreichend versorgten Gebiss im Ergebnis 14 Heimbesuche (151/153), für die 980 km zurückgelegt worden seien, 8 Unterweisungen des Pflegepersonals (Ä1), eine umfangreiche chirurgische Behandlung (SMS, Verbandsplatte etc.) mit 26 Nachbehandlungen abgerechnet worden. Die indizierte Therapie bei notwendigen Unterfütterungen sei in der Regel nicht chirurgisch. Die regelmäßige Abrechnung umfangreicher chirurgischer Maßnahmen (SMS, KnR, Tuberplastik, Verbandsplatte, Nachbehandlungen u.v.m.) erwecke den Eindruck, dass der Kiefer der Prothese angepasst werden solle und nicht umgekehrt. Die Notwendigkeit eines solchen Vorgehens sei nicht nachzuvollziehen, insb. gerade im Blick auf die Regelmäßigkeit der Abrechnung chirurgischer Leistungen im Falle einer Wiederherstellung der Prothesenfunktion (Unterfütterung). Grundsätzlich werde auch die häufige Abrechnung von Verbandsplatten bei Vollprothesenträgern als nicht notwendig und somit als nicht wirtschaftlich erachtet, da auch eine vorhandene Vollprothese als Verbandsplatte dienen könne. Die Abrechnung der Behandlung von Prothesendruckstellen erfolge fast nie primär mittels der Leistungen nach Nrn. 105/106 BEMA (Mu/sK), sondern es würden stattdessen mehrfach "nicht heilende Wunden" behandelt und die Leistungen nach Nr. 2006 GOÄ abgerechnet werden. Hier sei keine ursachenorientierte Vorgehensweise ersichtlich. Vielfach erfolge im Zusammenhang mit chirurgischen Behandlungen die Abrechnung der Entfernung einer kleinen Blutadergeschwulst (Nr. 2885 GOÄ) ohne Diagnose oder Nachweis eines histologischen Befundes. Diese Leistung falle nur äußerst selten an. Allein in der versichertenbezogenen Stichprobe von 20 % der Gesamtfallzahl seien 18 dieser Leistungen abgerechnet worden. Häufig gelangten auch Blutentnahmen nach Nr. 250 GOÄ zur Abrechnung. Es handele sich um diagnostisch indizierte Maßnahmen. Aufgrund generell fehlender dokumentierter Untersuchungsergebnisse sei die Notwendigkeit für die zahnärztlichen Berater nicht ersichtlich. Auch hier erscheine allein die Anzahl von 154 Leistungen in einem Quartal nicht nachvollziehbar. Insgesamt falle immer wieder eine Vielzahl von Behandlungsfällen auf, in denen ein nicht nachvollziehbarer, widersprüchlicher und somit unglaubwürdiger Behandlungsverlauf dokumentiert werde und fragwürdige Leistungen zur Abrechnung gebracht würden. Ein erhöhter Behandlungsbedarf ergebe sich nicht aus dem Umstand, dass der Patient in einem Pflegeheim wohne, sondern er müsse umfassend belegt werden (Hinweis auf BSG, Urt. v. 05.06.2013 - [B 6 KA 40/12 R](#) -). Die zur Verfügung gestellten Unterlagen hätten im Wesentlichen den Aussagegehalt von Abrechnungsscheinen. Ihnen sei u. a. weder zu entnehmen, wer genau den Besuch angefordert habe, noch aus welchem Grund der Besuch letztendlich stattgefunden habe. Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf (Komplexbehandlungen) müssten eindeutig belegt werden. Allein die Zugehörigkeit zu einer Patientengruppe bedinge nicht per se einen erhöhten Behandlungsbedarf. Die statistischen Überschreitungen im Gesamtfallwert seien keinesfalls als Folge von Praxisbesonderheiten zu werten oder in irgendeiner Weise durch kompensatorische Einsparungen gerechtfertigt. Die Kürzung auf den 1,4-fachen gewichteten Vergleichswert führe zur festgesetzten Honorarrückforderung. Im PAR-Bereich nahm sie Absetzungen in drei Behandlungsfällen vor, weil die Röntgenaufnahme nicht vorgelegt worden sei, eine Dokumentation über die Vorbehandlung und über die Maßnahmen zu Nr. 108/111 BEMA fehle.

Gegen den Bescheid der Prüfungsstelle legte die Klägerin am 30.10.2017 und die zu 2) bis 7) beigeladenen Verbände der Krankenkassen in Hessen am 26.10.2017 Widerspruch ein.

Der Beklagte lud die Klägerin unter Datum vom 08.11.2017, ihrem Prozessbevollmächtigten am 09.11.2017 zugegangen, zu einer Prüfsitzung am 28.02.2018 unter Beifügung einer Patientenliste mit der Bitte, Behandlungsunterlagen bis zum 15.12.2017 vorzulegen. Beigefügt war ferner eine Liste bzgl. der Arztbriefe. Der Beklagte übersandte mit Schreiben vom 15.11.2017 den vorläufigen Prüfbericht. Sie bat die Klägerin unter Datum vom 16.11.2017 um Beantwortung verschiedener Fragen bzgl. der Arztbriefe. An der Prüfsitzung des Beklagten nahm für die Klägerin deren Prozessbevollmächtigter teil.

Die Klägerin führte mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten unter Datum vom 27.02.2018 - weitgehend gleichlautend wie im Verfahren zum Vorquartal III/13 - aus, die Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung widerspreche bereits der geltenden Prüfvereinbarung, da

danach eine Einzelfallprüfung stattfinden müsse. In der Vergangenheit sei eine unwirtschaftliche Behandlungsweise nicht rechtskräftig festgestellt worden. Es fehle auch an einer homogenen Vergleichsgruppe. In Bezug auf die MKG-Chirurgen müsse eine verfeinerte Vergleichsgruppe gebildet werden. Die Bildung eines rein rechnerischen Mittelwerts auf der Grundlage einer Gewichtung sei unzulässig. Der chirurgische Schwerpunkt der Praxis sei zu berücksichtigen. Dieser führe zu einem notwendigen überdurchschnittlichen Leistungsaufkommen pro Fall im Bereich KCH. Er stehe im Zusammenhang zur Praxisbesonderheit "Komplexsanierungen" und der sich hieraus ergebenden überdurchschnittlichen Anzahl von besonders behandlungsbedürftigen Patienten unter Narkose. Auch "Heimpatienten" und "Rentner" seien hiervon betroffen. Die Versorgung der Heimpatienten sei eine Praxisbesonderheit. Mit Besuchen, Wegegeldern und Nachbehandlungen entstünden Mehrleistungen. Die Nr. 151 BEMA werde gegenüber dem MKG-Falldurchschnitt weit überdurchschnittlich abgerechnet. 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. Die Praxis sei auf Patienten mit infektiösen Erkrankungen, Demenz- und Herz-Kreislaufkrankungen, Zahnarztphobien und Behinderungen spezialisiert. Bei diesen Patienten bestehe ein umfangreicher Behandlungsbedarf. Häufig bedürfe es anästhesiologischer Verfahren. Die Patienten würden von zahlreichen Behandlern überwiesen werden. Sie bedürften einer intensiven Nachsorge. Sie führe Komplexsanierungen mit umfangreichen konservierenden, endodontischen und chirurgischen Leistungen durch. Die Versorgung von Heimpatienten führe zu einer weit überdurchschnittlichen Behandlung von Rentnern. Deren Behandlung und der Mehraufwand korreliere mit der Praxisbesonderheit Heimpatienten. Weitere Erläuterungen zu Praxisbesonderheiten werde sie in der Sitzung des Beklagten vornehmen. Dies liege an einem derzeitigen Personalengpass. Sie beantrage daher die Vertagung und Einräumung einer Nachfrist. Sie widerspreche ausdrücklich den Feststellungen im Bescheid ab Seite 5. Sofern hier zu einzelnen Leistungspositionen Stellung genommen werde, erfolge dies pauschal ohne Bezug zu einzelnen Behandlungsfällen. Dies sei nicht nachvollziehbar. Aus demselben Grund sei auch eine über ein ebenso pauschales Bestreiten hinausgehende Erwiderung nicht möglich. Der Vorwurf des Automatismus im Abrechnungsverhalten werde zurückgewiesen.

Die beigeladenen Verbände der Krankenkassen legten keine Begründung ihres Widerspruchs vor.

Mit Beschluss vom 28.02.2018, ausgefertigt am 30.05.2018, dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 01.06.2018 zugestellt, gab der Beklagte dem Widerspruch der Verbände der Krankenkassen und dem Widerspruch der Klägerin teilweise statt. Er fasste die Honorarkürzung neu. Er setzte eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 863.033,63 EUR bzw. nach Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts von 756.512,74 EUR fest. Davon entfielen auf den konservierend-chirurgischen Bereich 846.781,71 EUR bezogen auf den Gesamtfallwert und auf die sachlich-rechnerischen Berichtigungen nach Nr. 7750 GOÄ 13.712,65 EUR (927 Leistungen) und 339,48 EUR (23 Leistungen), auf den KB-Bereich 938,08 EUR und auf den PAR-Bereich wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise 1.261,71 EUR. Den Antrag auf Vertagung lehnte er ab. Er nahm eine sachlich-rechnerische Berichtigung im Bereich der Nr. 7750 GOÄ vor. Er habe alle Fälle überprüft, in denen die Leistung nach Nr. 7750 GOÄ ggf. mit Porto alleine abgerechnet worden sei. Arztbriefe, die ohne konkreten Adressaten erstellt worden seien, erfüllten nicht das Gebot eines effektiven und somit wirtschaftlichen Vorgehens. In 927 Fällen sei die Notwendigkeit zur Erstellung eines Arztbriefes nicht erkennbar. Bei der Mehrheit der Briefdokumente sei eine Notwendigkeit auch deshalb nicht erkennbar, da sich die Ausführungen auf alltägliche Behandlungen bezögen wie das Durchführen einer Kontrolluntersuchung ohne weitere Therapie, das Entfernen von Zahnstein, gegebenenfalls mit einer Mundschleimhautbehandlung, Kürettagen, das Füllen eines Zahnes, die Reparatur einer zerbrochenen Prothese oder das Wiedereinsetzen einer Krone. Im Ergebnis handele es sich hierbei um Maßnahmen, bei denen üblicherweise keine Mitteilung an einen behandelnden Hausarzt erfolge. Gründe, warum im Einzelfall aus medizinischer Sicht ein Arztbrief erforderlich gewesen sein sollte, seien nicht erkennbar und von Seiten der Klägerin auch trotz mehrfacher Aufforderung nicht vorgebracht worden. Zusätzlich sei bei vielen Briefen gar nicht angegeben, worin überhaupt die Behandlung bestanden habe, oder die durchgeführte Behandlung sei anhand der Angaben im Arztbrief nicht nachvollziehbar. Bei 725 Patienten/Leistungen hätten bereits Briefausdrucke für das vorangegangene Quartal III/13 vorgelegen. Hiervon seien bei 506 Patienten/Leistungen die selben Behandlungen geschildert worden. Darüber hinaus erfüllten die Arztbriefe, die ohne konkreten Anlass erst Monate nach Abschluss der Behandlung, oft auch ohne konkreten Adressaten erstellt würden, nicht das Gebot eines effektiven und somit wirtschaftlichen Vorgehens. Die vorliegenden Zeitspannen zwischen Behandlungen und Datierung der Briefausdrucke widersprechen oftmals der Sinnhaftigkeit eines qualifizierten Arztbriefes. Insgesamt erfüllten die Briefe eher eine Recalfunktion. Die zur Verfügung gestellten Briefausdrucke erfüllten nicht den Leistungsinhalt der Nr. 7750 GOÄ. Der qualifizierte Arztbrief müsse Anamnese, Befund, Diagnose, Therapie und Epikrise bzw. epikritische Bewertung enthalten. Alle Ausdrucke seien ohne konkrete Bezeichnung des ärztlichen Adressaten erfolgt und seien nur mit der Bitte um Weiterleitung an den Hausarzt versehen. Hier stelle sich die Frage, inwiefern diese Arztbriefe überhaupt angefordert worden seien. In den vorgelegten Briefdokumenten sei in vielen Fällen die Befunderhebung nicht korrekt, unvollständig oder nicht ausreichend. In der Therapiebeschreibung sei häufig keine Region bzw. kein Zahn angegeben worden. Insoweit sei nicht nachvollziehbar, wo die beschriebene Therapie durchgeführt worden sei. Bei 927 Patienten/Leistungen entsprechen die Ausführungen unter dem Punkt Epikrise nicht den Anforderungen für einen qualifizierten Arztbrief. Eine individualisierte, fachkundige medizinische Beurteilung des Krankheitsverlaufes sei hier nicht erkennbar. Zusammenfassend habe die Überprüfung ergeben, dass die Inhalte der Briefdokumente nicht nur bezogen auf die Epikrise, sondern auch hinsichtlich Befunddarstellung, Therapiebeschreibung nicht den Leistungsanforderungen der Nr. 7750 GOÄ genügten. Der Beklagte fügte dem Bescheid als Anlage 2 eine Liste mit allen Absetzungen der Nr. 7750 GOÄ an, in der angegeben wird, ob der Adressat fehlt, die Befunddarstellung, Therapiebeschreibung oder Epikrise nicht den Anforderungen an den Leistungsinhalt genügt. Die Berichtigung unterfalle seiner Annexkompetenz. Die Feststellungen erfolgten bei Überprüfung der gehäuft abgerechneten Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ. Zudem bestehe ein untrennbarer Sachzusammenhang zur statistischen Vergleichsprüfung aufgrund der notwendigen Fallzahlkorrekturen bei Absetzung der isolierten Leistungen. Die Berichtigung sei auch von untergeordneter Bedeutung. Eine Kürzung sei auch in den Fällen - insgesamt im Umfang von (incl. 13,34 EUR Porto) 339,48 EUR - erfolgt, in denen Arztbriefe nicht vorgelegt worden seien. Mit ähnlicher Begründung wie die Prüfungsstelle führte er eine statistische Vergleichsprüfung durch und korrigierte die Fallzahlen. Abweichend von der Prüfungsstelle berücksichtigte er bei der Gewichtung nicht nur die Praxisinhaber, sondern auch die - im Ergebnis sechs - angestellten Zahnärzte entsprechend ihrer Qualifikation (Faktor 8 (Zahnärzte) zu Faktor 1 (MKG-Chirurg)). Nach erfolgter Korrektur liege bei einem Vergleichswert von 87 Punkten pro Behandlungsfall und 522 Punkten der Klägerin eine Überschreitung von 500 % vor. Im Einzelnen errechnete der Beklagte folgende Abrechnungswerte in Anlage 1 zum Bescheid: Nr. 87787 und 97675  
Fallzahl VZA\* 3.185  
Punktezahl 1.183.574  
Fallzahlkorrektur nach Absetzung der Nr. 7750 951

Neue Fallzahl VZA\* 2.234

Punktezahl beide Abrechnungsnr. 1.183.574

Bereinigung sachlich-rechnerische Berichtigung KZVH 4.141

Punktekorrektur nach Absetzung der Nr. 7750 14.265

Neue Punktezahl 1.165.168

Neu Ø Punkte pro Fall VZA\* 522

Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte\*\* 80

Ø Punkte pro Fall VG MKG-Chirurgen 139

Neu Ø Punkte pro Fall gewichtete VG 87

Anerkannt Faktor 1,4 122

Abzusetzende Punkte je Fall 400

Abzusetzende Punkte gesamt 893.600 VZA\* = Klägerin

VG\*\* = Vergleichsgruppe der hessischen Zahnärzte

Die Beklagte führte weiter aus, die Abrechnung liege im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis liege bei +40 %. Eine Ausgleichsquote für die Möglichkeit der MKG-Chirurgen, auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen, sei nicht erforderlich. Dies wäre nur der Fall, wenn im ärztlichen Bereich insgesamt weniger Behandlungsfälle als von der Vergleichsgruppe abgerechnet worden wären. Anhaltspunkte hierfür lägen nicht vor. Ein entsprechender Vortrag der Klägerin sei nicht erfolgt. Auch sei davon auszugehen, dass im selben Behandlungsfall dies nicht möglich sei. Praxisbesonderheiten wie auch kompensatorische Einsparungen hätten im Rahmen der exemplarischen Prüfung einer Reihe von Behandlungsfällen nicht festgestellt werden können. Mit den vorgelegten Unterlagen habe sich ein erhöhter Behandlungsbedarf bei Heimpatienten nicht nachweisen lassen. Dies gelte auch für die geltend gemachten Komplexbehandlungen. Es sei der Eindruck entstanden, dass Leistungsinhalte oftmals überbewertet worden seien. Es habe sich auch ein extrem unwirtschaftliches Verhältnis zwischen abgerechneten Leistungen/Begleitleistungen und zahnärztlichem Therapieziel gezeigt. Gerade bei Heimpatienten sei der Abrechnungsumfang unter Berücksichtigung der Behandlungsbedingungen und umfangreicher chirurgischer Behandlungen teilweise ohne Röntgendiagnostik nicht nachvollziehbar. In den Behandlungsfällen E., F. und G. sei die Dokumentation der Schienenbehandlung nicht vorgelegt worden, somit fehle es am Nachweis der Notwendigkeit dieser Behandlung, weshalb die Leistungen abgesetzt würden. Die Absetzung im PAR-Bereich sei aus den Gründen der Vorinstanz zu bestätigen.

Gegen den Beschluss hat die Klägerin am 02.07.2018 die Klage erhoben. Sie trägt ergänzend zu ihrem Vorbringen im Verwaltungsverfahren im Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 28.11.2018 zur Klagebegründung vor, die sachlich-rechnerische Berichtigung von 950 Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ falle bereits vom Umfang her nicht mehr in die Randzuständigkeit des Beklagten. Ein statistischer Kostenvergleich sei unzulässig, da entgegen der Vorgaben der Prüfvereinbarung kein Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit vorliege. Gegen die in den Vorquartalen erfolgten Prüfungen seien noch Gerichtsverfahren anhängig. "Festgestellte" Unwirtschaftlichkeit setze rechtskräftig festgestellte Unwirtschaftlichkeit voraus. Der Beklagte habe seiner Prüfung eine inhomogene und nicht aussagekräftige Vergleichsgruppe zugrunde gelegt. MKG-Chirurgen dürften nicht mit Allgemein-Zahnärzten verglichen werden. Bei einer rein mathematischen Berechnung des Vergleichswertes nach Köpfen handele es sich aber generell um eine äußerst pauschalierende Betrachtung. Es entspreche nicht der Realität, auf alle Leistungserbringer würde derselbe Leistungsanteil entfallen. Eine statistische Vergleichsprüfung sei unzulässig, da offenbar keine repräsentative Vergleichsgruppe bestehe. Ihr MKG-Chirurg habe einen wesentlich höheren Leistungsanteil als die beteiligten Zahnärzte. Im Ergebnis werde er nun in unzulässiger Weise mit Zahnärzten verglichen. Der chirurgische Schwerpunkt der Praxis führe zu einem gegenüber der Vergleichsgruppe notwendig überdurchschnittlichen Leistungsaufkommen pro Fall. Er stehe auch in Zusammenhang mit der Praxisbesonderheit "Komplexsanierungen" und der sich hieraus ergebenden überdurchschnittlichen Anzahl von besonders behandlungsbedürftigen Patienten unter Narkose. Auf den chirurgischen Schwerpunkt sei ein Leistungsaufkommen im Bereich KCH von 536.561,19 EUR entfallen, was einem Anteil von 55 % am Gesamtleistungsbedarf von 964.373,84 EUR entspreche. Die Berücksichtigung der angestellten Zahnärzte sei nicht zulässig. Ihre Leistungen seien bereits im Durchschnittswert der Fachgruppe enthalten. Der Durchschnittswert nur der Vertragszahnärzte dürfte im Zweifel höher sein. Angestellte Zahnärzte hätten eine geringere Wochenarbeitszeit als Vertragszahnärzte. Es fehlten aussagekräftige Daten hierzu. Die 100-Fall-Statistik enthalte nur Angaben pro Praxis, unabhängig von der Zahl der Behandler. Die Zahl der angestellten Zahnärzte werde nur bei ihr berücksichtigt. Ein Einzeileistungsvergleich zeige deutlich, dass sie nicht mit der Vergleichsgruppe der Zahnärzte vergleichbar sei. Jedenfalls sei die Ansetzung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei 40 % unangemessen, da der fiktive Vergleichswert ungenau sei und nicht ihre tatsächlichen Verhältnisse widerspiegele. Auch müssten die geltend gemachten Praxisbesonderheiten, soweit sie nicht als solche anerkannt werden, berücksichtigt werden. Zu den Praxisbesonderheiten habe sie umfangreiche Unterlagen vorgelegt, auf die sie Bezug nehme. Aus den Unterlagen ergebe sich die überdurchschnittliche Betreuung von Heimbewohnern und die damit erforderlichen Besuche, Wegegelder und Nachbehandlungen. Es gebe sehr wohl einen Erfahrungssatz, dass die Versorgung von Heimpatienten deren Besuch voraussetze. Aus den Karteikarten ergäben sich sehr wohl die Gründe für die Besuche und damit auch deren Notwendigkeit. Im Übrigen bestreite sie die vom Beklagten aufgestellten Dokumentationsanforderungen. In einem ersten Schritt sei es auch nicht erforderlich, dass für jeden unter die Praxisbesonderheiten fallenden Patienten die komplette Behandlungsdokumentation eingereicht werde. Es hätte ihr zumindest Gelegenheit gegeben werden müssen, hierzu ergänzend vorzutragen. Dieses Versäumnis stelle einen relevanten Verfahrensfehler dar. Ihr obliege nicht der Nachweis der Wirtschaftlichkeit für jede Behandlungsmaßnahme. Aus den 100 Fall-Statistiken ergebe sich zudem, dass sie die maßgebliche Nr. 151 um 1.550 % überschritten habe. Dem Beklagten sei daher der konkrete Leistungsaufwand bekannt gewesen. Es reiche nicht aus, lediglich auf eine nicht ausreichende Dokumentation hinzuweisen. Die von ihr durchgeführten Komplexsanierungen würden von anderen MKG-chirurgischen Praxen in dieser Art und Weise in Hessen nicht erbracht werden. Damit setze sich die Beklagte nicht ausreichend auseinander. Sie verweist in diesem Zusammenhang auch erneut auf eine überdurchschnittliche Behandlung von Rentnern hin. Der Beklagte habe ihr auch keine Möglichkeit zur Darlegung ihrer Praxisbesonderheiten gegeben. Ihr Prozessbevollmächtigter habe mit Schreiben vom 27.02.2018 dargelegt, dass aufgrund eines nicht vorhersehbaren Personalengpasses eine ausführliche Darlegung der Praxisbesonderheiten bis zur Sitzung des Beklagten am 28.02.2018 nicht mehr möglich sei. Die beantragte Vertagung habe der Beklagte rechtswidrig abgelehnt. Die in der Vorstandsmeldung des Beklagten vom 12.09.2017 erhobenen Vorwürfe seien zu pauschal, als dass hierauf eine Erwiderung möglich wäre. Die Honorarkürzungen stellten

ungerechtfertigte Eingriffe in ihre Grundrechte aus [Art. 12 Abs. 1](#) und 3 Abs. 1 GG dar.

Die Klägerin beantragt,  
den Bescheid vom 28.02.2018 aufzuheben,  
hilfsweise,  
den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 28.02.2018 zu verurteilen, sie und die Beigeladenen zu 2) bis 7) über ihren jeweiligen Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden,  
weiter hilfsweise,  
die Sprungrevision zum Bundessozialgericht zuzulassen.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 2) und 5) bis 7) beantragen,  
die Klage abzuweisen,  
hilfsweise,  
die Sprungrevision zum Bundessozialgericht zuzulassen.

Der Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung auf die Klage erwidert.

Die Beigeladenen haben sich zur Sache schriftsätzlich nicht geäußert.

Die Kammer hat von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen den Honorarbescheid und Auskunft zum Abrechnungsumfang der MKG-Chirurgen eingeholt.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 04.07.2018 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 einer ehrenamtlichen Richterinnen 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 Ausbleibens eines Vertreters der Beigeladenen zu 3) und 4) tun, weil diese ordnungsgemäß geladen worden sind.

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

Gegenstand des Verfahrens ist jeweils nur der Bescheid des Beklagten, nicht auch der der Prüfungsstelle. In Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung beschränkt sich die gerichtliche Kontrolle auf die das Verwaltungsverfahren abschließende Entscheidung des Beschwerdeausschusses. Dieser wird mit seiner Anrufung für das weitere Prüfverfahren ausschließlich und endgültig zuständig. Sein Bescheid ersetzt den ursprünglichen Verwaltungsakt des Prüfungsausschusses, der abweichend von [§ 95 SGG](#) im Fall der Klageerhebung nicht Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird. Eine dennoch gegen diesen Bescheid erhobene Klage ist unzulässig (vgl. BSG, Urt. v. 19.06.1996 - [6 RKA 40/95](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 35](#), zitiert nach juris Rdnr. 12; BSG, Urt. v. 28.06.2000 [B 6 KA 36/98 R](#) - [USK 2000-165](#), juris Rdnr. 14).

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid des Beklagten vom 28.02.2018 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.

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 des Gesetzes vom 19.10.2012 ([BGBl. I, 2192](#)), gültig bis zum 31.12.2016. 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](#)).

Für die Quartale ab I/08 gilt die Prüfvereinbarung vom 26.06.2008. Danach werden Prüfverfahren auf der Grundlage von Zufälligkeits- und Auffälligkeitskriterien eingeleitet. Bewilligte oder genehmigte Leistungen können keiner nachträglichen Prüfung auf Wirtschaftlichkeit unterzogen werden, es sei denn, es liegt ein Richtlinienverstoß vor (§ 5 Abs. 1 PV 2008). Der Auffälligkeitsprüfung ist ein Zeitraum von einem Quartal zugrunde zu legen. Die KZV Hessen und die Krankenkassen überprüfen in einem gemeinsamen Ausschuss alsbald nach Vorliegen der statistischen Unterlagen gemeinsam in einem Auswahlgespräch die Abrechnungen der Vertragszahnärzte und bestimmen

hieraus die Vertragszahnärzte, die beraten, auf Abrechnungsabweichungen hingewiesen oder individuell überprüft werden sollen (§ 5 Abs. 3 PV 2008). Nach der Vereinbarung über die Errichtung der Prüfungsstelle gemäß [§ 106 SGB V](#) vom 16.06.2008 mit Wirkung zum 01.01.2008 (im Folgenden: EV) wird zur Einleitung weiterer Prüfverfahren nach Auffälligkeitskriterien ein gemeinsamer Ausschuss der Vertragspartner gebildet (§ 4 Abs. 1 S. 1 EV). Der gemeinsame Ausschuss entscheidet über die Einleitung bzw. die Nicht-Einleitung von Prüfverfahren mehrheitlich (§ 4 Abs. 1 S. 4 EV). Die Einleitung des Prüfverfahrens ist grundsätzlich auf den Zeitraum eines Quartals beschränkt. In begründeten Ausnahmefällen ist die Ausdehnung auf maximal vier Quartale zulässig (§ 4 Abs. 1 S. 6 und 7 EV).

Ein Verstoß gegen Prüf- bzw. Antragsfristen ist nicht ersichtlich.

Es erfolgte eine quartalsbezogene Auswahl. Der Gemeinsame Ausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen hat den Prüfauftrag als Auffälligkeitsprüfung an die Prüfungsstelle übergeben. Der Gemeinsame Ausschuss hat eine Prüfmethode nicht vorgeschlagen. Nach § 4 Abs. 5 Satz 3 EV kann er eine Empfehlung zur Prüfmethode und zu den für die Anhörung erforderlichen Unterlagen abgeben, ist hierzu aber nicht verpflichtet.

§ 5 PV unterscheidet zwischen Zufälligkeitsprüfung (Abs. 2) und Auffälligkeitsprüfung (Abs. 3). Die Zufälligkeitsprüfung erfolgt aufgrund der von der KZV zu ziehenden Stichprobe. Für die Einleitung der Auffälligkeitsprüfung ist die Auswahl im gemeinsamen Ausschuss erforderlich. Durch Übersendung der Aufstellung der in der Zufälligkeits- und Auffälligkeitsprüfung ermittelten Vertragsärzte an die Prüfungsstelle wird das Prüfverfahren eingeleitet (§ 5 Abs. 4 S. 1 PV). Fristen hierfür nennt die PV nicht, weder für die Auswahl durch den gemeinsamen Ausschuss noch für die Übersendung der Aufstellung. Verlangt wird lediglich, dass der betroffene Vertragszahnarzt, die Krankenkassen sowie die KZV Hessen über die Einleitung des Prüfverfahrens informiert werden (§ 5 Abs. 4 S. 2 PV). Darüber hinaus besteht ein Antragsrecht der KZV Hessen, einer Krankenkasse oder ihres Verbands bezogen auf einzelne Behandlungsfälle, zahnärztlich verordnete/veranlasste Leistungen, sonstige Schäden und als Folge einer Überprüfung nach [§ 106a SGB V](#) (§ 5 Abs. 5 S. 1 PV) und auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit i. S. von [§ 106 Abs. 3 S. 3](#) 1. Alternative SGB V und als Folge einer Überprüfung nach [§ 106a SGB V](#) (§ 5 Abs. 6 S. 1 PV). § 5 Abs. 6 S. 1 PV nennt nicht ausdrücklich die Antragsbefugten, bezieht sich insofern aber offensichtlich auf die in Abs. 5 Genannten. Die PV unterscheidet damit zwischen dem "regulären", von Amts wegen, d. h. aufgrund der Stichprobe und der Auswahl des gemeinsamen Ausschusses durchzuführenden Prüfverfahren, und dem besonderen, auf Antrag der in Abs. 5 genannten Antragsbefugten. Nur für das Antragsverfahren nach § 5 Abs. 6 S. 1 PV wird eine Frist aufgestellt. Anträge nach § 5 Abs. 6 S. 1 PV können nur bis zum Ablauf des 4. Kalendermonats nach Übersendung sowohl der Quartalsrechnungen als auch der Statistiken schriftlich gestellt werden.

Bereits aus der PV folgt daher, dass Fristen für die Einleitung einer Auffälligkeitsprüfung durch den gemeinsamen Ausschuss nicht bestehen. Von daher kann die Frage dahinstehen, ob solche Fristen, die [§ 106 SGB V](#) nicht vorsieht, zulässig wären und ob ein Vertragszahnarzt sich auf die Einhaltung einer solchen Frist berufen könnte (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 27.06.2001 - [B 6 KA 66/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 53](#), juris Rdnr. 20 ff.; Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Loseblattausgabe, § 106, Rdnr. 438 ff.).

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 war auch zuständig für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen.

Trotz der grundsätzlichen Unterschiede zwischen Wirtschaftlichkeitsprüfung und sachlich-rechnerischer Richtigstellung gibt es zwischen beiden Instrumenten inhaltliche Überschneidungen. Regelmäßig ist eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vorrangig, weil sinnvoller Weise nur die Honorarforderung des Vertragsarztes der Prüfung auf ihre Wirtschaftlichkeit unterzogen werden kann, die sachlich-rechnerisch richtig und auch ansonsten rechtmäßig ist. Dieser grundsätzliche Vorrang der Abrechnungskorrekturen ist indessen praktisch vielfach nicht umsetzbar, weil für die zuständigen Behörden nicht von vornherein erkennbar ist, ob bei Auffälligkeiten der Honorarabrechnung fehlerhafte Ansätze der Gebührenordnung oder eine unwirtschaftliche Leistungserbringung bzw. abrechnung vorliegen oder ob beides zusammentrifft. Vielfach zeigt erst eine nähere Untersuchung der Abrechnung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, dass bestimmte, ggf. extreme Überschreitungen des Vergleichsgruppendurchschnitts hinsichtlich einzelner Leistungssparten oder - besonders deutlich - hinsichtlich von Einzelleistungen auf einen Fehlansatz einzelner Gebührenpositionen zurückgehen. In dieser Situation sind die Prüfungsgremien berechtigt, sachlich-rechnerische Richtigstellungen vorzunehmen, wenn diese neben der eigentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von untergeordneter Bedeutung sind. Liegt aber der Schwerpunkt der Beanstandungen bei einer fehlerhaften Anwendung der Gebührenordnung, müssen die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung das Prüfverfahren abschließen und der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung Gelegenheit geben, sachlich-rechnerische Richtigstellungen vorzunehmen (vgl. BSG, Urt. v. 06.09.2006 - [B 6 KA 40/05 R](#) - [BSGE 97, 84](#) = [SozR 4-2500 § 106 Nr. 15](#), juris Rdnr. 19; BSG, Urt. v. 29.11.2006 - [B 6 KA 39/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 106a Nr. 3](#), juris Rdnr. 17; BSG, Urt. v. 27.04.2005 - [B 6 KA 39/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 10](#), juris Rdnr. 19; BSG, Urt. v. 18.08.2010 - [B 6 KA 14/09 R](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 29](#), juris Rdnr. 52).

Vorliegend ergab sich die Notwendigkeit der sachlich-rechnerischen Richtigstellungen erst im Verlauf des Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens. Den Richtigstellungen kommt auch nach den Vorschriften des Bewertungsmaßstabs im Verhältnis zur Wirtschaftlichkeit keine derart überragende Bedeutung zu, dass eine Abgabe des Verfahrens an die zu 1) beigeladene Kassenzahnärztlichen Vereinigung geboten war. Die Gesamthonorarberichtigung beträgt vor Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts 863.033,63 EUR. Davon entfallen 846.781,71 EUR auf den konservierend-chirurgischen Bereich im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, also 98,1 %, mit der PAR-Prüfung (1.261,71 EUR) und der Prüfung im KB-Bereich (938,08 EUR) 98,4 %, und 13.712,65 EUR und 339,48 EUR auf die Absetzung von Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ, also 1,6 % auf die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen. Bereits von daher tritt die Bedeutung der sachlich-rechnerischen Richtigstellungen eindeutig hinter der Wirtschaftlichkeitsprüfung zurück. Es handelt sich nur um eine einzige Leistung, nämlich Nr. 7750 GOÄ, bei der durchgehend dieselben Beanstandungen angeführt werden. Von der Zahl der abgesetzten Leistungen kann nicht auf die Bedeutung geschlossen werden.

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 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 Beklagte hat der Klägerin ausreichend rechtliches Gehör eingeräumt.

Der geprüfte Zahnarzt ist zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzuhören ([§ 24 Abs. 1 SGB X](#)). Die Klägerin wurde auch durch Anberaumung einer weiteren Prüfsitzung rechtliches Gehör gewährt. Ihr Prozessbevollmächtigter hat an der Sitzung des Beklagten teilgenommen.

Soweit die Klägerin vorträgt, es hätte ihr zumindest Gelegenheit gegeben werden müssen, im Verwaltungsverfahren ergänzend zu den geltend gemachten Praxisbesonderheiten, insbesondere zur Erforderlichkeit der Besuche vorzutragen, war dem nicht zu folgen. Ein Verfahrensfehler liegt insoweit nicht vor. Bereits im Bescheid der Prüfungsstelle vom 19.07.2017 war die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ausdrücklich abgelehnt worden. In den Bescheidgründen wies bereits die Prüfungsstelle im Rahmen der "Feststellungen" auf die unzureichende Nachvollziehbarkeit des Leistungsgeschehens aufgrund der Unterlagen und der mangelhaften Dokumentation hin. Ausdrücklich und ausführlich wurden die Besuchspositionen angeführt. Bereits die Prüfungsstelle wies darauf hin, dass sich ein erhöhter Behandlungsbedarf nicht aus dem Umstand ergebe, dass der Patient in einem Pflegeheim wohne, sondern er müsse umfassend belegt werden, was auch für Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf (Komplexbehandlungen) gelte. Von daher war im Widerspruchsverfahren bekannt, dass der bisherige Vortrag und die bisher vorgelegten Unterlagen keinesfalls aus Sicht der Prüfungsgremien ausreichen, die von der Klägerin geltend gemachten Praxisbesonderheiten zu belegen. Hinzu kommt, dass bereits für die Vorquartale weitgehend gleichlautende Beanstandungen seitens der Prüfungsgremien gemacht worden waren (vgl. bereits für die Quartale I und II/09 SG Marburg, Urt. v. 18.11.2015 - [S 12 KA 275/14](#) - juris). Die Kammer hat ferner diesbezüglich darauf hingewiesen, dass es Sache der Klägerin gewesen wäre, bereits im Verwaltungsverfahren hier im Einzelnen die Zahl der Behandlungsfälle unter Nennung der Patientennamen und den Behandlungsumfangs und den Versorgungsbedarf darzulegen. Allein aus einer – auch erheblichen Mehrabrechnung – der Besuchsziffern folge gleichfalls keine Offenkundigkeit der Besuchsleistungen. Die Klägerin habe nicht dargelegt oder gar durch ihre Dokumentation belegt, aus welchem Grund Besuchsleistungen angefordert worden seien. Auch beträfen die Ziffern 7500 und 7510 BEMA nicht ausschließlich Besuche in Altenheimen. Insb. folge aber auch aus Besuchsleistungen in Altenheimen nicht, dass ein besonderer Behandlungsbedarf bestehe. Insofern bestehe im zahnärztlichen Bereich nicht der Erfahrungssatz, dass Bewohner eines Altenheims einen erhöhten Behandlungsbedarf hinsichtlich KCH-Leistungen hätten (vgl. SG Marburg, Urt. v. 27.11.2013 - [S 12 KA 228/13](#) - juris). Ebenso hat das LSG Hessen in seinem Beschluss vom 08.08.2013 [L 4 KA 29/13 B ER](#) - juris Rdnr. 69 darauf hingewiesen, dass die Einlassung der Klägerin, ein erhöhter Behandlungsbedarf entstehe durch die Versorgung von Heimpatienten, die üblicherweise zahnärztlich überhaupt nicht versorgt worden seien, hierfür kein ausreichend substantiierter Vortrag sei. Im Übrigen bestehen die Darlegungsobliegenheiten eines Vertrags(zahn)arztes grundsätzlich bereits gegenüber der Prüfungsstelle (vgl. BSG v. 21.03.2012 - [B 6 KA 17/11 R](#) - SozR 4-2500 § 106 Nr. 35, Rdnr. 41 f.).

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

Die vierjährige Ausschlussfrist ist nicht verletzt.

Der Beklagte hat zu Recht die Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ abgesetzt.

Die Nr. 7750 GOÄ beinhaltet einen ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht, einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und ggf. zur Therapie. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten. Dies folgt aus dem ausdrücklichen Zusatz zur Leistungslegende. Die Leistungslegende ist erst dann erfüllt, wenn über den einfachen Befundbericht hinaus, unter Berücksichtigung der aktuellen anamnestischen Daten, eine epikritische Bewertung des Befundes erfolgt und/oder ein epikritischer Vergleich mit Vorbefunden und sonstigen Informationen gezogen wird. Die Epikrise bzw. epikritische Bewertung verlangt einen zusammenfassenden kritischen Bericht über den Ablauf einer Krankheit nach Abschluss des Falles oder nach endgültiger Diagnosestellung (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 28.10.2015 - [S 12 KA 471/14](#) -, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 43/15](#) -). Der Beklagte weist zutreffend darauf hin, dass die nach Nr. 7750 GOÄ abgerechneten Schreiben nicht den Leistungsinhalt der Nr. 7750 GOÄ erfüllen, sondern eher eine Recallfunktion haben. Es handelt sich um eine medizinische Sachstandsmitteilung, die keinen fachlichen Nutzen für eine weitere Handlung beinhaltet. Die Kammer hat in der Vergangenheit mehrfach entsprechende sachlich-rechnerische Berichtigungen der Beigeladenen zu 1) gegenüber der Klägerin bestätigt (vgl. SG Marburg, Gerichtsbb. v. 17.10.2018 - S 12 KA 674/17 -, - S 12 KA 673/17 -, - S 12 KA 672/17 - und - S 12 KA 671/17 -; v. 02.03.2018 - S 12 KA 428/17 - und - S 12 KA 798/16 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 22 und 21/18 -; v. 12.01.2018 - S 12 KA 800/16 -, - S 12 KA 321/17 - und - S 12 KA 378/17 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 9, 11 und 12/18 -; Urt. v. 25.10.2017 - S 12 KA 420/15 - rechtskräftig; Gerichtsbb. v. 05.07.2017 - S 12 KA 797/16 -, - S 12 KA 296/16 - und - S 12 KA 205/16 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 39, 38 und 35/17 -; v. 05.07.2017 - S 12 KA 373/15 - rechtskräftig). Bei Nichtvorlage des Befundberichts kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Leistung nach Nr. 7750 erbracht worden ist (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 07.05.2014 - S 12 KA 40/14 -; Gerichtsbb. v. 20.01.2016 - S 12 KA 112/15 - und - S 12 KA 697/15 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 12/16](#) - bzw. rechtskräftig).

Nicht zu beanstanden war von der Kammer die Honorarkürzung im KCH-Bereich aufgrund der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Der Beklagte konnte einen statistischen Kostenvergleich durchführen. Es besteht keine zwingende Verpflichtung der Prüfungsgremien zur Einzelfallprüfung bzw. eingeschränkten Einzelfallprüfung mit Hochrechnung. Die Kammer hält nach nochmaliger Prüfung an ihrem Urteil vom 27.11.2013 - [S 12 KA 419/13](#) und [S 12 KA 429/13](#) - juris fest (vgl. zuletzt SG Marburg, Urt. v. 15.11.2017 - S 12 KA 363/17 - Berufung anhängig beim LSG Hessen - L 4 KA 65/17 -; SG Marburg, Gerichtsbb. v. 17.10.2018 - S 12 KA 276/17 -).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehört die Auswahl der im Einzelfall geeigneten Prüfmethode vielmehr zum Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien, der insb. durch das Gebot "effektiver" Wirtschaftlichkeitsprüfungen eingeschränkt wird (vgl. BSG, Urt. v. 19.10.2011 - [B 6 KA 38/10 R](#) - SozR 4-2500 § 106 Nr. 33, juris Rdnr. 16 u. 20). § 6 Abs. 2 PV stellt ein subsidiäres Verhältnis nur zwischen Einzelfallprüfung und repräsentativer Einzelfallprüfung auf in dem Sinne, dass von der Einzelfallprüfung im Hinblick auf die Vielzahl der Behandlungsfälle abgesehen werden kann ("unzumutbar"). Hinsichtlich der in § 6 Abs. 1 PV ebf. genannten Prüfung nach

Durchschnittswerten wird eine solche Subsidiarität nicht vereinbart. Der Gedanke des "unzumutbaren" Aufwandes würde aber, wie gerade auch der vorliegende Fall zeigt, u. U. für eine Vorrangigkeit einer Prüfung nach Durchschnittswerten sprechen. § 4 Abs. 7 Satz 1 EV, rechtssystematisch nicht ohne weiteres als Ergänzung zu § 6 PV erkennbar, lässt bei der repräsentativen Einzelfallprüfung die Hochrechnung zu. Die Bestimmung in Satz 2 "Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit oder Verweigerung der Vertragszahnarzt die Mitwirkung an dem Prüfverfahren sind pauschale Honorarkürzungen zulässig" steht schlichtweg daneben, ohne dass eine Beschränkung der Prüfung nach Durchschnittswerten, die in § 4 Abs. 7 Satz 2 EV als solche nicht genannt wird, auf die beiden Fälle einer wiederholten Unwirtschaftlichkeit bzw. fehlender Mitwirkung abschließend geregelt wird. § 4 Abs. 7 Satz 2 EV nimmt in der ersten Alternative [§ 106 Abs. 3 S. 4 SGB V](#) auf. Das Gesetz, dass ein Rangverhältnis der Prüfmethode nicht aufstellt, überlässt es insofern den Vertragsparteien und der Rechtsprechung, dies ggf. zu konkretisieren. Soweit sich aus den Methoden selbst nach Regeln der Logik oder Beweissicherheit Besonderheiten ergeben, haben dies auch die Vertragsparteien zu berücksichtigen.

Eine Regelung zum Vorrang der eingeschränkten Einzelfallprüfung mit und ohne Hochrechnung könnte auch gegen die vom Bundessozialgericht geforderte Effektivität der Wirtschaftlichkeitsprüfung verstoßen (vgl. BSG, Ur. v. 19.10.2011 - [B 6 KA 38/10 R](#) - a.a.O. Rdnr. 21). Insofern sind den Vertragsparteien einer Prüfvereinbarung Grenzen in ihrer Regelungsbefugnis gesetzt (vgl. BSG, Ur. v. 23.02.2005 - [B 6 KA 72/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 8](#), juris Rdnr. 27). Jedenfalls unter der bis Ende 2003 geltenden Rechtslage mit der statistischen Vergleichsprüfung als der - gesetzlichen - Regelprüfmethode hat das Bundessozialgericht wiederholt dargelegt, dass das Festhalten an der Prüfung nach Durchschnittswerten als Regelprüfmethode auch darauf beruht, dass diese Prüfmethode in ihrem Anwendungsbereich in praktikabler Weise und mit vertretbarem Aufwand zu tragfähigen Erkenntnissen führt. Auch wenn mit dieser Beweismethode nicht alle Unwirtschaftlichkeiten in vollem Umfang aufgedeckt werden können, genügt sie doch am besten den Erfordernissen einer effizienten und gleichmäßigen Wirtschaftlichkeitsprüfung der Quartal für Quartal in sehr großer Zahl anfallenden vertragsärztlichen Leistungen. Dem gegenüber kann der mit einer eingeschränkten Einzelfallprüfung verbundene Aufwand zur Verifizierung von Unwirtschaftlichkeiten unter Berücksichtigung aller dem Arzt in jedem Einzelfall zur Verfügung stehenden Einwendungen um ein Vielfaches höher sein und letztlich dazu führen, dass die Prüfung nicht mehr in angemessener Zeit und mit noch beherrschbarem Aufwand in rechtsstaatlich einwandfreier Weise abgewickelt werden kann. Die weiteren Prüfmethode können daher immer nur dann herangezogen werden, wenn und soweit auf Grund besonderer Umstände die Regelprüfmethode keine beweistauglichen Ergebnisse liefert (vgl. BSG, Ur. v. 23.02.2005 - [B 6 KA 72/03 R](#) - a.a.O. juris Rdnr. 23; BSG, Ur. v. 19.10.2011 - [B 6 KA 38/10 R](#) - a.a.O., juris Rdnr. 19). Insb. die eingeschränkte Einzelfallprüfung bzw. die sog. Einzelfallprüfung mit Hochrechnung hat das Bundessozialgericht nicht als "wirkliche" Einzelfallprüfung bezeichnet, sondern als eine im Kern bloße Schlüssigkeitprüfung, die - nur - dann als geeignete Beweismethode in Betracht kommt, wenn aussagekräftigere Beweismittel und -methoden nicht (mehr) zur Verfügung stehen. Das Ergebnis einer eingeschränkten Einzelfallprüfung ist in seiner Aussagefähigkeit ebenfalls begrenzt, da bei ihr die Angaben des zu prüfenden Arztes der Prüfung zugrunde gelegt werden und deshalb mit ihr zwar nicht der Nachweis der Wirtschaftlichkeit, aber doch der der Unwirtschaftlichkeit geführt werden kann, weshalb die Prüfungsgremien die Geeignetheit dieser Methode und deren Voraussetzungen darzulegen und nachzuweisen haben (vgl. BSG, Ur. v. 08.04.1992 - [6 RKA 27/90](#) - a.a.O. juris Rdnr. 38 f.).

Die Durchführung eines statistischen Kostenvergleichs setzt entgegen der Auffassung der Klägerin nicht voraus, dass die Unwirtschaftlichkeit bereits zuvor rechtskräftig festgestellt worden sein muss.

Soweit § 4 Abs. 7 Satz 2 EV für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit pauschale Honorarkürzungen für zulässig ansieht, kommt es nicht auf eine rechtskräftige Feststellung an. Dies hätte ausdrücklich normiert werden müssen. Im Hinblick auf ein sich u. U. über Jahre hinziehendes Rechtsmittelverfahren würde eine solche Regelung auch wenig Sinn machen. Im Übrigen greift die Vorschrift [§ 106 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) auf, der aber ebf. nicht auf die Rechtskraft abstellt (vgl. Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB, 11/17, § 106 SGB V, Rdnr. 449 ff.).

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](#), 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](#), 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](#), 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](#), 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](#) - [BSGE 62, 24](#) = [SozR 2200 § 368 Nr. 48](#), 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.

Nicht zu beanstanden war, dass der Beklagte die Fallzahl durch Abzug der Behandlungsfälle bereinigt hat, in denen ausschließlich Nr. 7750 GOÄ abgerechnet und diese Leistung abgesetzt worden war. Die Kammer hat bereits in ihrem Urteil zum Quartal II/09 darauf hingewiesen, dass die Absetzung dieser Leistungen folgerichtig auch zur Verringerung der Fallzahl der Klägerin führen müsse (vgl. SG Marburg, Ur. v. 18.11.2015 - [S 12 KA 275/14](#) - juris Rdnr. 74, Berufung anhängig beim LSG Hessen L 4 KA 18/18 (vormals [L 4 KA 49/15](#)) -).

Der Beklagte hat ferner 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](#) = juris Rdnr. 33 ff.). Die unterschiedliche Ausrichtung der Mitglieder der Klägerin hat der Beklagte durch Heranziehung der 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 allgemein Zahnärztliche Leistungen wie konservierende, prothetische und parodontologische Behandlungen durchgeführt wurden. Dies hat die Kammer bereits für die Vorquartale I bis IV/08 entschieden, für die der Beklagte eine die Zuordnung der Mitglieder der Klägerin im Verhältnis 3:1, also entsprechend ihrer Qualifikation, vorgenommen hatte (vgl. SG Marburg, Ur. v. 27.11.2013 - [S 12 KA 228/13](#) - juris, Berufung anhängig beim LSG Hessen - L 4 KA 17/18 (vormals [L 4 KA 1/14](#)) -). Für die Vorquartale II und III/09 hatte der Beklagte ursprünglich eine Gewichtung von 1:4 bzw. von 1:5 unter Einschluss nicht nur der Praxisinhaber, sondern auch der angestellten Zahnärzte und Assistenten entsprechend ihrer Qualifikation vorgenommen. Auf Bedenken der Kammer hinsichtlich der Gewichtung innerhalb der "virtuellen" Vergleichsgruppe fasste der Beklagte einen Ergänzungsbeschluss und setzte die Honorarkürzung neu fest. Bei der Bildung der "virtuellen" Vergleichsgruppe berücksichtigte er den - seinerzeit einzigen - Ausbildungsassistenten nicht mehr. Es ergab sich nunmehr für das Quartal I/09 eine Gewichtung von 1:3,33 und für das Quartal II/09 von 1:4. Auch dies hat die Kammer dann im Ergebnis nicht beanstandet (vgl. SG Marburg, Ur. v. 18.11.2015 - [S 12 KA 275/14](#) - a.a.O.). Daran hält die Kammer fest. Von daher ist die vom Beklagten im streitbefangenen Quartal vorgenommene Gewichtung unter Berücksichtigung der Gesellschafter und angestellten Zahnärzte nicht zu beanstanden.

Die Gewichtung fällt dabei eher zu Gunsten der Klägerin aus, berücksichtigt man das für den vertragsärztlichen Bereich vorliegende Zeitprofil. Tages- und Quartalsprofile sind grundsätzlich ein geeignetes Beweismittel, um die Arbeitszeit zu ermitteln. Die Beweisführung mit solchen Profilen ist dem Indizienbeweis zuzuordnen. Für ihre Erstellung sind bestimmte Anforderungen erforderlich. Für die Ermittlung der Gesamtbehandlungszeit des Arztes dürfen nur solche Leistungen in die Untersuchung einbezogen werden, die ein Tätigwerden des Arztes selbst voraussetzen. Delegationsfähige Leistungen haben außer Betracht zu bleiben. Zu berücksichtigen ist weiter, dass die für die einzelnen ärztlichen Leistungen zugrunde zu legenden Durchschnittszeiten so bemessen sein müssen, dass ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann. Der Qualifizierung als Durchschnittszeit entspricht es, dass es sich hierbei nicht um die Festlegung absoluter Mindestzeiten handelt, sondern um eine Zeitvorgabe, die im Einzelfall durchaus unterschritten werden kann. Die Durchschnittszeit stellt sich aber bei einer ordnungsgemäßen und vollständigen Leistungserbringung als der statistische Mittelwert dar (vgl. BSG, Ur. v. 24.11.1993 [6 RKA 70/91](#) - [BSGE 73, 234](#) = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#), juris Rdnr. 24 ff.; BSG, Ur. v. 21.03.2018 - [B 6 KA 47/16 R](#) - SozR 4 (vorgesehen), juris Rdnr. 25 f.; LSG Hessen, Ur. v. 26.11.2014 - [L 4 KA 2/11](#) - juris Rdnr. 29; LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 10.10.2007 - [L 7 KA 56/03](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 21). Tages- und Quartalsprofil stehen alternativ und nicht kumulativ als Indizien für eine implausible Abrechnung nebeneinander (vgl. BSG, Beschl. v. 17.08.2011 - [B 6 KA 27/11 B](#) - juris Rdnr. 6). Gemäß [§ 106a Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) sind, soweit Angaben zum Zeitaufwand nach [§ 87 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) bestimmt sind, diese bei den Prüfungen nach [§ 106a Abs. SGB V](#) zu Grunde zu legen (vgl. LSG Hessen, Ur. v. 26.11.2014 - [L 4 KA 2/11](#) - juris Rdnr. 53). Mit Anhang 3 des EBM liegen bundeseinheitliche Messgrößen vor, die der Plausibilitätsprüfung nach Zeitprofilen zugrunde zu legen und die für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen verbindlich sind (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.01.2018 - [L 11 KA 39/17 B ER](#) - juris Rdnr. 64 ff.; LSG Hessen, Ur. v. 13.09.2017 - [L 4 KA 65/14](#) - juris Rdnr. 53 ff.). Für Quartalsprofile, die Behandlungszeiten für Leistungen dokumentieren, die der Arzt in einem Quartal und damit in einem deutlich längeren Zeitraum abgerechnet hat, gilt nichts anderes als für Tagesprofile. Sie eignen sich ebenso als Indizienbeweis für eine nicht ordnungsgemäße Abrechnung. Wird einer der in [§ 8 Abs. 4](#) der Richtlinien der Bundesmantelvertragspartner nach [§ 106a SGB V](#) (aktuell nach [§ 106d SGB V](#)) zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen (AbrechnPr-RL) genannten Werte überschritten, liegen Abrechnungsauffälligkeiten vor und führt die KV eine Prüfung nach [§ 12 AbrechnPr-RL](#) durch (vgl. BSG, Beschl. v. 17.08.2011 [B 6 KA 27/11 B](#) - juris Rdnr. 6). Nach [§ 8 Abs. 4 AbrechnPr-RL](#) besteht eine Auffälligkeit bei einem Quartalszeitprofil von mehr als 780 Stunden. Dies entspricht einer täglich zwölfstündigen Arbeitszeit bei einer Fünf-Tage-Woche und 13 Arbeitswochen bzw. 65 Werktagen.

Für den auch als Vertragsarzt zugelassenen MKG-Chirurgen der Klägerin wird ein Quartalsprofil von über 678 Stunden angegeben. Damit nähert er sich mit einer durchschnittlichen täglichen Arbeitszeit von 10,4 Stunden bereits als Vertragsarzt rechnerisch dem Arbeitsumfang einer noch als plausibel geltenden Vollzeittätigkeit. Die vertragsärztlichen Leistungen sind insb. nicht an die zahnärztlichen Mitgesellschafter oder Angestellten delegierbar. Auch geht die Kammer davon aus, dass der MKG-Chirurg der Klägerin diese Leistungen alle selbst erbracht hat, da sie nur dann abgerechnet werden können, was im Übrigen mit der Abrechnung zusätzlich zu bestätigen ist. Jedenfalls folgt im Grunde genommen aus dem vertragsärztlichen Zeitprofil für den einzigen MKG-Chirurgen der Klägerin, dass er zahnärztlichen Leistungen kaum noch plausibel erbringen konnte, jedenfalls nicht mehr in nennenswertem Umfang. Von daher wird die Klägerin durch die Berechnungsweise des Beklagten begünstigt, bei der der Fallwert für MKG-Chirurgen mit dem Faktor 1 eingeht. Letztlich kommt es aber auf

den genauen Umfang der sich aus dem Tagesprofil ergebenden vertragsärztlichen Tätigkeit des MKG-Chirurgen nicht an, da jedenfalls auch eine geringere Tätigkeit dagegen spricht, dass die Berücksichtigung mit dem Faktor 1 unzureichend sein sollte. Im Übrigen wäre es Sache der Klägerin gewesen, im Einzelnen darzulegen, weshalb die Gewichtung mit dem Faktor 1 für den MKG-Chirurgen ungenügend sein sollte.

Es ist 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, Urt. v. 27.06.2001 - [B 6 KA 43/00 R](#) - SozR 3-2500 § 106 Nr. 54, 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, Urt. v. 08.05.1996 - [6 RKa 45/95](#) - SozR 3-2500 § 106 Nr. 36 = USK 96104, juris Rdnr. 21; BSG, Urt. v. 04.05.2016 - [B 6 KA 16/15 R](#) - SozR 4-5532 Allg. Nr. 2; SG Marburg, Urt. v. 07.05.2014 - [S 12 KA 612/13](#) -, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 25.02.2015 - [L 4 KA 42/14](#) -, Revision zurückgewiesen durch BSG, Urt. v. 30.11.2016 [B 6 KA 17/15 R](#) - USK 2016-85).

Soweit das Bundessozialgericht verlangt hat, dass im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung vertragszahnärztlicher Prüfgremien 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, Urt. 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.

Ferner zeigen die von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vorgelegten Unterlagen, dass die Klägerin im streitbefangenen Quartal mit 311 Behandlungsfällen zum Fallwert in Höhe von 496,18 EUR in wesentlich größerem Umfang bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen abrechnet als die aus 47 Praxen bestehende Vergleichsgruppe der MKG Chirurgen mit durchschnittlich 78 Fällen und einem Fallwert in Höhe von 204,45 EUR. Dabei zeigt aber gerade der Fallwert, dass der Kläger auch fallbezogen in größerem Umfang wie die Vergleichsgruppe abrechnet. Damit steht für die Kammer fest, dass sich aus der Möglichkeit, sowohl bei der Beigeladenen zu 1) als auch der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen abzurechnen, keine statistischen Verzerrungen im vertragszahnärztlichen Bereich ergeben. Soweit hierbei nicht die sachlich-rechnerische Berichtigung des Honorars der Klägerin durch die Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wegen Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot berücksichtigt wurde, ist dies unerheblich. Maßgeblich für die Frage, ob sich Verzerrungen aufgrund der Möglichkeit, bei beiden Körperschaften abrechnen zu können, ergeben können, ist allein das tatsächliche Abrechnungsverhalten der Klägerin bzw. ihres MKG-Chirurgen. Dabei ist unerheblich, ob das Honorar zurückerstattet werden musste. Im Übrigen behauptet auch die Klägerin nicht, dass sich statistische Verzerrungen aufgrund der Möglichkeit, bei beiden Körperschaften abrechnen zu können, ergeben hätten.

Das LSG Hessen hat in seinem Beschluss vom 08.08.2013 - [L 4 KA 29/13 B ER](#) - juris für die Vorgängerquartale I bis IV/08 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 beschäftigen 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 BedarfspIRL](#)). 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 nicht mehr berücksichtigt. Dies begünstigt tendenziell die Klägerin. 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, Urt. 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. Auf die Tätigkeit an zwei Standorten kann nicht abgestellt werden. Maßgeblich kommt es 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 die genannten Gerichtsbescheide vom 17.10.2018; s. ferner LSG Hessen, Urt. v. 24.10.2018 - [L 4 KA 47/12](#) -, [L 4 KA 48/12](#) - und - [L 4 KA 49/12](#) -; SG Marburg, Urt. v. 28.10.2015 - [S 12 KA 365/14](#) -, Berufung anhängig LSG Hessen - [L 4 KA 4/17](#) WA (vormals [L 4 KA 42/15](#)); v. 25.09.2013 - [S 12 KA 394/13](#) - rechtskräftig; v. 25.09.2013 - [S 12 KA 106/13](#); v. 20.06.2012 - [S 12 KA 137/11](#) -, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2015 - [L 4 KA 50/12](#) - juris,

Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.03.2016 - [B 6 KA 60/15 B](#) - [BeckRS 2016, 68302](#)). Die von der Klägerin in mehreren Leitzordnern eingereichten Unterlagen, die insb. die Besuchsleistungen und die "schweren Fälle" betrafen, enthalten keine aussagefähigen Dokumentationen. Die entsprechenden Feststellungen des Beklagten sind insofern zutreffend. Der Kammer ist im Übrigen auch aus zahlreichen anderen Verfahren bekannt, dass sich die Dokumentation der Klägerin weitgehend auf die Angabe der Leistungspositionen beschränkt, was sich auch in diesem Verfahren erneut bestätigt hat.

Es gibt auch insb. keinen Erfahrungssatz dahingehend, dass die als Gesellschafter tätigen Vertragszahnärzte nur bei Behandlungsfällen mit höherem Behandlungsaufwand tätig werden, während angestellte Zahnärzte im Sinne einer Zuarbeit die "kleineren" Fälle behandeln würden. Dies hätte jedenfalls von der Klägerin bereits im Verwaltungsverfahren belegt werden müssen. Hinzu kommt, dass es im statistischen Kostenvergleich maßgeblich auf den tatsächlichen bzw. wirtschaftlichen Behandlungsaufwand ankommt, der unabhängig vom Zulassungsstatus des Behandlers ist.

Das LSG Hessen hat 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, Urt. 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, Urt. v. 27.05.2015 - [L 4 KA 50/12](#) - juris, zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.03.2016 - [B 6 KA 60/15 B](#) - [BeckRS 2016, 68302](#)). 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, Urt. v. 09.03.1994 - [6 RKa 18/92](#) - [BSGE 74, 70](#) = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 23](#), juris Rdnr. 23 m.w.N.).

Das LSG Hessen hat jüngst seine Rechtsprechung bestätigt. Eine ausreichende Dokumentation liegt nicht vor, wenn sich die Angaben in der Bezeichnung der abgerechneten Leistung durch Angabe der Gebührenordnungsziffer und der zugeordneten Leistungsbezeichnung ("Nachbehandlung") erschöpfen. Über zwei Jahre später angefertigte handschriftliche Ergänzungen sind nicht zu berücksichtigen (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 24.10.2018 - [L 4 KA 48/12](#) -, - [L 4 KA 48/12](#) - und - [L 4 KA 49/12](#) -).

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

Praxisbesonderheiten sind anzuerkennen, wenn ein spezifischer, vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe signifikant abweichender Behandlungsbedarf des Patientenklientels und die hierdurch hervorgerufenen Mehrkosten nachgewiesen werden. Seit dem 01.01.2004 verpflichtet [§ 106 Abs. 5a Satz 5 SGB V](#) (i. d. F. des GMG vom 14.11.2003 [BGBl I 2190](#)) die Vertragspartner, in der Prüfungsvereinbarung Maßstäbe für die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten zu bestimmen (BSG, Urt. v. 28.10.2015 - [B 6 KA 45/14 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 53](#), juris Rdnr. 32). Soweit die Prüfungsvereinbarung keine näheren Regelungen trifft, gelten die allgemeinen, von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze. [§ 6 Abs. 4 PV 2008](#) verpflichtet die Prüfungsgremien zur Berücksichtigung der gesamten Tätigkeit des Vertragszahnarztes und der besonderen Verhältnisse der Praxis. Insb. ist zu prüfen, ob ein Mehraufwand in Teilbereichen der Abrechnung nicht durch einen - hiermit ursächlich verbundenen - Minderaufwand in anderen Bereichen ausgeglichen wird. Ferner sind nach [§ 8 Abs. 8 Buchst. g](#) die Entscheidungsgründe so abzufassen, dass aus ihnen die anzuwendenden Beurteilungsmaßstäbe für die Bewertung von Praxisbesonderheiten und Einsparungen sowie die tatsächlichen und rechtlichen Gründe für die Vornahme und das Unterbleiben von Kürzungen sowohl dem Grunde wie der Höhe nach klar erkennbar und nachvollziehbar sind.

Ein Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien besteht insb. für die Feststellung und Bewertung von Praxisbesonderheiten (vgl. BSG, Urt. v. 22.10.2014 - [B 6 KA 8/14 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 49](#), juris Rdnr. 57 m.w.N.).

Praxisbesonderheiten sind grundsätzlich im Verwaltungsverfahren vorzutragen. Das Bundessozialgericht hat im Beschluss v. 27.06.2012 - [B 6 KA 78/11 B](#) - juris Rdnr. 11 (siehe ferner BSG, Urt. v. 15.07.2015 - [B 6 KA 30/14 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 50](#), juris Rdnr. 31; BSG, Urt. v. 28.08.2013 - [B 6 KA 46/12 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 42](#), juris Rdnr. 32) 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 Urt. 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 Verwaltungsverfahrens geltend machen (vgl. BSG, Urt. v. 21.03.2012 [B 6 KA 17/11](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#), 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; BSG, Urt. v. 28.10.2015 - [B 6 KA 45/14 R](#) - a.a.O. Rdnr. 33, jeweils 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 Behandlungsumfangs und des Versorgungsbedarfs darzulegen. Darauf ist die Klägerin ausreichend hingewiesen worden. Bereits im Bescheid der Prüfungsstelle werden ausführlich die Auffälligkeiten dargelegt, die für eine Unwirtschaftlichkeit der Besuchsleistungen sprechen. Bereits die Prüfungsstelle bemängelte, dass den Abrechnungsscheinen weder zu entnehmen sei, wer genau den Besuch angefordert habe, noch aus welchem Grund der Besuch letztendlich stattgefunden habe.

Besuchsleistungen bedürfen näherer Angaben (Uhrzeit etc.) in der Dokumentation. Der Einwand der Klägerin beschränkt sich auf den Hinweis, die Besuchsleistung sei notwendig gewesen und/oder den Anforderungsgrund sowie die nicht näher belegte Behauptung, was während des Besuchs gemacht worden sei. Dies ist mangels der Mindestangaben in der Dokumentation unzureichend (vgl. bereits SG Marburg, Urte. v. 20.06.2012 - [S 12 KA 137/11](#) -, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urte. v. 27.02.2015 - [L 4 KA 50/12](#) - juris, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.03.2016 - [B 6 KA 60/15 B](#) - [BeckRS 2016, 68302](#)). Soweit es an solchen Angaben fehlt, kann ohne weiteres auch auf die Unwirtschaftlichkeit geschlossen werden.

Allein aus einer - auch erheblichen Mehrabrechnung - der Besuchsziffern 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. Darauf deutet auch hin, dass gerade andere Leistungen bei vielen Besuchen nicht abgerechnet wurden.

Das LSG Hessen hat in seinem Beschluss vom 08.08.2013 - [L 4 KA 29/13 B ER](#) - juris Rdnr. 69 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 Patientenschaft 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, Urte. 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. Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf (Komplexbehandlungen) müssen eindeutig belegt werden. Allein die Zugehörigkeit zu einer Patientengruppe bedinge nicht per se einen erhöhten Behandlungsbedarf. Es reicht auch nicht aus, lediglich die Behandlungsfälle anzuführen oder diesbezüglich Behandlungsunterlagen einzureichen. Im Übrigen kann davon ausgegangen werden, dass sog. Komplexbehandlungen sich bei allen MGK-Chirurgen finden und durch die Gewichtung unter Heranziehung des Fallwerts der MGK-Chirurgen berücksichtigt werden. Soweit dies aus Sicht der Klägerin nicht ausreichen sollte, hätte es einer substantiierten Darlegung bedurft.

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 streitbefangene Quartal bei der Berechnung des Fallwerts die sachlich-rechnerische Berichtigung berücksichtigt.

Nicht zu beanstanden war auch die Berichtigung im KB- und PAR-Bereich. Die Kammer sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und verweist auf die Begründung des angefochtenen Bescheids des Beklagten, der es folgt ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)). Insofern fehlt es auch an Einwendungen der Klägerin.

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

Nach allem war der angefochtene Beschluss des Beklagten 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 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

2019-02-18