

L 12 KA 5009/07

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 39 KA 5247/03

Datum

09.03.2007

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 5009/07

Datum

29.07.2009

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Anforderung an die Begründung bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Prüfungsgremium, wenn von Seiten des geprüften Zahnarztes eine Patientenliste mit schweren Fällen im Rahmen des Widerspruchsverfahrens vorgelegt wird.

I. Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts München vom 9. März 2007 ([S 39 KA 5247/03](#) u.a.) sowie die Bescheide des Beklagten vom 18. September 2003 (Quartale 3/97, 4/97, 1/99 bis 3/99) und vom 14. Oktober 2004 (Quartale 1/98 bis 4/98) aufgehoben. Der Beklagte wird verpflichtet, über die Widersprüche gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses zu den Quartalen 3/97 bis 3/99 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

II. Der Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten sind die erfolgten Vergütungsberichtigungen in den Quartalen 3/97 bis 3/99 streitig.

Der Kläger war in diesen Quartalen als Zahnarzt in A-Stadt bei G. niedergelassen und zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen.

I.

Laut Gesamtstatistik behandelte der Kläger im Quartal 3/97 im konservierend-chirurgischen Bereich 202 bei den gesetzlichen Krankenkassen versicherte Patienten, womit er den Landesdurchschnitt mit 408,6 Patienten um - 51 % unterschritt. Der Rentneranteil lag in der Praxis des Klägers mit 26 % über dem Landesdurchschnitt in Höhe von 17 %. Der Kläger forderte im konservierend-chirurgischen Bereich ein Honorar in Höhe von 78.667,00 DM an. Mit einem Fallwert von 389,00 DM überschritt er den Fallwert aller Zahnärzte Bayerns in Höhe von 146,00 DM um + 166 %.

In einem gemeinsamen Antrag vom 17. März 1998 haben die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen Antrag auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung des Klägers hinsichtlich des Gesamtfallwertes gestellt, weil die dortige Höhe der prozentualen Abweichung im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses liege. Der Kläger hat zu dem Antrag mit Schreiben vom 5. Februar 1999 und 19. April 1999 Stellung genommen. Er arbeite ganztätig in einer Bestellpraxis. Die Scheinanzahl sei etwa halb so groß wie der Durchschnitt. Die Einwohnerzahl F. betrage 3.500 (auch Zustrom aus den Nachbarorten O. und B.). Die Stammkartei enthalte ca. 4.500 Patienten. Das Verhältnis Patientenstamm/jährliche Behandlungsfälle sei 4: 1, das heiße im Durchschnitt komme jeder Patient einmal in vier Jahren zur Behandlung. Der Versuch des Recall-Systems greife nur bei einem geringen, gut motivierten Bevölkerungsteil und sei im ländlichen Gebiet nur mit Geduld und auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten einzuführen. Aufgrund des Bestellsystems sei es möglich, auch größere Sanierungen zügig durchzuführen. Die Arbeitseffektivität sei bei geringem Patientendurchlauf eher größer als bei zahlreichen Behandlungsfällen, daher sei die Gesamtabrechnung etwas höher als der Landesdurchschnitt. Die Region G. habe einen hohen Anteil an älteren Menschen mit erhöhtem Behandlungsbedarf. Zu den einzelnen Leistungspositionen 13 a bis e, 25, 26, 40, 41 a BEMA-Z weise er darauf hin, dass er hohen Wert auf konservierende Zahnerhaltung lege und auf prothetische Leistungen nur in streng angezeigten Fällen übergehe. Die Indikation zur Füllungstherapie, indirekter oder direkter Überkappung werde streng eingehalten. Bei Patienten mit langen Untersuchungsabständen sei neben neuen kariösen Defekten auch die Erneuerung von funktionsuntüchtigen Füllungen bei

Randspaltenbildung und Sekundärkaries häufig erforderlich. Die hohen Füllungszahlen würden eine dementsprechend höhere Zahl der Begleitleistungen wie bMF, Cp, P, I, L 1 bewirken. Füllungsflächen würden nach Möglichkeit zusammengelegt. Mehr als zwei Füllungen würden nie pro Zahn abgerechnet. Die Indikation zur Überkronung von Zähnen seien meist mehrere großflächige Defekte, so dass häufig zwei Aufbaufüllungen erforderlich seien. Exzisionen seien neben einzelnen Parodontaltaschen bzw. Abszessbehandlungen bei frakturierten Kronen zur Freilegung der Präparationsgrenzen nötig. Die chirurgische Wundrevision würde bei sequestrierenden Knochenteilen oder beim Auskratzen von infizierten Extraktionswunden abgerechnet.

Der Prüfungsausschuss Oberbayern II hat mit Bescheid vom 9. Juni 1999 eine Vergütungsberichtigung im Quartal 3/97 in Höhe von 15 % der Gesamtabrechnung (10.116,31 DM) vorgenommen.

Hiergegen hat zum einen der Kläger mit Schreiben vom 22. Juni 1999 Widerspruch eingelegt. Die Gesamthöhe der Abrechnung bewege sich mit Schwankungen immer im Bereich einer Durchschnittspraxis. Er sei bereit, den Betrag, der in Bezug auf ein gesamtes Abrechnungsjahr über dem einer Durchschnittspraxis liege, zur Disposition zu stellen, ansonsten hätte der Prüfungsausschuss es zu verantworten, wenn die Versorgung des Ortes ernsthaft gestört werde.

Gegen den Bescheid haben darüber hinaus die Kassenverbände in Bayern Widerspruch eingelegt. Nach Abzug der Prüfmaßnahme in Höhe der 15 %igen Kürzung verbleibe eine Restüberschreitung von 126 %, was unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht ausreichend erscheine.

Der Beklagte hat mit Bescheid vom 4. Februar 2000 dem Widerspruch des Klägers nicht stattgegeben. Auf den Widerspruch der Krankenkassen hin wurde die Vergütungsberichtigung der Gesamtabrechnung auf 25 % angehoben.

Auf Klage des Klägers hin hat das Sozialgericht München mit Urteil vom 9. Januar 2003 (S 33 KA 5057/00 u. a.) den Bescheid vom 4. Februar 2000 aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Der Beklagte habe es in allen Fällen versäumt, die Auswirkungen der Kosten erhöhenden Praxisbesonderheiten, die von ihm dem Grunde nach anerkannt worden seien, genau zu beziffern. Es sei lapidar festgestellt worden, dass die belassene Restüberschreitung den Praxisbesonderheiten ausreichend Rechnung trage. Diese Begründung genüge den Anforderungen an eine Prüfung nach Durchschnittswerten nicht. Der Beklagte werde zu ermitteln haben, welche Praxisbesonderheiten sich aus dem Vorbringen des Klägers ergeben und wie hoch der Anteil dieser Praxisbesonderheiten am Gesamtfallwert sei. Erst wenn dieser Anteil vom Gesamtfallwert abgezogen werde, könne der Überschreitungsprozentsatz und damit das gegebenenfalls vorliegende offensichtliche Missverhältnis bestimmt werden.

Der Beklagte hat mit Bescheid vom 18.09.2003 abermals den Widerspruch des Klägers zurückgewiesen und dem Widerspruch der Krankenkassen in Bayern insoweit stattgegeben, als der Beschluss des Prüfungsausschusses Oberbayern II vom 5. Mai 1999 aufgehoben wurde und die Vergütungsberichtigung auf 25 % der Gesamtabrechnung (= 8.621,60 Euro) angehoben wurde. Der Fallkostendurchschnitt bei der Abrechnung des Klägers liege im offensichtlichen Missverhältnis zum Landesdurchschnitt und lasse vermuten, dass dem Wirtschaftlichkeitsgebot bei Anwendung der Leistungen nicht Rechnung getragen worden sei. Eine Einzelfallprüfung sei vorliegend weder zumutbar noch durchführbar. Es sei zu prüfen, ob Gründe (z. B. Praxisbesonderheiten, kompensatorische Einsparungen) vorliegen würden, die diese Überschreitung rechtfertigen würden. Von Klägerseite würden folgende Praxisbesonderheiten vorgetragen: ländliche Region, Patienten unterdurchschnittlich versorgt und weniger gut vorbehandelt, viele neue Patienten mit schwierigen Sanierungsfällen, Behandlungsbedarf im Einzelfall höher als bei den Patienten im durchschnittlich oder überdurchschnittlich versorgten Gebiet, überdurchschnittlich behandlungsintensive Fälle mit multiplen Befunden, Schwerpunkt der Praxis im konservierenden Bereich insbesondere bei ausländischen Patienten und wenig Recall-Patienten. Der Beklagte stelle hierzu fest, dass die Lage der Praxis in einer ländlichen Region im Freistaat Bayern mit überwiegend ländlicher Struktur keine Praxisbesonderheit darstelle. A-Stadt liege fünf Kilometer von G. entfernt und es bestünden gute öffentliche Verkehrsverbindungen. G. selbst sei überversorgt, es handle sich nicht um ein unterversorgtes Gebiet. In der Praxis des Klägers werde ein Sanierungseffekt vermisst. Seit Quartalen sei die Überschreitung bei den Füllungspositionen sehr weit über dem Landesdurchschnitt. Außerdem verwundere die hohe Zahl an durchgeführten systematischen Parodontosebehandlungen, da gerade diese Patienten eine intensive Vor- und Nachbehandlung erforderten. In der Klagebegründung vom 5. Oktober 2001 sei ausgeführt worden, dass im vorliegenden Quartal eine erhöhte Anzahl an sehr schweren Fällen und schweren Fällen zu behandeln gewesen sei, was bei diesen Patienten zu einem erhöhten Behandlungsbedarf geführt habe. So seien bei einer Gesamtfallzahl von 202 Patienten 16 sehr schwere Fälle und weitere 38 Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf zu behandeln gewesen. Die Behandlungskosten für die Patienten hätten einem Anteil am Gesamtvolumen von 63 % entsprochen. Die vorgelegte Berechnung sei nicht nachgewiesen worden. Die Aufteilung der 54 Patienten auf Patientengruppen sei dargestellt worden. Hierzu sei festzustellen, dass in jeder Praxis ein gewisser Anteil an sehr schweren und schweren Fällen vorliege und in jeder Praxis Neupatienten, Ausländer und sozial schwache Patienten als schwere Fälle auftreten würden. Es sei nicht nachgewiesen worden, dass in der Praxis des Klägers ein vom Landesdurchschnitt abweichender erhöhter Anteil an schweren Fällen vorliege. Die vorgelegte Liste gebe jedoch einen Hinweis auf einen erhöhten Sanierungsbedarf und dieser werde vom Beklagten auch anerkannt. Die angeführte hohe Fluktuation, bedingt durch Saisonarbeiter, Gastarbeiter in der örtlichen Gastronomie und im Tunnelbau sei nicht detailliert dargelegt und nicht quantifiziert worden. Der Rentneranteil sei mit 26 % über dem Landesdurchschnitt von 17 %. Es sei jedoch nicht dezidiert nachgewiesen worden, inwiefern bei der Patientengruppe der Rentner ein wesentlich erhöhter konservierend-chirurgischer Behandlungsbedarf bestanden habe. Trotzdem werde der erhöhte Rentneranteil vom Beklagten als teilweise Praxisbesonderheit anerkannt. Kompensatorische Einsparungen würden nicht vorliegen. Aus der Häufigkeitsstatistik gehe hervor, dass die meisten Leistungspositionen erheblich über dem Landesdurchschnitt abgerechnet würden, lediglich bei wenigen Positionen (BEMA-Nrn. Ä 1, Ä 935 d, 31, 34, 38, 44, 48) liege der Wert unter dem Landesdurchschnitt. Diese Positionen würden den Fallkostendurchschnitt jedoch nur unwesentlich beeinflussen. Durch die vermehrt durchgeführten konservierend-chirurgischen Maßnahmen könnten auch keine Einsparungen in den anderen Behandlungsbereichen (PAR-Behandlungen, Zahnersatz, Kieferbruch) festgestellt werden. Insbesondere bei den Zahnersatzleistungen liege der Kläger sowohl in der Fallzahl (bezogen auf konservierende Behandlungsfälle) als auch beim Fallwert weit über dem Landesdurchschnitt. Dem Grunde nach erkenne der Beklagte die dargelegten schweren Fälle und den erhöhten Rentneranteil als Praxisbesonderheit an. Die weiteren vorgebrachten Praxisbesonderheiten seien vom Kläger nicht ausreichend quantifiziert worden und könnten daher nicht anerkannt werden. Der Beklagte habe nur die Möglichkeit, im Rahmen der Ausübung seines Ermessens denjenigen Anteil zu schätzen, der in der Praxis des Klägers als Praxisbesonderheit über den durchschnittlichen Fallwert hinaus anzuerkennen sei. Der Beschwerdeausschuss bewerte diese Praxisbesonderheiten insgesamt mit 20 % des abgerechneten Fallwerts (= 78,00 DM). Die Abweichung vom Landesdurchschnitt nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheit betrage 113 %. Auch nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten auf der ersten Stufe der Prüfung liege die Überschreitung noch im offensichtlichen Missverhältnis. Unter Berücksichtigung der statistischen Werte und der Praxisbesonderheit (sehr schwere Fälle, hoher Rentneranteil) beschließe der Beklagte eine Vergütungsberichtigung gemäß § 9 Abs. 9 der Prüfvereinbarung von 31 % des um die Praxisbesonderheit bereinigten Fallwertes der Gesamtabrechnung. Nach der Kürzung verbleibe eine Überschreitung zum Fallwert der Vergleichsgruppe von 47 %. Nach Überzeugung des Beklagten liege bei den vorliegenden Gegebenheiten mit 47 % noch eine

Überschreitung im offensichtlichen Missverhältnis vor. Die ausgesprochene Vergütungsberichtigung von 31 % des bereinigten Fallwerts entspreche einer Kürzung der Gesamtabrechnung um 25 %.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 20. Oktober 2003, die mit Schriftsatz vom 4. Juni 2004 näher begründet wurde. Die neuerliche Begründung des Beklagten entspreche nicht den Vorgaben in dem Urteil des Sozialgerichts München vom 9. Januar 2003 und nicht den Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Begründungspflicht für einen rechtmäßigen Kürzungsbescheid in Angelegenheit der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Nachdem der Beklagte bei der Höhe der Berichtigungssumme zum exakt selben Kürzungsbetrag gelange wie die Vorentscheidung, lege dies die Vermutung nahe, dass Vorabberechnungen vorgenommen worden seien, um welchen Prozentsatz der Gesamtfallwert zu kürzen sei, um rechnerisch zum selben Kürzungsbetrag zu gelangen. Der Beklagte unterlasse es, bereits auf der ersten Stufe der Prüfung die fallspezifischen medizinisch-zahnärztlichen Gesichtspunkte wie das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise und die beim Kläger vorhandenen Praxisbesonderheiten anzusetzen und vom Gesamtfallwert abzuziehen, um anschließend beurteilen zu können, ob überhaupt noch eine unwirtschaftliche Behandlungsweise vorliege und sich der Fallwert im offensichtlichen Missverhältnis befinde. Im Rahmen der vorgängigen gerichtlichen Verfahren zu den Quartalen 3/97 bis 3/99 habe der Kläger substantiiert und so korrekt und umfänglich wie möglich das von ihm behandelte Patientenkontingent und die abgrenzbaren schweren Fälle, die einen im Verhältnis zur Vergleichsgruppe überdurchschnittlichen Behandlungsbedarf aufweisen, einschließlich des nachgewiesenen Sanierungseffektes dargelegt. Der Beklagte greife nur cursorisch die in den Argumenten enthaltene allgemeine Thematik auf, ohne konkret auf die einzelnen Argumente des Klägers einzugehen. Die mündlichen und schriftlichen Ausführungen des Klägers habe der Beklagte bei der Bescheidsabfassung nicht in ausreichendem Maße berücksichtigt. Der Kläger habe in den betroffenen Quartalen nachweisen können, dass der statistische Anschein der Fallwertüberschreitung trüge und trotz der Überschreitungswerte kein offensichtliches Missverhältnis vorliege. Gerade weil sich in seiner Praxis niedrige Fallzahlen und eine überdurchschnittlich große Gruppe von schwer desolaten und extrem behandlungsbedürftigen Patienten wiederfinde, schlage sich dies in der Statistik in höheren Fallwerten nieder. Auch die neuerliche Auseinandersetzung mit den Argumenten des Klägers erfülle nicht die Anforderungen an eine intellektuelle Prüfung auf der ersten Stufe des Prüfverfahrens. Zum einen hätte der Beklagte die beim Kläger bestehenden individuellen Umstände, wie die vom Landesdurchschnitt abweichende Zusammensetzung des Patientengutes mit der erheblichen Abweichung des Rentneranteils vom Landesdurchschnitt von Amts wegen berücksichtigen müssen. In den Quartalen 3/97 bis 3/99 habe der Rentneranteil zwischen 24 bis 29 % gegenüber einem Landesdurchschnitt von 17 bzw. 18 % betragen. Entsprechend den Vorgaben des BSG habe der Kläger die Behandlungsnotwendigkeiten anhand einer speziellen Patientengruppe und somit eine von der Vergleichsgruppe unterschiedliche Praxisstruktur substantiiert nachgewiesen. Der Kläger habe dezidiert Patientennamenslisten vorgelegt, in denen sehr schwere Fälle und Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf aufgeführt worden seien mit entsprechenden Berechnungen. Im Ergebnis gelange der Beklagte in allen Quartalen von 3/97 bis 3/99 zu dem Ergebnis, dass die vorgelegten Listen einen Hinweis auf einen erhöhten Sanierungsbedarf ergäben, den der Beschwerdeausschuss auch anerkenne. Eine von ihm vorzunehmende Quantifizierung des konkreten Anteils am Mehraufwand und eine Bestimmung der Auswirkung auf den Mehraufwand unterlasse der Beklagte dann allerdings. Damit sei der gesetzlich vorgeschriebenen Begründungspflicht nicht Genüge geleistet. Dass die Altersgruppe der Rentner einen erhöhten Behandlungsbedarf sowohl im zahnmedizinischen wie im humanmedizinischen Bereich benötige, entspreche der allgemeinen Lebenserfahrung und bedürfe keiner weiteren Erläuterung. Den erhöhten Rentneranteil habe der Beklagte dennoch als Praxisbesonderheit gewertet, ohne diesen Anteil am Mehraufwand zu bestimmen, wozu er verpflichtet gewesen wäre. Der Bescheid weise auch aus diesem Grunde einen Begründungsmangel auf. Den dargelegten Mehraufwand durch eine hohe Fluktuation verschiedener Saisonarbeiter, Gastarbeiter in der Gastronomie und Arbeiter im örtlichen Tunnelbau habe der Beklagte nicht als Praxisbesonderheit gewürdigt, da der erhöhte Mehraufwand des Klägers weder quantifiziert noch nachgewiesen sei noch die Statistik des Klägers signifikant beeinflusst worden sei. Der Beklagte verkenne, dass es Aufgabe des Zahnarztes sei, seine Praxisbesonderheit so darzulegen, dass der Beweiswert der Statistik erschüttert sei und die Leistungsbedingungen für ein abgrenzbares Patientenkontingent mit den Leistungsbedingungen des Landesdurchschnitts nicht übereinstimmen. Dies habe der Kläger substantiiert anhand von Patientenlisten nachgewiesen. Hierzu hat sich die Beigeladene zu 2. mit Schriftsatz vom 2. Juli 2004 geäußert. Der Beklagte sei in seiner Begründung der Bescheide auf die Praxisbesonderheiten eingegangen und habe begründet, wieso er einige habe nicht anerkennen können und inwieweit er welche im Rahmen einer Schätzung (Ermessensspielraum) habe berücksichtigen können. Die Prozessbevollmächtigte des Klägers hat sich hierzu nochmals mit Schriftsatz vom 8. September 2004 geäußert. Mit Urteil des Sozialgerichts München vom 9. Januar 2003 (S 33 KA 5057/00 u. a.) sei dem Beklagten aufgegeben worden, zu ermitteln (nicht zu schätzen), welche Praxisbesonderheiten (hier offensichtlich Rentneranteil und schwere Fälle) sich aus dem Vorbringen des Klägers ergeben würden und warum und wie hoch dieser Anteil der Praxisbesonderheiten am Gesamtfallwert sei. Dem Ausschuss hätten Abrechnungsblätter und die vom Kläger vorgelegten Patientenlisten vorgelegen, anhand derer er nicht nur die Rentnerfälle, sondern auch die Anzahl der mitgeteilten schweren Fälle unschwer hätte erfassen können und einer medizinisch-ärztlichen Bewertung im Hinblick auf Auswirkungen auf den Gesamtfallwert hätte unterziehen und berechnen können. Auch sei nicht nachvollziehbar dargetan, inwiefern eine 20 %ige Zuerkennung eines Mehrbedarfs im Bezug auf den Fallwert des Klägers den, dem Grunde nach anerkannten Praxisbesonderheiten gerecht werde und wie sich diese im Verhältnis untereinander aufteilen würden. Zumindest die rechnerische Größenordnung der Rentnerfälle sei eindeutig feststellbar und die sich hierauf beziehenden Fallkosten unschwer den Datengrundlagen, die dem Prüfungsausschuss zur Verfügung stünden, zu entnehmen. Eine unaufgeschlüsselte Zuerkennung von zwei völlig unterschiedlichen Praxisbesonderheiten und eine pauschale Bezifferung auf 20 % sei vor diesem Hintergrund völlig willkürlich und nicht geeignet, den Anforderungen des richterlichen Auftrages aus dem Urteil des Sozialgerichts München und der BSG-Rechtsprechung gerecht zu werden.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 9. März 2007 unter anderem die Klage mit dem Az.: [S 39 KA 5247/03](#) abgewiesen. Die Klage sei zulässig, nach Auffassung der Kammer aber nicht begründet. Der Beklagte habe nach Maßgabe des Urteils des Sozialgerichts München vom 9. Januar 2003 (S 39 KA 5057/00 ff.) die Rechtsauffassung des Gerichts entsprechend umgesetzt und die Wirtschaftlichkeitsprüfung rechtsfehlerfrei vorgenommen. Das Gericht folge deshalb vollinhaltlich den überzeugenden Begründungen der Bescheide des Beklagten vom 2. Juli 2003 und 16. Juli 2003 und sehe nach [§ 136 Abs. 3 SGG](#) von einer Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 18. Juli 2007 ([L 12 KA 5009/07](#)) zum Bayer. Landessozialgericht, die mit Schriftsatz vom 17. Juli 2008 näher begründet wurde. Zunächst sei anzumerken, dass die Öffentlichkeit der Verhandlung am 9. März 2007 nicht sichergestellt gewesen sei. Die Lichtanzeige habe "nicht öffentlich" gezeigt und sei zu Beginn der Verhandlung nicht auf "öffentlich" umgestellt worden. Sie habe bis 10.28 Uhr durchgehend gebrannt. Der Kläger betreibe eine allgemeinärztliche Einzelpraxis in A-Stadt mit dem Behandlungsschwerpunkt Zahnerhaltung. Die Praxis weise im Verhältnis zum Landesdurchschnitt durchgängig eine geringere Gesamtfallzahl auf und unterschreite den Landesdurchschnitt in jedem Quartal erheblich. Das Patientengut des Klägers mit Praxis in A-Stadt sei sehr inhomogen. Insbesondere in den anhängigen Quartalen habe es sich zu einem erheblichen Teil aus Arbeitern zusammengesetzt, die

im Zuge des Tunnelbaus in A-Stadt beschäftigt gewesen seien. Den mit der Überschreitung des Gesamtfallwertes verbundenen Anschein des offensichtlichen Missverhältnisses habe der Kläger von Anfang an mit seinen substantiierten Einwendungen zu seinem Patientenkontext und zu den besonders schweren Behandlungsfällen mit überdurchschnittlichem Behandlungsbedarf, mit Falldarstellungen, Quartalsanalysen, Grafiken zur Darstellung der Gesamtabrechnung und Fallwertentwicklung widerlegt. Insbesondere aus der im Quartal 3/97 und 4/97 vorgelegten Aufschlüsselung ergebe sich ein Anteil durchgängig für alle Quartale von ca. 25 % des beschriebenen Patientengutes am gesamten Patientenaufkommen. Zudem weist der Kläger einen erheblich erhöhten Rentneranteil auf. Aus diesem Patientengut und dem übrigen Patientenkontext rekrutiere sich ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Patienten mit schwer desolatem und behandlungsbedürftigem Mundzustand. Jedenfalls im Rahmen der intellektuellen Prüfung hätte der Beklagte zu einem anderen Ergebnis, wie geschehen, kommen müssen. Der Bescheid des Beklagten trage den Grundsätzen der Rechtsprechung nicht Rechnung, da er insbesondere die erkennbaren Praxisbesonderheiten nicht bzw. nicht in ausreichendem Maße würdige und aus dem Gesamtfallwert herausrechne. Da die Praxisbesonderheiten und die kompensatorischen Einsparungen bekannt und erkennbar gewesen seien, hätte der Beklagte auch deren Auswirkungen exakt bestimmen können und müssen, denn diese für die Vergleichsgruppe untypischen Merkmale würden den Beweiswert der statistischen Zahlen einschränken oder ihn sogar ganz aufheben. Der Kläger behandle einen überdurchschnittlich hohen Anteil an schweren Fällen und Fällen mit erhöhtem Behandlungsbedarf. Die Behandlung dieser Patientengruppe beanspruche in allen Quartalen bereits ca. 60 % des Gesamtabrechnungsvolumens. Hierzu wird eine Übersicht vorgelegt. Die Quantifizierung des Mehrbedarfs selbst sei Aufgabe des Beklagten, die er nicht durchgeführt habe. Durch die unterdurchschnittliche Fallzahl würden sich zudem statistische Verzerrungen ergeben, die der Beklagte nicht, zumindest aber nicht in ausreichendem Maße, berücksichtigt habe. Ausweislich der Statistiken weise der Kläger in allen Quartalen einen erheblich über dem Durchschnitt liegenden Anteil an Rentnern auf, auch hierfür ergebe sich ein Mehraufwand, den der Beklagte nicht näher bestimmt habe. Es sei nicht aus dem Bescheid nachvollziehbar, wie der Beklagte zu der Annahme gelangt sei, die Praxisbesonderheiten des Klägers seien insgesamt mit 20 % des abgerechneten Fallwertes zu bewerten und abgegolten. Ebenso wenig seien die im Bereich KZH vorhandenen Einsparungen bei den unter dem Landesdurchschnitt liegenden Leistungen (BEMA-Nrn. A 1, A 925 a, 31, 32, 34, 38, 44, 45, 49) gewürdigt, in Rechnung gestellt und vom Fallwert in Abzug gebracht worden. Da die Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Einsparungen erkennbar gewesen seien, hätte der Beklagte deren Auswirkungen auch exakt bestimmen müssen, denn die für die Vergleichsgruppe untypischen Merkmale würden den Beweiswert der statistischen Zahlen einschränken oder ihn sogar ganz aufheben. Bei der quantitativen Schätzung stehe dem Beklagten ein Beurteilungsspielraum zu. Dieser Spielraum sei nicht rechtsfrei, das Prüfungsgremium müsse die Schätzungsgrundlage so genau wie möglich angeben. Im Rahmen des Möglichen müsse das Prüfungsgremium deshalb darstellen, welche Umstände und Gesichtspunkte es seiner Schätzung des Mehraufwandes zugrunde gelegt habe (BSG, Urteil vom 19. November 1985, Az.: [6 RKA 13/84](#)). Da der Bescheid des Beklagten in der Begründung nicht die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe hinsichtlich der Ausfüllung des Beurteilungsspielraums mitteile, die ihn zu seiner Entscheidung bewogen hätten, liege ein Verstoß gegen [§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) vor. Aus den konkreten Angaben zu den Patientenfällen, die als richtig oder falsch einstufbar seien, hätte der Ausschuss seine Werte erschließen müssen. Er hätte zu erkennen geben müssen, ob und welchen Mehrbedarf er anhand der Patientenfälle erkenne und hätte erst dann die Prozentwerte der Besonderheiten als Ermessensentscheidung folgen lassen können. Auch auf der Rechtsfolgenseite würden sich ebenso wenig die tragenden Gesichtspunkte erkennen lassen, damit fehle es an der erkennbaren Ausübung des Ermessens hinsichtlich der ausgesprochenen Höhe der Vergütungsberichtigung, von denen der Beklagte bei der Ausübung seines Ermessens ausgegangen sei.

Mit weiterem Schriftsatz vom 27.07.2009 hat die Prozessbevollmächtigte des Klägers die weitere Entwicklung der Prüfung der Wirtschaftlichkeit des Klägers in den den hier streitgegenständlichen Quartalen nachfolgenden Quartalen dargestellt. Danach sei in den Bescheiden zu den Quartalen 4/99 sowie Quartal 1/00 bis 4/00 den Widersprüchen des Klägers vollinhaltlich unter Bezugnahme auf seine Analysen stattgegeben worden, in den Bescheiden zu den Quartalen 1/01 und 2/01 seien Kürzungen in Höhe von 473,00 EUR und 929,00 EUR ausgesprochen worden. Ab dem Quartal 3/01 seien keine Anträge mehr gestellt worden. Allerdings seien die Entscheidungen zu den Quartalen 1/00 bis 4/00 wegen Begründungsmängel aus Sicht der Unterzeichnerin zu Unrecht von der 39. Kammer aufgehoben worden und daher noch nicht rechtskräftig. Die Verfahren zu den Quartalen 1/00 und 4/00 seien wieder an den Beschwerdeausschuss zurückverwiesen worden, die weitere Entscheidung werde von den richterlichen Wertungen im Berufungsverfahren vor dem Bayer. Landessozialgericht abhängig gemacht.

II.

Im Quartal 4/97 behandelte der Kläger laut Gesamtstatistik im konservierend-chirurgischen Bereich 247 bei den gesetzlichen Krankenkassen versicherte Personen, womit er den Landesdurchschnitt mit 507,3 Patienten um - 51 % unterschritt. Der Rentneranteil des Klägers lag mit 26 % über dem Landesdurchschnitt mit 17 %. Der Kläger forderte im konservierend-chirurgischen Bereich ein Honorar in Höhe von 78.077,00 DM an. Mit einem Fallwert von 316,00 DM überschritt er den Durchschnittswert aller Zahnärzte Bayerns von 137,00 DM um 131 %.

In einem gemeinsamen Antrag vom 3. Juni 1998 haben die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen Antrag auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung des Klägers bei der Gesamtabrechnung gestellt. Der Kläger hat hierzu mit dem zum Quartal 3/97 identischen Schreiben vom 19. April 1999 Stellung genommen. Der Prüfungsausschuss hat mit Beschluss vom 9. Juni 1999 die Vergütung des Klägers für jeweils 15 % der Leistungen der BEMA-Nrn. 13 a bis d (F 1 bis F 4) berichtigt (4.699,34 DM). Gegen diesen Beschluss richtet sich zum einen der Widerspruch des Klägers vom 22. Juni 1999 (identisch mit Schreiben vom 22. Juni 1999 zum Quartal 3/97), zum anderen der gemeinsame Widerspruch der Kassenverbände in Bayern vom 23. Juni 1999, mit dem Ziel, die Gesamtabrechnung (131 % über dem Landesdurchschnitt) auf ein wirtschaftlich vertretbares Maß zu kürzen.

Der Beschwerdeausschuss hat mit Bescheid vom 4. Februar 2000 dem Widerspruch des Klägers bezüglich der BEMA-Nrn. 13 a bis 13 d nicht stattgegeben und dem Widerspruch der Krankenkassen in Bayern bezüglich der Gesamtabrechnung stattgegeben, die vom Prüfungsausschuss Oberbayern II am 5. Mai 1999 beschlossene Vergütungsberichtigung aufgehoben und nunmehr 12 % der Gesamtabrechnung berichtigt (7.901,26 DM).

Auf Klage hin hat das Sozialgericht München mit Urteil vom 9. Januar 2003 unter anderem den Bescheid für das Quartal 4/97 aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Die Entscheidungsbegründung entspricht dem Quartal 3/97.

Der Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 18. September 2003 abermals dem Widerspruch des Klägers bezüglich der BEMA-Nrn. 13 a bis 13 d nicht stattgegeben und auf den Widerspruch der Krankenkassen in Bayern den Beschluss des Prüfungsausschusses Oberbayern II vom 5. Mai 1999 aufgehoben und die Vergütungsberichtigung auf 12 % der Gesamtabrechnung angehoben (= 7.901,26 DM bzw. 4.039,85

Euro).

Die Begründung im Widerspruchsbescheid entspricht der Begründung im Widerspruchsbescheid vom 18. September 2009 zum Quartal 3/97, modifiziert durch die speziellen Zahlen des Quartals 4/97. Auch im Quartal 4/97 hat der Beklagte als Praxisbesonderheiten die dargelegten schweren Fälle und den erhöhten Rentneranteil anerkannt und diese Praxisbesonderheiten insgesamt mit 20 % des abgerechneten Fallwerts bewertet. Nach Abzug der Praxisbesonderheiten und der Vergütungsberichtigung verbleibt eine Restüberschreitung zum Landesdurchschnitt in Höhe von 57 %.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 20. Oktober 2003 zum Sozialgericht München, die mit Schriftsatz vom 4. Juni 2004 näher begründet wurde. Der Schriftsatz entspricht inhaltlich dem im Quartal 3/97 ([S 39 KA 5247/03](#)) eingereichten Schriftsatz.

Die Beigeladene zu 2. hat hierzu mit dem zum Quartal 3/97 identischen Schriftsatz vom 2. Juli 2004 Stellung genommen. Die Erwidern der Klägerseite vom 8. September 2004 entspricht ebenfalls derjenigen zum Quartal 3/97.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 9. März 2007 unter anderem die Klage mit dem Az.: S 39 KA 5248/03 abgewiesen. Die Begründung entspricht derjenigen zum Quartal 3/97.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 18. Juli 2007 zum Bayer. Landessozialgericht, die mit dem zum Quartal 3/97 identischen Schriftsatz vom 17. Juli 2008 näher begründet wurde.

III.

Der Kläger hat im Quartal 1/98 laut Gesamtstatistik im konservierend-chirurgischen Bereich 176 bei den gesetzlichen Krankenkassen versicherte Patienten behandelt, womit er den Landesdurchschnitt mit 425,4 Patienten um 59 % unterschritt. Der Rentneranteil lag beim Kläger bei 27 % (Landesdurchschnitt 17 %). Der Kläger forderte im konservierend-chirurgischen Bereich ein Honorar in Höhe von 56.301,00 DM an. Mit einem Fallwert von 320,00 DM überschritt er den Durchschnittsfallwert aller Zahnärzte Bayerns in Höhe von 156,00 DM um 105 %.

In einem gemeinsamen Antrag vom 11. September 1998 haben die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen Antrag auf Überprüfung der Gesamtabrechnung des Klägers auf Wirtschaftlichkeit hin beantragt.

Der Prüfungsausschuss Oberbayern II hat mit Bescheid vom 16. Dezember 1999 eine Vergütungsberichtigung beim Kläger in Höhe von 2 % der Gesamtabrechnung (= 903,80 DM) festgesetzt. Hiergegen hat der Kläger mit Schreiben vom 19. Januar 2000 Widerspruch eingelegt, der mit Schriftsatz vom 2. März 2001 näher begründet wurde. Es sei darauf hinzuweisen, dass der Prüfungsausschuss nicht die Besonderheit berücksichtigt habe, dass im Jahre 1998 durch das zweite GKV-NOG in § 30 die Kostenerstattung durch Restzuschüsse bei Zahnersatz bestanden habe und dies aufgrund der Mehrbelastung eine Beschränkung im Zahnersatz mit sich gebracht hatte aufgrund der Weigerung der Patienten, bei der Alternative Füllung oder Krone Zahnersatz zu erhalten. Die Praxis weise im Vergleich zum Landesdurchschnitt eine unterschiedliche Praxisstruktur auf, die einen Mehrbedarf rechtfertige und kausal die Überschreitung des Fallwerts zur Folge habe. Die Praxiswerte des Klägers würden im statistischen Mittelwert vom Landesdurchschnitt differieren wegen der unverhältnismäßig hohen Anzahl intensiver und kostenträchtiger Behandlungsfälle, die aufgrund der geringen Fallzahl die Statistik negativ beeinflussen würden. Diese würden aus dem konservierenden Bereich wegen der hohen Anzahl stark kariös geschädigter Gebisse resultieren, insbesondere bei den die Praxis im Prüfzeitraum frequentierenden Saison- und Tunnelarbeiter. Dem stehe eine unverhältnismäßig geringe Anzahl von sogenannten Bagatellfällen oder Verdünnerscheinen als Ausgleich der überdurchschnittlich umfangreichen Behandlungsfälle gegenüber, wodurch sich eine Überschreitung des Landesfallschnitts erkläre. In der Praxis des Klägers seien im Quartal 1/98 nur 176 Patienten behandelt worden im Verhältnis zum Landesdurchschnitt mit einer durchschnittlichen Fallzahl von 425 Patienten. Demnach habe der Kläger im Vergleich zum Durchschnitt der Praxis nur 41 % an Patienten. In der Gesamtbetrachtung hätten 6 % große Sanierungsfälle insgesamt 23 % des Gesamtabrechnungsvolumens verbraucht, ohne dass dieser Behandlung eine entsprechende Zahl an Ausgleichspatienten gegenübergestanden habe zur Nivellierung des pro Kopf erzielten Fallbetrages. 60 % des Abrechnungsvolumens würden auf lediglich 20 % der Patienten entfallen, das heiße, auf die restlichen 80 % Patienten würden vom durchschnittlichen Abrechnungsvolumen nur 40 % entfallen, was ein Indiz dafür sei, dass nicht insgesamt unwirtschaftlich behandelt worden sei, sonst würden sich rechnerisch diese Höhendifferenzen nicht ergeben. Der Kläger habe im Quartal 1/98 36 Patienten mit überdurchschnittlich erkrankten Gebissen gehabt, allein 26 Patienten also 15 % von 176 seien als sehr ausgedehnte konservierende Fälle mit extremem Behandlungsbedarf einzustufen mit den in der Aufstellung benannten Befunden und dem Therapiebedarf. Allein auf dieses Klientel würden 255 kariöse Zähne entfallen, also im Durchschnitt zehn Zähne pro Patient. Die Zähne würden teilweise mehrere kleine Füllungen oder eine große erhalten, teilweise hätten Kronen angefertigt werden müssen mit Aufbauauffüllungen, die als F 2 die Füllungsanzahl vermehrt hätten. Hierzu wird eine Liste der Patienten zur Begründung der Notwendigkeit der abgerechneten Füllungen sowie die Originalkarte in der Sitzung vorgelegt. Von den 574 Füllungen würden ca. 300 Füllungen allein auf dieses Klientel entfallen. Die Gesamtkosten nur für diese Gruppe würden sich auf 23.793,00 DM belaufen. Der Rest in Höhe von 32.504,00 DM entfalle auf die anderen 150 Patienten. Bei Abzug dieser 26 Patienten belaufe sich die Gesamtsumme nur noch auf 216,00 DM pro Fall mit einer Überschreitung von nur noch 38 %, wobei die weiteren schweren Fälle in dieser Überschreitung enthalten seien. Ziehe man die auch ab, ergebe sich kein Hinweis mehr dafür, dass im Übrigen unwirtschaftlich behandelt worden sei. Demnach sei die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit widerlegt. Das Argument, dass auch im Landesdurchschnitt schwer kariöse Fälle enthalten seien und daher der Kläger nicht alle Fälle in Abzug bringen könne, könne nicht Platz greifen. Zum einen müsse der Kläger die Möglichkeit der Nivellierung wegen eklatanter Praxisbesonderheiten haben (auf der ersten Stufe zu berücksichtigen), zum anderen würden bei der statistischen Durchschnittswertrechnung viele Patienten mitgerechnet, die keine BEMA-Behandlungsleistungen in Anspruch nehmen würden. Zur Untermauerung der genannten Praxisbesonderheiten könnten zur Betrachtung der Abrechnungskarteien sowie der Behandlungskarteien die Behandlungsfälle namentlich genannt werden. Die statistische Vergleichsmethode schließe ergänzende beispielhafte Überprüfungen von Einzelfällen nicht aus. Das Unterlassen weitergehender Prüfmethode sei ein Verstoß gegen die Amtsermittlungspflicht, zumal keine Statistiken über Praxisbesonderheiten und deren Auswirkungen geführt würden. Der Kläger habe gegenüber den Prüfungsgremien Einzelfälle nachweisen wollen anhand vorgelegter Original-Karteiblätter, diese seien jedoch nicht berücksichtigt worden. Der Ausschuss habe sich nicht mit den benannten Behandlungsfällen auseinandergesetzt und habe noch nicht einmal versucht, diese Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Dem Schreiben liegt eine Liste mit Patienten und Behandlungsaufwand für die Quartale 1 bis 4/98 bei. Dem Schreiben liegen noch zwei persönliche Schreiben des Klägers ohne Datum bzw. vom 7. Februar 2000 bei. Darin macht der Kläger als Praxisbesonderheiten den hohen Anteil älterer Patienten mit zum Teil eingeschränkter Mobilität, die saisonalen Arbeitskräfte im Fremdenverkehrs-/Gastronomiegewerbe, seit drei Jahren 96 Arbeitskräfte für Tunnelbau und ca. 35 % schwer motivierbare Patienten, die nach vielen Jahren erstmalig wieder zum Zahnarzt kommen würden, geltend. Das von ihm 1998 nach langem Zögern

begonnene freiwillige Recall-System habe ab den Quartalen 3 und 4/99 durch höhere Scheinzahlen (ca. 20 %) Erfolge gezeigt, wodurch der Punktdurchschnitt gesunken sei.

Der Beklagte hat mit Bescheid vom 2. Mai 2001 dem Widerspruch des Klägers bezüglich der Gesamtabrechnung nicht stattgegeben und damit die vom Prüfungsausschuss am 24. November 1999 beschlossene Vergütungsberichtigung in Höhe von 903,80 DM bestätigt. Auf Klage hin hat das Sozialgericht München mit Urteil vom 9. Januar 2003 unter anderem den Bescheid vom 02.05.2001 (Quartal 1/98) aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Die Begründung des Urteils entspricht der Begründung in den Vorquartalen.

Der Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 14. Oktober 2003 dem Widerspruch des Klägers bezüglich der Gesamtabrechnung wiederum nicht stattgegeben und hat die vom Prüfungsausschuss Oberbayern II am 24. November 1999 beschlossene Vergütungsberichtigung (903,80 DM bzw. 462,11 Euro) bestätigt. Die angeführten Praxisbesonderheiten (ländliche Region, Patienten unterdurchschnittlich versorgt, weniger gut vorbehandelt, Behandlungsbedarf im Einzelfall höher als bei Patienten im durchschnittlichen oder übergroßten Gebiet, überdurchschnittlich behandlungsintensive Fälle mit multiplen Befunden, Schwerpunkt der Praxis im konservierenden Bereich, insbesondere bei ausländischen Patienten, wenig Recall-Patienten, Praxisflüchter nach Durchsanierung, kein nachweisbarer Sanierungseffekt) könne den Beschwerdeausschuss nicht voll überzeugen. Die Lage der Praxis in einer ländlichen Region als solche sei keine Praxisbesonderheit. Es widerspreche jeglicher Erfahrung, dass eine Praxis in einer solch stark unterversorgten Gegend lediglich 176 Fälle aufweise. Der Kläger habe eine Aufstellung eingereicht, in der Besonderheiten des Klientels (Ausländer, Gastronomiebeschäftigte, sozial schwache Patienten, Saisonarbeiter etc.) aufgeführt worden seien. Ferner werde für jeden Patienten darüber hinaus die Anzahl der Sanierungen (Zähne und die Anzahl der gelegten Füllungen) angegeben. Der Beklagte vermisse in der Praxis des Klägers einen Sanierungseffekt. Seit Quartalen sei die Überschreitung bei den Füllungspositionen sehr weit über dem Landesdurchschnitt. Seit Anfang der 90er Jahre sei bereits das sogenannte Bonusheft eingeführt worden, was die erwachsenen Patienten sogar, zumindest einmal im Jahr, zur zahnärztlichen Untersuchung verpflichte. Den Beklagten verwundere zudem die relativ hohe Anzahl an durchgeführten systematischen PAR-Behandlungen. Die eingereichte Patientenliste gebe einen Hinweis auf einen durchaus vorliegenden erhöhten Sanierungsbedarf, der vom Beklagten auch anerkannt werde. Aufgrund der vom Beschwerdeausschuss gewählten statistischen Prüfmethode könne jedoch anhand dieser Fälle keine Einzelfallprüfung durchgeführt werden, zumal auch die Notwendigkeit der einzelnen Leistungen am einzelnen Patienten und damit deren wirtschaftliche Erbringung vom Beklagten nicht schlüssig geprüft werden könne. Der Beklagte werte jedoch die Anzahl der schwereren Fälle bei der Betrachtung des Gesamtfallwertes in der ersten Prüfungsstufe. Als weitere Praxisbesonderheit werde eine hohe Fluktuation genannt. Die Wertung dieser Praxisbesonderheit könne jedoch nur sehr eingeschränkt vom Beklagten durchgeführt werden, da die Anzahl dieses speziellen Klientels weder quantifiziert noch nachgewiesen worden sei, dass gerade diese Patienten einen erhöhten Behandlungsbedarf aufweisen würden, der die Statistik des Klägers signifikant beeinflussen würde. Die zur Sitzung mitgebrachten Karteikarten und Röntgenaufnahmen könnten darüber hinaus heute auch keinen Aufschluss mehr geben. Als weitere Praxisbesonderheit werde der erhöhte Rentneranteil aufgeführt. Der Beklagte stelle fest, dass die Anzahl der Rentner mit 27 % gegenüber dem Landesdurchschnitt von 17 % stark abweiche. Inwiefern jedoch bei dieser Patientengruppe ein wesentlich erhöhter konservierend-chirurgischer Behandlungsbedarf bestehe, sei nicht dezidiert nachgewiesen worden. Ebenfalls Berücksichtigung finden müsse in der ersten Prüfungsstufe die Frage, ob kompensatorische Einsparungen vorliegen würden. Diesbezüglich seien jedoch vom Kläger weder schriftlich noch mündlich Argumente vorgetragen worden. Der Beklagte finde im Rahmen der Amtsermittlungspflicht aus dem statischen Zahlenmaterial nur wenig Entlastendes. Der Beklagte könne zwei Praxisbesonderheiten zugunsten des Klägers werten. Es seien dies die dargelegten schweren Behandlungsfälle sowie der gegenüber dem Landesdurchschnitt erhöhte Rentneranteil. Die übrigen vorgetragenen Praxisbesonderheiten könnten als solche nicht gewertet und daher nicht anerkannt werden. Dem Kläger sei es nicht gelungen, einen Beweis für die durch die anerkannten Praxisbesonderheiten konkret entstandene Abweichung gegenüber dem Landesdurchschnitt der Höhe nach schlüssig und zweifelsfrei zu erbringen. Dem Beklagten bleibe daher nur die Möglichkeit, den grundsätzlich anzuerkennenden Mehraufwand im Rahmen seines Ermessensspielraums zu schätzen. Der Beklagte bewerte den durch die anerkannten Praxisbesonderheiten entstandenen Mehraufwand mit insgesamt 20 % des Fallwertes. Nach Abzug der anerkannten Praxisbesonderheit bleibe noch eine Abweichung vom Landesdurchschnitt in Höhe von 64 %, was immer noch eine Überschreitung im offensichtlichen Missverhältnis bedeute. Unter Berücksichtigung der statistischen Werte und der Praxisbesonderheit beschließe der Beklagte eine Vergütungsberichtigung in Höhe von 2,5 % des um die Praxisbesonderheit bereinigten Fallwertes der Gesamtabrechnung, was einer Kürzung der Gesamtabrechnung um 2 % entspreche. Danach verbleibe eine Restüberschreitung in Höhe von 60 %.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 20. Oktober 2003 zum Sozialgericht München, die mit dem schon aus den Vorquartalen bekannten Schriftsatz vom 4. Juni 2004 näher begründet wurde. Die weiteren Stellungnahmen der Beigeladenen zu 2. vom 2. Juli 2004 und des Klägers vom 8. September 2004 entsprechen ebenfalls den Schriftsätzen zu den Vorquartalen. Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 9. März 2007 unter anderem die Klage zum Quartal 1/98 (Az.: S 39 KA 5256/03) abgewiesen. Hiergegen richtet sich die Berufung zum Bayer. Landessozialgericht vom 18. Juli 2007, die mit dem zu den Vorquartalen identischen Schriftsatz vom 17. Juli 2008 näher begründet wurde.

IV.

Laut Gesamtstatistik behandelte der Kläger im Quartal 2/98 im konservierend-chirurgischen Bereich 152 bei den gesetzlichen Krankenkassen versicherte Patienten, womit er den Landesdurchschnitt mit 405,7 Patienten um - 63 % unterschritt. Der Rentneranteil lag beim Kläger mit 30 % über dem Landesdurchschnitt in Höhe von 17 %. Der Kläger forderte im konservierend-chirurgischen Bereich ein Honorar in Höhe von 56.186,00 DM an. Mit einem Fallwert von 370,00 DM überschritt er den Durchschnittsfallwert aller Zahnärzte Bayerns von 146,00 DM um 153 %. Mit gemeinsamem Antrag vom 4. Dezember 1998 haben die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen Antrag auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Gesamtabrechnung des Klägers gestellt. Der Prüfungsausschuss Oberbayern II hat mit Bescheid vom 16. Dezember 1999 beim Kläger eine Vergütungsberichtigung in Höhe von 20 % der Gesamtabrechnung (8.783,13 DM) festgesetzt. Gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses hat der Kläger mit Schreiben vom 19. Januar 2000 Widerspruch eingelegt, der mit Schriftsatz vom 2. März 2001 näher begründet wurde. Dieser Schriftsatz entspricht dem zum Quartal 1/98 eingereichten Widerspruchsschreiben. Speziell zum Quartal 2/98 wurde vorgetragen, dass 41 Patienten überdurchschnittlich erkrankte Gebisse gehabt hätten, allein 35 Patienten, also 23 % von 152, seien als sehr ausgedehnte konservierende Fälle mit extremem Behandlungsbedarf einzustufen mit den in einer Aufstellung benannten Befunden und Therapieaufwand gewesen. Allein auf dieses Klientel würden die in der Anlage aufgezählten kariösen

Zähne, mit im Durchschnitt zehn kariöse Zähne pro Patient entfallen. Die Zähne würden teilweise mehrere kleine Füllungen oder große erhalten, teilweise hätten Kronen angefertigt werden müssen mit Aufbaufüllungen, die als F 2 die Füllungsanzahl vermehrt hätten. Hierzu wird eine Liste zur Begründung der Notwendigkeit der abgerechneten Füllungen vorgelegt und im Termin die Vorlage der Original-Kartei angekündigt. Die Gesamtkosten nur für diese Gruppe würden sich auf 31.038,00 DM belaufen. Der Rest in Höhe von 25.148,00 DM entfalle auf die anderen 117 Patienten. Bei Abzug dieser 35 Patienten würde sich die Gesamtsumme nur noch auf 215,00 DM pro Fall belaufen, wobei die weiteren schwereren Fälle in dieser Überschreitung nicht enthalten seien. Ziehe man die auch ab, ergebe sich kein Hinweis mehr dafür, dass im Übrigen unwirtschaftlich behandelt worden sei.

Der Beschwerdeausschuss Südbayern I hat mit Bescheid vom 2. Mai 2001 dem Widerspruch des Klägers nicht stattgegeben und die vom Prüfungsausschuss Oberbayern II am 24. November 1999 beschlossene Vergütungsberichtigung bestätigt.

Auf die Klage hin hat das Sozialgericht München mit Urteil vom 9. Januar 2003 unter anderem den Bescheid vom 2. Mai 2000 (Quartal 2/98) aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Der Beschwerdeausschuss Südbayern I hat mit Bescheid vom 14. Oktober 2003 dem Widerspruch des Klägers bezüglich der Gesamtabrechnung abermals nicht stattgegeben und die vom Prüfungsausschuss Oberbayern II am 24. November 1999 beschlossene Vergütungsberichtigung in Höhe von 8.783,13 DM bzw. 4.490,74 Euro bestätigt. Der Beschwerdeausschuss berücksichtigt als Praxisbesonderheiten die dargelegten schweren Behandlungsfälle und den erhöhten Rentneranteil. Dem Kläger sei es allerdings nicht gelungen, einen Beweis für die durch die anerkannten Praxisbesonderheiten konkret entstandene Abweichung gegenüber dem Landesdurchschnitt der Höhe nach schlüssig und zweifelsfrei zu erbringen. Dem Beklagten bleibe daher nur die Möglichkeit, den grundsätzlich anzuerkennenden Mehraufwand im Rahmen seines Ermessensspielraums zu schätzen. Der Beklagte bewerte den durch die anerkannten Praxisbesonderheiten entstandene Mehraufwand auf insgesamt 20 % des Fallwertes. Die Abweichung vom Landesdurchschnitt beantrage nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheit noch + 103 %, womit immer noch eine Überschreitung im offensichtlichen Missverhältnis vorliege. Unter Berücksichtigung dieser statistischen Werte und der Praxisbesonderheit beschließe der Beklagte eine Vergütungsberichtigung von 25 % des um die Praxisbesonderheit bereinigten Fallwertes der Gesamtabrechnung, die einer Kürzung der Gesamtabrechnung um 20 % entspreche, was zu einer verbleibenden Restüberschreitung von 52 % führe.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers zum Sozialgericht München vom 20. Oktober 2003, die mit dem zu den Vorquartalen identischen Schriftsatz vom 8. September 2004 näher begründet wurde. Die weiter gewechselten Schriftsätze der Beigeladenen zu 2. vom 2. Juli 2004 und des Klägers vom 8. September 2004 entsprechen ebenfalls den Schriftsätzen zu den Vorquartalen. Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 9. März 2007 unter anderem die Klage mit dem Az.: S 39 KA 5257/03 (Quartal 2/98) abgewiesen. Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 18. Juli 2007, die mit dem Schriftsatz vom 17. Juli 2008 näher begründet wurde.

V.

Laut Gesamtstatistik hat der Kläger im Quartal 3/98 im konservierend-chirurgischen Bereich 204 bei den gesetzlichen Krankenkassen versicherte Patienten behandelt, womit er den Landesdurchschnitt mit 404,8 Patienten um - 50 % unterschritten hat. Der Rentneranteil lag in der Praxis des Klägers bei 24 % , womit er den Landesdurchschnitt in Höhe von 17 % überschritt. Der Kläger forderte im konservierend-chirurgischen Bereich 70.202,00 DM an. Mit einem Fallwert von 344,00 DM überschritt er den Durchschnittsfallwert aller Zahnärzte Bayerns in Höhe von 147,00 DM um + 134 %.

In einem gemeinsamen Antrag vom 9. März 1999 haben die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen Antrag auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Gesamtabrechnung des Klägers gestellt.

Der Prüfungsausschuss Oberbayern II hat mit Bescheid vom 28. Januar 2000 eine Vergütungsberichtigung in Höhe von 15 % der Gesamtabrechnung (9.530,07 DM) festgesetzt.

Hiergegen hat der Kläger mit Schreiben vom 11. Februar 2000 Widerspruch eingelegt, der mit dem bereits zu den Vorquartalen bekannten Schriftsatz vom 2. März 2001 näher begründet wurde. Zum Quartal 3/98 wird darauf hingewiesen, dass er 45 Patienten mit überdurchschnittlich erkrankten Gebissen behandelt habe, allein 31 Patienten, also 15 % von 204, seien als sehr ausgedehnte konservierende Fälle mit extremem Behandlungsbedarf einzustufen mit den in der beiliegenden Aufstellung genannten Befunden und Therapieaufwand. Allein auf dieses Klientel würden die in der Anlage aufgezählten kariösen Zähne mit im Schnitt zehn kariöse Zähne pro Patient entfallen. Die Zähne würden teilweise mehrere kleine Füllungen oder große erhalten, teilweise hätten Kronen angefertigt werden müssen mit Aufbaufüllungen, die als F 2 die Füllungsanzahl vermehren würden. Hierzu wird eine Liste der Patienten zur Begründung der Notwendigkeit der abgerechneten Füllungen vorgelegt sowie die Vorlage der Original-Kartei in der Sitzung angekündigt. Die Gesamtkosten nur für diese Gruppe würden sich auf 27.106,00 DM belaufen. Der Rest in Höhe von 43.096,00 DM würde auf die anderen 173 Patienten entfallen. Bei Abzug dieser 31 Patienten belaufe sich die Gesamtsumme nur noch auf 249,00 DM pro Fall, wobei die weiteren schwereren Fälle in dieser Überschreitung nicht enthalten seien. Ziehe man auch die ab, ergebe sich kein Hinweis mehr darauf, dass im Übrigen unwirtschaftlich behandelt worden sei.

Der Beklagte hat mit Bescheid vom 2. Mai 2001 dem Widerspruch des Klägers bezüglich der Gesamtabrechnung nicht stattgegeben und hat die vom Prüfungsausschuss Oberbayern II am 19. Januar 2000 beschlossene Vergütungsberichtigung in Höhe von 9.530,07 DM bestätigt.

Auf die Klage hin hat das Sozialgericht München unter anderem den Bescheid vom 2. Mai 2000 zum Quartal 3/98 (Az.: S 33 KA 5402/01) aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Der Beschwerdeausschuss Südbayern I hat mit Bescheid vom 14. Oktober 2003 dem Widerspruch des Dr. A. bezüglich der Gesamtabrechnung wiederum nicht stattgegeben und die vom Prüfungsausschuss Oberbayern II am 19. Januar 2000 beschlossene Vergütungsberichtigung in Höhe von 4.872,63 Euro (= 9.530,07 DM) bestätigt. Der Beklagte könne auch hier zwei Praxisbesonderheiten zugunsten des Klägers werten. Es seien dies die dargelegten schweren Behandlungsfälle und der gegenüber dem Landesdurchschnitt erhöhte Rentneranteil. Dem Kläger sei es aber nicht gelungen, einen Beweis für die durch die anerkannten Praxisbesonderheiten konkret entstandene Abweichung gegenüber dem Landesdurchschnitt der Höhe nach schlüssig und zweifelsfrei zu erbringen. Dem Beschwerdeausschuss bleibe daher nur die Möglichkeit, den grundsätzlich anzuerkennenden Mehraufwand im Rahmen seines Ermessensspielraums zu schätzen. Der Beklagte bewerte den durch die anerkannten Praxisbesonderheiten entstandenen Mehraufwand auf insgesamt 20 % des Fallwertes. Auch nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten auf der ersten Stufe der Prüfung liege die Überschreitung mit + 87 % noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Unter Berücksichtigung dieser statistischen Werte und der Praxisbesonderheit beschließe der Beklagte eine Vergütungsberichtigung in Höhe von 19 % des um die Praxisbesonderheit bereinigten Fallwertes der Gesamtabrechnung, die einer Kürzung der Gesamtabrechnung um 15 % entspreche, was zu einer verbleibenden Restüberschreitung in Höhe von 52 % führe.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers zum Sozialgericht München vom 20. Oktober 2003, die mit dem zu den Vorquartalen identischen Schriftsatz vom 4. Juni 2004 näher begründet wurde. Die weiter gewechselten Schriftsätze der Beigeladenen zu 2. vom 2. Juli

2004 und des Klägers vom 8. September 2004 entsprechen ebenfalls den Schriftsätzen zu den Vorquartalen.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 18. Juli 2007 zum Bayer. Landessozialgericht, die mit dem zu den Vorquartalen identischen Schriftsatz vom 17. Juli 2008 näher begründet wurde.

VI.

Laut Gesamtstatistik behandelte der Kläger im Quartal 4/98 im konservierend-chirurgischen Bereich 227 bei den gesetzlichen Krankenkassen versicherte Patienten, womit er den Landesdurchschnitt mit 500,5 Patienten um - 55 % unterschritt. Der Rentneranteil lag beim Kläger mit 26 % über dem Landesdurchschnitt von 17 %. Der Kläger forderte im konservierend-chirurgischen Bereich ein Honorar in Höhe von 74.602,00 DM an. Mit einem Fallwert von 329,00 DM überschritt er den Durchschnittsfallwert aller Zahnärzte Bayerns von 141,00 DM um + 133 %.

In einem gemeinsamen Antrag der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 15. Juni 1999 haben diese eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Gesamtabrechnung des Klägers beantragt.

Der Prüfungsausschuss Oberbayern II hat mit Bescheid vom 28. Januar 2000 eine Vergütungsberichtigung in Höhe von 15 % der Gesamtabrechnung des Klägers in Höhe von 9.206,55 DM festgesetzt.

Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 7. Februar 2000, der mit dem aus den Vorquartalen bekannten Schriftsatz vom 2. März 2001 näher begründet wurde. Zum Quartal 4/98 wird ergänzend vorgetragen, dass der Kläger 48 Patienten mit überdurchschnittlich erkrankten Gebissen behandelt habe, allein 29 Patienten, also 13 % von 227, seien als sehr ausgedehnte konservierende Fälle mit extremem Behandlungsbedarf einzustufen mit den in der beiliegenden Aufstellung benannten Befunden und Therapiebedarf. Allein auf dieses Klientel würden die in der Anlage aufgezählten kariösen Zähne mit im Durchschnitt zehn kariöse Zähne pro Patient entfallen. Die Zähne würden teilweise mehrere kleine Füllungen oder große erhalten, teilweise müssten Kronen angefertigt werden mit Aufbaufüllungen, die als F 2 die Füllungsanzahl vermehren würden. Hierzu wird eine Liste von Patienten zur Begründung der Notwendigkeit der abgerechneten Füllungen vorgelegt sowie die Vorlage der Original-Kartei in der Sitzung angekündigt. Die Gesamtkosten nur für diese Gruppe würden sich auf 26.261,00 DM belaufen. Der Rest in Höhe von 48.341,00 DM würde auf die anderen 198 Patienten entfallen. Bei Abzug dieser 29 Patienten würde sich die Gesamtsumme nur noch auf 244,00 DM belaufen, wobei die weiteren schweren Fälle in dieser Überschreitung nicht enthalten seien. Ziehe man auch die ab, ergebe sich kein Hinweis mehr dafür, dass im Übrigen unwirtschaftlich behandelt worden sei.

Der Beschwerdeausschuss Südbayern I hat mit Bescheid vom 2. Mai 2001 dem Widerspruch des Klägers bezüglich der Gesamtabrechnung nicht stattgegeben und hat die vom Prüfungsausschuss Oberbayern II am 19. Januar 2000 beschlossene Vergütungsberichtigung bestätigt. Der Beschwerdeausschuss erkennt als Praxisbesonderheiten die Anzahl der schwereren Fälle in der Praxis des Klägers und den erhöhten Rentneranteil an. Der Beschwerdeausschuss sei der Überzeugung, dass die Restüberschreitung in Höhe von 98 % ausreiche, um sämtlichen individuellen Gesichtspunkten der Praxis Dr. A. ausreichend Rechnung zu tragen.

Auf Klage hin hat das Sozialgericht München mit Urteil vom 9. Januar 2003 unter anderem den Bescheid vom 2. Mai 2000 zum Quartal 4/98 (Az.: S 33 KA 5459/01) aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, über den Widerspruch des Klägers erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Der Beschwerdeausschuss Südbayern I hat mit Bescheid vom 14. Oktober 2003 dem Widerspruch des Klägers bezüglich der Gesamtabrechnung wiederum nicht stattgegeben und die vom Prüfungsausschuss Oberbayern II am 19. Januar 2000 beschlossene Vergütungsberichtigung in Höhe von 4.707,23 Euro (= 9.206,55 DM) bestätigt. Der Beschwerdeausschuss könne zwei Praxisbesonderheiten zugunsten des Klägers werten. Es seien dies die dargelegten schweren Behandlungsfälle und der erhöhte Rentneranteil. Dem Kläger sei es aber nicht gelungen, einen Beweis für die durch die anerkannten Praxisbesonderheiten konkret entstandene Abweichung gegenüber dem Landesdurchschnitt der Höhe nach schlüssig und zweifelsfrei zu erbringen. Dem Beschwerdeausschuss bleibe daher nur die Möglichkeit, den grundsätzlich anzuerkennenden Mehraufwand im Rahmen seines Ermessensspielraums zu schätzen. Der Beschwerdeausschuss bewerte den durch die anerkannten Praxisbesonderheiten entstandenen Mehraufwand auf insgesamt 20 % des Fallwertes. Nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten bestehe noch eine Abweichung vom Landesdurchschnitt in Höhe von 87 %, was immer noch eine Überschreitung im offensichtlichen Missverhältnis darstelle. Unter Berücksichtigung dieser statistischen Werte und der Praxisbesonderheit beschließe der Beklagte eine Vergütungsberichtigung in Höhe von 19 % des um die Praxisbesonderheit bereinigten Fallwertes der Gesamtabrechnung, was einer Kürzung der Gesamtabrechnung um 15 % entspreche, woraus sich eine verbleibende Überschreitung in Höhe von 52 % ergebe.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die Klage des Klägers vom 20. Oktober 2003, die mit dem aus den Vorquartalen bekannten Bescheid vom 4. Juni 2004 näher begründet wurde. Die Stellungnahme der Beigeladenen zu 2. vom 2. Juli 2004 und die ergänzende Stellungnahme des Klägers vom 8. September 2004 entsprechen ebenfalls den Schriftsätzen zu den Vorquartalen.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 9. März 2007 unter anderem die Klage mit dem Az.: S 39 KA 5259/03 (Quartal 4/98) abgewiesen.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 18. Juli 2007, die mit dem Schriftsatz vom 17. Juli 2008 näher begründet wurde.

VII.

Der Kläger hat laut Gesamtstatistik im Quartal 1/99 im konservierend-chirurgischen Bereich 188 bei den gesetzlichen Krankenkassen versicherte Patienten behandelt, womit er den Landesdurchschnitt von 413 Patienten um - 54 % unterschritt. Der Rentneranteil lag beim Kläger mit 29 % über dem Landesdurchschnitt mit 17 %. Der Kläger forderte im konservierend-chirurgischen Bereich 79.014,00 DM an. Mit einem Fallwert von 420,00 DM überschritt er den Durchschnittsfallwert aller Zahnärzte Bayerns in Höhe von 163,00 DM um + 158 %. Mit gemeinsamen Antrag vom 5. November 1999 haben die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen Antrag auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Gesamtabrechnung des Klägers im Quartal 1/99 gestellt.

Der Prüfungsausschuss Oberbayern II hat mit Bescheid vom 7. April 2000 die Vergütung des Klägers in Höhe von 25 % der Gesamtabrechnung berichtigt (= 16.024,61 DM).

Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 19. April 2000, der zunächst mit Schriftsatz vom 7. November 2000 näher begründet wurde. Anhand einer beispielhaften und repräsentativen Einzelfallprüfung könne die besondere nachfolgend bezeichnete Typik der zu prüfenden Praxis des Klägers dargestellt und die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit widerlegt werden. Die überdurchschnittlich behandlungsintensiven Patienten würden ein besonderes Patientengut darstellen, woraus sich der Mehrbedarf an Behandlungsleistungen und die höheren Abrechnungswerte kausal ergeben würden. Eine solche individuelle Prüfung sei auf der ersten Stufe vor Feststellung der Abrechnungsabweichung und Vermutung eines offensichtlichen Missverhältnisses anzustellen. In der Praxis des Klägers finde sich in jedem

Quartal eine überdurchschnittlich hohe Anzahl schwerer sanierungsbedürftiger Behandlungsfälle, die eine Abweichung vom Landesdurchschnitt durch viele Problemfälle darstellten und aufgrund der geringen Fallzahl die Statistik negativ beeinflussen würden. Dem stehe eine unverhältnismäßig geringe Anzahl von sogenannten Bagatellfällen oder Verdünnerscheinen als Ausgleich der überdurchschnittlich umfangreichen Behandlungsfälle gegenüber, wodurch sich eine Überschreitung des Landesfallschnitts erkläre. Im Quartal 1/99 seien bei 188 Patienten allein 79 Patienten aufgrund des Versorgungsbedarfs mit 400,00 DM abgerechnet worden, wovon 33 Patienten sehr behandlungsintensiv gewesen seien. Die Praxis liege wegen der nur 188 Patienten schon durch die 33 schweren Fälle mit 34.425,00 DM über dem Landesdurchschnitt von 163,00 DM pro Fall. Auf diese 33 Patienten, also 17,5 % des Klientels, würden 43,5 % der Leistungen entfallen. Auf die restlichen 155 Patienten, 82,5 % des Klientels, würden 56,5 % der Gesamtabrechnung entfallen. Dies stelle ausgehend von einer geringen Patientenzahl eine Praxisbesonderheit dar. Demnach sei die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit widerlegt. Geringe Scheinzahl und schwere Fälle in Kombination seien eine Praxisbesonderheit (SG Stuttgart vom 19. Dezember 1997, S 5 KA 5592/96). Zusammenfassend sei auch nochmals auf die weiteren Praxisbesonderheiten ländliche Region, kein Sanierungseffekt, hohe Fluktuation, viele Neupatienten mit schwierigen Sanierungsfällen, wenig Verdünnerscheine trotz hoher Rentnerzahl, Schwerpunkt der Praxis im konservierend-chirurgischen Bereich hinzuweisen. Mit weiterem Schriftsatz vom 12. Oktober 2001 wurden die Unterlagen um die anliegende Patientenanalyse für das Quartal 1/99 ergänzt. Betrachte man die Behandlungen der Folgequartale, so werde deutlich, dass an diesen Patienten trotz der hohen Behandlungskosten ein Sanierungseffekt habe erzielt werden können. 28 Patienten hätten keine weiteren Folgekosten verursacht. An vier Patienten seien in den Folgequartalen Fortsetzungsbehandlungen notwendig gewesen, 27 Patienten hätten nur noch einen unterdurchschnittlichen Behandlungsbedarf bis hin zu Null in den Quartalen 2001 benötigt. Lediglich 16 Patienten hätten noch Behandlungsmaßnahmen im durchschnittlichen Bereich benötigt, und bei zwei Patienten seien auch in den Folgequartalen höhere Kosten wegen erneutem Behandlungsbedarf nötig geworden, so beim Patienten O. A. wegen eines Unfalles. Der beigefügten Grafik 1 könne man entnehmen, dass in den Quartalen 1 bis 4/1999 die Abrechnungswerke stetig gesunken seien und zwar von 158 % über 122 % auf 108 % und dann auf 102 % bis zum Schluss 74 % Überschreitung im Quartal 1/2000. Betrachte man die Abrechnungssummen, werde deutlich, dass im konservierend-chirurgischen Bereich die Praxis im Jahresverlauf das Honorarvolumen einer Durchschnittspraxis habe, wobei der Zyklus der geprüften Praxis gegenläufig zu den Durchschnittswerten im Land sei. Der Grafik 2 seien die Überschreitungswerte zu entnehmen. Vom Quartal 3/97 bis letztlich zum Quartal 1/2001 seien die Fallwerte aufgrund des systematisch eingeführten Recalls, welches erst langsam Früchte trage, stets gesunken. Der Beschwerdeausschuss Südbayern I hat mit Bescheid vom 28. November 2001 dem Widerspruch des Klägers bezüglich der Gesamtabrechnung teilweise stattgegeben und die Vergütungsberichtigung auf 20 % der Gesamtabrechnung reduziert (= 12.821,60 DM bzw. 6.555,58 Euro). Der Beschwerdeausschuss hat die Anzahl der schwereren Fälle und den erhöhten Rentneranteil als Praxisbesonderheit berücksichtigt und deshalb die vom Prüfungsausschuss durchgeführte Vergütungsberichtigung von 25 % auf 20 % der Gesamtabrechnung reduziert.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 9. Januar 2003 unter anderem den Bescheid vom 28. November 2001 zum Quartal 1/99 (S 33 KA 5460/01) aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Der Beschwerdeausschuss Südbayern I hat mit Bescheid vom 18. September 2003 dem Widerspruch des Klägers abermals (nur) teilweise stattgegeben und die Vergütungsberichtigung auf 20 % der Gesamtabrechnung reduziert. Der Kläger habe eine Aufstellung eingereicht, in der Besonderheiten des Klientels aufgeführt würden. Ferner werde für jeden Patienten darüber hinaus die Anzahl der sanierten Zähne und die Anzahl der gelegten Füllungen angegeben. Hierzu sei festzustellen, dass in jeder Praxis ein gewisser Anteil an sehr schweren Fällen vorliege und Neupatienten, Ausländer und sozial schwache Patienten als schwere Fälle auftreten würden. Diese seien im Landesdurchschnitt enthalten. Es sei nicht nachgewiesen worden, dass in der Praxis des Klägers ein vom Landesdurchschnitt abweichender erhöhter Anteil an schweren Fällen vorliege. Die vorgelegte Liste gebe jedoch einen Hinweis auf einen erhöhten Sanierungsbedarf, und dieser werde vom Beschwerdeausschuss auch anerkannt. Aufgrund der vom Beschwerdeausschuss gewählten statistischen Prüfmethode könne jedoch anhand dieser Fälle eine Einzelfallprüfung nicht durchgeführt werden, zumal auch die Notwendigkeit der einzelnen Leistungen am einzelnen Patienten und damit deren wirtschaftliche Erbringung vom Beklagten nicht schlüssig geprüft werden könne. Als weitere Praxisbesonderheit werde der erhöhte Rentneranteil aufgeführt. Inwiefern jedoch bei dieser Patientengruppe ein wesentlich erhöhter konservierend-chirurgischer Behandlungsbedarf bestanden habe, sei nicht dezidiert nachgewiesen worden. Hinsichtlich des Vorliegens kompensatorischer Einsparungen sei festzustellen, dass durch die vermehrt durchgeführten konservierend-chirurgischen Maßnahmen keine Einsparungen in den anderen Behandlungsbereichen festzustellen seien. Insbesondere bei den Zahnersatzleistungen liege der Kläger sowohl in der Fallzahl (bezogen auf konservierend-chirurgische Behandlungsfälle) als auch beim Fallwert weit über dem Landesdurchschnitt. Die Vermutung der unwirtschaftlichen Behandlungsweise sei vom Kläger nicht im vollen Umfang widerlegt worden. Insgesamt erkenne der Beschwerdeausschuss die dargelegten schweren Fälle und den erhöhten Rentneranteil als Praxisbesonderheit an. Die weiteren behaupteten Praxisbesonderheiten seien jedoch vom Kläger nicht ausreichend quantifiziert worden. Dem Kläger sei es nicht gelungen, einen Beweis für die durch die anerkannten Praxisbesonderheiten konkret entstandene Abweichung gegenüber dem Landesdurchschnitt der Höhe nach schlüssig und zweifelsfrei zu erbringen. Dem Beschwerdeausschuss bleibe nur die Möglichkeit, im Rahmen der Ausübung seines Ermessens denjenigen Anteil zu schätzen, der in der Praxis Dr. A. als Praxisbesonderheit über den durchschnittlichen Fallwert hinaus anzuerkennen sei. Der Beschwerdeausschuss bewerte diese Praxisbesonderheiten insgesamt mit 20 % des abgerechneten Fallwerts. Auch nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten liege die Abweichung vom Landesdurchschnitt mit 106 % noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Unter Berücksichtigung dieser statistischen Werte und der Praxisbesonderheit beschließe der Beschwerdeausschuss eine Vergütungsberichtigung gemäß § 9 Abs. 9 der Prüfvereinbarung in Höhe von 25 % des um die Praxisbesonderheit bereinigten Fallwerts der Gesamtabrechnung, was einer Kürzung der Gesamtabrechnung um 20 % entspreche. Die verbleibende Restüberschreitung liege bei 55 %.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 20. Oktober 2003 zum Sozialgericht München, die mit dem schon aus früheren Quartalen bekannten Schriftsatz vom 4. Juni 2004 näher begründet wurde. Die weiter gewechselten Schriftsätze der Beigeladenen zu 2. vom 2. Juli 2004 und die weitere Stellungnahme des Klägers vom 8. September 2004 entsprechen den Schriftsätzen in den Vorquartalen. Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 9. März 2007 unter anderem die Klage mit dem Az.: S 39 KA 5249/03 zum Quartal 1/99 abgewiesen.

Hiergegen richtet sich die Berufung zum Bayer. Landessozialgericht vom 18. Juli 2007, die mit zu den Vorquartalen identischem Schriftsatz vom 17. Juli 2008 näher begründet wurde.

VIII.

Der Kläger hat laut Gesamtstatistik im Quartal 2/99 im konservierend-chirurgischen Bereich 152 bei den gesetzlichen Krankenkassen versicherte Patienten behandelt, womit er den Landesdurchschnitt von 412,8 Patienten um - 63 % unterschritt. Der Rentneranteil lag beim Kläger mit 29 % über dem Landesdurchschnitt in Höhe von 18 %. Der Kläger forderte im konservierend-

chirurgischen Bereich ein Honorar in Höhe von 51.453,00 DM an. Mit einem Fallwert von 339,00 DM überschritt er den Durchschnittsfallwert aller Zahnärzte Bayerns von 153,00 DM um + 122 %.

In einem gemeinsamen Antrag vom 13. Januar 2000 haben die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen Antrag auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Gesamtabrechnung des Klägers gestellt. Der Kläger hat hierzu mit Schriftsatz vom 14. März 2000 Stellung genommen. Auch im zu prüfenden Quartal 2/99 stellten die schweren sanierungsbedürftigen Fälle ein besonderes Klientel dar, die einen gerechtfertigten Mehrbedarf an Behandlungsleistungen hätten und als Praxisbesonderheit zu werten seien. In der Praxis des Klägers seien im Quartal 2/99 lediglich 152 Patienten behandelt worden, im Landesdurchschnitt bestehe eine durchschnittliche Fallzahl von 413 Patienten. Demnach habe der Kläger im Vergleich zum landesweiten Durchschnitt der Praxen nur 26 % an Patienten, also nur knapp über ein Drittel. Die Praxis des Klägers müsse den auftretenden überdurchschnittlichen Behandlungsbedarf mit dieser geringen Scheinzahl auffangen, was statistisch nicht gelingen könne. Allein 57 Patienten seien als schwerere Fälle einzustufen gewesen, und von den 152 Patienten hätten 22 Patienten ein stark kariös zerstörtes Gebiss, das seien 15 % der Gesamtpatientenzahl, auf die ca. vier Fünftel der gesamten Füllungsleistungen, mithin 334 Füllungen im konservierenden Bereich, 52 ZE-Füllungen und sechs Wurzelfüllungen entfallen würden, insgesamt also 392 Füllungen von 501 Füllungen nur für 57 Patienten. Rechne man diese Patientenzahl zur Nivellierung der Durchschnittswerte heraus, würden 95 Patienten verbleiben, die 121 Füllungen erhalten hätten, also gerechnet auf 100 Fälle 0,78 Füllungen, was im Verhältnis zum Landesdurchschnitt normal sei. Demnach sei die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit widerlegt. Im Quartal 2/99 habe die Praxis Urlaub gehabt und sei insgesamt vier Wochen geschlossen gewesen. Im Quartal 2/99 würden von 152 Behandlungsfällen allein 34 Behandlungsfälle, mithin 22,4 %, einen überdurchschnittlich hohen Behandlungsbedarf aufweisen, der zu einem Fallschnitt von über 500,00 DM bis 1.400,00 DM geführt habe. Dies bedeute, dass sich alleine auf 34 Behandlungsfälle ein Gesamtvolumen der Abrechnung von 27.105,00 DM beziehe und somit 52,7 % der Gesamtabrechnung. Ferner würden sich allein 24 Behandlungsfälle im Bereich zwischen 400,00 DM bis 500,00 DM befinden, was zu einem Gesamtabrechnungsvolumen von 10.800,00 DM führe und mithin 15,8 % des gesamten Patientenlientels erfasse. Das Abrechnungsvolumen im Verhältnis zur Gesamtabrechnung ergebe, dass zusammengerechnet auf 38 % der Patienten 74 % der gesamten Leistungen entfallen würden, was einem Gesamthonorarvolumen von 37.905,00 DM entspreche. Auf die verbleibenden 94 % würden, obwohl es sich hierbei um 62 % des Patientenlientels handle, nur knapp 16 % der gesamten Leistung mit rund 13.548,00 DM der Gesamtabrechnung entfallen. In diesen 62 % sei der Sanierungseffekt enthalten, der jedoch rechnerisch nicht geeignet sei, den 38 % schweren Behandlungsfällen entgegenzusteuern. Von diesen gesamten 57 schweren Patientenfällen seien 21 neue Patienten, 15 Patienten Ausländer, neun Patienten der Gruppe Gastronomie-/Saison-kräfte, sechs Patienten der Gruppe Tunnelbau/Forstarbeiter, wovon insgesamt elf von allen als sozial schwach einzustufen seien, und vier Patienten der Berufsgruppe der Landwirte zuzuordnen. Nach dem Befund ergebe sich folgende Aufteilung: 22 Patienten würden eine extrem hohe Kariesrate aufweisen, 13 dieser Patienten würden an Bissanomalien leiden, acht Patienten hätten ein großes Behandlungsintervall mit Behandlungsunterbrechung von zwei bis sieben Jahren, neun Patienten bedürften größerer chirurgischer Behandlungsmaßnahmen, sieben Patienten seien endodontisch behandelt, neun Patienten hätten einen Zahnersatz erhalten und zehn Patienten hätten PA-Behandlungen erhalten. Hierzu wurde eine Namensnennung der Patienten und Aufschlüsselung der Leistungen vorgelegt, wobei angesichts der geringen Zahl der betroffenen Fälle eine Einzelfallprüfung zumutbar, verhältnismäßig und geboten sei.

Der Prüfungsausschuss Oberbayern II hat mit Bescheid vom 7. April 2000 von einer Vergütungsberichtigung abgesehen. Der Prüfungsausschuss habe sich vom hohen Behandlungsbedarf der dargestellten Fälle durch Ansicht der von Dr. A. vorgelegten Karteikarten überzeugt. Der Prüfungsausschuss könne diese besondere Praxisstruktur aufgrund der Zahlen und der vorgelegten Fälle nachvollziehen. Deshalb sehe der Prüfungsausschuss in diesem Quartal von einer Kürzung der Gesamtabrechnung ab. Hiergegen richtet sich der gemeinsame Widerspruch der gesetzlichen Krankenkassen vom 4. Mai 2000. Im Quartal 2/99 überschreite die Praxis des Klägers bei der Gesamtabrechnung den Landesdurchschnitt um + 122 %. Somit würden die abgerechneten Behandlungsmaßnahmen im offensichtlichen Missverhältnis im Sinne der Rechtsprechung liegen und den Verdacht der Unwirtschaftlichkeit begründen. Der Kläger hat hierzu mit den bereits aus dem Vorquartal 1/99 bekannten Schriftsätzen vom 9. Oktober 2001 und 16. Oktober 2001 Stellung genommen. Der Beschwerdeausschuss Südbayern I hat mit Bescheid vom 28. November 2001 dem Widerspruch der Krankenkassen in Bayern bezüglich der Gesamtabrechnung stattgegeben und die Vergütung des Klägers in Höhe von 7 % der Gesamtabrechnung (= 3.173,65 DM bzw. 1.622,67 Euro) berichtigt. Die eingereichte Patientenliste gebe einen Hinweis auf einen durchaus vorliegenden erhöhten Sanierungsbedarf, der vom Beschwerdeausschuss auch anerkannt werde. Aufgrund der vom Beschwerdeausschuss gewählten statistischen Prüfmethode könne jedoch anhand dieser Fälle eine Einzelfallprüfung nicht durchgeführt werden, zumal auch die Notwendigkeit der einzelnen Leistungen am einzelnen Patienten und damit deren wirtschaftliche Erbringung vom Beschwerdeausschuss nicht schlüssig geprüft werden könne. Als weitere Praxisbesonderheit werde der erhöhte Rentneranteil aufgeführt. Inwiefern jedoch bei dieser Patientengruppe ein wesentlich erhöhter konservierend-chirurgischer Behandlungsbedarf bestehe, sei nicht dezidiert nachgewiesen worden. Insgesamt ergebe sich, dass die Abrechnung trotz Betrachtung aller Umstände und auch unter Berücksichtigung der gesamten Abrechnung noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses liege. Die Höhe der verbliebenen Restüberschreitung von 106 % resultiere aus dem Absinken der Fallzahl gegenüber 4/98 und einer sich daraus ergebenden anderen Gewichtung der schweren Fälle.

Auf Klage hin hat das Sozialgericht München mit Urteil vom 9. Januar 2003 unter anderem den Bescheid des Beschwerdeausschusses vom 28. November 2001 zum Quartal 2/99 (S 33 KA 5461/01) aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Der Beschwerdeausschuss Südbayern I hat mit Bescheid vom 18. September 2003 dem Widerspruch der Krankenkassen in Bayern bezüglich der Gesamtabrechnung abermals stattgegeben und die Vergütung des Klägers in Höhe von 7 % der Gesamtabrechnung berichtigt (1.622,67 Euro). Die Vermutung der unwirtschaftlichen Behandlungsweise sei vom Kläger nicht im vollen Umfang widerlegt worden. Eine fachliche Begründung für die überhöhte Abrechnung sei nicht vorgetragen worden. Insgesamt könnten durch die vermehrt durchgeführten konservierend-chirurgischen Maßnahmen keine Einsparungen in den anderen Behandlungsbereichen festgestellt werden. Insgesamt erkennt der Beschwerdeausschuss die dargelegten schweren Fälle und den erhöhten Rentneranteil als Praxisbesonderheit an. Die weiteren vorgetragenen Praxisbesonderheiten seien vom Kläger nicht ausreichend quantifiziert worden. Dem Kläger sei es nicht möglich, einen Beweis für die durch die anerkannten Praxisbesonderheiten konkret entstandene Abweichung gegenüber dem Landesdurchschnitt der Höhe nach schlüssig und zweifelsfrei zu erbringen. Dem Beschwerdeausschuss bleibe nur die Möglichkeit, im Rahmen der Ausübung seines Ermessens denjenigen Anteil zu schätzen, der in der Praxis Dr. A. als Praxisbesonderheit über den durchschnittlichen Fallwert hinaus anzuerkennen sei. Der Beschwerdeausschuss bewerte diese Praxisbesonderheiten insgesamt mit 20 % des abgerechneten Fallwerts. Auch nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheit liege eine Abweichung vom Landesdurchschnitt in Höhe von 77 % vor. Unter Berücksichtigung dieser statistischen Werte und der Praxisbesonderheiten beschließe der Beschwerdeausschuss eine Vergütungsberichtigung gemäß § 9 Abs. 9 der Prüfvereinbarung von 9 % des um die Praxisbesonderheit bereinigten Fallwertes der Gesamtabrechnung, die einer Kürzung der Gesamtabrechnung um 7 % entspreche. Die verbleibende Restüberschreitung liege bei 62 %. Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 20. Oktober 2003 zum Sozialgericht München, die mit dem bereits aus früheren

Quartalen bekannten Schriftsatz vom 4. Juni 2004 näher begründet wurde. Die weiter gewechselten Schriftsätze der Beigeladenen zu 2. vom 2. Juli 2004 und des Klägers vom 8. September 2004 entsprechen ebenfalls den in den Vorquartalen eingereichten Schriftsätzen. Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 9. März 2007 unter anderem die Klage mit dem Az.: S 39 KA 5250/03 (Quartal 2/99) abgewiesen.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 18. Juli 2007, die mit dem aus den Vorquartalen bekannten Schriftsatz vom 17. Juli 2008 näher begründet wurde.

IX.

Der Kläger hat laut Gesamtstatistik im Quartal 3/99 im konservierend-chirurgischen Bereich 228 bei den gesetzlichen Krankenkassen versicherte Patienten behandelt, womit er den Landesdurchschnitt von 404,3 Patienten um - 44 % unterschritt. Der Rentneranteil lag beim Kläger mit 27 % über dem Rentnerdurchschnitt aller Zahnärzte Bayerns mit 18 %. Der Kläger forderte im konservierend-chirurgischen Bereich 73.686,00 DM an. Mit einem Fallwert von 323,00 DM überschritt er den Fallwert aller Zahnärzte Bayerns von 155,00 DM um + 108 %.

In einem gemeinsamen Antrag vom 8. März 2000 haben die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen Antrag auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Gesamtabrechnung des Klägers gestellt, wobei insbesondere auch die BEMA-Nrn. 13, 40, 41 a, 46, 47 a, 50, 56 c, 57 überprüft werden sollten. Der Kläger hat hierzu mit Schreiben vom 15. Juni 2000 dahingehend Stellung genommen, dass im 3. Quartal 1999 insgesamt 250 Fälle zur Abrechnung gekommen seien, wovon 22 Patienten von Fremdkassen augenscheinlich nicht in die Statistik eingeschlossen seien. Bei Herausrechnung der 22 Fremdkassenfälle würde sich ein Fallwert von 323,00 DM ergeben. Davon seien 29 Patienten mit einem extrem hohen Behandlungsbedarf gewesen. Sie hätten 29.886,00 DM an der Abrechnungssumme (= 1.030,00 DM) pro Fall benötigt. Weitere 27 Patienten hätten 15.912,00 DM verbraucht. Diese zwei Patientengruppen würden wie in den Vorquartalen soziale und medizinische Besonderheiten aufweisen, die den hohen Kostenanteil erklären würden. Die übrigen 172 Patienten würden Leistungen in Höhe von 27.846,00 DM (= 162,00 DM pro Schein) erhalten, was im Durchschnitt liege. Hierzu wurden Statistiken vorgelegt zu den 29 bzw. 27 Behandlungsfällen mit erhöhtem Behandlungsaufwand.

Der Prüfungsausschuss Oberbayern II hat mit Bescheid vom 26. Juli 2000 die Vergütung des Klägers in Höhe von 4 % der Gesamtabrechnung berichtigt (= 2.473,53 DM). Hiergegen richtet sich der Widerspruch vom 10. August 2000, der mit Schriftsätzen vom 12. Oktober 2001 und 16. Oktober 2001 näher begründet wurde. Die Schriftsätze entsprechen den in den Vorquartalen des Jahres 1999 eingereichten Schriftsätzen. Von den im Quartal 3/99 als schwer behandelbar einzustufenden 27 Patienten seien 15 Patienten Neupatienten gewesen, fünf ausländische Patienten, sechs Patienten der Gruppe der Gastronomie-/Saisonarbeiter zuzuordnen, drei Patienten seien im Tunnelbau beschäftigt gewesen, neun Patienten seien als sozial schwach einzustufen gewesen, wobei sieben mit einem langen Behandlungsintervall von acht Jahren Stammpatienten der Praxis seien. 18 dieser Patienten hätten eine hohe Kariesrate, wovon allein 236 kariöse Zähne mit 240 Füllungen und 30 Aufbaufüllungen hätten versorgt werden müssen. Bei 14 Patienten lägen Bissanomalien vor, 15 Patienten hätten eine Endo-Behandlung benötigt, in elf Fällen seien chirurgische Maßnahmen anzusetzen gewesen, 20 Patienten hätten einen Zahnersatz erhalten, bei fünf Patienten seien Parodontosebehandlungen indiziert gewesen. In den Folgequartalen seien an 17 Patienten keine Kosten veranlasst gewesen, sieben Patienten hätten Folgekosten auch im nächsten Quartal aufgrund Fortsetzung der Behandlung erfordert und dann keine weiteren Kosten mehr, drei Patienten hätten auch in den folgenden Quartalen noch einen durchschnittlichen Behandlungsaufwand erfordert, der mit geringen bis mittleren Kosten abgerechnet worden sei. Hieraus werde deutlich, dass sich der Sanierungseffekt bei diesen 27 schweren Patientenfällen einstelle, da diese zu 90 % durchsaniiert worden seien und in den Folgequartalen keine oder nur noch unterdurchschnittlich geringe Folgekosten produziert hätten. Der Beschwerdeausschuss Südbayern I hat mit Bescheid vom 28. November 2001 dem Widerspruch des Klägers bezüglich der Gesamtabrechnung nicht stattgegeben und die vom Prüfungsausschuss Oberbayern II beschlossene Vergütungsberichtigung bestätigt. Die eingereichte Patientenliste gebe einen Hinweis auf einen durchaus vorliegenden erhöhten Sanierungsbedarf, der vom Beschwerdeausschuss auch anerkannt werde. Aufgrund der vom Beschwerdeausschuss gewählten statistischen Prüfmethode könne jedoch anhand dieser Einzelfälle eine Einzelfallprüfung nicht durchgeführt werden, zumal auch die Notwendigkeit der einzelnen Leistungen am einzelnen Patienten und damit deren wirtschaftliche Erbringung vom Beschwerdeausschuss nicht schlüssig geprüft werden könne. Als weitere Praxisbesonderheit werde der erhöhte Rentneranteil aufgeführt. Inwiefern jedoch bei dieser Patientengruppe ein wesentlich erhöhter konservierend-chirurgischer Behandlungsbedarf bestanden habe, sei nicht dezidiert nachgewiesen worden. Der Beschwerdeausschuss finde im Rahmen der Amtsermittlung aus dem statistischen Zahlenmaterial nur wenig Entlastendes. Insgesamt ergebe sich, dass die Abrechnung trotz Betrachtung aller Umstände und auch unter Berücksichtigung der gesamten Abrechnung noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses liege.

Auf die Klage hin hat das Sozialgericht München mit Urteil vom 9. Januar 2003 unter anderem den Bescheid vom 28. November 2001 zum Quartal 3/99 (Az.: S 33 KA 5002/03) aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, über den Widerspruch des Klägers erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Der Beschwerdeausschuss Südbayern I hat mit Bescheid vom 18. September 2003 dem Widerspruch des Klägers bezüglich der Gesamtabrechnung im Quartal 3/99 nicht stattgegeben. Insgesamt erkenne der Beschwerdeausschuss die dargelegten schweren Fälle und den erhöhten Rentneranteil als Praxisbesonderheit an. Die weiteren vorgetragenen Praxisbesonderheiten seien vom Kläger nicht ausreichend quantifiziert worden. Dem Kläger sei es nicht gelungen, einen Beweis für die durch die anerkannten Praxisbesonderheiten konkret entstandene Abweichung gegenüber dem Landesdurchschnitt der Höhe nach schlüssig und zweifelsfrei zu erbringen. Dem Beschwerdeausschuss bleibe nur die Möglichkeit im Rahmen der Ausübung seines Ermessens denjenigen Anteil zu schätzen, der in der Praxis des Klägers als Praxisbesonderheit über den durchschnittlichen Fallwert hinaus anzuerkennen sei. Der Beschwerdeausschuss bewerte diese Praxisbesonderheiten insgesamt mit 20 % des abgerechneten Fallwertes. Nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheit liege noch eine Abweichung vom Landesdurchschnitt in Höhe von 67 % vor, was immer noch eine Überschreitung im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses darstelle. Unter Berücksichtigung dieser statistischen Werte und der Praxisbesonderheit beschließe der Beschwerdeausschuss eine Vergütungsberichtigung gemäß § 9 Abs. 9 der Prüfvereinbarung von 5 % des um die Praxisbesonderheiten bereinigten Fallwertes der Gesamtabrechnung. Die ausgesprochene Vergütungsberichtigung von 5 % des bereinigten Fallwertes entspreche einer Kürzung der Gesamtabrechnung um 4 %. Die verbleibende Restüberschreitung liege bei 58 %.

Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 20. Oktober 2003, die mit dem aus den Vorquartalen bekannten Schriftsatz vom 4. Juni 2004 näher begründet wurde. Die gewechselten Schriftsätze der Beigeladenen zu 2. vom 2. Juli 2004 und des Klägers vom 8. September 2004 entsprechen ebenfalls den in den Vorquartalen eingereichten Schriftsätzen.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 9. März 2007 unter anderem die Klage mit dem Az.: S 39 KA 5251/03 zum Quartal 3/99

abgewiesen.

Hiergegen richtet sich die Berufung zum Bayer. Landessozialgericht vom 18. Juli 2007, die mit Schriftsatz vom 17. Juli 2008 näher begründet wurde.

Die Streitsachen mit den Az.: [L 12 KA 5009/07](#), [L 12 KA 5012/07](#), [L 12 KA 5013/07](#), [L 12 KA 5014/07](#), [L 12 KA 5015/07](#), [L 12 KA 5016/07](#), [L 12 KA 5017/07](#), [L 12 KA 5018/07](#) und [L 12 KA 5019/07](#) wurden zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Die Prozessbevollmächtigten des Klägers stellen den Antrag, das Urteil des Sozialgerichts München vom 09.03.2003 ([S 39 KA 5247/03](#) u.a.) sowie die Bescheide des Beklagten vom 18.09.2003 (Quartale 3/97, 4/97, 1/99 bis 3/99) und vom 14.10.2004 (Quartale 1/98 bis 4/98) aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über die Widersprüche gegen die Bescheide des Beschwerdeausschusses Südbayern zu den Quartalen 3/97 bis 3/99 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Der Vertreter des Beigeladenen zu 1) stellt keinen Antrag.

Die Vertreterin der Beigeladenen zu 2) stellt den Antrag, die Berufungen zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten des Beklagten, die Akten des Sozialgerichts München mit den Aktenzeichen [S 39 KA 5247/03](#), [S 39 KA 5248/03](#), [S 39 KA 5249/03](#), [S 39 KA 5250/03](#), [S 39 KA 5251/03](#), [S 39 KA 5256/03](#), [S 39 KA 5257/03](#), [S 39 KA 5258/03](#) und [S 39 KA 5259/03](#), die erledigten Rechtsstreitigkeiten vor dem Sozialgericht München mit den Aktenzeichen [S 33 KA 5070/00](#) u.a. sowie die Akten des Bayer. Landessozialgerichts mit den Aktenzeichen [L 12 KA 5009/07](#), [L 12 KA 5012/07](#), [L 12 KA 5013/07](#), [L 12 KA 5014/07](#), [L 12 KA 5015/07](#), [L 12 KA 5016/07](#), [L 12 KA 5017/07](#), [L 12 KA 5018/07](#) und [L 12 KA 5019/07](#) vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig und im Sinne der Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 9. März 2007 ([S 39 KA 5247/03](#) bis [S 39 KA 5251/03](#) und [S 39 KA 5256/03](#) bis [S 39 KA 5259/03](#)) und der Bescheide des Beschwerdeausschusses vom 18. September 2003 (für die Quartale 3/97, 4/97, 1/99, 2/99 und 3/99) bzw. vom 4. Oktober 2003 (Quartale 1/98, 2/98, 3/98 und 4/98) verbunden mit der Verpflichtung des Beklagten zur Neuverbescheidung der Widersprüche in den streitgegenständlichen Quartalen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts auch begründet.

Es kann dahingestellt bleiben, ob das Urteil des Sozialgerichts München vom 09.03.2007 deswegen an einem wesentlichen Mangel im Sinne von [§ 159 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) leidet, weil die Entscheidung aufgrund einer mündlichen Verhandlung ergangen ist, bei der die Vorschriften über die Öffentlichkeit des Verfahrens verletzt wurden (absoluter Revisionsgrund im Sinne von [§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 547 Nr. 5 ZPO](#)). Selbst wenn der von Klägerseite gerügte Verfahrensvorstoß vorliegen sollte, besteht für den Senat als zweite Tatsacheninstanz keine Veranlassung, das Urteil des Sozialgerichts vom 9. März 2007 aufzuheben und die Streitsachen nach [§ 159 Abs. 1 SGG](#) an das SG zurückzuverweisen. Der Senat hat bei der Ermessensentscheidung ("kann") gemäß [§ 159 Abs. 1 SGG](#) vor allem eine Abwägung zwischen den Interessen der Beteiligten an einer Sachentscheidung und dem Grundsatz der Prozessökonomie einerseits und dem Verlust einer Instanz andererseits vorzunehmen. Dabei sollte im Hinblick auf den Charakter des [§ 159 Abs. 1 SGG](#) als Ausnahmenvorschrift von der Möglichkeit der Zurückverweisung zurückhaltend gebraucht gemacht werden. Hier überwiegen eindeutig prozessökonomische Gründe, die einer Zurückverweisung entgegenstehen. Vorliegend ist entscheidend, dass der Rechtsstreit bereits jetzt zur Entscheidung reif ist. In diesem Fall muss die Zurückverweisung auf Ausnahmefälle, bei denen gravierende Verfahrensmängel vorliegen, die vom Senat nicht ohne Schwierigkeiten beseitigt werden können, beschränkt bleiben.

Prüfungsmaßstab für die hier streitgegenständlichen Prüfbescheide des Beklagten zu den Quartalen 3/97 bis 3/99 sind, da diese Bescheide auf das Verbescheidungs Urteil des Sozialgerichts München vom 9. Januar 2003 ([S 33 KA 5057/00](#) u.a.) hin ergangen sind, zunächst die Vorgaben im Urteil des Sozialgerichts München ([S 33 KA 5057/00](#)) vom 09.01.2003. Das Sozialgericht hat hier ausgeführt, dass es der Beklagte in allen Fällen versäumt habe, die Auswirkungen der kostenerhöhenden Praxisbesonderheiten, die von ihm ja dem Grunde nach anerkannt worden seien, genau zu beziffern. Es sei vielmehr lapidar festgestellt worden, dass die belassene Restüberschreitung den Praxisbesonderheiten ausreichend Rechnung trage. Diese Begründung genüge den Anforderungen an eine Prüfung nach Durchschnittswerten, das heiße eine statistische Vergleichsprüfung, nicht. Der Beklagte werde zu ermitteln haben, welche Praxisbesonderheiten sich aus dem Vorbringen des Klägers ergeben und wie hoch der Anteil dieser Praxisbesonderheiten am Gesamtfallwert sei. Erst wenn dieser Anteil vom Gesamtfallwert abgezogen werde, könne der Überschreitungsprozentsatz und damit das gegebenenfalls vorliegende offensichtlich Missverhältnis bestimmt werden.

Unter Zugrundelegung dieser Vorgaben im Urteil des Sozialgerichts München vom 9. Januar 2003 wären die streitgegenständlichen Bescheide des Beklagten nicht zu beanstanden.

Die Prozessbevollmächtigten des Klägers haben aber das wieder eröffnete Widerspruchsverfahren dazu genutzt, in allen streitigen Quartalen den Vortrag des Vorliegens einer Praxisbesonderheit in Gestalt eines besonderen Patientengutes mit einer unverhältnismäßig hohen Anzahl intensiver und kostenträchtiger Behandlungsfälle im Zusammenhang mit einer geringen Fallzahl durch Vorlage von Patientenlisten mit Angabe des Befundes, der hieraus folgenden Behandlungskosten und der Entwicklung in den Folgequartalen eingehend darzustellen. Mit diesen eingehenden Darlegungen zum Vorliegen eines besonderen Patientengutes hat sich der Beklagte nicht in einer der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsprechenden Weise ausreichend auseinandergesetzt.

Rechtsgrundlage für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten ist in den streitigen Quartalen 3/97 bis 3/99 [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) i.V.m. den ergänzenden vertraglichen Bestimmungen der Anlage IV a zum Bayerischen Gesamtvertrag-Zahnärzte (GV-Z) vom 27. Juli 1983. Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch zahnarztbezogene Prüfung zahnärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt. Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist die statistische Vergleichsprüfung die

Regelprüfmethode (st.Rspr., vgl. etwa BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr. 4](#) Rdnr. 5). Die Abrechnungswerte des Arztes werden mit denjenigen der Fachgruppen oder mit denen einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe im selben Quartal verglichen. Speziell bei den Zahnärzten ist wegen der hohen Homogenität dieser Gruppe und der Herausnahme eines großen Teils der zahnärztlichen Leistungen aus der (nachträglichen) Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Aufteilung in Untergruppen mit bestimmten Behandlungsschwerpunkten in aller Regel nicht erforderlich. Ergänzt durch die sog. intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-zahnärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden, ist die statistische Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringt. Er gibt die Prüfung, dass der Behandlungsaufwand des Zahnarztes je Fall beim Gesamtfallwert, bei Sparten- oder Einzelleistungswerten im offensichtlichen Missverhältnis zu dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, nämlich 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. Diese überwiegend für den ärztlichen Bereich entwickelten Grundsätze gelten uneingeschränkt auch für zahnärztliche Leistungen (vgl. [§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)).

Der Beklagte ist in den streitgegenständlichen Quartalen zunächst allerdings angesichts der Überschreitungswerte beim Gesamtfallwert im konservierend-chirurgischen Bereich (Quartal 3/97: + 166 %, Quartal 4/97: + 131 %, Quartal 1/98: + 105 %, Quartal 2/98: + 153 %, Quartal 3/98: + 134 %, Quartal 4/98: + 133 %, Quartal 1/99: + 158 %, Quartal 2/99: + 122 % und Quartal 3/99: + 108 %) zu Recht vom Vorliegen eines sog. offensichtlichen Missverhältnisses - als Aufgreifkriterium - ausgegangen.

Mit der Feststellung eines offensichtlichen Missverhältnisses ist eine Verschlechterung der Beweissituation des geprüften Zahnarztes verbunden. Liegt dieses vor, so kann die darauf gegründete Vermutung der Unwirtschaftlichkeit zwar dadurch ausgeräumt werden, dass Umstände aufgezeigt werden, die die aufgrund der statistischen Wahrscheinlichkeitsaussage gewonnene Überzeugung erschüttern. Hierfür genügt jedoch nicht die bloße Behauptung entsprechender Umstände, sondern diese müssen bewiesen werden.

Vorliegend ist zwischen den Beteiligten nicht das Vorliegen von Praxisbesonderheiten streitig. Der Beklagte hat vielmehr zwei Praxisbesonderheiten zugunsten des Klägers gewertet. Nach den Ausführungen in den angegriffenen Bescheiden sind dies zum einen "die dargelegten schweren Behandlungsfälle, die bei Berücksichtigung der unter dem Durchschnitt liegenden Fallzahl eine gewisse statistische Verzerrung in der gesamten Abrechnung hervorrufen. Zum anderen ist die Tatsache zugunsten des Klägers zu berücksichtigen, dass der Rentneranteil gegenüber dem Landesdurchschnitt erhöht ist. Durch einen erfahrungsgemäß vom Durchschnitt abweichenden Behandlungsbedarf dieser Patientengruppe im konservierenden Bereich entsteht ebenfalls wegen der unterdurchschnittlichen Fallzahl eine gewisse Verzerrung". Soweit der Beklagte darüber hinaus feststellt, dass die übrigen vorgetragenen Praxisbesonderheiten nicht als solche gewertet und anerkannt werden können, ist dies nicht zu beanstanden. Gegenstand der Verpflichtung zur Neuverbescheidung durch das Urteil des Sozialgerichts München vom 09.01.2003 war nämlich nur die Verpflichtung des Beklagten, die Auswirkungen der kostenerhöhenden Praxisbesonderheiten, die vom Beklagten dem Grunde nach anerkannt wurden (Anmerkung: schon damals die schweren Fälle und der erhöhte Rentneranteil), genau zu beziffern. Relevante weitergehende Ausführungen sind von Klägerseite hierzu im wiedereröffneten Widerspruchsverfahren und danach nicht erfolgt.

Der Beklagte hat zwar für die von ihm anerkannten Praxisbesonderheiten schwere Fälle und erhöhter Rentneranteil einen Mehraufwand von insgesamt 20 % des Fallwerts im Wege der Schätzung anerkannt. Es fehlt aber in den Bescheiden des Beklagten jegliche Begründung, auf welcher Grundlage der Beklagte zu der Schätzung gelangt ist, so dass für den Senat auch nicht überprüft werden kann, ob die Schätzung offenkundig fehlerhaft ist bzw. mit den Denk- und Erfahrungssätzen übereinstimmt.

Die Prüfgremien sind aufgrund des im sozialrechtlichen Verwaltungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz ([§ 20 Abs. 1 SGB X](#)) verpflichtet, den Sachverhalt von Amts wegen aufzuklären und alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen. So sind insbesondere Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, die bekannt oder anhand der bei der Abrechnungsstelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigung vorhandenen Unterlagen oder der Angaben des Zahnarztes erkennbar sind. Andererseits treffen den geprüften Zahnarzt besondere Mitwirkungspflichten, die über die allgemeine Mitwirkungspflicht nach [§ 21 Abs. 2 SGB X](#) hinausgehen. Es ist Angelegenheit des Zahnarztes, die zur Begründung seines Anspruches dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen, vor allem, wenn er sich auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können. Im Ergebnis begrenzen die Mitwirkungspflichten des Zahnarztes die Verpflichtung der Prüfgremien, Ermittlungen durchzuführen. Voraussetzung für weitergehende Ermittlungen sind entweder entsprechende substantiierte Darlegungen des geprüften Zahnarztes oder das Vorliegen offenkundiger Anhaltspunkte, die von den Prüfgremien aufzugreifen sind. Vorliegend hat der Kläger in allen streitigen Quartalen umfangreiche Patientenlisten vorgelegt mit namentlicher Nennung, Befund, Behandlungskosten und Entwicklung in den Folgequartalen. Ob und inwieweit sich der Beklagte mit diesen Patientenlisten auseinandergesetzt hat, ist den streitgegenständlichen Bescheiden nicht hinreichend zu entnehmen. Dort wird zwar einerseits jeweils erwähnt, dass die eingereichte Patientenlisten einen Hinweis auf einen durchaus vorliegenden erhöhten Sanierungsbedarf geben, der auch anerkannt werde. Andererseits wird darauf hingewiesen, dass es dem Kläger nicht gelungen sei, einen Beweis für die durch die anerkannte Praxisbesonderheit konkret entstandene Abweichung gegenüber dem Landesdurchschnitt der Höhe nach schlüssig und zweifelsfrei zu erbringen. Damit überspannt der Beklagte aber erkennbar die Anforderung an die Darlegungslast des Klägers. Dieser hat mit den vorgelegten Listen seiner Substantiierungspflicht im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zum Vorliegen und zum Umfang von Praxisbesonderheiten Genüge getan.

Bei seiner erneuten Entscheidung wird der Beklagte zunächst zu beachten haben, dass zur Erhöhung der Nachvollziehbarkeit seiner Entscheidung für jede von ihm anerkannte Praxisbesonderheit ein eigenständiger Mehraufwand überprüfbar zuerkannt wird. Hinsichtlich der schweren Fälle ist es zwar grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn der Beklagte hier mangels genauer Berechenbarkeit eine Schätzung vornimmt. Zwingend erforderlich ist aber, dass der Beklagte die Grundlagen seiner Schätzungen im Bescheid mitteilt. Dies gilt umso mehr, als der Kläger in allen streitgegenständlichen Quartalen eine umfangreiche Patientenliste mit substantiierten Darlegungen vorgelegt hat. Von daher wird der Beklagte gehalten sein, sich im Rahmen seiner Schätzung mit diesen Patientenlisten auseinanderzusetzen. Die Auseinandersetzung mit den Patientenlisten des Klägers muss dabei nicht in Form einer Einzelfallprüfung - auch nicht in Form der beispielhaften Einzelfallprüfung - erfolgen.

Der Beklagte muss aber den von ihm wegen der vorgelegten Patientenlisten bereits anerkannten erhöhten Sanierungsbedarf und den damit einhergehenden Mehraufwand unter Berücksichtigung dieser Patientenlisten nachvollziehbar quantifizieren.

Die Kostenentscheidung stützt sich auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login
FSB
Saved
2010-01-11