S 11 KA 5001/03 Z

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 11 KA 5001/03 Z
Datum
03.12.2003
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Zur Wirtschaftlichkeitsprüfung des Vertragszahnarztes bei den Einzelleistungen nach GOÄ 1965 Nr. Ä16, Nr. 10-üz, 12-bMF, 13c-F3, 28-VitE und 40-I BemaZ bei einem Gesamtfallwert im Bereich der Übergangszone.
2. Die in § 106 Abs. 5 Satz 1 SGB V (i.d.F. des GKV-GRG 2000) vorgesehene Amtsprüfung steht einem Tätigwerden auf Antrag der Krankenkassenverbände nicht entgegen.
3. Honorarkürzungen dürfen auch unter der Geltung des § 106 Abs. 5 Satz 2 SGB V (i.d.F. des GKV-GRG 2000) bereits bei der erstmaligen Überschreitung im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses ausgesprochen werden und bedürfen keiner vorherigen Beratung.
I. Die Klage wird abgewiesen.
II. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über Honorarkürzungen aus Anlass von Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Quartalen III/00 und IV/00.

Die Klägerin ist niedergelassene Vertragszahnärztin mit Praxissitz in P ... Sie hat im 3. Quartal 2000 (III/00) 325 und im 4. Quartal 2000 (IV/00) 434 Fälle abgerechnet. Mit dem Gesamtfallwert von 149,32 DM (III/00) bzw. 108,97 DM (IV/00) überschreitet sie den Durchschnitt der KZV (von 112,09 DM bzw. 97,18 DM) um 33,21 % bzw. 11,61 %. Die Gebührenposition Ä 16 (kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis) wurde von der Klägerin in III/00 3-mal und in IV/00 7-mal abgerechnet. Damit überschreitet sie den KZV-Durchschnitt (von 2) um 50,00 % (III/00) bzw. 250,00 % (IV/00). Die Gebührenordnungsposition Nr. 10 (üZ) hat die Klägerin in III/00 109-mal und in IV/00 119-mal abgerechnet. Damit überschreitet sie den KZV-Durchschnitt (von 54 bzw. 53) um 142,22 % (III/00) bzw. 124,53 % (IV/00). Die Gebührenordnungsposition Nr. 12 (bMF) hat die Klägerin in III/00 247-mal und in IV/00 239-mal abgerechnet und überschreitet den KZV-Durchschnitt (von 58 bzw. 62) um 325,86 % (III/00) bzw. 285,48 % (IV/00). Die Gebührenordnungsposition 13c (F3) hat die Klägerin im Quartal III/00 177-mal und in IV/00 168-mal abgerechnet, womit sie den KZV-Durchschnitt (von 60 bzw. 66) um 195,00 % (III/00) bzw. 154,55 % (IV/00) überschritten hat. Die Position Nr. 28 (VitE) hat die Klägerin in III/00 63-mal und in IV/00 27-mal abgerechnet, womit eine Überschreitung des KZV-Durchschnitts (von jeweils 10) von 530 % (III/00) bzw. 170 % (IV/00) vorliegt. Die Nr. 40 (I) hat die Klägerin im Quartal III/00 432-mal und in IV/00 335-mal abgerechnet. Damit überschreitet sie den KZV-Durchschnitt (94 bzw. 95) um 359,57 % (III/00) bzw. 225,63 % (IV/00). Bei der Nr. 34 (Med) lagen im Quartal III/00 Überschreitungen von 244,44 % und im Quartal IV/00 von 157,69 % vor.

Mit Antrag vom 09.10.2001 der Landesverbände/-Vertretungen der Sächsischen Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung machten diese eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung gem. § 106 SGB V für die Quartale III/00 und IV/00 geltend. Die Klägerin schilderte in ihrer Stellungnahme vom 05.11.2001 hierzu, dass sie die Praxis von ihrer Vorgängerin, Frau Dr. B., im April 2000 übernommen habe. In dieser Praxis sei konservierend, etwas chirurgisch, wenig prothetisch, gar nicht paradontologisch, kieferorthopädisch und implantologisch gearbeitet worden, so dass vor allem auf dem Gebiet der Prothetik und Parodontologie Nachholbedarf bestanden habe. Sie befinde sich nicht in allen Bereichen über dem Durchschnitt, sondern in etlichen Bereichen (z.B. U, RÖ 2, Ä 93, F 1, F 2, St, TREP1, N, L 1, X 2, X 3, OST, EXC 1, SK, ZST, Ä 124, Ä 15) darunter oder im Normbereich.

Der Prüfungsausschuss für den Regierungsbezirk Chemnitz stellte aufgrund seiner Sitzung vom 10.04.2002 mit Beschluss vom 03.07.2002

eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 4.231,99 Euro (davon 25,03 Euro für eine sachlich-rechnerische Berichtigung) fest. Der Kürzungsbetrag setzte sich folgendermaßen zusammen:

1. Kürzung der Pos. Ä16 auf den 1,0-fachen KZVS-Durchschnitt, 2. Kürzung der Pos. 10 (üZ) auf den 2,0-fachen KZVS-Durch schnitt, 3. Kürzung der Pos. 12 (bMF) auf den 2,0-fachen KZVS-Durch- schnitt, 4. Kürzung der Pos. 13c (F3) auf den 2,0-fachen KZVS-Durch- schnitt; darüber hinaus abgerechnete Leistungen nach Nr. 13c werden in Nr. 13b umgewandelt, 5. Kürzung der Pos. 28 (VitE) auf den 1,4-fachen KZVS-Durch- schnitt; 2/3 der verbleibenden Leistungen nach Nr. 28 (VitE) werden in Leistungen nach Nr. 31 (Trep) umgewandelt; 1/3 der Leistungen werden gestrichen, 6. Kürzung der Pos. 40 (I) auf den 2,2-fachen KZVS-Durch schnitt; 1/4 der verbleibenden Leistungen nach Nr. 40 (I) werden in Leistungen nach Nr. 41a (L1) umgewandelt; 3/4 der Leistungen werden gestrichen;

Es wurden sachlich-rechnerische Richtigstellungen für die Patienten R.D. und E.T. vorgenommen. Ferner erhielt die Klägerin einen Hinweis zur Abrechnung der Gebührenposition 34 (Med).

Zur Begründung führte der Prüfungsausschuss aus, dass bei Einzelleistungen die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei einer Überschreitung von 50 % des Vergleichswertes festzusetzen sei. Die schriftlichen und/oder mündlichen Darstellungen der Klägerin wiesen keine erkennbaren Gesichtspunkte auf, die eine vergleichende Prüfung mit den übrigen Zahnärzten des Vergleichsbereichs nicht zuließen. Es werde eine durchschnittliche Zahnarztpraxis betrieben, in der für eine Zahnarztpraxis typische Behandlungen ausgeführt werden. Praxisbesonderheiten seien nicht festgestellt worden. Bei unauffälligem Gesamtfallwert lägen insbesondere bei den Gebührenpositionen Ä 16, 10, 12, 13c, 28 und 40 Abweichungen gegenüber der Vergleichsgruppe vor, die sich weit im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses bewegen. Der Prüfungsausschuss habe Einzelfälle zur vergleichenden Prüfung beispielhaft hinzugezogen und führte aus: Die Position Ä 16 könne nur abgerechnet werden, wenn eine Krankenkasse eine Bescheinigung oder ein kurzes Zeugnis ausdrücklich verlange. Nicht abrechnungsfähig sei die Nr. Ä 16 bei Bescheinigungen für den Arbeitgeber. Wenn die Klägerin einen ausführlichen Arztbericht, z.B. für den Kieferchirurgen geschrieben habe, sei eine Abrechnung nur über die Ä 15 möglich. Hier seien zahlreiche Bescheinigungen für Schule oder Arbeitgeber zu Lasten der Krankenkassen über Ä 16 ungerechtfertigt erstellt worden. Zur Position 10 (üZ) führte der Prüfungsausschuss aus, die Leistungsbeschreibung umfasse die Therapierung aller vorhandenen überempfindlichen Zahnflächen innerhalb einer Sitzung. Der Patient könne oftmals nach Verordnung entsprechender Medikamente auch zur häuslichen Eigenbehandlung angehalten werden. Da die Klägerin paradontologisch tätig ist sowie innerhalb ihrer Prothektikabrechnung einen erhöhten Anteil an festsitzendem ZE aufweise, wurde ein Mehrbedarf von je 100 % angenommen und die Abrechnung auf den 2,0-fachen KZVS-Durchschnitt reguliert. Zur Nr. 12 (bMF) führte der Prüfungsausschuss aus, die Position umfasse alle in einer Sitzung je Kieferhälfte bzw. im Front-zahnbereich vorgenommenen Maßnahmen. Es handle sich um "besondere Maßnahmen", die beim Präparieren oder Füllen eines Zahnes zusätzlich anfallen können und mit der Gebühr für die Füllung nicht abgegolten sind. Im Zusammenhang mit der Füllungstherapie ergebe sich, dass bei der Klägerin in den Quartalen III/00 und IV/00 auf ca. jede 1,4.-Füllung eine Maßnahme nach bMF erfolge. Im KZV-Durchschnitt erfolge eine Maßnahme nach bMF auf ca. jede 4,9.-Füllung (III/00) bzw. 5,2.-Füllung (IV/00). Ein Mehrbedarf an Leistungen nach Nr. 12 sei lediglich aufgrund der zahlreichen VitE-Leistungen sowie dem höheren Anteil an festsitzendem ZE zu erklären. Unter Berücksichtigung der endodontischen/prothetischen Tätigkeit wurde ein 100%iger Mehrbedarf zugebilligt und die Abrechnung der Position 12 auf den 2,0-fachen KZVS-Durchschnitt einreguliert. Bei den Leistungen nach 13c (F3) sei auch im Gegensatz zu den übrigen Füllungen F1, F2 und F4 ein deutlicher Mehrbedarf erkennbar. Dieser resultiere daraus, dass die Klägerin bei Planung für ZE die notwendigen Aufbaufüllungen zunächst im Sinne einer konservierenden Therapie mit Füllungen insbesondere nach Nr. 13c oder 13d versieht und anschließend für ZE präpariert. Da die Klägerin erstmalig in ein Prüfungsverfahren involviert ist, wurde ein 100%iger Mehrbedarf zugebilligt und die Abrechnung auf den 2,0-fachen KZVS-Durchschnitt reguliert. Die nach der Kürzung verbleibende Anzahl der Füllungen nach 13c wurden in Füllungen nach 13b umgewandelt. Bei der Überprüfung der Nr. 28 (VitE) sei deutlich geworden, dass die Klägerin in der Folge der VitE grundsätzlich Med legte. Wenn die Klägerin grundsätzlich die Med in Verbindung mit der Vitalexstirpation benötige, sei davon auszugehen, dass die Indikation zum Ansatz der VitE bereits überschritten war. Ausgehend davon, dass die Klägerin beim Ansatz der Nr. 28 die Indikation zu weit gestellt habe, wurde diese Gebührenposition auf den 1,4-fachen KZVS-Durchschnitt gekürzt. Von der verbleibenden Anzahl werden 2/3 in Leistungen nach Nr. 31 umgewandelt, die übrigen Leistungen gekürzt. Dabei wurde berücksichtigt, dass die Vitalexstirpation pro Wurzelkanal, die Trepanation pro Zahn je einmal berechnet werden können. Die Prüfung der Nr. 40 (I) habe ergeben, dass der Anteil von Infiltrationsanästhesien bzw. intraligamentären Anästhesien bei der Klägerin überwiege. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen der Anzahl der Anästhesieleistungen und der Anzahl der anästhesiepflichtigen Leistungen bestehe nicht. Größere chirurgische Eingriffe habe die Klägerin nicht vorgenommen. Der übrige chirurgische Bereich sei unterrepräsentiert. Offensichtlich seien die Infiltrationsanästhesien/intraligamentären Anästhesien hauptsächlich in Verbindung mit VitE-Leistungen, der Füllungstherapie und der Parodontologie sowie der Prothetik zum Ansatz gelangt. Es sei aber zu berücksichtigen, dass die Klägerin in größerem Umfang parochirurgisch tätig sei. Darüber hinaus sei der Anteil an festsitzendem ZE innerhalb der geringfügigen ZE-Abrechnung der Klägerin erhöht. Der erforderliche Mehrbedarf werde auf 120 % geschätzt. Zur Nr. 34 (Med) wurde die Klägerin darauf aufmerksam gemacht, künftig die Indikationsstellung strenger zu prüfen.

Gegen den Beschluss hat die Klägerin mit Schreiben vom 08.07.2002 Widerspruch eingelegt. Zur Begründung verwies sie zunächst auf Praxisbesonderheiten. Ihre Vorgängerin sei auf parodontologischem Gebiet gar nicht und im prothetischen Bereich wenig tätig gewesen. Bei ihr bestehe ein parodontologischer und prothetischer Nachholbedarf. Zur Position 13c führte sie aus, es sei richtig, dass in einigen Fällen kurz vor Beginn der ZE eine 13c statt einer 13b abgerechnet wurde. In der Mehrzahl der Fälle lagen aber zwischen Aufbaufüllung und ZE ein viertel oder halbes Jahr. Die Feststellung, dass von ihr im Zusammenhang mit VitE (Pos. 28) häufig Med gelegt werde und damit die Indikation zum Ansatz der VitE überschritten sei, sei richtig. Es sei auch nachvollziehbar, dass der gesamte Bedarf der Leistungen nach Nr. 28 nicht anerkennbar sei. Nicht verständlich sei die Umwandlung von nur 2/3 und nicht der gesamten verbliebenen Leistungen nach Nr. 31. Die bmF (Pos. 12) erfolgten immer nur im Rahmen der Blutstillung bei mehrflächigen Füllungen/Aufbaufüllungen, bei Wurzelbehandlungen im Rahmen der Trockenlegung und bei ZE zur Darstellung der Präparationsgrenze. Zur Position 40 (I) führt die Klägerin aus, dass sicherlich bei Behandlungen im Unterkiefer in verschiedenen Fällen häufiger eine Leitungsanästhesie angesetzt hätte werden können, womit die Kürzung, nicht aber die nur zu 1/4 erfolgte Umwandlung nachvollziehbar sei. Die bei der Position 10 (üZ) vorgeschlagene häusliche Eigenbehandlung sei sicher möglich, der Erfolg trete erst längerfristig ein. Des Weiteren seien im Vergleich der Folgequartale auch eine Reduzierung der üZ-Maßnahmen zu verzeichnen gewesen, was auf entsprechende Behandlungserfolge zurückschließen lasse.

Der Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 11.02.2003 dem Widerspruch hinsichtlich der Kürzung der Position 12 (bMF) teilweise stattgegeben und eine Kürzung auf den 2,5-fachen KZVS-Durchschnitt ausgesprochen. Im Übrigen wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

Es verblieb bei einem Regress in Höhe von 3.877,29 Euro. Zur Begründung führte der Beklagte aus, im Landesdurchschnitt seien in III/00 pro Praxis 471, in IV/00 650 Fälle behandelt worden. Damit liege die Klägerin mit der Fallzahl zwar unter dem Landesdurchschnitt, eine extrem niedrige Fallzahl sei aber nicht zu bescheinigen. Die verstärkte Tätigkeit im Bereich Parodontologie und ZE könne nicht als Praxisbesonderheit gewertet werden. Es handle sich bei den einzelnen geprüften Leistungen um fachgruppentypische Leistungen, die in jeder Praxis anfallen. Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis wurde bei einer Überschreitung von 50 % des Vergleichswertes festgesetzt. Zur Position Ä 16 führte der Beklagte ergänzend aus, die Klägerin habe Leistungen nach Ä 15 (Brief ärztlichen Inhalts) erbracht und die Position Ä 16 falsch interpretiert. Bei der Position Nr. 10 (üZ) habe der Prüfungsausschuss einen 100%igen Mehrbedarf pro Quartal zugebilligt. Danach seien im 3. Quartal 2000 insgesamt 90 üZ-Leistungen und im 4. Quartal 2000 insgesamt 106 Leistungen nach Nr. 10 zuzuerkennen. Tatsächlich habe die Klägerin in den strittigen Quartalen 109- und 119-mal üZ berechnet. Die geringfügige Kürzung sei aber ausgesprochen worden, weil die Nr. 10 unter strengen Wirtschaftlichkeitsmaßstäben anzusetzen sei. Allein die Tatsache, dass es sich beim ZE, den die Klägerin anfertigt, nicht immer um Arbeiten handelt, die sofort eingegliedert werden könnten, reiche nicht aus, um den betriebenen Mehrbedarf vollständig zu rechtfertigen. Mit dem offensichtlich erhöhten Bedarf an ZE-Leistungen ist die Zubilligung eines 100%igen Mehrbedarfs ausreichend. Hinsichtlich der Position 12 (bMF) führte der Beklagte aus, dass es sich bei der Blutstillung bei mehrflächigen Füllungen/Aufbaufüllungen, Wurzelbehandlungen und bei ZE zur Darstellung der Präparationsgrenzen um Behandlungen handelt, die auch in jeder anderen Praxis vorkommen. Unstrittig sei bei den VitE wie auch bei den sich anschließenden Wurzelbehandlungsmaßnahmen gegenüber der Vergleichsgruppe ein Mehrbedarf betrieben worden, der statistisch klar erkennbar sei. Der Anteil an festsitzendem/kombiniertem ZE innerhalb der Prothetik-Abrechnung der Klägerin sei deutlich erhöht. Der Beklagte erkannte hier einen Mehrbedarf von 150 % an und gab dem Widerspruch insoweit teilweise statt. Zur Position 13c (F3) führte der Beklagte aus, im Innenverhältnis der Leistungen nach Nr. 13a, b, c und d bestehe eine deutliche Diskrepanz. Während die Abrechnungen der Nrn. 13a, b und d unterdurchschnittlich nachgewiesen seien, seien bei Leistungen nach Nr. 13c Abweichungen auffällig. Der Prüfungsausschuss habe richtig erkannt, dass die erhöhte Abrechnung der Nr. 13c hauptsächlich darauf zurückzuführen ist, dass trotz bekannter Planung für ZE die in diesem Zusammenhang notwendigen Aufbaufüllungen zunächst im Sinne einer konservierenden Therapie mit Füllungen nach Nr. 13c versorgt wurden. Kurze Zeit später wurde für ZE präpariert. In diesen Fällen hätten jedoch Leistungen nach Nr. 13a oder b, ggf. 13a neben 13b abgerechnet werden dürfen. Der von der Klägerin verwendete Glasionomer-Befestigungszement sei als definitives Füllungsmaterial ungeeignet. Die Klägerin habe somit schon im Hinblick auf die spätere Versorgung mit ZE das Aufbaufüllungsmaterial verwendet. Dann hätten aber lediglich Leistungen im Sinne von Aufbaufüllungen abgerechnet werden dürfen. Wenn bei der Anwendung von Glasionomer-Befestigungszement dennoch Leistungen nach Nr. 13c abgerechnet werden, entspreche dies nicht den vertraglichen Bestimmungen. Bei Leistungen nach Nr. 28 (VitE) seien die Indikationen zu überprüfen. Die Anerkennung des 1,4-fachen KZVS-Durchschnitts bedeute eine Kürzung auf einen Satz, der sich an der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bewege. Grund für die Umwandlung von 2/3 der darüber hinaus abgerechneten Leistungen in Leistungen nach Nr. 31 war die Tatsache, dass die Klägerin offensichtlich nach VitE grundsätzlich die Position 34 (Med) ein- oder mehrfach berechnet hat. Die überprüften Einzelfälle hätten ergeben, dass in keinem der Fälle einer Vitalexstirpation der Kanal bzw. die Kanäle sofort abgefüllt wurden. In jedem Fall sei in der Folge der VitE ein- bzw. mehrfach die Nr. 34 berechnet worden. Dann sei aber davon auszugehen, dass die Indikation zum Ansatz der VitE überschritten war. Die Vitalexstirpation sei nur dann ansatzfähig, wenn bei einer manifesten Pulpitis das entzündete, aber nicht nekrotische Pulpengewebe aus der Pulpenhöhle und den Wurzelkanälen entfernt wird. Die Med werde vorübergehend in den Wurzelkanal zur chemischen Desinfektion eingelegt; es werde erwartet, dass sie im Wurzelkanal eine antibakterielle Wirkung entfaltet. Sind diese Einlagen mehrfach notwendig, könne davon ausgegangen werden, dass die Indikation zum Ansatz der VitE nicht mehr bestanden hat. Für den Fall, dass ein Kanal noch blutet, müsse wenigstens in der zweiten Sitzung die Behandlung abgeschlossen sein. Hier sei die Wurzelfüllung teilweise erst nach ein bis zwei Monaten vorgenommen worden. Für diese Fälle wäre dann nicht die Nr. 28, sondern allenfalls die Nr. 31 abrechnungsfähig gewesen. Zur Position Nr. 40 (I) führte der Beklagte u.a. aus, dass mit der Anerkennung des 120%igen Mehrbedarfs gegenüber der Vergleichsgruppe der stärkeren prothetischen und parochirurgischen Tätigkeit der Klägerin Genüge getan wurde. Die Klägerin habe selbst vorgetragen, auch im Unterkiefer Infiltrationsanästhesien zu applizieren, obgleich durchaus eine L1 angebracht gewesen wäre. Bei Anerkennung eines wirtschaftlichen Mehrbedarfs in Höhe von 120 % bewege sich die Klägerin weiterhin im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Durch die teilweise Umwandlung der Nr. 40 in Nr. 41a werde ein weiterer Mehrbedarf zuerkannt. Nach den durchgeführten Honorarkürzungen verbleibe eine Abweichung im Gesamtfallwert in III/00 von 20,27 % und in IV/00 von 4,94 %.

Mit der hiergegen am 10.03.2003 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Rechtsbegehren weiter. Zur Begründung wird zunächst mit Nichtwissen die Richtigkeit der Statistik für Sachsen bestritten. Der Beklagte habe außer Acht gelassen, dass die Klägerin bei anderen Positionen unter den Durchschnittswerten liege. Die Praxisvorgängerin, Dr. B., habe eine Grundausbildung als Kinderzahnärztin und keine Zahnfleischerkrankungen behandelt, wenig Zahnersatz gefertigt und vorwiegend konservierend gearbeitet. Viele Patienten, die regelmäßig zur Untersuchung kamen, wurden trotz Lückengebisses nicht prothetisch versorgt und trotz Zahnfleischerkrankungen nicht parodontologisch behandelt. Zu den einzelnen Positionen führt die Klägerin aus, dass lediglich bei 37 Fällen, in denen sie eine F3-Füllung (nach Nr. 13c) abgerechnet hat, entsprechend der BEMA-Richtlinie 2-flächige Füllungen durch den später erfolgten Zahnersatz hätten abgerechnet werden müssen. Somit hätten nur diese 37 3-flächigen Füllungen in 2-flächige Füllungen umgewandelt werden müssen. Alle anderen 3-flächigen Füllungen hätten sich aus der Notwendigkeit der Behandlung von Karies, Sekundärkaries und Zahnhalsdefekten ergeben. Bei der Position 12 (bMF) habe der Beklagte nicht berücksichtigt, dass in der Praxis der Klägerin die Anzahl der mehrflächigen Füllungen, der Wurzelbehandlungen und des Zahnersatzes, bei denen die bMF im Rahmen der Blutstillung oder absoluten Trockenlegung zur Anwendung kommen kann, erhöht ist (Nachholbedarf). Zur Position 40 (I) führt die Klägerin aus, dass ein Großteil aufgrund von Paro-Behandlungen und ZE-Behandlungen erfolgt sei. Eine Änderung der Injektionen in Leitungsanästhesien bei Paro-Behandlungen im Unterkiefer sei gerechtfertigt. Nicht gerechtfertigt sei die Begründung für den Abzug. Die Erhöhung der Position 10 (üZ) läge daran, dass die Patienten nicht parodontologisch behandelt wurden und auch wenige ZE erhielten, so dass häufig freiliegende Zahnhälse vorzufinden waren. Die Position 28 (VitE) sei angesetzt worden, weil die Überprüfung hinsichtlich der Vitalität positiv war und nun die Behandlung mit einer Anästhesie (Injektion) und Entfernung des lebenden Nervs erfolgte. Ferner habe die Beklagte nicht berücksichtigt, dass die Summe aller 1- bis 4-flächigen Füllungen in den beiden Quartalen von der Summe des KZV-Durchschnitts bei weitem nicht stark abweiche, sondern lediglich die Verteilung eine andere ist. Die Klägerin rügt formelle Mängel: Nach der "Erstinformation zur Prüfung auf Wirtschaftlichkeit" vom 22.10.2001 finde die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Amts wegen statt. Die gestellten Prüfanträge seien somit unstatthaft. Der Beklagte habe rechtsfehlerhaft diverse Einzelziffern der Klägerin gekürzt und dabei den unauffälligen Gesamtfallwert unberücksichtigt gelassen. Die Prüfung müsse sich jedoch grundsätzlich auf die gesamte Behandlungstätigkeit beziehen (§ 20 Abs. 2 BMVZ). Die vorliegenden Statistiken seien unvollständig bzw. wenig aussagekräftig. Die Klägerin rügt die geringe Gesamttransparenz der Statistik und hat Zweifel an den statistischen Grundlagen der Prüfgremien. Ferner habe die Klägerin im streitgegenständlichen Zeitraum, insbesondere im Quartal III/00, unterdurchschnittliche Fallzahlen aufgewiesen. Eine in Relation zur Vergleichsgruppe besonders niedrige Fallzahl könne aber zur Folge

haben, dass einzelne schwere, besonders aufwendige Behandlungsfälle den Fallwert des betroffenen Zahnarztes überproportinal in die Höhe treiben. Das BSG betone, dass eine Mindestquote von 20 % der Durchschnittsfallzahl erreicht werden müsse (Urteil vom 09.09.1998, Az. B 6 KA 50/97R). Schließlich sei der Grundsatz "Beratung vor Kürzung" (§ 106 Abs. 5 Satz 2 SGB V) nicht beachtet worden. Der Beklagte habe bei Anwendung des § 106 Abs. 5 Satz 2 SGB V keine Wahlfreiheit hinsichtlich der dort geschilderten Maßnahmen. Die Klägerin habe die Praxis im April 2000 von ihrer Vorgängerin übernommen. Die Konstellation komme einer Neugründung gleich. Hier wäre zu fordern, dass die ersten Quartale der neuen Praxis als Schonquartale aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung herauszunehmen gewesen wären. Der Beklagte habe Praxisbesonderheiten nicht hinreichend gewürdigt. Kompensatorische Einsparungen hätten aufgrund des Amtsermittlungsgrundsatzes im Verfahren vor den Prüfgremien nachgegangen werden müssen. So weise die Klägerin deutliche Unterschreitungen im Bereich der Extraktionen (X1 - X3) auf, die durch erhöhte und erfolgreiche Füllungstätigkeit und endodontische Tätigkeit ermöglicht werde. Wenn der Beklagte bei den einzelnen Gebührenordnungspositionen den Umfang der Paro-Leistungen und der ZE-Leistungen mitberücksichtigt, handle es sich um eine Selbstverständlichkeit und nicht etwa um die Würdigung des Gesamtfallwerts.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid vom 11.02.2003 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 03.07.2002 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung erläutert er zunächst das Zustandekommen der Zahnarztstatistik und legt die Berechnungsformel zur Negativstatistik offen. Die statistischen Grundlagen seien nach dem Berechnungssystem der KZVS um die sogenannten Nullstellen bereinigt. Die Klägerin könne nicht damit argumentieren, dass der Fallwert ausgeglichen sei. Ein alleiniges Gegenrechnen von positiven und negativen Leistungen reiche nicht aus, um die Ausgeglichenheit der Abrechnung zu belegen bzw. kompensationsfähige Ersparnisse zu begründen. Die von der Klägerin geltend gemachte Unterversorgung bei der Praxisvorgängerin Dr. B. stelle keine Praxisbesonderheit dar. Der Beklagte könne weder ein atypisches Patientenklientel noch einen besonderen Behandlungsbedarf erkennen. Die Behandlungsweise der Klägerin sei hinsichtlich der Nr. 10 (üZ) durch die Anerkennung eines 100%igen Mehrbedarfs vor dem Hintergrund des erhöhten Anteils an festsitzendem/kombiniertem ZE innerhalb der Prothetikabrechnung ausreichend gewürdigt. Zur Position Nr. 12 führt der Beklagte aus, es sei nicht seine Sache, bei den hier vorliegenden Überschreitungen der Klägerin nachzuweisen, dass gegenüber der Vergleichsgruppe ein erhöhter ZE-Behandlungsbedarf bestanden habe. Vielmehr habe der Vertragszahnarzt darzulegen, aus welchen Gründen der Mehrbedarf gefordert wurde. Dennoch habe der Beklagte anhand der vorliegenden Informationen den anzuerkennenden Mehrbedarf auf 150 % wegen der stärkeren Leistungen im festsitzenden ZE-Bereich erhöht. Zu Nr. 28 (VitE) führt der Beklagte aus, die Klägerin habe in keinem der geprüften Einzelfälle einer Vitalexstirpation den Wurzelkanal bzw. die Wurzelkanäle sofort abgefüllt. In jedem Fall sei infolge der VitE ein- bzw. mehrfach die Nr. 34 berechnet worden. Die medikamentösen Einlagen in der Folge einer VitE seien aber auf Außnahmefälle beschränkt. Bei der Position Nr. 40 (I) verkenne die Klägerin, dass zwischen den Anästhesieleistungen und den anästhesiepflichtigen Leistungen ein deutliches Missverhältnis bestehe. Die Anerkennung von zusätzlich 100 % gegenüber der Vergleichsgruppe sei wegen der stärkeren prothetischen und parochirurgischen Tätigkeit vorgenommen worden. Auch nach Kürzung verbleibe die Klägerin weit im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Bei der Nr. 13c spreche allein die Tatsache, dass die Klägerin kein definitives Füllungsmaterial verwendet habe dafür, dass sie von vornherein davon ausgegangen ist, keine dauerhafte Versorgung vorzunehmen. Wenn sie dennoch Leistungen nach Nr. 13c abrechne, entspreche dies nicht den vertraglichen Bestimmungen und auch nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Zur Rüge formeller Mängel führt der Beklagte aus: § 11 der Sächsischen Prüfvereinbarung regle, dass die vertragszahnärztliche Versorgung grundsätzlich auf Antrag geprüft werde. Nach § 12 der Prüfvereinbarung haben sich die Teilnehmer des Auswahlgesprächs darüber zu verständigen, welche Zahnärzte beraten werden, welche einen schriftlichen Hinweis erhalten und welche Zahnärzte eingehend individuell überprüft werden sollen. Ein solches Auswahlgespräch habe am 20.09.2001 bezüglich der Quartale III/IV/2000 stattgefunden. Für die Klägerin sei eine Prüfung nach § 12 Abs. 3c Prüfvereinbarung beantragt worden. Der Gesamtfallwert sei mitreflektiert worden, da der Beklagte bei den einzelnen Gebührennummern das gesamte Behandlungsspektrum in Bezug zur Abrechnung gebracht habe. So seien der Umfang an parodontologischen wie auch an ZE-Leistungen berücksichtigt und in die Kürzungsentscheidung mit einbezogen worden (Nr. 10 - üZ). Bei der Nr. 12 sei die Füllungstherapie, der Bereich Endodontie/Wurzelbehandlungen sowie festsitzend/kombinierte ZE-Leistungen betrachtet worden. Bei den Leistungen nach Nr. 13c (F3) wurde die Gesamtfüllungszahl sowie die Abrechnungsmenge der übrigen Füllungsleistungen berücksichtigt. Bei der Position 28 (VitE) sei der gesamte Endodontie-/Wurzelbehandlungsbereich näher beleuchtet und zahlreiche Einzelfälle überprüft worden. Hinsichtlich der Nr. 40 (I) habe der Beklagte eine Verbindung mit den Anästhesieleistungen nach Nr. 41a (L1) hergestellt. Gemessen an dem KZVS-Gesamtdurchschnitt der Fallzahlen (471/650) liege die Klägerin im Quartal III/00 bei 70 % und im Quartal IV/00 bei 67 % der Fallzahlen. Damit sei die Mindestquote des BSG (20 %) erreicht und der Beklagte war berechtigt, eine statistische Vergleichsprüfung durchzuführen. Eine Beratung der Klägerin sei nicht als ausreichendes oder angemessenes Mittel angesehen worden, da unstreitig Überschreitungen des Fachgruppendurchschnitts im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses lagen, die eine Kürzung im Sinne der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 19.06.1996, Az.: 6 RKA 40/95) gestatten. Eine gezielte vorhergehende Beratung sei keine Zulässigkeitsvoraussetzung für jede Honorarkürzung. Andernfalls könnte der Eindruck entstehen, dass jeder Vertragszahnarzt zunächst einmal (auch vorsätzlich) unwirtschaftlich arbeiten könnte, ohne das ihn Sanktionen treffen. Dies widerspreche § 70 SGB V. Zur Problematik der Beachtung sog. Schonquartale führt der Beklagte aus, dass die Klägerin selbst keine Berufsanfängerin, sondern seit 01.06.1993 als Vertragszahnärztin in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen war. Sie war seitdem ununterbrochen zahnärztlich tätig. Für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten oder kompensationsfähiger Ersparnisse sieht der Beklagte keinen Raum.

Die Beigeladene zu 2. trägt schriftsätzlich vor, dass eine Antragstellung zur Einleitung eines Prüfverfahrens nicht mehr notwendig, aber auch nicht untersagt sei. Insoweit komme dem Antrag lediglich eine Anregungsfunktion zu.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf die beigezogene Verwaltungsakte sowie die Gerichtsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der angefochtene Bescheid des Beschwerdeausschusses vom 11.02.2003 verletzt die Klägerin nicht rechtswidrig in ihren Rechten im Sinne von § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Bei der Entscheidung war in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreise der Krankenkassen und der Vertragszahnärzte zu entscheiden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertrags(zahn)arztrechts handelt (§ 12 Abs. 3 Satz 1 SGG).

Gegenstand der gerichtlichen Nachprüfung von Entscheidungen der Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist nur der das Verwaltungsverfahren abschließende Bescheid des Beschwerdeausschusses. Eine gerichtliche Anfechtung und Aufhebung des im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung erlassenen Bescheides des Prüfungsausschusses scheidet - von bestimmten, hier nicht in Betracht kommenden Ausnahmen abgesehen - aus Rechtsgründen aus (vgl. BSGE 74, 59). Hier hält der angefochtene Bescheid einer gerichtlichen Überprüfung stand.

Rechtsgrundlage für die von den Prüfgremien praktizierte Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten ist § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22.12.1999, BGBl. I S. 2626). Danach erfolgt die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen (zahn)ärztlicher und (zahn)ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder bei Überschreiten der Richtgrößen nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung). Mit dieser Bestimmung hat der Gesetzgeber die in der Praxis seit langem angewandte, bislang aber im Gesetz nicht verankerte und lediglich durch Richterrecht sanktionierte Methode des statistischen Kostenvergleichs als Anknüpfungspunkt für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der (zahn)ärztlichen Tätigkeit anerkannt und als Regelprüfmethode übernommen. Er hat damit zugleich die zur Legitimation einer statistischen Vergleichsprüfung unerlässliche Annahme gebilligt, dass die Gesamtheit aller Ärzte im Durchschnitt gesehen wirtschaftlich handelt, jedenfalls das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen nicht unterschreitet und deshalb der durchschnittliche Behandlungsaufwand einer Arztgruppe grundsätzlich ein geeigneter Maßstab für die Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Angehörigen dieser Arztgruppe ist (st. Rspr., vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 23 S. 124; BSG, Urteil vom 28.01.1998, Az. B 6 KA 69/96 R; Urteil vom 05.11.1997, Az. 6 R Ka 1/97, Urteil vom 14.03.2001, Az. B 6 KA 19/00 R; zuletzt Urteil vom 27.06.2001, Az. B 6 KA 66/00 R).

Es liegt kein Verfahrensfehler dahingehend vor, dass die Prüfung der Klägerin aufgrund des Antrags der Landesverbände der Krankenkassen/Verbände der Ersatzkassen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung begonnen wurde. Nach § 106 Abs. 5 Satz 1 SGB V (i.d.F.d. GKV-GRG 2000) führt der Prüfungsausschuss die Prüfungen nach Abs. 2 durch. Er entscheidet, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind (§ 106 Abs. 5 Satz 1, 2. HS SGB V). Die Prüfungsinstanzen werden somit, worauf die Klägerin zu Recht hinweist, von Amts wegen tätig. Die bis zum 31.12.1999 gültige Regelung des Antragsverfahrens in § 106 Abs. 5 Satz 1 SGB V hindert jedoch den Fortbestand eines Auswahlverfahrens, wie es in der Prüfvereinbarung in Sachsen geregelt ist nicht. § 106 Abs. 5 Satz 1 SGB V in der neuen Fassung regelt nicht, auf welcher Grundlage der Prüfungsausschuss seine Tätigkeit aufnimmt. Dies kann daher weiterhin in einer Prüfvereinbarung geregelt werden.

Die Prüfvereinbarung für die Zahnärzte in Sachsen vom 01.03.1995 i.d.F.v. 01.05.1997 über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse bei der Kassenzahnzahnärztliche Vereinigung Sachsen (KZVS) regelt in § 11 ff. die Einleitung des Verfahrens, das Verfahren selbst sowie die Durchführung der Prüfung. Danach erfolgt die Prüfung weiterhin auf Antrag der KZVS, einer Krankenkasse oder ihres Verbandes (§ 11 Abs. 2 Satz 1 Prüfvereinbarung). Dabei legt die KZVS den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden jeweils innerhalb eines Vierteljahres nach Eingang der Abrechnung bei den Krankenkassen verbandsbezogene und kassenartenübergreifende Abrechnungsdaten vor (§ 12 Abs. 1 der Prüfvereinbarung). In der Folge verständigen sich KZVS und die Krankenkassen unverzüglich nach Vorliegen der Unterlagen in einem Auswahlgespräch über die Vertragszahnärzte, die von der KZVS beraten werden sollen, die einen schriftlichen Hinweis erhalten sollen sowie diejenigen, die eingehend individuell überprüft werden sollen (§ 12 Abs. 3 der Prüfvereinbarung). Dabei werden in der Regel Abrechnungen in das Auswahlgespräch einbezogen, bei denen der Gesamtfallwert den Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 40 % überschreitet, bei denen bei Einzelleistungen der Fallwert der Vergleichsgruppe um mehr als 80 % überschritten wird oder bei denen wiederholte festgestellte Unwirtschaftlichkeit angenommen wird (§ 12 Abs. 4 der Prüfvereinbarung). Das vorliegende Auswahlverfahren hält sich, wie die Auswahlkriterien, an die vom BSG aufgestellten Anforderungen an die Prüfung nach Durchschnittswerten und ist deshalb, auch unter der Geltung des § 106 Abs. 5 SGB V in der neuen Fassung, nicht zu beanstanden.

Nach den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist die statistische Prüfung die Regelprüfmethode (vgl. BSG, Urteil vom 10.05.2000, Az. B 6 KA 25/99 R; SozR 3-2500 § 106 Nr. 49). Danach werden die Abrechnungswerte des Arztes mit denjenigen der Fachgruppe im selben Quartal verglichen. Falls der Mehraufwand bei dem Gesamtfallwert, bei Spartenwerten oder bei Einzelleistungswerten im Vergleich zum Durchschnittswert der Vergleichsgruppe in einem offensichtlichen Missverhältnis steht, kann das Honorar gekürzt werden. Ergänzt durch die sogenannte intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind, ist dies die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringt (BSG a.a.O.). Die arztbezogene Prüfung nach Durchschnittswerten basiert auf einer Gegenüberstellung der durchschnittlichen Fallkosten des geprüften Arztes einerseits und der Gruppe vergleichbarer Ärzte andererseits. Eine Unwirtschaftlichkeit ist dann anzunehmen, wenn der Fallwert des geprüften Arztes so erheblich über dem Vergleichsgruppendurchschnitt liegt, dass sich die Mehrkosten nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lassen und deshalb zuverlässig auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise als Ursache der erhöhten Aufwendungen geschlossen werden kann (st. Rspr., vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 23). Der Prüfung nach Durchschnittswerten ist allerdings dann die Grundlage entzogen, wenn der Vergleich mit den durchschnittlichen Abrechnungswerten der Vergleichsgruppe zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ungeeignet ist. Deshalb muss die jeweilige Vergleichsgruppe aus Ärzten bestehen, die ein annähernd gleichartiges Patientengut versorgen und im Wesentlichen dieselben Erkrankungen behandeln, weil nur unter dieser Voraussetzung der durchschnittliche Behandlungsaufwand der Arztgruppe ein geeigneter Maßstab für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit eines Angehörigen dieser Arztgruppe ist (homogene Gruppe).

Hier hat der Beklagte zu Recht eine Prüfung nach Durchschnittswerten unter Heranziehung der Vergleichsgruppe der Sächsischen Vertragszahnärzte unter Zugrundelegung des arithmetischen Mittelwerts als Prüfmethode vorgenommen. Bei den geprüften Leistungen Ä16 (kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis), 10 (Behandlung überempfindlicher Zahnflächen - üZ), 12 (besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich - bMF), 13c (Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren,

3-flächig - F3), 28 (Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal - VitE), und 40 (Infiltrationsanästhesie - I) handelt es sich um Leistungen, die für die Vergleichsgruppe typisch sind, also zumindest von einem größeren Teil der Gruppe regelmäßig in nennenswerter Zahl erbracht werden (vgl. BSGE 71, 194; 74, 70; 76, 53). Auch wurde die Vergleichsgruppe ordnungsgemäß gebildet, zumal sich die Gruppe der Zahnärzte allgemein durch große Homogenität auszeichnet (vgl. BSGE 62, 24; 69, 138; zuletzt Urteil vom 21.05.2003, Az.: B 6 KA 32/02 R).

Die von Klägerseite geäußerten Bedenken hinsichtlich der Statistik in Sachsen (Nullabrechner) teilt die Kammer nicht. Bei der statistischen Prüfung haben die Prüfgremien Fehlerquellen (wie statistische "Ausreißer") zu beachten, beispielsweise durch Gewährung eines zusätzlichen Aufschlags im Rahmen der Streubreite (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 13). Hier bedurfte es eines weiteren Zuschlags nicht wegen der "Nullabrechner", da diese bereits aus der Vergleichsstatistik herausgerechnet wurden. Die Berechnungsformel (Gesamtzahl der Leistungen - GOP -, die im entsprechenden Quartal von allen Zahnärzten der KZVS zur Abrechnung gebracht wurden, geteilt durch die Fallzahlen der KZV, bereinigt um diejenigen Fälle, die die entsprechende GOP nicht enthielten, multipliziert mit der Summe der Fallzahlen des Zahnartzes) stellt sicher, dass die Statistik um die sogenannten Nullstellen bereinigt ist. Die Klägerin wird somit nur mit Zahnärzten verglichen, die die geprüften Einzelpositionen ebenfalls abgerechnet haben.

Der Begriff des offensichtlichen Missverhältnisses beschreibt den Grad an statistischer Abweichung, bei dem sich die Mehrkosten regelmäßig nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lassen und bei dem deshalb zuverlässig auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise als Ursache der erhöhten Aufwendungen geschlossen werden kann (st. Rspr., vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 11). Ab welchem Überschreitungsprozentsatz diese Voraussetzung erfüllt ist, lässt sich wegen der unterschiedlichen Struktur und Homogenität der verschiedenen Vergleichskollektive nicht für alle Fälle einheitlich beantworten. Die Prüforgane haben bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, bei der Ermittlung des entscheidungserheblichen Sachverhalts und dessen Bewertung einen Beurteilungsspielraum. Ihre Entscheidungen sind rechtmäßig, wenn alle für die jeweilige Fragestellung erheblichen Tatsachen berücksichtigt wurden und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen sachlich vertretbar sind. Die Kontrolle der Gerichte beschränkt sich auch hierbei auf die Prüfung, ob das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Verwaltung die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffes ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist. Damit dies nachgeprüft werden kann, müssen die Beurteilungsgrundlagen im Bescheid genannt und soweit erforderlich, erläutert werden. In der Begründung des Widerspruchsbescheides sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben (§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X).

Hier hat der Beklagte ermessensfehlerfrei die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis ab einer Überschreitung von 50 % angenommen. Nach der Rechtsprechung des BSG darf bei Arztgruppen mit engem Leistungsspektrum (wie es auch bei den Vertragszahnärzten angenommen werden kann) eine Grenzziehung bereits bei Überschreitungen der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe um 40 % vorgenommen werden (so BSGE 62, 24; BSG SozR 3 - 2500 § 106 Nr. 41 S. 225; Nr. 43 S. 240). Bei der hier vorliegenden homogenen Vergleichsgruppenzusammensetzung und vergleichsgruppentypischen Leistungen erweist sich somit die Annahme der Schwelle zum offensichtlichen Missverhältnis mit 50 % als nicht rechtsfehlerhaft.

Allerdings ist nach der Rechtsprechung des BSG wiederholt klargestellt worden, dass die statistische Betrachtung nur einen Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausmacht und durch eine intellektuelle Prüfung und Entscheidung ergänzt werden muss, bei der die für die Frage der Wirtschaftlichkeit relevanten medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkte, wie das Behandlungsverhalten und die unterschiedlichen Behandlungsweisen innerhalb der Arztgruppe und die bei dem geprüften Arzt vorhandenen Praxisbesonderheiten, in Rechnung zu stellen sind (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 15; § 106 Nr. 23). Diese Gesichtspunkte sind nach der Entscheidung des BSG vom 09.03.1994 (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 23) nicht erst in einem späterem Verfahrensstadium oder nur auf die entsprechenden Einwendungen des Arztes hin, sondern bereits auf der ersten Prüfungsstufe von Amts wegen mit zu berücksichtigen. Sind solche kostenerhöhenden Praxisbesonderheiten bekannt oder anhand der Behandlungsweise oder der Angaben des Arztes erkennbar, so müssen ihre Auswirkungen bestimmt werden, ehe sich auf der Grundlage der statistischen Abweichungen eine verlässliche Aussage über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise treffen lässt.

Der Beklagte hat nach Auffassung der Kammer das Behandlungsspektrum der klägerischen Zahnarztpraxis hinreichend gewürdigt. So hat der Beklagte bei der Prüfung der Nr. 10 (üZ) den Umfang an parodontologischen Leistungen wie auch an ZE-Leistungen betrachtet und in seine Kürzungsentscheidung mit einbezogen. Er hat damit (auch) den von der Klägerin geschilderten Nachholbedarf in der übernommenen Praxis der Frau Dr. B. hinreichend gewürdigt. Bei der Überprüfung der Abrechnung der Nr. 12 (bMF) hat der Beklagte zu Recht den Zusammenhang mit der Füllungstherapie sowie insbesondere mit festsitzendem/kombiniertem Zahnersatz gewürdigt. Auch bei der Prüfung der Nr. 13c (F3) wurde die Füllungstherapie, wie sie in der klägerischen Praxis vorgenommen wurde, bei der Entscheidung berücksichtigt. Ebenso hat der Beklagte bei der Prüfung der Nr. 28 (VitE) das Endodontie-/Wurzelbehandlungsverhalten beleuchtet und durch zahlreiche Einzelfälle überprüft. Schließlich hat der Beklagte bei der Abrechnung der Nr. 40 (I) die Verbindung zu den Anästhesieleistungen nach Nr. 41a (L1) betrachtet und seiner Entscheidung zugrunde gelegt. Der Beklagte hat sich somit nicht nur mit den Einwendungen der Klägerin im Verwaltungsverfahren gründlich und nachvollziehbar auseinandergesetzt, sondern darüber hinaus im Rahmen des Amtsermittlungsverfahrens das Behandlungsverhalten der Klägerin geprüft und dargelegt.

Durch Überschreiten im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses ist die Unwirtschaftlichkeit i.S. eines Anscheinsbeweises nachgewiesen. Anders als im Zivilprozess ist dieser Anscheinsbeweis nicht bereits dann erschüttert, wenn die ernsthafte Möglichkeit eines anderweitigen Geschehensablaufs dargelegt wird (vgl. LSG NRW, Urteil vom 29.01.1997, Az. L 11 Ka 52/96). Vielmehr hat der Arzt die entlastenden Tatsachen ("Einwendungen") nachzuweisen.

Zwar liegt die Klägerin im Gesamtfallwert mit 33,21 % bzw. 11,61 % unterhalb der Schwelle zum offensichtlichen Missverhältnis. Ebenfalls mag sie bei anderen Einzelleistungen (z.B. X1 - X3) unterdurchschnittlich abrechnen. Dies führt jedoch nicht dazu, dass der Beklagte gehindert wäre, die hier gerügten Einzelleistungen zu prüfen und zur Grundlage einer Kürzung zu machen. Der Vertragszahnarzt muss umfassend wirtschaftlich handeln. Die Wirtschaftlichkeit muss grundsätzlich sowohl insgesamt als auch in jedem Teilbereich gegeben sein, sowohl beim Gesamtfallwert, in jeder einzelnen Sparte und bei jeder Einzelleistung sowie auch bei den Arzneiverordnungen (vgl. BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az. 6 R Ka 1/97; zuletzt Urteil vom 16.07.2003, Az. B 6 KA 44/02R). Die Darlegungs- und Nachweislast liegt insoweit beim

Arzt. Er muss das Vorliegen des kostenerhöhenden Mehraufwandes darlegen und ggf. nachweisen (BSG a.a.O.). Hierzu ist eine strukturelle Darlegung erforderlich. Will der Arzt dem aus dem offensichtlichen Missverhältnis folgenden Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit entgegentreten, so hat er den vollen Gegenbeweis dahin zu führen, dass er gleichwohl wirtschaftlich handelt (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 11). Gelingt dieser Nachweis dem Arzt nicht, so geht dies zu seinen Lasten (vgl. BSG USK 95137 S. 738; BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az. 6 R Ka 1/97). Es ist deshalb Angelegenheit des Arztes, schon im Verwaltungsverfahren die Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen. Er ist nicht nur gemäß § 21 SGB X allgemein gehalten, bei der Ermittlung des Sachverhaltes mitzuwirken, insbesondere die ihm bekannten Tatsachen auch anzugeben.

Hier hat die Klägerin Praxisbesonderheiten nicht zur Überzeugung der Kammer dargelegt. Praxisbesonderheiten sind regelmäßig durch einen bestimmten Patientenzuschnitt charakterisiert, der z.B. durch eine spezifische Qualifikation des Arztes etwa aufgrund einer Zusatzbezeichnung bedingt sein kann (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 43). Hier liegen Praxisbesonderheiten nicht aufgrund des behaupteten Nachholbedarfs nach der Übernahme der Praxis der Frau Dr. B. vor. Die Darlegungen im Verwaltungsverfahren genügen bereits nicht als Nachweis der Behauptung. Auch ist der Beklagte nicht verpflichtet, im Wege des Amtsermittlungsgrundsatzes die vorliegenden Abrechnungen auf Praxisbesonderheiten zu kontrollieren und mögliche Mehraufwendungen herauszurechnen. Diese Verpflichtung trifft die Klägerin, wenn sie den Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit widerlegen will.

Auch bestand kein Anlass zur Anerkennung kompensatorischer Einsparungen. Die Anerkennung kompensatorischer Einsparungen setzt voraus, dass zwischen dem Mehraufwand auf der einen und den Kostenüberschreitungen auf der anderen Seite ein kausaler Zusammenhang besteht. So muss ersichtlich sein, durch welche Leistungen der Arzt in welcher Art von Behandlungsfällen aus welchem Grund welche Einsparungen erzielt hat (vgl. BSG, Urteil vom 05.11.1997, Az. 6 RKa 1/97). Hierzu hat die Klägerin nichts dargelegt. Es ist auch nicht Aufgabe des Beklagten, hypothetische Überlegungen anzustellen und die einzelnen Abrechnungen auf konkrete Kompensationsmöglichkeiten hin durchzusehen. Mögliche Einsparungen wären nur zu berücksichtigen, wenn sich diese anhand der Abrechnungsstatistik eindeutig belegen lassen oder aus anderen Gründen auf der Hand liegen (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 15). Hier lässt sich eine Kausalität zwischen der geringen Anzahl an Extraktionen (X1 - X3) aufgrund des aufwendigen Füllungsverfahrens nicht ohne weitere Nachweise erkennen. Der Hinweis auf die ungleiche Verteilung der Füllungen F 1 bis F 4 geht ebenfalls fehl. Die Klägerin verkennt insoweit, dass sie auch bei der Gesamtsumme der Füllungen F 1 bis F 4 (701) über dem KZV-Durchschnitt (615) liegt. Schließlich konnte sie mit den von ihr abgerechneten 701 Füllungen eine Punktmenge von 23.362 Punkten erzielen, während der KZV-Durchschnitt bei 615 Füllungen nur auf 18.209 Punkte kommt. Sie hat somit gehäuft die Füllungen abgerechnet, die einen höhere Punktwert ergeben. Eine wirtschaftliche Behandlungsweise lässt sich daraus nicht entnehmen.

Praxisbesonderheiten ergeben sich insbesondere auch nicht aus der behaupteten geringen Fallzahl der Klägerin. Sie liegt mit 325 bzw. 434 Fällen bei 70 % bzw. 67 % des Durchschnitts. Bereits der festgestellte Anteil von 60 - 70 % stellt keine "gravierende" Abweichung vom Durchschnitt dar. Darüber hinaus führt eine unterdurchschnittliche bzw. niedrige Fallzahl nicht zur Anerkennung einer Praxisbesonderheit (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 14.05.1997, Az.: L 11 KA 174/96). Praxisbesonderheiten können nur dann vorliegen, wenn es sich um Umstände handelt, die aus einem besonderen Behandlungsbedarf des jeweiligen Patientenklientels herrühren (sog. Morbiditätsstruktur der Patienten). In diesem Zusammenhang ist eine unterdurchschnittliche Fallzahl irrelevant. Ferner kann sich die unterdurchschnittliche Fallzahl bei der statistischen Vergleichsprüfung grundsätzlich nicht auswirken. Da beim statistischen Wirtschaftlichkeitsbeweis nicht die Gesamtkosten, sondern nur die Kosten pro behandeltem Patienten gegenübergestellt werden und deshalb die Fallkostendifferenz maßgebend ist, hat all das als Vergleichsumstand unberücksichtigt zu bleiben, was die Patientenanzahl betrifft. Eine zu niedrige Fallzahl kann nur insoweit von Bedeutung sein, als damit möglicherweise Bereiche unterschritten werden, unterhalb derer ein statistischer Vergleich nicht mehr aussagekräftig ist (vgl. BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 50). Danach ist eine Mindestquote von 20 % der Durchschnittsfallzahl der Vergleichsgruppe bei der statistischen Prüfung zu beachten. Bei den hier vorliegenden Fallzahlen ist jedoch die Vergleichbarkeit gewährleistet. Weder die Relation der Fallzahlen der Klägerin zur Vergleichsgruppe (70% / 67 %), noch die absoluten Fallzahlen (325 / 434) stellen die Anwendbarkeit der statistischen Vergleichsprüfung als Prüfmethode in Frage.

Der angefochtene Bescheid war auch nicht wegen eines Verstoßes gegen § 106 Abs. 5 Satz 2 SGB V aufzuheben. Danach "sollen" gezielte Beratungen weiteren Maßnahmen "in der Regel" vorangehen. Schon nach der bisherigen ständigen Rechtsprechung des BSG ist eine Ausnahme von dieser Regel gerechtfertigt und eine Honorarkürzung auch ohne vorangegangene gezielte Beratung nicht rechtswidrig, wenn Überschreitungen des Vergleichsgruppendurchschnitts im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses vorliegen (vgl. BSGE 78, 278; SozR 3-2500 § 106 Nr. 39; § 106 Nr. 53; zuletzt Urteil vom 21.05.2003, Az.: B 6 KA 32/02 R). Dies ist hier in den geprüften Einzelleistungen der Fall. Insbesondere musste der Beklagte vor dem Hintergrund, dass die Klägerin die Praxis von Dr. B. im April 2000 übernommen hat, keine andere Entscheidung treffen. Es handelt sich um eine Praxisübernahme durch die Klägerin, die bereits seit 1993 ununterbrochen als Vertragszahnärztin tätig war. Der Fall ist somit nicht mit einer Praxisneugründung zu vergleichen. Die Klägerin ist somit nicht wie ein neu zugelassener Vertragszahnarzt zu behandeln.

Der angefochtene Bescheid vom 11.02.2003 ist auch hinsichtlich des Umfangs der vorgenommenen Kürzungen rechtsfehlerfrei. Die Prüfgremien müssen das Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit nicht exakt rechnerisch feststellen, wenn sie sich mit einer Kürzung begnügen, die sich zweifelsfrei noch im Rahmen des unwirtschaftlichen Mehrbetrages hält (vgl. BSG SozR 3 - 2500 § 106 Nr. 15 S. 39). Bei der Festlegung der Höhe der Honorarkürzungen als Reaktion auf die festgestellte Unwirtschaftlichkeit steht den Prüfgremien regelmäßig ein Ermessensspielraum zu, der die Möglichkeit einer ganzen Bandbreite denkbarer vertretbarer Entscheidungen zulässt (vgl. BSG SozR 5550 § 15 Nr. 1 S. 7; zuletzt Urteil vom 21.05.2003, Az.: B 6 KA 32/02 R). Das Gericht ist bei der Überprüfung der Ermessensentscheidung darauf beschränkt zu prüfen, ob die Behörde die gesetzlichen Grenzen des Ermessens eingehalten und vom Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat. Hier hat der Beklagte den jeweils anerkannten Mehrbedarf sowie die ausgesprochenen Kürzungen hinreichend begründet. Es war der Klägerin aufgrund der Darstellung im Widerspruchsbescheid vom 11.02.2003 auch möglich, die aufgeführten Tatsachen nachzuprüfen und ihre Rechte sachgerecht wahrzunehmen.

Die Feststellungen des Beklagten sind auch im Übrigen nicht zu beanstanden. So hat die Klägerin die Ä16 entgegen der Leistungsbeschreibung (kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis) abgerechnet, wenn sie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für Arbeitgeber oder Schule ausgestellt hat. Eine Kürzung auf den Durchschnitt war danach angebracht. Bei der Position 10 (üZ), bei der die Klägerin ohnehin nur von 109 auf 90 bzw. von 119 auf 106 Leistungen gekürzt wird, waren die Beanstandungen gerechtfertigt und der erhöhte Bedarf an ZE-Leistungen durch die Zubilligung eines 100%igen Mehrbedarfs hinreichend gewürdigt. Anhaltspunkte dafür, dass der

Nachholbedarf an ZE in der klägerischen Praxis mit dem anerkannten 150%igen Mehrbedarf nicht ausreichend gewürdigt ist (Position 12 - bMF) hat die Kammer nicht. Die Position 13c (F3) wurde zu Recht beanstandet. Bereits die Verwendung des Glasionomer-Befestigungszements, bei dem es sich nicht um ein definitives Füllungsmaterial handelt, stellt sich als unwirtschaftliches Vorgehen dar. Im Zusammenhang mit der VitE (28) hat die Klägerin überdurchschnittlich häufig eine Med (Nr. 34) abgerechnet, was ebenfalls auf ein unwirtschaftliches Vorgehen schließen lässt. Die Med wird, worauf der Beklagte zutreffend hingewiesen hat, vorübergehend in den Wurzelkanal zur chemischen Desinfektion eingelegt, d.h. es wird erwartet, dass die Med im Wurzelkanal eine antibakterielle Wirkung entfaltet. Sind die Einlagen mehrfach erforderlich, ist davon auszugehen, dass die Indikation zum Ansatz der VitE nicht bestanden hat. Hinsichtlich der Leistung nach Nr. 40 (I) ergeben sich aus den Abrechnungsbestimmungen klare Vorgaben, die von der Klägerin (offensichtlich) nicht immer eingehalten wurden. So ist die Nr. 40 im Unterkiefer nur im Ausnahmefall (z.B. im Frontzahnbereich) abrechenbar, wenn eine Leitungsanästhesie nicht erforderlich war. Im Unterkiefer ist in der Regel die Nr. 41 (Leitungsanästhesie) anzusetzen. Zu Recht verweist der Beklagte ferner auf das offensichtliche Missverhältnis zwischen Anästhesien und anästhesiepflichtigen Leistungen.

Danach war wie festgestellt zu entscheiden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 S. 1 3. HS SGG (i.d.F. des 6. SGG-ÄndG vom 17.08.2001, BGBl. I. S. 2144) i.V.m. § 154 Abs. 1 VwGO.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2004-09-25