B 6 KA 25/19 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 387/18 WA
Datum
05.06.2019
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 25/19 R
Datum
13.05.2020
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung einer aus einem Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen und Zahnärzten bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) darf anhand eines entsprechend der Besetzung der BAG mit Vertretern der Arztgruppen (einschließlich der angestellten Ärzte) gewichteten Vergleichswertes erfolgen soweit sichergestellt ist dass die herangezogenen praxisbezogenen Abrechnungswerte der jeweiligen Arztgruppe nicht auch Werte von Mischpraxen enthalten.

2. Stützt ein Prüfungsgremium seine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten auch auf Abrechnungsdaten aus einem Bezirk einer anderen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung muss er dies gegenüber dem geprüften Arzt offenlegen.

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 5. Juni 2019 geändert. Der Bescheid des Beklagten vom 21. März 2017 (Sitzung vom 3. November 2016) in der Gestalt des Bescheides vom 26. Oktober 2017 (Sitzung vom 7. Juli 2017), des angenommenen Teilanerkenntnisses vom 6. Februar 2019, des Bescheides vom 16. Mai 2019 (Sitzung vom 10. Mai 2019) und des angenommenen Teilanerkenntnisses vom 5. Juni 2019 wird aufgehoben, soweit eine pauschale Honorarkürzung wegen Unwirtschaftlichkeit für die konservierend-chirurgischen Leistungen in den Quartalen 4/2012 bis 2/2013 festgesetzt worden ist. Der Beklagte wird verpflichtet, über die Wirtschaftlichkeit der konservierend-chirurgischen Leistungen in diesen Quartalen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden. Im Übrigen wird die Revision der Klägerin zurückgewiesen. Die Klägerin und der Beklagte tragen die Kosten des Rechtsstreits mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen in allen Rechtszügen jeweils zur Hälfte.

Gründe:

I

1

Zwischen der klagenden Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) und dem beklagten Beschwerdeausschuss sind noch Honorarkürzungen aufgrund von Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Quartalen 4/2012 bis 2/2013 in Höhe von 1 359 633,32 Euro streitig.

2

Der klagenden BAG gehörten in den streitgegenständlichen Quartalen ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG-Chirurg), der zugleich zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen war, sowie zwei Zahnärzte an. Sie beschäftigte in den Quartalen 4/2012 und 1/2013 zwei Zahnärzte mit insgesamt zwei Versorgungsaufträgen und im Quartal 2/2013 vier Zahnärzte mit insgesamt vier Versorgungsaufträgen. Der MKG-Chirurg Dr. Dr. S rechnete zugleich Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) Hessen ab.

3

Nach Auswahl zur Prüfung forderte die Prüfungsstelle bei der Klägerin vergeblich die ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundberichte nach Nr 75 der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen (Teil I) zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) (Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen

Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie; im Folgenden: Anlage zur GOÄ) zu den Behandlungsfällen, in denen allein diese Leistung, ggf mit Porto, abgerechnet wurde, an.

4

Mit Bescheid vom 20.10.2015 kürzte die Prüfungsstelle nach einer statistischen Vergleichsprüfung bezogen auf den Gesamtfallwert mit ergänzender eingeschränkter Einzelfallprüfung das Honorar der Klägerin im Quartal 3/2012 sowie in den drei streitgegenständlichen Quartalen um 1 718 426,54 Euro (1 717 114,91 Euro konservierend-chirurgische Leistungen (441 356,60 Euro im Quartal 4/2012, 375 069,29 Euro im Quartal 1/2013, 611 614,18 Euro im Quartal 2/2013), 1300,25 Euro (318,48 Euro im Quartal 4/2012 und 317,61 Euro im Quartal 1/2013) im Bereich der systematischen Behandlung von Parodontopathien (PAR-Bereich) und 11,38 Euro im Bereich der Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe) (KB-Bereich) im Quartal 2/2013; unter Berücksichtigung der Degressionsneuberechnung und des HVM-Einbehalts 1 089 374,76 Euro). Der Kürzung der konservierend-chirurgischen Leistungen lag - nach Absetzung der von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV) vorgenommenen Kürzungen - eine Gewichtung der Besetzung der BAG mit Zahnärzten und MKG-Chirurgen von 2 zu 1 zugrunde (2 x durchschnittliche Punkte pro Fall der Vergleichsgruppe der Zahnärzte + 1 x durchschnittliche Punkte pro Fall der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen mit zahnärztlicher Zulassung: 3). Dabei beinhalteten die Fallwerte der MKG-Chirurgen neben hessischen Praxen auch Praxen aus Thüringen und dem Saarland, ohne dass dies offengelegt wurde. Zudem berücksichtigte die Statistik auch sog Mischpraxen, in denen neben MKG-Chirurgen auch (Allgemein-)Zahnärzte tätig waren. Dies ergab Vergleichswerte von 144 Punkten (Quartal 4/2012), 148 Punkten (Quartal 1/2013) und 143 Punkten (Quartal 2/2013) pro Fall. Die Prüfungsstelle kürzte das Honorar im Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen jeweils auf das 1,4-fache dieser Vergleichswerte. Zur Begründung führte die Prüfungsstelle aus, bereits in vergangenen Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren sei eine unwirtschaftliche Behandlungsweise der Klägerin festgestellt worden. Da sich die Praxis der Klägerin nicht wesentlich von der Typik der Vergleichsgruppe der Allgemeinzahnärzte bzw der Vertragszahnärzte mit einer Weiterbildung zum MKG-Chirurg in Hessen unterscheide, seien die vorliegenden Gesamtfallwerte beider Bereiche unter Berücksichtigung der Inhaberstruktur der Praxis verknüpft worden. Mit Überschreitungen von 96 % (Quartal 4/2012), 93 % (Quartal 1/2013) und 141 % (Quartal 2/2013) lägen die Abrechnungswerte der Klägerin im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Die statistischen Überschreitungen im Gesamtfallwert seien nicht als Folge von Praxisbesonderheiten oder kompensatorischen Einsparungen zu werten. Eine Korrektur der Leistungen nach Nr 75 Anlage zur GOÄ erfolgte nicht.

5

Gegen den Bescheid legten die Klägerin und die zu 2. bis 7. beigeladenen Verbände der Krankenkassen Widerspruch ein. Die Klägerin reichte die von dem Beklagten mit der Ladung erneut angeforderten elektronischen Briefausdrucke zu den Leistungen nach Nr 75 Anlage zur GOÄ am 31.10.2016 und 2.11.2016 teilweise ein.

6

Der beklagte Beschwerdeausschuss kürzte die Leistungen im konservierend-chirurgischen Bereich nach Nr 75 Anlage zur GOÄ vorab in 3788 Einzelfällen (1284 im Quartal 4/2012, 1227 im Quartal 1/2013 und 1277 im Quartal 2/2013) in Höhe von 56 049,84 Euro wegen fehlender Dokumentation der Leistungen, die Leistungen im PAR-Bereich in Höhe von 6536,34 Euro und im KB-Bereich in Höhe von 5291,35 Euro und setzte die pauschale Honorarkürzung wegen Unwirtschaftlichkeit bei den konservierend-chirurgischen Leistungen in Höhe von 2 105 139,44 Euro fest (insgesamt 2 173 016,97 Euro; 1 397 517,36 Euro nach Degressionsneuberechnung und HVM-Einbehalt (418 881,81 Euro im Quartal 4/2012, 378 718,43 Euro im Quartal 1/2013 und 599 917,12 Euro im Quartal 2/2013); Bescheid vom 21.3.2017 aus der Sitzung vom 3.11.2016). Der Kürzung nach statistischer Vergleichsprüfung lagen nunmehr - jeweils nach Abzug der Patienten, bei denen lediglich die Nr 75 Anlage zur GOÄ abgerechnet worden war - Fallzahlen von 2210 (Quartal 4/2012), 2109 (Quartal 1/2013) und 2070 (Quartal 2/2013) sowie eine Gewichtung der Besetzung der BAG mit Zahnärzten (einschließlich der angestellten Zahnärzte) und MKG-Chirurgen von 4 zu 1 in den Quartalen 4/2012 und 1/2013 und von 6 zu 1 im Quartal 2/2013 zugrunde. Dies führte zu Vergleichswerten von 94 Punkten pro Behandlungsfall im Quartal 4/2012, 107 Punkten pro Behandlungsfall im Quartal 1/2013 und 99 Punkten pro Behandlungsfall im Quartal 2/2013. Ausgehend von einer Abrechnung von durchschnittlich 437, 438 und 549 Punkten pro Behandlungsfall ergaben sich Überschreitungen von 365 % (Quartal 4/2012), 309 % (Quartal 1/2013) und 455 % (Quartal 2/2013). Der Beklagte nahm eine Kürzung auf den 1,4-fachen Vergleichswert (132/150/139 Punkte) vor. Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen hätten aufgrund der Unterlagen nicht festgestellt werden können. Die Unterlagen zu den Leistungen nach Nr 75 Anlage zur GOÄ seien erst drei bzw einen Tag vor der Sitzung übermittelt worden. Da somit eine Überprüfung weder zumutbar noch möglich gewesen sei, sei die Notwendigkeit der Leistungen als nicht dokumentiert anzusehen. Bei einer unzureichenden oder fehlenden Dokumentation dürften die Prüfgremien auf Unwirtschaftlichkeit schließen. Im PAR-Bereich und KB-Bereich seien weitere Absetzungen vorzunehmen, da die Behandlungen aufgrund der fehlenden Unterlagen als nicht dokumentiert anzusehen seien.

7

Im Klageverfahren hat der Beklagte den Bescheid vom 21.3.2017 in einem ersten Schritt dahingehend geändert, dass Leistungen nach Nr 75 Anlage zur GOÄ nur noch in 3766 Fällen (1219 im Quartal 1/2013 und 1263 im Quartal 2/2013; im Quartal 4/2012 unverändert 1284; Kürzung in Höhe von 55 800,67 Euro) abgesetzt wurden, da versehentlich bei sonstigen Kostenträgern abgerechnete Leistungen erfasst worden waren. Dadurch reduzierte sich die Kürzung nach statistischer Vergleichsprüfung auf 2 001 116,76 Euro (insgesamt 2 068 744,51 Euro; unter Berücksichtigung der Degressionsneuberechnung und des HVM-Einbehalts 1 369 551,10 Euro; Bescheid vom 26.10.2017 aus der Sitzung vom 7.7.2017). In einem zweiten Schritt hat der Beklagte nach Überprüfung der kurz vor der Sitzung vom 3.11.2016 eingereichten Unterlagen die Absetzung der Leistungen nach Nr 75 Anlage zur GOÄ in 3138 Fällen (981 im Quartal 4/2012, 1122 im Quartal 1/2013 und 1035 im Quartal 2/2013; Kürzung in Höhe von 46 552,65 Euro (14 080,89 Euro im Quartal 4/2012, 16 562,25 Euro im Quartal 1/2013 und 15 909,51 Euro im Quartal 2/2013) sachlich-rechnerisch richtig gestellt und hierzu ausgeführt, die zur Verfügung gestellten Briefausdrucke entsprächen nicht dem Leistungsinhalt der Nr 75 Anlage zur GOÄ. In den übrigen 634 Fällen, in denen keine Abdrucke vorlagen (303 im Quartal 4/2012, 97 im Quartal 1/2013 und 234 im Quartal 2/2013; Kürzung in Höhe von 9248,02 Euro (4356,69 Euro im Quartal 4/2012, 1432,29 Euro im Quartal 1/2013 und 3459,04 Euro im Quartal 2/2013), liege keine offenkundige Abrechnungsunrichtigkeit vor. Die fehlende Dokumentation führe aber dazu, dass von Unwirtschaftlichkeit auszugehen sei. Bei der statistischen Vergleichsprüfung sei durch einen

Eingabefehler der Kürzungsbetrag um 1260,62 Euro zu hoch angesetzt worden; die pauschale Honorarkorrektur vermindere sich damit auf 1 999 856,14 Euro (621 495,90 Euro im Quartal 4/2012, 575 283,59 Euro im Quartal 1/2013 und 803 076,55 Euro im Quartal 2/2013 bei unveränderten Vergleichswerten). Die Kürzungen im PAR-Bereich hat der Beklagte auf 636,09 Euro (318,48 Euro im Quartal 4/2012, 317,61 Euro im Quartal 1/2013) reduziert, da die anderen Fälle bereits Gegenstand von Parallelverfahren gewesen seien. Bei unveränderten Kürzungen im KB-Bereich belief sich der Gesamtbetrag der Honorarkürzungen nun auf 2 061 583,64 Euro. Auch die Degressionskürzungen wurden für die Quartale des Jahres 2013 korrigiert, da der Degressionsbetrag insoweit im Bescheid vom 21.3.2017 versehentlich zu hoch angesetzt worden sei. Es ergäben sich Degressionsabzüge in Höhe von 215 039,37 Euro im Quartal 1/2013 und 139 418,40 Euro im Quartal 2/2013 anstelle von 216 111,97 Euro bzw 224 176,94 Euro. Der Gesamtkürzungsbetrag belief sich nunmehr auf 1 445 450,00 Euro (Bescheid vom 16.5.2019 aus der Sitzung vom 10.5.2019). Zuvor hatte der Beklagte ein von der Klägerin angenommenes Teilanerkenntnis in Höhe von 4017,53 Euro wegen der Doppelkürzungen im PAR-Bereich abgegeben und den Gesamterstattungsbetrag auf 1 365 533,57 Euro reduziert (6.2.2019).

8

Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat der Beklagte schließlich ein weiteres Teilanerkenntnis abgegeben und die Honorarrückforderung auf die ursprüngliche Honorarkürzung im Bescheid vom 21.3.2017 (1 397 517,36 Euro) abzüglich der Reduzierung im Bescheid vom 26.10.2017 (27 966,26 Euro), abzüglich des Teilanerkenntnisses vom 6.2.2019 (4017,53 Euro) und abzüglich der Reduzierung im PAR-Bereich (5900,25 Euro), somit 1 359 633,32 Euro beschränkt. Die Klägerin hat das Teilanerkenntnis angenommen.

9

Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 5.6.2019). Die Klägerin sei nach der Annahme des Teilanerkenntnisses vom 5.6.2019 nicht mehr durch das Verböserungsverbot beschwert. Der Beklagte sei berechtigt gewesen, neben der Wirtschaftlichkeitsprüfung sachlich-rechnerische Richtigstellungen vorzunehmen, da diesen im Verhältnis zur Wirtschaftlichkeitsprüfung keine überragende Bedeutung zukomme. Die von der Klägerin eingereichten Schreiben erfüllten nicht den Leistungsinhalt der Nr 75 Anlage zur GOÄ. Die Absetzung der Leistungen, für die Abdrucke nicht vorgelegt worden seien, im Wege einer Einzelfallprüfung sei nicht zu beanstanden. Soweit eine sachlich-rechnerische Richtigstellung oder eine Kürzung wegen Unwirtschaftlichkeit in Betracht komme, bestehe eine Wahlfeststellung des Beklagten, bei der er die tatsächliche Erbringung der Leistung und die Erfüllung der Leistungsinhalte unterstellen könne, wenn er von der Unwirtschaftlichkeit einer Leistung ausgehe. Auch die Honorarkürzung im Gesamtfallwert bei den konservierend-chirurgischen Leistungen sei nicht zu beanstanden, insbesondere hätten die Prüfgremien eine Prüfung nach Durchschnittswerten anstelle einer Einzelfallprüfung bzw einer eingeschränkten Einzelfallprüfung mit Hochrechnung durchführen dürfen. Der Beklagte habe den Umstand, dass ein Mitglied der Klägerin zugleich als MKG-Chirurg auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sowie die unterschiedliche Ausrichtung der für die Klägerin tätigen Ärzte durch Heranziehung der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung in Hessen einerseits und aller zugelassenen Vertragszahnärzte andererseits hinreichend berücksichtigt. Die Gewichtung unter Berücksichtigung der Gesellschafter und angestellten Zahnärzte sei nicht zu beanstanden. Die bei der KÄV beigezogenen Unterlagen zeigten im Übrigen, dass der MKG-Chirurg Dr. Dr. S in den streitgegenständlichen Quartalen in wesentlich größerem Umfang Leistungen bei der KÄV abgerechnet habe als die Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen, sodass sich durch die Möglichkeit, bei beiden Körperschaften abzurechnen, keine statistischen Verzerrungen im vertragszahnärztlichen Bereich ergäben. Die Klägerin habe keine Praxisbesonderheiten vorgetragen, die Anlass zu einer anderen Gewichtung gäben. Der Beklagte sei in nicht zu beanstandender Weise davon ausgegangen, dass die Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Heimpatienten, insbesondere der Besuchsleistungen, aufgrund der fehlenden Dokumentation nicht nachgewiesen sei. Allein aus einer - auch erheblichen - Mehrabrechnung der Besuchsziffern folge nicht die Offenkundigkeit der Notwendigkeit der Besuchsleistungen. Entsprechendes gelte für den Vortrag, Komplexsanierungen vorzunehmen. Der Beklagte habe hinreichend bestimmt und im Einklang mit der Rechtsprechung des BSG die Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses mit "um 40 %" festgesetzt. Die Berichtigungen im KB- und PAR-Bereich seien nicht zu beanstanden.

10

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision eine Verletzung von § 106 Abs 2, § 106a Abs 1 und 2, § 12 SGB V und §§ 20, 35 SGB X sowie von Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG. Die Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung für den Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen schließe eine eingeschränkte Einzelfallprüfung für die Leistungen der Nr 75 Anlage zur GOÄ wegen nicht nachgewiesener Wirtschaftlichkeit aus. Die von dem Beklagten vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen seien schon wegen ihres Umfangs nicht mehr von dessen Annexkompetenz gedeckt. Sie wirkten sich zudem durch die Korrektur der Fallzahlen erheblich auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung aus. Die statistische Vergleichsprüfung sei bereits unzulässig, da mangels rechtskräftig festgestellter Unwirtschaftlichkeiten entgegen den Vorgaben der Prüfvereinbarung kein Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit vorliege. Der von dem Beklagten rein rechnerisch ermittelte fiktive Vergleichswert bilde die tatsächlichen Verhältnisse der fachübergreifenden BAG der Klägerin nicht ab. Zu Unrecht habe der Beklagte zudem - wie sie zwischenzeitlich erfahren habe - bei dem MKG-Vergleichswert nicht nur die an der vertragszahnärztlichen Versorgung in Hessen teilnehmenden MKG-Chirurgen, sondern auch die Abrechnungen der MKG-Chirurgen in Thüringen und dem Saarland berücksichtigt. Für diese Handhabung existiere keine gesetzliche Grundlage. Auch habe der einzige MKG-Chirurg einen wesentlich höheren Leistungsanteil als die beteiligten Zahnärzte. Das Abstellen allein auf die Zahl der Behandler sei bei fachübergreifenden Tätigkeiten nicht angemessen. Mit ihrem Vortrag zum chirurgischen Schwerpunkt der Praxis habe sich der Beklagte nur pauschal auseinandergesetzt. Zu Unrecht habe er auch die angestellten Zahnärzte der Klägerin berücksichtigt. Es sei davon auszugehen, dass niedergelassene Zahnärzte im Durchschnitt mehr arbeiteten als angestellte Zahnärzte. Die Klägerin habe gegenüber dem Beklagten durch Statistiken und umfangreiche Unterlagen Praxisbesonderheiten durch die Behandlung von Heimpatienten sowie durch Komplexsanierungen dargelegt. Hiermit habe sich der Beklagte nicht ausreichend auseinandergesetzt. Sie habe zudem nicht für jeden unter Praxisbesonderheiten fallenden Patienten die komplette Behandlungsdokumentation einreichen müssen. Die Prüfgremien hätten bei Zweifeln an ihren Angaben weitere Unterlagen anfordern müssen. Dies sei vorliegend nicht geschehen.

11

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 5. Juni 2019 sowie den Bescheid des Beklagten vom 21. März 2017 (Sitzung vom 3. November 2016) in der Gestalt des Bescheides vom 26. Oktober 2017 (Sitzung vom 7. Juli 2017), des angenommenen Teilanerkenntnisses vom 6. Februar 2019, des Bescheides vom 16. Mai 2019 (Sitzung vom 10. Mai 2019) und des angenommenen Teilanerkenntnisses vom 5. Juni 2019 aufzuheben,

hilfsweise,

das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 5. Juni 2019 sowie den Bescheid des Beklagten vom 21. März 2017 (Sitzung vom 3. November 2016) in der Gestalt des Bescheides vom 26. Oktober 2017 (Sitzung vom 7. Juli 2017), des angenommenen Teilanerkenntnisses vom 6. Februar 2019, des Bescheides vom 16. Mai 2019 (Sitzung vom 10. Mai 2019) und des angenommenen Teilanerkenntnisses vom 5. Juni 2019 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, erneut über den Widerspruch der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des BSG zu entscheiden.

12

Der Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

13

Er hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Es sei insbesondere zulässig, im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht dokumentierte Einzelfälle aus der Honorarabrechnung herauszunehmen, bevor die bereinigte Abrechnung einer statistischen Gesamtfallwertprüfung unterzogen werde. Durch die Berücksichtigung nicht nur der in Hessen, sondern auch der in Thüringen und im Saarland niedergelassenen MKG-Chirurgen werde eine breitere statistische Basis und damit auch eine höhere Verlässlichkeit der ermittelten durchschnittlichen Abrechnungswerte erreicht. Behandlungsstandards würden bundesweit gelten. Auch das SGB V sehe bezirksübergreifende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vor.

14

Die Beigeladenen stellen keine Anträge. Die zu 1. beigeladene KZÄV schließt sich den Ausführungen des Beklagten an.

II

15

Die Revision der klagenden BAG hat nur teilweise Erfolg (§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG).

16

Die - den alleinigen Streitgegenstand des Verfahrens bildenden (BSG Urteil vom 19.6.1996 - 6 RKa 40/95 - BSGE 78, 278, 279 f = SozR 3-2500 § 106 Nr 35 S 194 f = juris RdNr 12) - Bescheide des Beklagten sind rechtswidrig und der Beklagte zur Neubescheidung unter Zugrundelegung der Rechtsauffassung des Senats verpflichtet (§ 131 Abs 3 SGG entsprechend), soweit er die Honorarabrechnungen der Klägerin im konservierend-chirurgischen Bereich aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten gekürzt hat. Dem Beklagten ist bei der - grundsätzlich nicht zu beanstandenden (dazu B 1.) - Bildung eines entsprechend der Besetzung der BAG gewichteten Vergleichswerts aus den Fallwerten von MKG-Chirurgen und Zahnärzten ein systematischer Fehler unterlaufen, indem er die Klägerin bezogen auf den spezifischen MKG-Bereich mit Fallwerten von Praxen verglichen hat, in die auch die Leistungen von Allgemeinzahnärzten eingegangen sind. Dies kann sich zum Nachteil der Klägerin auf die Höhe des Vergleichswerts und damit auf den Kürzungsbetrag auswirken (dazu B 2. a). Zudem hat er, ohne dies kenntlich zu machen, Fallwerte von MKG-Chirurgen-Praxen aus anderen KZÄV-Bezirken herangezogen. Die Entscheidung des Beklagten leidet daher auch unter einem Begründungsmangel (dazu B 2. b). Im Übrigen sind die Bescheide des Beklagten nicht zu beanstanden. Der Beklagte muss bei der erneuten Entscheidung - anders als von der Klägerin geltend gemacht - keine weitere Änderung seiner Prüfpraxis, etwa hinsichtlich der Bildung der Vergleichsgruppe oder der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten, vornehmen (dazu C). Die zusätzlich zur statistischen Vergleichsprüfung im konservierend-chirurgischen Bereich durchgeführte sachlich-rechnerische Richtigstellung bei den Leistungen nach Nr 75 Anlage zur GOÄ (dazu D) ist ebenso rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten wie die Kürzungen im PAR- und KB-Bereich (dazu E).

17

A. Verfahrensrechtliche Hindernisse stehen einer Sachentscheidung des Senats nicht entgegen. Insbesondere war es nicht erforderlich, die KÄV Hessen beizuladen. Die Rechtssphäre der KÄV wird durch die Entscheidung über das streitige Rechtsverhältnis nicht berührt. Die Voraussetzungen für eine notwendige Beiladung gemäß § 75 Abs 2 SGG sind insoweit nicht gegeben (vgl BSG Urteil vom 8.5.1996 - 6 RKa 45/95 - SozR 3-2500 § 106 Nr 36 S 201 = juris RdNr 12; anders bei einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung bei Verstoß gegen das Splittingverbot vgl BSG Urteil vom 4.5.2016 - B 6 KA 16/15 R - SozR 4-5532 Allg Nr 2 RdNr 16; BSG Urteil vom 30.11.2016 - B 6 KA 17/15 R - juris RdNr 16 = USK 2016-85; zur notwendigen Beiladung als von Amts wegen - und damit auch im Rahmen einer Sprungrevision - zu berücksichtigender Verfahrensmangel vgl Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl 2020, § 161 RdNr 10b, § 163 RdNr 5b; B. Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, aaO, § 75 RdNr 13a).

18

B. Rechtsgrundlage der bei der Klägerin durchgeführten Auffälligkeitsprüfung auf der Grundlage von Durchschnittswerten ist § 106 Abs 2 Satz 1 Nr 2 Satz 4 SGB V in der hier noch anwendbaren Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26.3.2007 (BGBl I

378, mWv 1.1.2008; zuvor § 106 Abs 2 SGB V idF des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) vom 14.11.2003, BGBl I 2190, mWv 1.1.2004) iVm §§ 5 und 6 der im Bezirk der zu 1. beigeladenen KZÄV geltenden Prüfvereinbarung vom 26.6.2008 (PrüfV) sowie § 4 der Vereinbarung über die Errichtung der Prüfungsstelle gemäß § 106 SGB V vom 16.6.2008 (EV) (vgl allgemein zur Maßgeblichkeit des im jeweiligen Prüfzeitraum geltenden Rechts: BSG Urteil vom 9.4.2008 - B 6 KA 34/07 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 18 RdNr 15 f; BSG Urteil vom 22.10.2014 - B 6 KA 3/14 R - BSGE 117, 149 = SozR 4-2500 § 106 Nr 48, RdNr 37 ff). Nach § 106 Abs 2 Satz 1 SGB V wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumina nach § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung nach Abs 2 Satz 1 Nr 1) und durch arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben (Zufälligkeitsprüfung nach Abs 2 Satz 1 Nr 2) geprüft (sog "Regelprüfmethoden", vgl BSG Urteil vom 28.9.2016 - B 6 KA 44/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 55 RdNr 20; vgl jetzt aber zur Abschaffung der Zufälligkeitsprüfung als Regelprüfmethode § 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1, § 106a Abs 1 bis 3 SGB V in der seit dem 11.5.2019 geltenden Fassung des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) vom 6.5.2019, BGBl I 646). Über diese Prüfungsarten hinaus können die Landesverbände der Krankenkassen mit den K(Z)ÄVen Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren (§ 106 Abs 2 Satz 1 Nr 2 Satz 4 SGB V).

19

Dementsprechend sieht die PrüfV für die hier durchgeführte Auffälligkeitsprüfung (§ 5 Abs 3 PrüfV, § 4 EV) in § 6 Abs 1 neben Prüfverfahren auf der Grundlage von Einzelfällen bzw repräsentativen Einzelfällen auch eine Prüfung nach Durchschnittswerten vor. Bei dieser Prüfmethode wird der Aufwand des geprüften Arztes je Fall mit dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe - im Regelfall der Arztgruppe, der der Arzt angehört - verglichen. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Vergleichsgruppe im Durchschnitt insgesamt wirtschaftlich handelt (stRspr, vgl zB BSG Urteil vom 27.6.2001 - B 6 KA 43/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr 54 S 298; BSG Urteil vom 16.7.2003 - B 6 KA 14/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 2 RdNr 14, 15; BSG Urteil vom 16.7.2008 - B 6 KA 57/07 R - BSGE 101, 130 = SozR 4-2500 § 106 Nr 19, RdNr 14; BSG Urteil vom 21.3.2012 - B 6 KA 17/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 35 RdNr 17). Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungs- oder Verordnungsaufwand des geprüften Arztes - beim Gesamtfallwert, bei Sparten- oder bei Einzelleistungswerten - in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, diesen nämlich in einem Ausmaß überschreitet, das sich nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur wie Praxisbesonderheiten und/oder sog kompensierende Einsparungen erklären lässt, so ist die Folgerung der Unwirtschaftlichkeit gerechtfertigt (stRspr, s dazu zB BSG Urteil vom 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R - SozR 3-2500 § 106 Nr 57 S 319 = juris RdNr 21; BSG Urteil vom 27.6.2007 - B 6 KA 27/06 R - SozR 4-1500 § 141 Nr 1 RdNr 19; BSG Urteil vom 16.7.2008 - B 6 KA 57/07 R - BSGE 101, 130 = SozR 4-2500 § 106 Nr 19, RdNr 14; BSG Urteil vom 21.3.2012 - B 6 KA 17/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 35 RdNr 17; BSG Urteil vom 30.11.2016 - B 6 KA 29/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 56 RdNr 14).

20

1. Es ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass der Beklagte für die aus einem MKG-Chirurgen mit zahnärztlicher Zulassung und mehreren Zahnärzten bestehende BAG der Klägerin die Abrechnungswerte beider Arztgruppen als Vergleich herangezogen und entsprechend der Zusammensetzung der Klägerin gewichtet hat.

21

Die Bildung geeigneter Vergleichsgruppen als Grundlage eines Vergleichs nach Durchschnittswerten ist, soweit - wie hier - keine normativen Vorgaben der maßgeblichen Prüfvereinbarung zu beachten sind, Sache der Prüfgremien. Sofern atypische Praxisumstände des zu prüfenden Zahnarztes vorliegen oder geltend gemacht werden, steht den Prüfgremien ein Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Beurteilung zu, ab welchem Ausmaß atypischer Praxisumstände sie eine engere Vergleichsgruppe bilden oder Praxisbesonderheiten annehmen und sachgerecht quantifizieren (vgl BSG Urteil vom 14.12.2005 - B 6 KA 4/05 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 12 RdNr 16).

22

Die Frage, welche Vergleichsgruppe bei einer fachübergreifenden BAG wie der Klägerin heranzuziehen ist, kann nur in Abhängigkeit von den konkreten Fachrichtungen und der konkreten Zusammensetzung der BAG beantwortet werden (vgl auch BSG Urteil vom 23.2.2005 - B 6 KA 72/03 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 8 RdNr 11 = juris RdNr 22 zur Wechselwirkung von Homogenität und Größe der Vergleichsgruppe). Der Senat hat es bisher bei der Gruppe der Zahnärzte wegen ihrer hohen Homogenität und der Herausnahme eines großen Teils der zahnärztlichen Leistungen aus der (nachträglichen) Wirtschaftlichkeitsprüfung im Regelfall nicht als erforderlich angesehen, für die Prüfung nach Durchschnittswerten Untergruppen mit bestimmten Behandlungsschwerpunkten zu bilden (BSG Urteil vom 2.6.1987 - 6 RKa 23/86 - BSGE 62, 24, 28 f = SozR 2200 § 368n Nr 48 S 160 f; BSG Urteil vom 8.5.1996 - 6 RKa 45/95 - SozR 3-2500 § 106 Nr 36 S 202 f; zuletzt BSG Urteil vom 14.12.2005 - B 6 KA 4/05 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 12 RdNr 17). Lediglich für die sowohl zur vertragszahnärztlichen als auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen MKG-Chirurgen ist die Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe als Grundlage der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Leistungen für zumindest sachgerecht gehalten worden (BSG Urteil vom 27.6.2001 - B 6 KA 43/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr 54 S 299 = juris RdNr 20; vgl auch BSG Urteil vom 8.5.1996 - 6 RKa 45/95 - SozR 3-2500 § 106 Nr 36 S 202 f = juris RdNr 16 zur Prüfung von Einzelleistungen; verneinend für die Zusatzbezeichnung Oralchirurgie BSG Urteil vom 14.12.2005 - B 6 KA 4/05 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 12 RdNr 16 ff). Arbeiten MKG-Chirurgen und Zahnärzte in einer Praxis zusammen, ist die Bildung eines Mittelwerts zwischen den Fallwerten der beiden Arztgruppen entsprechend der konkreten personellen Zusammensetzung der BAG ein möglicher - und zulässiger - Weg, die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise der BAG zu überprüfen (vgl auch Clemens in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl (Stand 31.10.2016), § 106 RdNr 185; ebenso die Kommentierung von Ulrich in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl (Stand 27.6.2018, 1. Überarbeitung), § 106a RdNr 64). So ist hier verfahren worden und der Beklagte berücksichtigt damit bereits bei der Ermittlung der Vergleichsbasis den besonderen Zuschnitt der Klägerin und nimmt insofern schon hier eine ergänzende medizinisch-intellektuelle Prüfung vor (vgl zu diesem Aspekt BSG Urteil vom 21.3.2012 - B 6 KA 17/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 35 RdNr 26).

23

Dem steht - anders als die Klägerin meint - nicht entgegen, dass nach der Rechtsprechung des Senats auf die Bildung einer besonderen, engeren Vergleichsgruppe dann nicht verzichtet werden kann, wenn die jeweils maßgebenden Leistungsbedingungen so verschieden sind,

dass von einem statistischen Vergleich von vorneherein keine verwertbaren Aussagen über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit einer Leistung oder eines Leistungskomplexes zu erwarten sind, insbesondere wenn ein erheblich unterschiedliches individuelles Abrechnungsverhalten in der Vergleichsgruppe nur noch rein rechnerisch zu einem statistisch-mathematischen Mittelwert führt, den in der Realität kein Arzt bzw - innerhalb größerer Gruppen - nur einzelne, für die Gesamtgruppe nicht mehr repräsentative Ärzte abgerechnet haben (BSG Urteil vom 27.4.2005 - B 6 KA 39/04 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 10 RdNr 6 = juris RdNr 12 mwN; vgl auch BSG Urteil vom 16.7.2003 - B 6 KA 14/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 2 RdNr 14 = juris RdNr 25; BSG Beschluss vom 28.9.2005 - B 6 KA 27/05 B - juris RdNr 12).

24

Diese Rechtsprechung, die speziell zur Wirtschaftsprüfung bei Einzelleistungen und kleinen und/oder sehr heterogenen Vergleichsgruppen entwickelt wurde, darf allerdings nicht so verstanden werden, dass eine mathematische Gewichtung von mehreren Vergleichsgruppen bei einer fachübergreifenden BAG nicht zulässig wäre. Sie befasst sich vielmehr mit den Nachteilen einer statistischen Vergleichsprüfung, die - im Interesse der Funktionsfähigkeit der Wirtschaftsprüfung - allein auf den arithmetischen Mittelwert abstellt, ohne etwa nach der statistischen Methode der Gaußschen Normalverteilung zusätzlich anhand der Häufigkeitsverteilung die Standardabweichung der mittleren Fallkosten und auf ihrer Grundlage den Bereich der normalen Streuung zu ermitteln (vgl hierzu BSG Urteil vom 2.6.1987 - 6 RKa 23/86 - BSGE 62, 24, 25 f = SozR 2200 § 368n Nr 48 S 157 f = juris RdNr 15 f unter Hinweis auf BSG Urteil vom 22.5.1984 - 6 RKa 21/82 - SozR 2200 § 368n Nr 31 S 100 = juris RdNr 23 und BSG Urteil vom 23.5.1984 - 6 RKa 17/82 - ArztR 1985, 40 = USK 84248; Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand 11/17, § 106 RdNr 291 mwN; vgl auch BSG Urteil vom 3.7.1974 - 6 RKa 29/73 - SozR 2200 § 368n Nr 3 S 10 = juris RdNr 13; BSG Beschluss vom 28.4.1975 - 6 RKa 3/74).

25

Hiervon zu trennen ist die anschließende Gewichtung von aussagekräftigen arithmetischen Mittelwerten, wie sie hier zumindest aufseiten der in sich homogenen Gruppe der Zahnärzte (zur Gruppe der MKG-Chirurgen vgl sogleich unter B 2.) grundsätzlich vorliegen. Der Beklagte erhebt nicht den Anspruch, damit eine "passende" Vergleichsgruppe abzubilden, die so auch in der Versorgungsrealität existiert. Vielmehr geht er von zwei unterschiedlichen Vergleichsgruppen aus und vergleicht das tatsächliche Abrechnungsverhalten der Klägerin mit der Behandlungs- und Verordnungsweise, die ausgehend von den Durchschnittwerten der beiden Arztgruppen in der Praxis der Klägerin zu erwarten wäre. Das durch die Gewichtung gefundene Ergebnis ist notwendigerweise ein rein mathematisches Ergebnis, da es gerade die individuelle Zusammensetzung der Klägerin berücksichtigen, nicht aber die konkrete Zusammensetzung der anderen Praxen der Vergleichsgruppen widerspiegeln soll. Unter der Voraussetzung, dass die in die Gewichtung einbezogenen Vergleichsgruppen selbst die jeweilige Arztgruppe zuverlässig den von der Rechtsprechung des BSG entwickelten Kriterien entsprechend wiedergeben, hält es der Senat daher zwar nicht für zwingend, jedoch für rechtlich unbedenklich, die Werte der an einer BAG beteiligten Arztgruppen entsprechend der individuellen personellen Situation der zu prüfenden BAG zu gewichten und miteinander zu kombinieren.

26

2. Die Unsicherheiten, die mit einer rein rechnerischen Kombination zweier Vergleichsgruppen entstehen, machen es allerdings erforderlich, dass die diesen Arztgruppen zugrunde gelegten Vergleichszahlen besonders sorgfältig und dem eigenen Konzept entsprechend ermittelt werden. Dem genügte die von dem Beklagten für die Gruppe der MKG-Chirurgen herangezogene praxisbezogene Statistik insofern nicht, als diese auch Daten von Praxen enthielt, in denen neben MKG-Chirurgen auch Allgemeinzahnärzte tätig waren (sog Mischpraxen; dazu a). Soweit der Beklagte zudem Abrechnungswerte aus Thüringen und dem Saarland in den Fallwert der MKG-Chirurgen einbezogen hat, hätte er dies offenlegen und begründen müssen (dazu b).

27

a) Zwischen den Beteiligten ist unstreitig (zur Berücksichtigung von unstreitigen Tatsachen im Revisionsverfahren vgl Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl 2020, § 163 RdNr 5d), dass die im spezifischen MKG-Bereich zugrunde gelegten praxisbezogenen Fallwerte auch die Abrechnungsdaten von sog Mischpraxen enthielten, in denen nicht allein MKG-Chirurgen, sondern auch Allgemeinzahnärzte abrechneten. Dies kann die Klägerin benachteiligen, da die Fallwerte der beiden Gruppen sich erheblich unterscheiden. So lagen die durchschnittlichen Fallwerte der Vertragszahnärzte in den streitgegenständlichen Quartalen bei 82 (Quartal 4/2012), 97 (Quartal 1/2013) und 92 (Quartal 2/2013), während die MKG-Praxen durchschnittlich auf Fallwerte von 144 (Quartal 4/2012), 148 (Quartal 1/2013) und 143 (Quartal 2/2013) kamen. Es ist nicht auszuschließen, dass die Fallwerte der reinen MKG-Chirurgen-Praxen, in denen keine Allgemeinzahnärzte tätig sind, sogar noch höher liegen. Letztlich führt der Umstand, dass der einzige MKG-Chirurg der Klägerin nicht allein mit anderen MKG-Chirurgen, sondern (auch) mit Mischpraxen verglichen wird, dazu, dass die niedrigeren Fallwerte der Allgemeinzahnärzte zweifach und damit überproportional in die Berechnung des gewichteten Vergleichswerts einfließen (und diesen reduzieren), nämlich einmal durch die Fallwerte der Mischpraxen bei der Ermittlung des Vergleichswerts der MKG-Chirurgen und ein zweites Mal durch die Berücksichtigung der konkreten Zusammensetzung der Klägerin. Das kann auch nicht mit der Begründung gerechtfertigt werden, dass sog Mischpraxen wie die Klägerin nur ganz selten vorkämen, sodass sich dies tatsächlich nicht auf den Fallwert auswirken könne. Nach den Angaben der zu 1. beigeladenen KZÄV arbeitet ca die Hälfte der MKG-Chirurgen in solchen Mischpraxen, in den in den Vergleich einbezogenen Ländern Thüringen und Saarland sogar deutlich mehr. Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass diese überwiegend viel klarer chirurgisch ausgerichtet sind als die Klägerin und insbesondere keine Prothetik erbringen, sodass ihre Abrechnungswerte denjenigen "reiner" MKG-Chirurgen-Praxen uU näherkämen. Dazu, welche konkrete Zusammensetzung bzw Ausrichtung die Mischpraxen haben, liegen jedoch keine Daten vor.

28

b) Keinen materiellen, aber einen formellen Fehler enthalten die Bescheide des Beklagten, soweit sie für die Fallwerte der MKG-Chirurgen nicht allein auf Abrechnungsdaten aus Hessen, sondern auch aus Thüringen und dem Saarland zurückgreifen. Methodisch ist die Berücksichtigung von Zahlen aus anderen K(Z)ÄV-Bezirken bei der Zusammenstellung einer Vergleichsgruppe - auch ohne ausdrückliche gesetzliche Grundlage - nicht zu beanstanden, soweit die Behandlung nicht durch besondere Gegebenheiten im Bereich der jeweiligen

K(Z)ÄV bestimmt wird (vgl BSG Urteil vom 19.11.1985 - 6 RKa 13/84 - USK 85215 = juris RdNr 18; BSG Urteil vom 1.10.1990 - 6 RKa 32/89 - USK 90102 = juris RdNr 18; vgl BSG Urteil vom 27.4.2005 - B 6 KA 39/04 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 10 RdNr 15 = juris RdNr 21; offengelassen von BSG Urteil vom 8.4.1992 - 6 RKa 27/90 - BSGE 70, 246, 253 = SozR 3-2500 § 106 Nr 10 S 51 = juris RdNr 36; vgl auch Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand 11/17, § 106 RdNr 335). Jedoch musste die Klägerin - trotz fachkundiger Vertretung - ohne einen Hinweis des Beklagten nicht mit der durchaus unüblichen und - angesichts der Anzahl der MKG-Chirurgen-Praxen in Hessen (zur Größe der Vergleichsgruppe vgl etwa BSG Urteil vom 8.5.1996 - 6 RKa 45/95 - SozR 3-2500 § 106 Nr 36 S 204: 58 MKG-Chirurgen als ausreichend angesehen bei Prüfung von Einzelleistungen) - letztlich auch nicht erforderlichen Einbeziehung von Abrechnungswerten aus anderen Bundesländern rechnen. Eine Verpflichtung, auf diesen Umstand hinzuweisen, bestand umso mehr, als der Beklagte ausdrücklich angegeben hatte, die Klägerin mit einem fiktiven Fallwert verglichen zu haben, um der untypischen Zusammensetzung der Klägerin gerecht zu werden. Dadurch, dass der Beklagte nicht offengelegt hat, dass bereits die Werte der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen nicht die realen hessischen Werte, sondern einen Mix aus Abrechnungswerten aus drei KZÄV-Bezirken enthielten, hat er die Verteidigungsmöglichkeiten der Klägerin erheblich eingeschränkt. Darin liegt ein erheblicher Begründungsmangel iS des § 35 Abs 1 SGB X (vgl allgemein zu den Begründungsanforderungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Korrektiv zu den weitgehenden Spielräumen und der nur eingeschränkt möglichen Überprüfung der Prüfbescheide durch die Gerichte: BSG Urteil vom 16.7.2003 - B 6 KA 14/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 2 RdNr 11 = juris RdNr 22; BSG Urteil vom 22.10.2014 - B 6 KA 8/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 49 RdNr 58, 61; BSG Urteil vom 30.11.2016 - B 6 KA 29/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 56 RdNr 28, jeweils mwN; vgl auch unten RdNr 52). Darüber hinaus lässt der Inhalt der Bescheide nicht erkennen, ob der Beklagte überhaupt Kenntnis davon hatte, dass die von der zu 1. beigeladenen KZÄV zur Verfügung gestellte Statistik auch Zahlen aus anderen Bundesländern enthielt, da er im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung die Verantwortung für die von ihm eingesetzten Fallzahlen trägt. Eine Nachholung der Begründung zur Heilung des Mangels ist nach § 41 Abs 2 SGB X im Revisionsverfahren nicht mehr möglich. Die Aufhebung der Bescheide ist auch nicht nach § 42 Satz 1 SGB X ausgeschlossen. Nach § 42 Satz 1 SGB X kann die Aufhebung eines Verwaltungsaktes, der nicht nach § 40 SGB X nichtig ist, nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat. Anders als bei rechtsgebundenen Bescheiden (vgl etwa BSG Urteil vom 27.6.2012 - B 6 KA 37/11 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 71 RdNr 19; BSG Urteil vom 11.9.2019 - B 6 KA 13/18 R - juris RdNr 23, zur Veröffentlichung in SozR 4-7610 § 812 Nr 9 vorgesehen) fehlt es hier aufgrund des Beurteilungsspielraums des Beklagten an dem Tatbestandsmerkmal der Offensichtlichkeit. Angesichts der erheblichen Anzahl von Mischpraxen in den Bezirken der thüringischen und saarländischen KZÄVen und deren Bedeutung für die Bildung der gewichteten Vergleichswerte kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Beklagte ohne den fraglichen Verfahrensfehler ebenso entschieden hätte (vgl zu diesem Aspekt BSG Urteil vom 27.4.2005 - B 6 KA 39/04 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 10 RdNr 12 = juris RdNr 18; Schütze in ders, SGB X, 9. Aufl 2020, § 42 RdNr 12 mwN; vgl auch Leopold in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 2. Aufl (Stand 1.12.2017), § 42 RdNr 53).

29

C. Im Übrigen enthalten die angefochtenen Bescheide, auch soweit sie den Vergleich nach Durchschnittwerten betreffen, keine Rechtsfehler zu Lasten der Klägerin. Die Entscheidung des Beklagten, im Fall der Klägerin eine statistische Vergleichsprüfung in Verbindung mit ergänzenden eingeschränkten Einzelfallprüfungen durchzuführen, ist nicht zu beanstanden (dazu 1.). Bei der - wie oben ausgeführt - grundsätzlich zulässigen Bildung der gewichteten Vergleichsgruppe aus MKG-Chirurgen und Zahnärzten sind ihm keine weiteren Fehler unterlaufen, die sich zum Nachteil der Klägerin auswirken (dazu 2.). Der Beklagte hat ferner zutreffend zunächst die Auswirkungen von Praxisbesonderheiten geprüft und verneint (dazu 3.), ehe er bestimmt hat, inwieweit die Leistungen in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe stehen und gekürzt werden dürfen (dazu 4.). Der Beklagte war nicht durch den Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist an einer Entscheidung gehindert (dazu 5.).

30

1. Das SG hat für den Senat bindend (§ 163 SGG) festgestellt, dass das maßgebliche Auswahlverfahren einschließlich der Information der Klägerin über die Einleitung des Verfahrens (§ 5 Abs 4 Satz 2 PrüfV) eingehalten wurde. Weder mit der Entscheidung, anstelle einer Beratung oder eines Hinweises unmittelbar eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit durchzuführen (dazu a) noch mit der Wahl der statistischen Vergleichsprüfung als Prüfmethode (dazu b) hat der Beklagte seinen Beurteilungsspielraum überschritten. Er war auch nicht mangels rechtskräftiger Feststellung eines unwirtschaftlichen Verhaltens der Klägerin in früheren Quartalen an einer pauschalen Honorarkürzung gehindert (dazu c).

31

a) Die Prüfmethode ist durch die PrüfV nicht vorgegeben. § 6 Abs 1 PrüfV sieht insofern sowohl für die Zufälligkeits- als auch die Auffälligkeitsprüfung die Prüfung nach Einzelfällen bzw repräsentativen Einzelfällen oder auf der Grundlage von Durchschnittswerten, wie sie hier erfolgt ist, vor. Für die Entscheidung zwischen Einzelfallprüfung und dem Vergleich nach Durchschnittswerten enthält die maßgebliche Prüfvereinbarung keine Vorgaben. Das SG hat hinsichtlich der Auswahl der Prüfmethode für den Senat bindend § 6 Abs 1 und 2 PrüfV dahingehend ausgelegt, dass ein subsidiäres Verhältnis lediglich zwischen Einzelfallprüfung und repräsentativer Einzelfallprüfung besteht, nicht jedoch zwischen den Einzelfallprüfungen und der Prüfung nach Durchschnittswerten.

32

Grundsätzlich steht den Prüfgremien bei der Auswahl der Prüfmethode ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu (stRspr, zB BSG Urteil vom 16.7.2008 - B 6 KA 57/07 R - BSGE 101, 130 = SozR 4-2500 § 106 Nr 19, RdNr 14; BSG Urteil vom 19.10.2011 - B 6 KA 38/10 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 33 RdNr 16 mwN; BSG Urteil vom 13.8.2014 - B 6 KA 41/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 46 RdNr 13; BSG Urteil vom 28.9.2016 - B 6 KA 44/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 55 RdNr 20). Von diesem Beurteilungsspielraum ist auch die Entscheidung umfasst, ob der Vergleichsprüfung die Gesamtfallwerte oder nur der Aufwand in einzelnen Leistungssparten oder bei bestimmten Einzelleistungen zugrunde gelegt werden (BSG Urteil vom 27.6.2001 - B 6 KA 43/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr 54 S 300; BSG Urteil vom 19.10.2011 - B 6 KA 38/10 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 33 RdNr 16 mwN).

33

Diesen Beurteilungsspielraum überschritt der Beklagte nicht, als er sich für eine Prüfung nach Durchschnittswerten im konservierend-chirurgischen Bereich entschied. Ein Fall, in dem eine Vergleichsgruppe von vorneherein nicht gebildet werden kann und sich daher die Prüfung nach Durchschnittswerten als nicht aussagekräftig oder nicht durchführbar erweist (vgl etwa BSG Urteil vom 30.11.1994 - 6 RKa 14/93 - BSGE 75, 220, 224 f = SozR 3-2500 § 106 Nr 24 S 135 f - unvergleichbare individuelle Praxisausrichtung des zu prüfenden Arztes sowie BSG Urteil vom 9.6.1999 - B 6 KA 21/98 R - BSGE 84, 85, 86 f = SozR 3-2500 § 106 Nr 47 S 250 f - Vermutung, der Durchschnitt der Fachgruppe handele wirtschaftlich, nicht zutreffend), sodass der Beklagte eine andere geeignete Prüfmethode hätte suchen müssen, liegt nicht vor. Wie ausgeführt, ist bei einer BAG mit Ärzten verschiedener Arztgruppen wie der Klägerin die Bildung einer rein fiktiven Vergleichsgruppe möglich und zulässig.

34

b) Anhaltspunkte, dass der Beklagte sich fehlerhaft für die Feststellung der Unwirtschaftlichkeit anstelle einer Beratung oder eines Hinweises (vgl § 8 Abs 6 PrüfV) entschieden haben könnte, liegen nicht vor. Insbesondere ist nach der Rechtsprechung des Senats eine vorgängige Beratung gemäß § 106 Abs 5 Satz 2 SGB V (hier noch idF des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20.12.1988, BGBl I 2477; jetzt § 106 Abs 3 Satz 4 SGB V gemäß Art 1 Nr 56a Buchst b TSVG vom 6.5.2019, BGBl I 646, mWv 11.5.2019) dann nicht erforderlich, wenn - wie vorliegend - dem Arzt ein Mehraufwand im Ausmaß eines sog offensichtlichen Missverhältnisses anzulasten ist (BSG Urteil vom 19.6.1996 - 6 RKa 40/95 - BSGE 78, 278 280 ff = SozR 3-2500 § 106 Nr 35 S 195 ff = juris RdNr 14 ff mwN; BSG Urteil vom 18.8.2010 - B 6 KA 14/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 29 RdNr 45; BSG Urteil vom 14.5.2014 - B 6 KA 13/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 44 RdNr 22; zum offensichtlichen Missverhältnis vgl im Einzelnen unter C 4.).

35

c) Einer pauschalen Honorarkürzung steht - anders als die Klägerin meint - nicht entgegen, dass ein unwirtschaftliches Verhalten bei ihr in früheren Quartalen bisher nicht rechtskräftig festgestellt wurde. Nach § 4 Abs 7 Satz 2 EV sind für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit oder wenn der Vertragsarzt die Mitwirkung an dem Prüfverfahren verweigert, pauschale Honorarkürzungen zulässig. Für die Entscheidung kommt es nicht darauf an, ob mit dem SG angenommen werden kann, dass ein solcher wiederholter Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot im Sinne der Vorschrift keine rechtskräftige Feststellung voraussetzt. Ebenso kann dahinstehen, ob § 4 Abs 7 Satz 2 1. Alt EV - wovon das SG möglicherweise stillschweigend ausgeht - dergestalt auszulegen ist, dass pauschale Kürzungen "nur" für den Fall einer wiederholt festgestellten Unwirtschaftlichkeit zulässig sind. Denn eine solche Regelung wäre jedenfalls nicht für Fälle wirksam, in denen der Mehraufwand der geprüften Praxis - wie hier - die Schwelle zum offensichtlichen Missverhältnis überschreitet. In einem solchen Fall muss eine pauschale Honorarkürzung sogar dann möglich sein, wenn es sich um einen ersten Verstoß der Praxis handelt. Eine andere Auslegung des § 4 Abs 7 Satz 2 EV wäre nicht mit Bundesrecht vereinbar.

36

Gemäß § 106 Abs 3 Satz 7 SGB V (hier idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21.12.1992, BGBl I 2266) sind in den Landesverträgen für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit pauschale Honorarkürzungen vorzusehen. Welche genaue Bedeutung diese Vorschrift (die mittlerweile im Rahmen der Neustrukturierungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen mWv 1.1.2017 durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16.7.2015, BGBl I 1211, ohne nähere Begründung aufgehoben wurde, vgl Entwurf der BReg eines GKV-VSG, BT-Drucks 18/4095 S 137 f Zu Artikel 2 Zu Nr 6 (§ 106)) in Bezug auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung hat, erschließt sich nicht ohne Weiteres (vgl auch Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand 11/17, § 106 RdNr 449). Bereits § 106 Abs 3 Satz 4 SGB V idF des GRG vom 20.12.1988 sah vor, dass in den Landesverträgen auch festzulegen ist, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden. Die Vorschrift ist im Verlauf der Beratungen im Bundestagsausschuss für Arbeit und Sozialordnung in das GRG eingefügt worden, wobei in den veröffentlichten Materialien keine Hinweise auf die Vorstellungen des Gesetzgebers über den Regelungsbereich der Vorschrift zu finden sind. Die ursprüngliche Fassung des § 114 SGB V idF des Gesetzentwurfs der Fraktionen von CDU/CSU und FDP (BT-Drucks 11/2237 S 40) enthielt die entsprechende Fassung des Abs 3 noch nicht; sie findet sich erstmals in dem Gesetzentwurf in der Fassung der Beschlüsse des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages (BT-Drucks 11/3320 S 70), ohne dass sich aus dem Ausschussbericht eine Begründung ergibt (BT-Drucks 11/3480 S 60). Durch das GSG vom 21.12.1992 erhielt die Vorschrift mWv 1.1.1993 als § 106 Abs 3 Satz 7 SGB V ihre auch zum Zeitpunkt der geprüften Quartale geltende Fassung (seit 1.1.2000 § 106 Abs 3 Satz 4 SGB V, vgl Art 1 Nr 44 Buchst d DBuchst bb und cc Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999, BGBl I 2626). Gemäß der Begründung der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP eines GSG (BT-Drucks 12/3608 S 100 Zu Nr 56 (§ 106) Zu Buchst c) sollte die getroffene Regelung Sanktionen für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit erleichtern. Hieraus folgt allerdings nicht, dass der Gesetzgeber bei der Einführung bzw Änderung der Vorschrift eine pauschale Sanktionierung des betroffenen Arztes durch Honorarkürzungen vor Augen hatte, etwa wie in § 95d SGB V bei Verstößen gegen die Fortbildungsverpflichtung (zum Doppelcharakter dieser Regelung als Sanktion und pauschaler Abschlag für die schlechtere Qualität der ärztlichen Leistung vgl BSG Urteil vom 11.2.2015 - B 6 KA 19/14 R - SozR 4-2500 § 95d Nr 1 RdNr 24). Schon nach dem Wortlaut der Regelung muss grundsätzlich zunächst die Unwirtschaftlichkeit feststehen - einschließlich der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten (vgl zu einer ähnlichen Konstellation bei der Prüfung nach Richtgrößen BSG Urteil vom 22.10.2014 - B 6 KA 3/14 R - BSGE 117, 149 = SozR 4-2500 § 106 Nr 48, RdNr 75, 77 bei einer Überschreitung des individuellen Richtgrößenvolumens bei Heilmitteln, vgl dort auch aaO RdNr 78 ff zur Notwendigkeit der förmlichen Feststellung vorangegangener Überschreitungen; BSG Urteil vom 22.10.2014 - B 6 KA 8/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 49 RdNr 65 zu einem Regress wegen Überschreitung der Arzneimittelrichtgrößen). Gemeint ist ersichtlich nur die (bessere) Abschöpfung des unwirtschaftlichen Mehraufwandes im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung (vgl auch Engelhard, aaO, RdNr 451 mwN). Auf keinen Fall enthält jedoch § 106 Abs 3 Satz 4 SGB V, der nach der Vorstellung des Gesetzgebers die Sanktionierung von Unwirtschaftlichkeiten erleichtern und nicht erschweren sollte, eine Ermächtigung der Landesvertragsparteien, die Möglichkeiten einer Honorarkürzung auch bei Unwirtschaftlichkeiten jenseits der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis auf Fälle wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit einzuschränken und so die Wirtschaftlichkeitsprüfungen weniger effektiv zu machen (zum Gebot der Effektivität der Wirtschaftlichkeitsprüfung vgl BSG Urteil vom 13.8.2014 - B 6 KA 41/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 46 RdNr 15 mwN; vgl auch BSG Beschlüsse vom 12.2.2020 - B 6 KA 33/19 B und B 6 KA 34/19 B -, jeweils juris RdNr 8). Eine solche Auslegung des § 106 Abs 3 Satz 4 SGB V ließe sich auch nicht im Einklang bringen mit der Rechtsprechung des Senats zur fehlenden Erforderlichkeit einer vorherigen Beratung bei Vorliegen eines offensichtlichen Missverhältnisses (vgl BSG Urteil vom 19.6.1996 - 6 RKa 40/95 - BSGE 78, 278, 280 ff = SozR 3-2500 § 106 Nr 35 S 195 ff = juris RdNr 14 ff mwN und oben

RdNr 34; vgl auch bereits BSG Urteil vom 27.4.1982 - 6 RKa 4/79 - USK 82178 = juris RdNr 18; BSG Urteil vom 9.3.1994 - 6 RKa 17/92 - juris RdNr 34) und allgemein mit der BSG-Rechtsprechung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten und zur Kürzung des Honorars bei Abweichungen vom Fachgruppendurchschnitt.

37

2. Das SG ist zu Recht davon ausgegangen, dass der Umstand, dass der für die Klägerin tätige MKG-Chirurg auch vertragsärztlich abrechnete, den Beklagten nicht dazu zwingt, von der Bildung eines gewichteten Vergleichswerts abzusehen (dazu a). Auch die Einbeziehung der angestellten Zahnärzte in die Berechnung des gewichteten Vergleichswerts nach vollen Versorgungsaufträgen ist nicht zu beanstanden (dazu b).

38

a) Die Arztgruppe der MKG-Chirurgen hat in gewissen Grenzen (vgl BSG Urteil vom 4.5.2016 - B 6 KA 16/15 R - SozR 4-5532 Allg Nr 2) die Möglichkeit, dieselbe Leistung entweder gegenüber der KÄV oder gegenüber der KZÄV abzurechnen (vgl BSG Urteil vom 13.10.2010 - B 6 KA 32/09 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 60 RdNr 23 mwN). Der Senat hat entschieden, dass daher im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung vertragszahnärztlicher Prüfgremien im Regelfall auch die vertragsärztlichen Abrechnungswerte einzubeziehen sind, dass sich allgemeine Aussagen zu der Frage, in welcher Weise und in welchem Ausmaß dieser Umstand im Rahmen einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen ist, aber kaum treffen lassen (BSG Urteil vom 27.6.2001 - B 6 KA 43/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr 54 S 300 = juris RdNr 22).

39

Hieran ist grundsätzlich festzuhalten. Eine Abweichung vom Regelfall kommt hier nicht in Betracht. Gerade wenn die Werte der MKG-Chirurgen Ausgangspunkt einer nachfolgenden Gewichtung sind, ist es unumgänglich, die Daten der KÄV beizuziehen. Rechneten MKG-Chirurgen mit gleichzeitiger Zulassung als Vertragszahnarzt in erheblichem Umfang Leistungen bei der KÄV ab, etwa weil dies für sie günstiger ist, kann es zu Verfälschungen (insbesondere zu einer starken Absenkung) der Fallwerte dieser Vergleichsgruppe bei der KZÄV kommen. Entscheidend ist dabei das tatsächliche Abrechnungsverhalten der MKG-Chirurgen (vgl bereits BSG Urteil vom 8.5.1996 - 6 RKa 45/95 - SozR 3-2500 § 106 Nr 36 S 204 f = juris RdNr 21), weswegen es auf spätere Honorarberichtigungen wegen Verstoßes gegen das Splittingverbot nicht ankommt.

40

Der Beklagte hat die der KÄV vorliegenden Abrechnungsunterlagen zwar nicht angefordert und dementsprechend die konkreten vertragsärztlichen Abrechnungsvolumina nicht berücksichtigt. Auch wenn es grundsätzlich Sache der Prüfgremien ist, die erforderlichen Unterlagen bei der KÄV beizuziehen, bleibt das Unterlassen des Beklagten hier folgenlos, da es sich nicht zu Lasten der Klägerin ausgewirkt hat (vgl aber zur umgekehrten Konstellation: BSG Urteil vom 27.6.2001 - B 6 KA 43/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr 54 S 302 = juris RdNr 25). Denn nach den Feststellungen des SG auf der Grundlage des von ihm bei der KÄV Hessen beigezogenen Zahlenmaterials rechnete die Klägerin in den streitgegenständlichen Quartalen mit 783 (Quartal 4/2012), 711 (Quartal 1/2013) und 722 (Quartal 2/2013) Behandlungsfällen und durchschnittlichen Fallwerten von 195,74 Euro, 234,25 Euro und 232,59 Euro in einem wesentlich größeren Umfang bei der KÄV ab als andere hessische MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung (zwischen 44 und 50 Praxen in den streitgegenständlichen Quartalen), die durchschnittlich 87 Fälle bei einem Fallwert von 188,16 Euro (Quartal 4/2012), 76 Fälle bei einem Fallwert von 199,07 Euro (Quartal 1/2013) bzw 78 Fälle bei einem Fallwert von 204,32 Euro (Quartal 2/2013) abrechneten. Hieraus hat das SG zu Recht geschlossen, dass sich aus der doppelten Abrechnungsmöglichkeit keine statistischen Verzerrungen im vertragszahnärztlichen Bereich zu Lasten der Klägerin ergeben. Sollte der Beklagte bei der Neubescheidung der Klägerin weiterhin die Fallstatistiken aus Thüringen und dem Saarland heranziehen wollen, müsste er allerdings auch die dortigen Zahlen der KÄVen anfordern, um sicherzustellen, dass es nicht durch eine unterschiedliche Abrechnungspraxis in diesen beiden Ländern zu Verschiebungen kommt.

41

b) Der Beklagte hat sich auch ohne Rechtsfehler dazu entschieden, den gewichteten Vergleichswert anhand der Anzahl der vollen Versorgungsaufträge zu bilden und dabei - anders als die Prüfungsstelle - neben den Mitgliedern der BAG auch die bei der Klägerin angestellten Zahnärzte zu berücksichtigen.

42

Da die Werte der Vergleichsgruppen praxis- und nicht arztbezogen gebildet werden, fließen auch die Behandlungszahlen der angestellten Zahnärzte in diese Werte ein. Die Fallwerte von 82 (Quartal 4/2012), 97 (Quartal 1/2013) und 92 (Quartal 2/2013) bei den (Allgemein-)Zahnärzten spiegeln sowohl die Tätigkeit der Vertragszahnärzte als auch der angestellten Ärzte wider. Es gibt daher keinen Grund, die angestellten Zahnärzte nicht in die Gewichtung der beiden Vergleichsgruppen einzubeziehen. Auch für eine unterschiedliche Gewichtung der Vertragszahnärzte, die Mitglied der klagenden BAG sind, und den bei der BAG angestellten Zahnärzten bestand kein Anlass. Nach der Konzeption des SGB V sind Vertragsärzte und angestellte Ärzte hinsichtlich ihres zeitlichen Arbeitsumfangs gleich zu behandeln (vgl auch allgemein zur statusbezogenen Annäherung von angestellten (Zahn)Ärzten und Vertrags(zahn)ärzten: BSG Urteil vom 12.2.2020 - B 6 KA 1/19 R - juris RdNr 34 - Vorbereitungsassistent, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-5525 § 32 Nr 3 vorgesehen). So hat der Gesetzgeber mit dem GKV-VSG im Jahr 2015 ausdrücklich geregelt, dass Vertragsärzte und angestellte Ärzte bei der Plausibilitätsprüfung bezogen auf die im Tageszeitprofil und im Quartalszeitprofil maßgebenden Stundengrenzen gleich zu behandeln sind (§ 106a Abs 2 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V idF des GKV-VSG vom 16.7.2015; heute § 106d Abs 2 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V; vgl BSG Urteil vom 30.10.2019 - B 6 KA 9/18 R - juris RdNr 20, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 106a Nr 25 vorgesehen; vgl auch Entwurf der BReg eines GKV-VSG, BT-Drucks 18/4095 S 110 zu Nr 46 (§ 106a) zu Buchst a DBuchst bb). Nach § 106a Abs 2 Satz 9 SGB V (heute § 106d Abs 2 Satz 9 SGB V) gilt Satz 2 und damit das genannte Gleichbehandlungsgebot auch für Verfahren, die am 31.12.2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren. Auch im Rahmen der Anwendung der Vorschriften über die Degression sind Vertragszahnärzte und angestellte Zahnärzte gleich behandelt worden (§ 85 Abs 4b Satz 2 SGB V idF des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) vom 22.12.2006, BGBl I 3439,

aufgehoben durch das TSVG mWv 11.5.2019; vgl hierzu auch Gesetzentwurf der BReg eines VÄndG, BT-Drucks 16/2474 S 20 Zu Nr 4 Zu Buchst c). Das kann im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht anders sein.

43

3. Der Beklagte hat ohne Rechtsverstoß die Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei der Klägerin abgelehnt. Praxisbesonderheiten sind anzuerkennen, wenn ein spezifischer, vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe signifikant abweichender Behandlungs- bzw Verordnungsbedarf des Patientenklientels und die hierdurch hervorgerufenen Mehrkosten nachgewiesen werden (BSG Urteil vom 22.6.2005 - B 6 KA 80/03 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 10 RdNr 35; BSG Urteil vom 23.3.2011 - B 6 KA 9/10 R - SozR 4-2500 § 84 Nr 2 RdNr 38; BSG Urteil vom 5.6.2013 - B 6 KA 40/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 41 RdNr 14; BSG Urteil vom 22.10.2014 - B 6 KA 8/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 49 RdNr 55). Regelmäßig nicht zielführend ist der Hinweis auf schwere und kostenintensive Erkrankungen, weil sich solche Fälle in jeder Praxis finden (BSG Urteil vom 23.3.2011 - B 6 KA 9/10 R - SozR 4-2500 § 84 Nr 2 RdNr 38; BSG Urteil vom 5.6.2013 - B 6 KA 40/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 41 RdNr 14). Ob Praxisbesonderheiten anzuerkennen sind, ergibt sich aus einer wertenden Betrachtung, welche zum einen zum Gegenstand hat, ob die vorgetragenen spezifischen Besonderheiten des Patientenklientels im Vergleich zur Fachgruppe tatsächlich bestehen und zum anderen, ob diese Besonderheiten die Annahme rechtfertigen, dass sich diese auf das Behandlungs- und Verordnungsverhalten ausgewirkt haben. Bei der Feststellung und Bewertung von Praxisbesonderheiten steht den Prüfgremien ein Beurteilungsspielraum zu (BSG Urteil vom 2.11.2005 - B 6 KA 63/04 R - BSGE 95, 199 = SozR 4-2500 § 106 Nr 11, RdNr 36; BSG Urteil vom 5.6.2013 - B 6 KA 40/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 41 RdNr 14), nicht zuletzt, weil sich Praxisbesonderheiten nicht anhand eines Vergleichs statistischer Daten ermitteln lassen, sondern es hierzu einer fachkundigen Beurteilung bedarf (BSG Urteil vom 2.11.2005 - B 6 KA 63/04 R - BSGE 95, 199 = SozR 4-2500 § 106 Nr 11, RdNr 36; BSG Urteil vom 22.10.2014 - B 6 KA 8/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 49 RdNr 57; BSG Beschluss vom 25.1.2017 - B 6 KA 22/16 B - juris RdNr 14). Dabei obliegt die Darlegungs- und Feststellungslast für besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende atypische Umstände wie Praxisbesonderheiten nach der ständigen Rechtsprechung des Senats dem Arzt (BSG Urteil vom 5.6.2013 - B 6 KA 40/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 41 RdNr 18; BSG Urteil vom 28.10.2015 - B 6 KA 45/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 53 RdNr 33, jeweils mwN). Dass der Arzt seiner Darlegungs- und Beweislast nur nach einer - uU aufwendigen - Auswertung der gespeicherten Daten gerecht werden kann, steht dem nicht entgegen (BSG Urteile vom 28.9.2016 - B 6 KA 44/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 55 RdNr 32 und - B 6 KA 43/15 R - USK 2016-77 = juris RdNr 35). Die Prüfgremien sind zu Ermittlungen von Amts wegen nur hinsichtlich solcher Umstände verpflichtet, die typischerweise innerhalb der Fachgruppe unterschiedlich und daher augenfällig sind (BSG Urteile vom 21.3.2012 - B 6 KA 17/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 35 RdNr 17, 43 und - B 6 KA 18/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 34 RdNr 18, jeweils mwN; BSG Urteil vom 5.6.2013 - B 6 KA 40/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 41 RdNr 16; BSG Urteil vom 14.5.2014 - B 6 KA 13/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 44 RdNr 14).

44

a) Nach diesen Maßstäben hat der Beklagte es rechtsfehlerfrei abgelehnt, bei der Klägerin eine Praxisbesonderheit "Heimpatienten" anzuerkennen, da die Wirtschaftlichkeit des von ihr geltend gemachten Mehraufwandes nicht nachgewiesen ist. Nach der Rechtsprechung des Senats kann die Betreuung von Pflegeheimbewohnern eine Praxisbesonderheit darstellen, wenn nachweisbar ein erhöhter Behandlungsbedarf besteht. Ein solcher ergibt sich aber nicht per se aus dem Umstand, dass ein Patient in einem Pflegeheim wohnt. Weder die Pflegebedürftigkeit noch die spezielle Wohnsituation lassen ohne Weiteres auf erhöhte Kosten schließen (BSG Urteil vom 5.6.2013 - B 6 KA 40/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 41 RdNr 17).

45

Soweit die Klägerin vorgetragen hat, durch die Behandlung von Heimpatienten entstehe ein überdurchschnittlicher Behandlungsaufwand insbesondere in Form von Besuchen, Wegegeldern und Nachbehandlungen, diesen Mehraufwand beziffert und für Heimpatienten mit hoher Besuchsfrequenz exemplarisch die jeweiligen Befunde eingereicht hat, ist der Beklagte diesem Vortrag anhand der von der Klägerin vorgelegten Unterlagen nachgegangen. Er hat jedoch, ohne dass dies zu beanstanden wäre, an Hand der zahlreichen als repräsentativ vorgelegten Einzelfälle den Eindruck gewonnen, dass der Behandlungsaufwand der Klägerin einschließlich der Aufwendungen für Besuche und Wegegelder nicht geboten war. Eine kontinuierliche Besuchstätigkeit in Heimen, in denen - worauf auch bereits das SG hingewiesen hat - die Behandlungsmöglichkeiten eingeschränkt sind, weil etwa keine Röntgenaufnahmen gefertigt werden können, ist nicht stets und in jedem Umfang wirtschaftlich. Selbst wenn ein Besuch (vgl Nr 50 Anlage zur GOÄ, Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung = Nr 7500 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z); vgl auch Nr 48, Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z.B. in Alten- oder Pflegeheimen) bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten = Nr 74980 BEMA-Z bzw - seit dem 1.4.2013 - Nr 151 BEMA-Z, Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung; vgl auch Nr 153 BEMA-Z, Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs 2 SGB V entspricht) auch dann abgerechnet werden kann, wenn der Patient die zahnärztliche Praxis aufsuchen könnte (vgl Liebold/Raff/Wissing, DER Kommentar BEMA-Z und GOZ, Stand Januar 2020, KCH Nr 151 Anm 2.1), aber etwa eine notwendige Begleitperson nicht zur Verfügung steht, ist eine routinemäßige, weitgehend anlasslose Besuchstätigkeit bei einer Vielzahl von Heimbewohnern nicht regelmäßig wirtschaftlich. Hier ging die vorgelegte Behandlungsdokumentation nach den Feststellungen des SG jedoch nicht über den Aussagegehalt von Abrechnungsscheinen hinaus. Den vorgelegten Unterlagen war insbesondere nicht zu entnehmen, aus welchen Gründen der Besuch angefordert wurde (zu dem Erfordernis, bei Abrechnung der Nr 171 BEMA-Z (Zuschlag nach § 87 Abs 2i SGB V für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen) die Notwendigkeit des Aufsuchens, beispielsweise bei fehlender Unterstützung durch das Lebensumfeld, bei Desorientierung oder bei Bettlägerigkeit, zu dokumentieren, vgl jetzt auch ausdrücklich Anm 4 zu Nr 171 BEMA-Z (Stand 1.4.2013)).

46

Ohne Rechtsverletzung hat der Beklagte auch von der fehlenden Dokumentation auf die fehlende Wirtschaftlichkeit der Besuche geschlossen. Der Arzt ist seit jeher verpflichtet, die bei der Behandlung eines Patienten gemachten Feststellungen und durchgeführten Behandlungsmaßnahmen zu dokumentieren (für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung siehe etwa § 5 (Aufzeichnungen)

Bundesmantelvertrag-Zahnärzte, Stand 1.3.2008; zur Aufzeichnungspflicht der Leistungserbringer vgl § 294, § 295 Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V; zur allgemeinen Dokumentationspflicht von Behandlern siehe auch § 10 Abs 1 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte und nunmehr auch § 630f BGB idF des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.2.2013, BGBl I 277 mWv 26.2.2013; vgl BSG Urteil vom 7.2.2007 - B 6 KA 11/06 R - SozR 4-2500 § 95c Nr 2 RdNr 23; vgl auch BSG Urteil vom 2.11.2005 - B 6 KA 63/04 R - BSGE 95, 199 = SozR 4-2500 § 106 Nr 11, RdNr 35; BSG Urteile vom 28.9.2016 - B 6 KA 44/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 55 RdNr 32 und - B 6 KA 43/15 R - USK 2016-77 = juris RdNr 35). Sind schon diese formalen Voraussetzungen nicht erfüllt, sind Prüfgremien ohne ergänzenden substantiierten Vortrag der betroffenen Praxis nicht gehalten, in weitere Ermittlungen einzutreten. Die allgemeinen Ausführungen der Klägerin etwa zur erforderlichen intensiven Nachsorge bei Patienten in Alten- und Pflegeheimen sind nicht geeignet, dies zu entkräften.

47

Der Beklagte war auch - entgegen der Ansicht der Klägerin - nicht verpflichtet, von sich aus weitere Unterlagen anzufordern oder der Klägerin Gelegenheit zu weiteren Darlegungen - zu den vorgelegten Behandlungsdokumentationen oder zu anderen Patienten mit Besuchsleistungen - zu geben. In den hier betroffenen Quartalen war die Wirtschaftlichkeit der Besuchstätigkeit der Klägerin nicht erstmals Gegenstand von Prüfungen, vielmehr hatte der Beklagte bereits in früheren Quartalen identische Beanstandungen - vom SG bestätigt - vorgenommen (vgl zu den Quartalen 1/2009 und 2/2009 SG Marburg Urteil vom 18.11.2015 - S 12 KA 275/14 - juris, Az beim LSG L 4 KA 49/15; vgl auch zu den Quartalen 1/2008 bis 4/2008 SG Marburg Urteil vom 27.11.2013 - S 12 KA 228/13 - juris, Az beim LSG L 4 KA 1/14). Die Klägerin konnte daher nicht darauf vertrauen, dass der Beklagte die Unterlagen als ausreichend ansehen und anderenfalls weitere Unterlagen anfordern würde. Es ist Angelegenheit der geprüften Praxis, die zur Begründung ihres Anspruchs dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen, vor allem, wenn sie sich auf für sie günstige Tatsachen berufen will, die allein ihr bekannt sind oder nur durch ihre Mithilfe aufgeklärt werden können (vgl BSG Urteil vom 21.3.2012 - B 6 KA 17/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 35 RdNr 40 mwN). Die Klägerin hätte daher in Kenntnis der Kritik des Beklagten an ihrer Behandlungsdokumentation fehlende Angaben in der Patientenkartei von sich aus im Einzelfall durch geeigneten Sachvortrag ergänzen müssen. Ohne Initiative der Klägerin hatte der Beklagte in der konkreten Situation angesichts der Vorgeschichte keinen Anlass zu der Annahme, dass die Klägerin ihren bisherigen Vortrag ergänzen kann oder will (vgl BSG Urteil vom 20.9.1988 - 6 RKa 22/87 - SozR 2200 § 368n Nr 57 S 198 = juris RdNr 34).

48

Der Beklagte durfte schließlich auch von den von der Klägerin selbst ausgewählten und vorgelegten Unterlagen zu Heimpatienten mit sehr hohen Besuchsleistungen darauf schließen, dass die Mehrzahl der Besuchsleistungen der Klägerin nicht wirtschaftlich war und daher keine Praxisbesonderheit "Heimpatienten" bestand. Er musste nicht überprüfen, ob auch für die anderen zahlreichen Heimpatienten die erforderliche Dokumentation fehlte. Dies gilt umso mehr, wenn - wie hier - in dem Abrechnungsverhalten der Klägerin Muster zu erkennen sind, die auf eine systematisch unwirtschaftliche Abrechnung hindeuten (vgl ähnlich zur Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit anhand der Tages- und Quartalszeitprofile zur Prüfung von Folgequartalen BSG Urteil vom 24.10.2018 - B 6 KA 44/17 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 21 RdNr 18). Vereinzelt korrekt dokumentierte und abgerechnete Besuchsleistungen wären ohnehin nicht geeignet, eine Praxisbesonderheit zu belegen.

49

b) Auch soweit der Beklagte es abgelehnt hat, eine Praxisbesonderheit "Komplexsanierungen" anzuerkennen, begegnet dies keinen rechtlichen Bedenken. In der Rechtsprechung des Senats ist geklärt, dass es zur Begründung versorgungsrelevanter Besonderheiten nicht genügt, lediglich ein Mehr an "fachgruppentypischen" Leistungen abzurechnen (BSG Urteil vom 29.6.2011 - B 6 KA 17/10 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 22; BSG Urteil vom 29.6.2011 - B 6 KA 20/10 R - MedR 2012, 413 RdNr 17 f; BSG Urteil vom 13.5.2020 - B 6 KA 10/19 R - juris RdNr 26, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, alle zu Praxisbesonderheiten bei der Bestimmung des Regelleistungsvolumens). Allein mit der im Vergleich zu anderen MKG-Chirurgen-Praxen häufigeren Abrechnung von Intubationsnarkosen - wie von der Klägerin geltend gemacht - lässt sich daher eine Praxisbesonderheit nicht begründen. Auch soweit die Klägerin vorgetragen hat, ihre Praxis sei auf die Behandlung von Patienten mit infektiösen Erkrankungen, Demenz- und Herzkreislauferkrankungen, Zahnarztphobien und Behinderungen spezialisiert und gegenüber den Vergleichsgruppen habe sie eine überdurchschnittliche Anzahl von Patienten mit mindestens zehn behandlungsbedürftigen Zähnen, darunter eine Vielzahl von Erst- oder Zweitbehandlungen, ist dies nicht geeignet, Komplexsanierungsfälle als Besonderheit der Praxis nachzuweisen. Die Klägerin hat hierzu im Verwaltungsverfahren für die einzelnen Quartale Patientenlisten nebst Ausdrucken der Patientendokumentation und Aufstellungen der hierauf entfallenden Behandlungskosten vorgelegt. Der Beklagte hat auch diese Unterlagen nach Sichtung dahingehend bewertet, dass diese das Kriterium einer ordnungsgemäßen Dokumentation nicht erfüllten, vielfach ließe sich ihnen weder ein nachvollziehbarer Behandlungsablauf noch die Einhaltung des Gebots einer wirtschaftlichen Behandlungsweise entnehmen. Sie seien daher nicht geeignet, die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit der Leistungen zu belegen. Dies ist nicht zu beanstanden. Sind die Behandlungsunterlagen mangels hinreichender Dokumentation nicht aussagekräftig, genügt ein Arzt allein mit deren Vorlage nicht seinen Darlegungsobliegenheiten. Insofern gilt das oben zur Praxisbesonderheit "Heimpatienten" Gesagte entsprechend.

50

c) Ebenso wenig ist zu beanstanden, dass der Beklagte eine Praxisbesonderheit im Hinblick auf einen chirurgischen Schwerpunkt der Klägerin verneint hat. Auch wenn die Klägerin gegenüber der Vergleichsgruppe der Allgemeinzahnärzte nahezu alle dem chirurgischen Leistungsspektrum zugeordneten Gebührenpositionen vermehrt abgerechnet hat, während die Überschreitungen im Vergleich mit den MKG-Chirurgen wesentlich moderater ausfielen, belegt dieses "Mehr" an Leistungen angesichts der ebenfalls in hohem Maße durchgeführten allgemeinzahnärztlichen Leistungen keinen signifikant abweichenden Behandlungsbedarf bei dem Patientenklientel der Klägerin. Zu Recht geht das SG daher davon aus, dass der Beklagte diesen Umstand mit der Bildung der gewichteten Vergleichsgruppe genügend berücksichtigt hat.

51

d) Eine eigenständige Praxisbesonderheit "hoher Rentneranteil" ist vorliegend ebenfalls zu verneinen. Die Klägerin trägt selbst vor, dass der von ihr geltend gemachte Mehraufwand für Rentner in engem Zusammenhang mit den Praxisbesonderheiten "Heimpatienten" und "Komplexsanierungen" stehe. Nachweise, welche über die im Rahmen der Geltendmachung von Praxisbesonderheiten wegen der Versorgung von Heimpatienten oder wegen Komplexsanierungen vorgelegten Unterlagen hinausgehen, hat die Klägerin nicht zu den Akten gereicht. Es gilt daher das zuvor zu diesen Themenkomplexen Gesagte. Allein aus dem Umstand, dass die Praxis eine hohe Zahl von Rentnern behandelt, kann nicht ohne weitere Nachweise auf einen Mehraufwand geschlossen werden. Zutreffend weist der Beklagte darauf hin, dass - anders als im vertragsärztlichen Bereich (vgl hierzu etwa BSG Beschluss vom 31.5.2006 - B 6 KA 68/05 B - juris RdNr 13 mwN) - im zahnärztlichen Bereich ein höheres Lebensalter nicht ohne Weiteres einen höheren Behandlungsbedarf im konservierend-chirurgischen Bereich, der hier allein in Streit steht, nach sich zieht. Vielmehr ist ein Großteil dieser Patienten mit Zahnersatz versorgt, sodass sich eher ein geringerer Bedarf an konservierend-chirurgischen Leistungen ergibt.

52

e) Der Beklagte hat seine Ablehnung von Praxisbesonderheit schließlich auch nicht unzureichend begründet iS des § 35 Abs 1 SGB X. Nach ständiger Rechtsprechung des Senats müssen die Prüfgremien ihre Ausführungen zum Vorliegen der Voraussetzungen für Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung derart verdeutlichen, dass im Rahmen der - in Folge von Beurteilungs- und Ermessensspielräumen eingeschränkten - gerichtlichen Überprüfung zumindest die zutreffende Anwendung der einschlägigen Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (BSG Urteil vom 16.7.2003 - B 6 KA 14/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 2 RdNr 11 mwN; BSG Urteil vom 22.10.2014 - B 6 KA 8/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 49 RdNr 58, 61; BSG Urteil vom 30.11.2016 - B 6 KA 29/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 56 RdNr 28). Diese Anforderungen dürfen zwar nicht überspannt werden, da sich gerade Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung regelmäßig an einen sachkundigen Personenkreis richten, sodass sich die Begründung auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken kann (vgl BSG Urteil vom 9.3.1994 - 6 RKa 18/92 - BSGE 74, 70, 75 = SozR 3-2500 § 106 Nr 23 S 128 f; BSG Urteil vom 21.5.2003 - B 6 KA 32/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 1 RdNr 13; BSG Urteil vom 16.7.2003 - B 6 KA 14/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 2 RdNr 11); jedoch müssen die Ausführungen erkennen lassen, wie das Behandlungsverhalten des Arztes bewertet wurde und auf welchen Erwägungen die betroffene Kürzungsmaßnahme beruht (BSG Urteil vom 21.5.2003 - B 6 KA 32/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 1 RdNr 13; BSG Urteil vom 16.7.2003 - B 6 KA 14/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 2 RdNr 11; BSG Urteil vom 22.10.2014 - B 6 KA 8/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 49 RdNr 61; siehe schon BSG Urteil vom 18.6.1997 - 6 RKa 52/96 - SozR 3-2500 § 106 Nr 41 S 227; vgl auch BSG Beschluss vom 25.1.2017 - B 6 KA 22/16 B - juris RdNr 18). Erforderlich sind insbesondere Ausführungen dazu, ob und ggf in welchem Umfang der Mehraufwand auf Praxisbesonderheiten zurückzuführen ist (vgl BSG Urteil vom 22.10.2014 - B 6 KA 8/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 49 RdNr 61 ff unter Hinweis auf BSG Urteil vom 18.6.1997 - 6 RKa 52/96 - SozR 3-2500 § 106 Nr 41 S 224). Die Prüfgremien haben sich - als Korrektiv der ihnen eingeräumten Beurteilungsspielräume - mit substantiierten Darlegungen des Arztes im Einzelnen auseinanderzusetzen (vgl BSG Urteil vom 22.10.2014 - B 6 KA 8/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 49 RdNr 58, 67; BSG Urteil vom 30.11.2016 - B 6 KA 29/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 56 RdNr 28, jeweils mwN; vgl auch bereits oben RdNr 28).

53

Dem ist der Beklagte hier ausreichend nachgekommen. Er ist intensiv auf die Praxisbesonderheit "Heimpatienten" und die Anforderungen an die Dokumentation eines Mehraufwandes eingegangen. Aber auch mit den Praxisbesonderheiten "Komplexsanierungen" bzw "chirurgischer Schwerpunkt" und hiermit überschneidend "Rentner" hat er sich in der gebotenen Weise auseinandergesetzt. Zum geltend gemachten chirurgischen Schwerpunkt hat er bereits einleitend zum statistischen Vergleich aufgezeigt, dass es nach seiner Auffassung nicht auf eine isolierte Betrachtung der abgerechneten chirurgischen Leistungen, sondern auf das gesamte Abrechnungsverhalten ankomme. Soweit die Klägerin kritisiert, der Beklagte habe sich mit der von ihr vorgelegten umfangreichen Dokumentation nicht ausreichend und vor allem in zu pauschaler Form auseinandergesetzt, trifft dies - wie schon aus den obigen Ausführungen hervorgeht - nicht zu.

54

4. Der Honorarkürzungsbescheid ist auch nicht hinsichtlich seiner Ausführungen zum offensichtlichen Missverhältnis zu beanstanden. Wenn das Behandlungs- oder Verordnungsverhalten eines Arztes in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht und diesen in einem Ausmaß überschreitet, das sich im Regelfall nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und in Behandlungsnotwendigkeiten erklären lässt, so hat dies die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (stRspr, siehe dazu etwa BSG Urteil vom 27.6.2007 - B 6 KA 27/06 R - SozR 4-1500 § 141 Nr 1 RdNr 19; BSG Urteil vom 16.7.2008 - B 6 KA 57/07 R - BSGE 101, 130 = SozR 4-2500 § 106 Nr 19, RdNr 14) und es bedarf keines einzelfallbezogenen Nachweises der Unwirtschaftlichkeit, um eine Kürzung vorzunehmen.

55

Mit der Festsetzung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis auf einen Überschreitungsgrad von 40 % oberhalb des Durchschnitts der gewichteten Vergleichsgruppe hat der Beklagte seinen Beurteilungsspielraum (BSG Urteil vom 15.3.1995 - 6 RKa 37/93 - BSGE 76, 53, 58 = SozR 3-2500 § 106 Nr 26 S 149 = juris RdNr 25 mwN; BSG Urteil vom 21.3.2012 - B 6 KA 18/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 34 RdNr 41-42; BSG Urteil vom 30.11.2016 - B 6 KA 29/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 56 RdNr 23) nicht überschritten. Wann 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 und damit der mit dem Begriff des offensichtlichen Missverhältnisses gekennzeichnete Überschreitungsgrad erreicht ist, hängt von den Besonderheiten des jeweiligen Prüfungsgegenstandes und den Umständen des konkreten Falles ab und entzieht sich einer allgemein verbindlichen Festlegung (BSG Urteil vom 15.3.1995 - 6 RKa 37/93 - BSGE 76, 53, 55 = SozR 3-2500 § 106 Nr 26 S 146 = juris RdNr 18). Die Festlegungen können je nach Art der Vergleichsprüfung und dem Maß der Homogenität auf Überschreitungen ab 30 % bis 60 % erfolgen (BSG Urteil vom 21.3.2012 - B 6 KA 18/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 34 RdNr 41-42 mwN unter Hinweis auf BSG Urteil vom 19.10.2011 - B 6 KA 38/10 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 33 RdNr 13 mwN und BSG Urteil vom 2.11.2005 - B 6 KA 63/04 R - BSGE 95, 199 = SozR 4-2500 § 106 Nr 11, RdNr 50 mwN). Insbesondere im homogenen zahnärztlichen Bereich hat der Senat seit jeher eine Grenze von 40 % für die Bestimmung des offensichtlichen Missverhältnisses gebilligt (BSG Beschluss vom 19.7.2006 - B 6 KA

59/05 B - juris RdNr 13 unter Hinweis auf BSG Urteil vom 2.6.1987 - 6 RKa 23/86 - BSGE 62, 24, 30 = SozR 2200 § 368n Nr 48 S 162; vgl auch BSG Urteil vom 21.10.1998 - B 6 KA 60/97 R - USK 98181 = juris RdNr 23; BSG Urteil vom 2.11.2005 - B 6 KA 63/04 R - BSGE 95, 199 = SozR 4-2500 § 106 Nr 11, RdNr 50). Es begegnet daher keinen Bedenken, wenn der Beklagte diesen Wert bei einer fachübergreifenden BAG mit Zahnärzten und einem MKG-Chirurgen ansetzt, nachdem er eine - im Grundsätzlichen nicht zu beanstandende - Gewichtung der beiden Vergleichsgruppen vorgenommen hat und Praxisbesonderheiten nicht zu berücksichtigen waren. Der Beklagte hat seine Auffassung, das bei der Klägerin gekürzte Honorar im konservierend-chirurgischen Bereich bewege sich im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses, schließlich auch zureichend in Anlehnung an die Rechtsprechung des Senats (Hinweis auf BSG Urteil vom 16.7.2003 - B 6 KA 45/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 3) begründet (§ 35 Abs 1 SGB X).

56

5. Der Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist (vgl dazu BSG Urteil vom 5.5.2010 - B 6 KA 5/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 28 f; BSG Urteil vom 6.9.2006 - B 6 KA 40/05 R - BSGE 97, 84 = SozR 4-2500 § 106 Nr 15, RdNr 12; grundlegend für die Wirtschaftlichkeitsprüfung BSG Urteil vom 16.6.1993 - 14a/6 RKa 37/91 - BSGE 72, 271, 277 = SozR 3-2500 § 106 Nr 19 S 111 f = juris RdNr 30 ff) stand der Entscheidung des Beklagten nicht entgegen. In der Rechtsprechung des Senats ist geklärt, dass die nach § 45 Abs 2 SGB I für die Verjährung sinngemäß geltenden Vorschriften des BGB auch für die Hemmung der Ausschlussfrist im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung entsprechend heranzuziehen sind (vgl zB BSG Urteil vom 6.9.2006 - B 6 KA 40/05 R - BSGE 97, 84 = SozR 4-2500 § 106 Nr 15, RdNr 14) und mit dem TSVG vom 6.5.2019 (BGBl I 646) ist dies in § 106 Abs 3 Satz 3 letzter Halbsatz SGB V ausdrücklich klargestellt worden (vgl BSG Urteil vom 11.12.2019 - B 6 KA 23/18 R - juris RdNr 32, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, Sprechstundenbedarf). Der die Wirtschaftlichkeitsprüfung abschließende Bescheid der Prüfungsstelle vom 20.10.2015 hat die Ausschlussfrist in jedem Fall gewahrt (zur Verkürzung der Frist auf zwei Jahre durch das TSVG mWv 11.5.2019 vgl nun § 106 Abs 3 Satz 3 SGB V sowie § 106d Abs 5 Satz 3 SGB V für die sachlich-rechnerische Richtigstellung; vgl auch BSG Urteil vom 15.5.2019 - B 6 KA 63/17 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 23 RdNr 34 mwN sowie BSG Urteil vom 11.12.2019 - B 6 KA 23/18 R - juris RdNr 32, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, zur Anwendung lediglich auf Quartale nach Inkrafttreten des TSVG).

57

D. Rechtsgrundlage der bei der Klägerin durchgeführten Einzelfallprüfung im konservierend-chirurgischen Bereich betreffend Leistungen nach Nr 75 Anlage zur GOÄ ist ebenfalls § 106 Abs 2 Satz 1 Nr 2 Satz 4 SGB V in der hier noch anwendbaren Fassung des GKV-WSG iVm §§ 5 und 6 Abs 1 PrüfV. Zwar handelt es sich hierbei - auch, soweit die Klägerin keine Abschriften der Arztbriefe vorgelegt hat (vgl dazu unten 2.b) - um eine sachlich-rechnerische Richtigstellung. Die im engen Zusammenhang mit einer "echten" Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgende Honorarberichtigung bleibt jedoch Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung; Rechtsgrundlage ist daher nicht § 106a Abs 2 SGB V in der ab 1.1.2004 geltenden Fassung des GMG (im Folgenden: aF; jetzt § 106d Abs 2 Satz 1 1. Halbsatz SGB V; vgl etwa auch BSG Urteil vom 27.4.2005 - B 6 KA 39/04 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 10 RdNr 13 = juris RdNr 19, welches von der Befugnis, Abrechnungs- oder Verordnungskorrekturen geringeren Umfangs "im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit zu erledigen" spricht).

58

Der Beklagte durfte die fehlerhaften Ansätze der Leistungspositionen für Arztbriefe und Berichte (dazu 2.) im Rahmen der durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung kraft seiner Annexkompetenz korrigieren und musste die Abrechnung nicht insoweit an die zu 1. beigeladene KZÄV abgeben (dazu 1.).

59

1. Trotz der grundsätzlichen Unterschiede zwischen Wirtschaftlichkeitsprüfung und sachlich-rechnerischer Richtigstellung gibt es zwischen beiden Instrumenten inhaltliche Überschneidungen. Regelmäßig ist eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vorrangig, weil sinnvollerweise nur die Honorarforderung des Vertragsarztes der Prüfung auf ihre Wirtschaftlichkeit unterzogen werden kann, die sachlich-rechnerisch richtig und auch ansonsten rechtmäßig ist. Honoraranforderungen für fehlerhaft abgerechnete Leistungen, zB für ohne die erforderliche Genehmigung bzw überhaupt nicht erbrachte Leistungen, sind unberechtigt und bedürfen keiner Prüfung auf ihre Wirtschaftlichkeit (BSG Urteil vom 27.4.2005 - B 6 KA 39/04 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 10 RdNr 14 = juris RdNr 20). Dieser grundsätzliche Vorrang der Abrechnungskorrekturen ist indessen praktisch vielfach nicht umsetzbar, weil für die zuständigen Behörden nicht von vorneherein erkennbar ist, ob bei Auffälligkeiten der Honorarabrechnung fehlerhafte Ansätze der Gebührenordnung oder eine unwirtschaftliche Leistungserbringung bzw -abrechnung vorliegen oder ob beides zusammentrifft. Vielfach zeigt erst eine nähere Untersuchung der Abrechnung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, dass bestimmte, ggf extreme Überschreitungen des Vergleichsgruppendurchschnitts hinsichtlich einzelner Leistungssparten oder - besonders deutlich - hinsichtlich einzelner Gebührenpositionen auf einen Fehlansatz zurückgehen (vgl BSG Urteil vom 27.4.2005 - B 6 KA 39/04 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 10 RdNr 13 = juris RdNr 19). In dieser Situation hält der Senat die Prüfgremien für berechtigt, sachlich-rechnerische Richtigstellungen vorzunehmen, wenn diese neben der eigentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von untergeordneter Bedeutung sind (sog Annexkompetenz oder Randzuständigkeit, vgl hierzu BSG Urteil vom 20.9.1995 - 6 RKa 56/94 - SozR 3-2500 § 106 Nr 29 S 163 = juris RdNr 15; BSG Urteil vom 27.4.2005 - B 6 KA 39/04 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 10 RdNr 13 = juris RdNr 19; BSG Urteil vom 6.9.2006 - B 6 KA 40/05 R - BSGE 97, 84 = SozR 4-2500 § 106 Nr 15, RdNr 19; BSG Urteil vom 29.11.2006 - B 6 KA 39/05 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 3 RdNr 12, 17; BSG Urteil vom 18.8.2010 - B 6 KA 14/09 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 29 RdNr 52). Nur wenn der Schwerpunkt der Beanstandungen bei einer fehlerhaften Anwendung der Gebührenordnung liegt, müssen die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung das Prüfverfahren abschließen und der K(Z)ÄV Gelegenheit geben, sachlich-rechnerische Richtigstellungen vorzunehmen (vgl auch § 9 Abs 2 Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 106 Abs 2b SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V (Zufälligkeitsprüfung) vom 19.12.2007 mWv 1.7.2008; vgl auch für den vertragsärztlichen Bereich: § 1 Abs 4 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 106 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V (Zufälligkeitsprüfung) vom 26.10.2005, zuletzt geändert am 1.8.2008 mWv 1.7.2008). Ergeben sich im umgekehrten Fall der Abrechnungsprüfung durch die K(Z)ÄV (siehe § 106a Abs 2 SGB V aF; jetzt § 106d Abs 2 Satz 1 1. Halbsatz SGB V) oder im Rahmen der von den Krankenkassen durchzuführenden Plausibilitätsprüfung der Abrechnungen (§ 106a Abs 3 SGB V aF; jetzt § 106d Abs 3 SGB V) Anhaltspunkte dafür, dass die der Prüfung unterzogenen Leistungen in einem unwirtschaftlichen Ausmaß erbracht worden sind, haben

K(Z)ÄV bzw Krankenkassen die Einleitung eines Verfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V zu veranlassen (vgl § 5 Abs 3 bzw § 10 Abs 4 der Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 106a Abs 6 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen nach § 106a Abs 2 und 3 SGB V vom 30.1.2008 mWv 1.7.2008; vgl zu dem Ganzen BSG Urteil vom 6.9.2006 - B 6 KA 40/05 R - BSGE 97, 84 = SozR 4-2500 § 106 Nr 15, RdNr 19; vgl auch BSG Urteil vom 29.11.2006 - B 6 KA 39/05 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 3 RdNr 17).

60

Gemessen an diesen Maßstäben durfte der Beklagte in den streitgegenständlichen Quartalen die erst im Laufe der Wirtschaftlichkeitsprüfung aufgefallenen Behandlungsfälle, in denen im jeweiligen Quartal lediglich die Leistungen nach Nr 75 Anlage zur GOÄ ggf nebst Porto abgerechnet wurden, selbst auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit prüfen. Der notwendige Zusammenhang der Fehlansätze mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der gesamten Behandlung im konservierend-chirurgischen Bereich ist trotz der für sich genommen nicht geringen Anzahl der gekürzten Leistungen und der Höhe der Kürzungsbeträge noch gewahrt. Diese sind im Hinblick auf das Ausmaß der Kürzungen allein wegen Unwirtschaftlichkeit von untergeordneter Bedeutung. Zudem haben die Richtigstellungen erheblichen Einfluss auf die durchschnittlichen Fallwerte der Klägerin und damit auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung selbst, da erst die Streichung der unzutreffend abgerechneten Behandlungsfälle das Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit der Abrechnung der Klägerin hat zutage treten lassen.

61

2. Der Beklagte war in den Fällen, in denen die Klägerin Arztbriefe vorgelegt hatte, berechtigt, die Leistungen nach Nr 75 Anlage zur GOÄ ggf nebst Porto zu streichen (dazu a). Nichts anderes gilt, soweit die Klägerin keine Abschriften der Arztbriefe zu den Akten gereicht hat (vgl dazu unten b).

62

a) Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertrags(zahn)arztes zielt - auch soweit sie ausnahmsweise durch die Prüfgremien im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommen wird und vorgenommen werden darf - auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots - erbracht und abgerechnet worden sind (vgl BSG Urteil vom 2.4.2014 - B 6 KA 20/13 R - SozR 4-2500 § 117 Nr 6 RdNr 13 mwN; BSG Urteil vom 24.10.2018 - B 6 KA 42/17 R - BSGE 127, 43 = SozR 4-2500 § 106a Nr 19, RdNr 10 mwN). Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung ist insbesondere dann angezeigt, wenn die abgerechneten Leistungen nicht die Vorgaben der maßgeblichen Abrechnungsvorschriften wie EBM-Ä, BEMA-Z, GOZ oder GOÄ erfüllen (vgl BSG Urteil vom 16.5.2018 - B 6 KA 16/17 R - SozR 4-5531 Nr 33076 Nr 1 RdNr 18 mwN; BSG Urteil vom 11.9.2019 - B 6 KA 22/18 R - RdNr 11, zur Veröffentlichung in SozR 4-5531 Nr 01210 Nr 1 vorgesehen).

63

Gemäß Nr 3 der Allgemeinen Bestimmungen des BEMA-Z werden zahnärztliche Leistungen, die nicht in diesem Bewertungsmaßstab enthalten sind, nach der GOÄ bewertet. Nr 75 der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen (Teil I) zur GOÄ idF vom 9.2.1996 (= BEMA-Z Nr 7750) erfasst einen ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und ggf zur Therapie). Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist demgegenüber mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten. Ein ausführlicher schriftlicher Bericht in diesem Sinne zeichnet sich aus durch eine individuelle, auf den Patienten abgestellte epikritische Bewertung der Anamnese, der erhobenen Befunde und des Krankheitsverlaufs sowie ggf der Therapie (vgl Brück/Klakow-Franck, Kommentar zur GOÄ, Stand September 2019, Nr 75 RdNr 2; vgl auch VG Würzburg Urteil vom 6.6.2018 - W 1 K 17.680 - juris RdNr 22). Dementsprechend reicht es nicht aus, wenn im Wesentlichen - ggf unter Verwendung standardisierter Textbausteine - befundbezogene und allgemein gehaltene Aussagen getroffen werden, eine individuelle Bewertung jedoch unterbleibt (Brück/Klakow-Franck, aaO). Erforderlich ist ein "Längsschnitt durch den Krankheitsverlauf", bei dem umfassend der bisherige Krankheitsverlauf einschließlich erfolgter Behandlungen dargestellt und bewertet wird (vgl BSG Urteil vom 8.8.1975 - 6 RKa 14/74 - SozR 5530 Allg Nr 2 S 10 = juris RdNr 23 zu Nr 17 GOÄ aF; VG Düsseldorf Urteil vom 24.3.2003 - 26 K 3900/02 - juris RdNr 15 f mwN, RdNr 17; VG Kassel Urteil vom 16.5.2012 - 1 K 648/11.KS - juris RdNr 18; vgl auch Hoffmann/Kleinken, GOÄ, Stand August 2019, Nr 75 Anlage zur GOÄ, RdNr 2). Der Bericht muss nicht zwingend nach Beendigung der Behandlung erfolgen, sondern kann auch am Abschluss eines Behandlungsabschnitts abgegeben werden (BSG, aaO, juris RdNr 22).

64

Das SG hat für den Senat bindend festgestellt, dass es sich bei den von der Klägerin nach Nr 75 Anlage zur GOÄ abgerechneten Schreiben, soweit Abschriften vorgelegt wurden, um medizinische Sachstandsmitteilungen gehandelt habe, die keinen fachlichen Nutzen für eine weitere Handlung beinhalteten. Es liegt auf der Hand, dass damit ein individueller "Längsschnitt durch den Krankheitsverlauf", bei dem umfassend der bisherige Krankheitsverlauf einschließlich erfolgter Behandlungen dargestellt und bewertet wird, nicht geleistet und der Leistungsinhalt der Nr 75 Anlage zur GOÄ nicht erfüllt wird. Dies wird auch von der Klägerin mit ihrer Revision nicht angegriffen.

65

b) Soweit die Klägerin keine Abschriften der Arztbriefe vorgelegt hat, liegt ebenfalls eine sachlich-rechnerische Richtigstellung der Leistungen nach Nr 75 Anlage zur GOÄ vor.

66

Ergeben sich im Rahmen der Prüfung der Wirtschaftlichkeit in einzelnen Behandlungsfällen begründete Zweifel daran, dass der Tatbestand einer Gebührenordnungsposition erfüllt ist, obliegt es auch dem betroffenen Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche

Angaben mitzuwirken (vgl allgemein BSG Beschluss vom 6.9.2000 - B 6 KA 17/00 B - juris RdNr 8; BSG Beschluss vom 17.3.2016 - B 6 KA 60/15 B - RdNr 11). Diese - von der Darlegungs- und Feststellungslast zu trennende - besondere Mitwirkungspflicht ergibt sich daraus, dass dem Arzt ein Vergütungsanspruch nur dann zusteht, wenn er die Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen durfte; es ist daher seine Angelegenheit, die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen. Das gilt vor allem, wenn sich der Arzt auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur unter seiner Mithilfe aufgeklärt werden können (vgl BSG Urteil vom 21.3.2012 - B 6 KA 17/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 35 RdNr 40; BSG Urteil vom 13.8.2014 - B 6 KA 41/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 46 RdNr 22). Welche Angaben dabei vom Arzt erwartet werden können, hängt von den Umständen des Einzelfalles und insbesondere der Art der erbrachten Leistung ab (vgl BSG Urteil vom 13.5.2020 - B 6 KA 6/19 R - juris RdNr 27, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

67

Legt der Arzt schon die angeforderte Behandlungsdokumentation nicht vor, hängt es von den Gegebenheiten des Einzelfalles ab, wie die Prüfgremien hierauf reagieren können. Ist die Dokumentation der Behandlung Teil der Leistungslegende, ist diese als nicht erfüllt anzusehen und es ist lediglich Raum für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung (vgl etwa zur Dokumentation eines mindestens sechsmonatigen Schmerzintervalls bei der Akupunktur BSG Urteil vom 13.2.2019 - B 6 KA 56/17 R - juris, zur Veröffentlichung in SozR 4-5531 Nr 30790 Nr 1 vorgesehen).

68

Nichts anderes kann gelten, wenn - wie hier bei dem Befund- und Krankheitsbericht - die ausweislich der Leistungslegende zu erbringende Leistung und die Dokumentation praktisch identisch sind. Einziger Gegenstand der Nr 75 Anlage zur GOÄ ist ein ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht. Elektronische Fertigung und Dokumentation (Abspeicherung) sind ein Vorgang. Kann in einem solchen Fall eine entsprechende Datei oder ein Ausdruck des Berichts bis zum Ende der Tatsacheninstanzen nicht vorgelegt werden, ohne dass dies näher begründet wird, lässt dies nur den Schluss zu, dass die Leistung nicht erbracht wurde. Für eine Wahlfeststellung zwischen unzutreffender gebührenordnungsmäßiger Abrechnung und unwirtschaftlicher Behandlung (vgl hierzu BSG Urteil vom 27.4.2005 - B 6 KA 39/04 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 10 RdNr 13 = juris RdNr 19 unter Hinweis auf BSG Urteil vom 28.10.1992 - 6 RKa 3/92 - BSGE 71, 194, 200 = SozR 3-2500 § 106 Nr 15 S 92 = juris RdNr 23; ähnlich BSG Urteil vom 8.5.1996 - 6 RKa 45/95 - SozR 3-2500 § 106 Nr 36 S 206 f = juris RdNr 24) besteht in diesem Fall kein Anlass (vgl auch SG Marburg Urteile vom 5.12.2018 - S 12 KA 127/18 - juris RdNr 54 aE und S 12 KA 201/18 - juris RdNr 65 aE).

69

E. Soweit der Beklagte wegen fehlender Dokumentation Einzelabsetzungen im PAR-Bereich zuletzt noch in den Quartalen 4/2012 und 1/2013 (318,48 Euro und 317,61 Euro, insgesamt 636,09 Euro) und im KB-Bereich in allen drei Quartalen (5291,35 Euro; 30 Behandlungsfälle) vorgenommen hat, hat das SG dies unter Verweis auf die Begründung des angefochtenen Bescheids des Beklagten (§ 136 Abs 3 SGG) bestätigt. Dem ist die Klägerin inhaltlich nicht entgegengetreten und Fehler sind nicht ersichtlich. Soweit der Beklagte gegenüber dem Bescheid der Prüfungsstelle vom 20.10.2015 im KB-Bereich zu Ungunsten der Klägerin weitere Kürzungen des Honorars vorgenommen hat, liegt darin kein Verstoß gegen das Verbot der reformatio in peius (vgl dazu BSG Urteil vom 2.12.1992 - 6 RKa 33/90 - BSGE 71, 274 = SozR 3-1500 § 85 Nr 1). Dieses greift nicht zugunsten des Arztes ein, wenn nicht nur er, sondern - wie hier - auch Krankenkassen gegen den Bescheid der Prüfungsstelle Widerspruch einlegen (vgl BSG Urteil vom 8.6.1982 - 6 RKa 12/80 - BSGE 53, 284, 287 = SozR 5550 § 15 Nr 1 S 1, 3; BSG Urteil vom 13.8.2014 - B 6 KA 38/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 47 RdNr 24; BSG Beschluss vom 25.3.2015 - B 6 KA 48/14 B - juris RdNr 21; BSG Urteil vom 17.2.2016 - B 6 KA 6/15 R - BSGE 120, 254 = SozR 4-2500 § 119 Nr 2, RdNr 44; vgl auch BSG Urteil vom 15.8.2012 - B 6 KA 27/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 37 RdNr 34).

70

F. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 155 Abs 1 Satz 1 VwGO und berücksichtigt, dass die Klägerin lediglich teilweise im Sinne der Verurteilung des Beklagten zur Neubescheidung und diesbezüglich auch nur bezogen auf einen der geltend gemachten Aspekte (Bildung der gewichteten Vergleichsgruppe) erfolgreich war (vgl BSG Urteil vom 24.1.2018 - B 6 KA 48/16 R - juris RdNr 33, insoweit nicht abgedruckt in SozR 4-2500 § 101 Nr 20; vgl auch BVerwG Urteil vom 24.9.2009 - 7 C 2/09 - BVerwGE 135, 34 RdNr 67 mwN). Da zudem nicht absehbar ist, wie sich die Neuberechnung des Vergleichswerts konkret auf die Kürzung des Honorars der Klägerin auswirken wird, haben die Klägerin und der Beklagte die Kosten des Rechtsstreits je zur Hälfte zu tragen. Eine Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, da diese keinen eigenen Antrag gestellt haben (§ 162 Abs 3 VwGO, vgl BSG Urteil vom 31.5.2006 - B 6 KA 62/04 R - BSGE 96, 257 = SozR 4-1300 § 63 Nr 3, RdNr 16).

Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2020-09-17