
S 38 KA 5137/96

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	12
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 38 KA 5137/96
Datum	06.11.1997

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 513/02
Datum	31.07.2002

3. Instanz

Datum	-
-------	---

I. Die Berufungen der Beigeladenen zu 1) und 2) gegen das Urteil des Sozialgerichts M^¼nchen vom 6. November 1997 werden zur^¼ckgewiesen.

II. Auf die Klage hin wird der Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998 aufgehoben. Der Beklagte wird verpflichtet, erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts ^¼ber den Widerspruch des Kl^¼gers gegen den Bescheid des Pr^¼fungsausschusses vom 21. Februar 1996 (Quartal 2/94) zu entscheiden.

III. Der Beklagte und die Beigeladenen zu 1) und 2) haben dem Kl^¼ger die au^¼ergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten; der Beklagte auch die des Klageverfahrens ([S 38 KA 5137/96](#)).

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten ^¼ber die Rechtm^¼ssigkeit der vom Beklagten ausgesprochenen Verg^¼tungsberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im 2.Quartal 1994. Der K^¼rzungsbetrag bel^¼uft sich auf 95.978,00 DM.

Der KlÄxger nahm im streitigen Zeitraum als Mund-, Kiefer- und Gesichts (MKG)-Chirurg und Zahnarzt in S. sowohl an der vertragsÄxztlichen als auch an der vertragszahnÄxztlichen Versorgung teil. Die Beigeladene zu 1) beantragte mit Schreiben vom 10. November 1994 eine Äberprüfng der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnÄxztlichen Abrechnung des KlÄxger und verwies auf die Äberschreitungen der Abrechnungswerte im Vergleich zu den bayerischen VertragszahnÄxzten bei den einzelnen GebÄhrenpositionen und beim Gesamtfallwert. Beim Gesamtfallwert betrug die Abweichung + 1207 %. In seiner Stellungnahme vom 24. November 1995 trug der KlÄxger vor allem vor, dass er eine Praxis und Tagesklinik fÄr Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Plastische Operationen betreibe. Er fÄhre bis auf intensivmedizinisch zu Äberwachende Patienten alle Eingriffe an Patienten ambulant aus und verfÄge im Unterschied zu seinen Fachkollegen Äber keine Belegbetten. Die TÄtigkeit eines MKG-Chirurgen sei grundsÄtzlich nicht mit der eines Zahnarztes zu vergleichen.

Mit Bescheid vom 21. Februar 1996 sprach der PrÄfungsausschuss Mittelfranken eine VergÄtungsberichtigung von 76 % des Gesamtfallwertes DM/Fall (= 102.934,00 DM) aus. Im Rahmen eines statistischen Vergleiches wurde der KlÄxger dabei mit der Gruppe der bayerischen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen verglichen. Seinen dagegen eingelegten Widerspruch lieÄ der KlÄxger mit Schriftsatz vom 19. Juli 1996 vor allem damit begrÄnden, dass in den Vergleich auch Äxztlich abgerechnete Leistungen eingestellt werden mÄÄten. Der KlÄxger verfÄge Äber eine Doppelzulassung und kÄnne deshalb seine Leistungen sowohl Äxztlich als auch zahnÄxztlich abrechnen. Er rechne im Gegensatz zu den MKG-Chirurgen der Vergleichsgruppe fast ausschlieÄlich zahnÄxztlich ab. Daneben sei nicht berÄcksichtigt worden, dass der KlÄxger viele Eingriffe, die Ärzte der Vergleichsgruppe stationÄr durchfÄhrten, ambulant vornehme. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts mÄssten bereits auf der ersten Stufe die Praxisbesonderheiten durch Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe berÄcksichtigt werden. Zudem fÄhre der KlÄxger die Zusatzbezeichnung "Plastische Operationen". Er weise ein sehr breites Leistungsspektrum auf, nÄmlich das einer sogenannten "Tagesklinik". Er rechne zahlreiche Positionen als einziger MKG-Chirurg in Bayern ambulant ab. Ihm wÄrden die FÄlle von anderen ZahnÄxzten und Ärzten zugewiesen. SchlieÄlich seien Einsparungen in anderen Bereichen nicht hinreichend gewÄrdigt worden. Pro Sitzung fÄhre er mÄglichst viele Eingriffe durch. Der ambulante OP-Zuschlag falle nur einmal an. Der Zeitraum der ArbeitsunfÄhigkeit sei geringer. Weiterhin fielen die AnÄsthesie und die PrÄmedikation nur einmal an. Durch die Herstellung von OPG-Aufnahmen wÄrden weniger aussagekrÄftige RÄntgenaufnahmen eingespart. Der KlÄxger selbst fÄhrte in einer ergÄnzenden Stellungnahme vom 26. Juni 1996 zum Vorbringen seiner ProzessbevollmÄchtigten aus, der Bescheid des PrÄfungsausschusses enthalte keinen detaillierten Zahlenspiegel Äber die einzelnen von den MKG-Chirurgen abgerechneten Leistungen, so dass eine Stellungnahme zu den Praxisbesonderheiten erschwert sei, weil die zahnÄxztlichen Abrechnungen der MKG-Chirurgen nicht bekannt seien. Da es dem MKG-Chirurgen freistehe, ob er zahnÄxztlich oder Äxztlich abrechne, mÄssten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfng sowohl die KVB-Abrechnungen wie die KZVB-

Abrechnungen hinzugezogen und zusammengefasst werden. Ein Gesamtleistungsspektrum sei unerlässlich. Im 3. Quartal 1993 habe er nur eine zahnärztliche Zulassung gehabt und deshalb die Leistungen über die KZV abrechnen müssen. Auch in den folgenden Quartalen habe er im übrigen zahnärztlich abgerechnet und nur zahnärztlich nicht abrechenbare Leistungen mit der KV abgerechnet. Er wies darauf hin, dass er keine Belegabteilung habe, aber auch solche Eingriffe ambulant mit den entsprechenden organisatorischen, technischen, personellen und medizinischen Vorkehrungen durchführe, die andere MKG-Chirurgen grundsätzlich stationär behandelten. Dies sei als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen, die zudem zu erheblichen Einsparungen führe. Da eine Vergleichbarkeit mit den vorliegenden Statistiken nicht gegeben sei, beantrage er eine repräsentative Einzelfallprüfung. Er führe häufig in einer Sitzung vier oder mehrere operative Leistungen durch und rechne diese auf einem Schein ab. Dadurch sei sein Scheinwert im Vergleich zu dem der Kollegen, die diese Leistungen in mehreren Sitzungen erbrächten, unverhältnismäßig hoch, aber keinesfalls unwirtschaftlich. Auch seine hohe fachliche Qualifikation als MKG-Chirurg, der auf eine 16-jährige leitende Tätigkeit in Uni-Kliniken und eine eigene Chefarzt-Tätigkeit verweisen könne, werde nicht ausreichend berücksichtigt. Diese hohe Qualifikation führe dazu, dass er viele Leistungen erbringe, die von anderen MKG-Chirurgen nicht erbracht würden, jedenfalls nicht ambulant, sondern allenfalls belegärztlich.

Mit Bescheid vom 13. November 1996 wies der Beklagte den Widerspruch zurück. Auch er verglich den Kläger mit den Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen und stellte fest, dass der Kläger mit einer Honoraranforderung von 1.830,00 DM je Fall den Landesdurchschnitt der MKG-Chirurgen in Bayern von 355,00 DM je Fall um 415 % überschreite. Die sich daraus ergebende Vermutung einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise sei vom Kläger nicht widerlegt worden. Nach Durchführung der Vergütungsberichtigung verbleibe dem Kläger im Verhältnis zur Vergleichsgruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen mit einer belassenen Vergütung von 1.206,00 DM je Fall gegenüber dem Durchschnitt der bayerischen MKG-Chirurgen von 355,00 DM je Fall noch eine Überschreitung um 240 %.

Gegen diesen am 14. November 1996 zugestellten Bescheid ließ der Kläger am 29. November 1996 Klage zum Sozialgericht München erheben (Az.: [S 38 KA 5137/96](#)). Zur Begründung wurde im Wesentlichen auf die Klagebegründung zum Quartal 3/93 hingewiesen. In der mündlichen Verhandlung verband das Sozialgericht diesen Rechtsstreit mit weiteren neun Verfahren des Klägers zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragte, den angefochtenen Widerspruchsbescheid (Quartal 2/94) aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über den Widerspruch des Klägers erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Beigeladenen zu 1) und 2) beantragten, die Klage abzuweisen.

Mit Urteil vom 6. November 1997 hob das Sozialgericht u.a. den Widerspruchsbescheid, das 2.Quartal 1994 betreffend, auf und verurteilte den Beklagten, $\frac{1}{4}$ ber den Widerspruch des Kl $\ddot{a}$ gers erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Es st $\ddot{a}$ tzte dabei seine Entscheidung im Wesentlichen auf folgende Erw $\ddot{a}$ gungen: Es sei nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die Pr $\ddot{a}$ fung der Wirtschaftlichkeit nach der Methode des statistischen Vergleiches vorgenommen habe. Zutreffend seien als Vergleichsgruppe die in Bayern t $\ddot{a}$ tigen MKG-Chirurgen herangezogen worden. Unklar sei jedoch, ob die herangezogene Vergleichsgruppe aus MKG-Chirurgen bestehe, die, wie der Kl $\ddot{a}$ ger, $\frac{1}{4}$ ber eine Doppelzulassung verf $\ddot{a}$ gten und somit berechtigt seien, sowohl gegen $\frac{1}{4}$ ber der Kassen $\ddot{a}$ rztlichen Vereinigung als auch gegen $\frac{1}{4}$ ber der Kassenzahn $\ddot{a}$ rztlichen Vereinigung abzurechnen. Die Gruppe der MKG-Chirurgen k $\ddot{a}$ nnne n $\ddot{a}$ mlich aus MKG-Chirurgen mit rein kassen $\ddot{a}$ rztlicher Zulassung und dementsprechend mit der M $\ddot{a}$ glichkeit der Abrechnung gegen $\frac{1}{4}$ ber der KV, aus MKG-Chirurgen mit einer kassenzahn $\ddot{a}$ rztlichen Zulassung und mit der M $\ddot{a}$ glichkeit der Abrechnung gegen $\frac{1}{4}$ ber der KZV und aus MKG-Chirurgen mit einer Doppelzulassung und der M $\ddot{a}$ glichkeit der Abrechnung sowohl gegen $\frac{1}{4}$ ber der KV als auch gegen $\frac{1}{4}$ ber der KZV bestehen. Dies ergebe sich weder aus dem Bescheid noch sei dies in der m $\ddot{a}$ ndlichen Verhandlung zu kl $\ddot{a}$ ren gewesen. Im vorliegenden speziellen Fall w $\ddot{a}$ re es angezeigt gewesen, das Abrechnungsverhalten der MKG-Chirurgen mit Doppelzulassung detailliert aufzuzeigen. Hierzu sei ein anonymisierter Datenaustausch zwischen der Beigeladenen zu 1) und der Kassen $\ddot{a}$ rztlichen Vereinigung Bayerns im Wege der Amtshilfe notwendig. Ansonsten habe der Kl $\ddot{a}$ ger keinen Anspruch auf Verfeinerung der Vergleichsgruppe.

Gegen das ihnen am 17. und 19. Februar 1998 zugestellte Urteil haben die Beigeladenen zu 1) und 2) am 12. bzw. 16. M $\ddot{a}$ rz 1998 Berufung eingelegt.

Die Beigeladene zu 1) tr $\ddot{a}$ gt zur Begr $\ddot{a}$ ndung ihrer Berufung vor, die Bildung einer neuen, vom Sozialgericht geforderten Ver- gleichsgruppe k $\ddot{a}$ nnne sich niemals zugunsten des Kl $\ddot{a}$ gers auswirken, da die deutlich $\frac{1}{4}$ berdurchschnittliche Leistungsabrechnung des Kl $\ddot{a}$ gers im vertrags $\ddot{a}$ rztlichen Bereich nicht mit einer deutlich unterdurchschnittlichen Leistungsabrechnung im vertragszahn $\ddot{a}$ rztlichen Bereich ausgeglichen werde. Im $\ddot{a}$ brigen zeige eine Statistik der KV, dass der Kl $\ddot{a}$ ger auch in dem hier streitigen Quartal 2/94 mit der KV eine Abrechnung durchgef $\ddot{a}$ hrt habe. Der vom Kl $\ddot{a}$ ger bei der KV abgerechnete Punktwert pro Fall liege in den meisten Quartalen erheblich $\frac{1}{4}$ ber dem durchschnittlichen Punktwert pro Fall der $\frac{1}{4}$ ber die KV abrechnenden MKG-Chirurgen.

Die Beigeladene zu 2) schlie $\ddot{a}$ st sich in ihrer Berufungsbegr $\ddot{a}$ ndung vom 22. Oktober 1998 ausdr $\ddot{a}$ cklich der Berufungsbegr $\ddot{a}$ ndung der Beigeladenen zu 1) an. Sie wies weiter darauf hin, dass dem Beklagten bei der Wirtschaftlichkeitspr $\ddot{a}$ fung ein Beurteilungsspielraum zustehe. Im Rahmen dessen k $\ddot{a}$ nnne dieser eine geeignete Pr $\ddot{a}$ fmethode w $\ddot{a}$ hlen, ein Anspruch auf eine bestimmte Zuordnung zu einer Vergleichsgruppe bestehe nicht. Mit Beschluss vom 1. April 1998 hat der Senat die vom Sozialgericht verbundenen Verfahren f $\ddot{a}$ r das Berufungsverfahren wieder getrennt. Mit Schriftsatz vom 7. Januar 1999 hat die

Beigeladene zu 1) einen Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998, ergangen aufgrund der Sitzung am 29. Juli 1998, Ã¼bersandt. Mit diesem Bescheid hat der Beklagte unter Ersetzung seines Bescheides vom 13. November 1996 dem Widerspruch des KlÃ¤gers gegen den Bescheid des PrÃ¼fungsausschusses Mittelfranken vom 21. Februar 1996 teilweise stattgegeben und die VergÃ¼tungsberichtigung auf 70 % des Gesamtfallwertes (DM/Fall) reduziert. Die GesamtkÃ¼rzung wurde auf 95.978,00 DM festgesetzt. Der Beklagte stellte zunÃ¤chst fest, dass er nicht daran gehindert sei, erneut Ã¼ber den Widerspruch des KlÃ¤gers gegen die vom PrÃ¼fungsausschuss Mittelfranken am 29. November 1995 (Bescheid vom 21. Februar 1996) festgesetzte VergÃ¼tungsberichtigung zu entscheiden. Er habe gegen das Urteil des SG MÃ¼nchen vom 6. November 1997 keine Berufung eingelegt. Es erscheine ihm deshalb angezeigt, ungeachtet des anhÃ¤ngigen Berufungsverfahrens den Beschluss vom 24. Juni 1996 (Bescheid vom 13. November 1996) im Hinblick auf die AusfÃ¼hrungen des Sozialgerichts nochmals zu Ã¼berprÃ¼fen. Der jetzt ausgefertigte neue Bescheid ersetze damit den Bescheid vom 13. November 1996. Der Beklagte habe erneut die Methode des statistischen Vergleiches gewÃ¤hlt. Der Umfang der Abrechnung und die Zahl der BehandlungsfÃ¤lle machten eine EinzelfallprÃ¼fung wie auch eine beispielhafte EinzelfallprÃ¼fung unzumutbar. Einer VergÃ¼tungsberichtigung mÃ¼sse auch nicht eine gezielte Beratung vorangehen, weil der KlÃ¤ger bereits andernorts langjÃ¤hrig an der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung teilgenommen habe und demzufolge mit dem Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise vertraut sei. Als Vergleichsgruppe seien die bayerischen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen gewÃ¤hlt worden, die ebenfalls Leistungen Ã¼ber die Beigeladene zu 1) abrechneten. Dies seien sowohl MKG-Chirurgen mit Doppelzulassung als auch solche nur mit vertragszahnÃ¤rztlicher Zulassung. WÃ¼rde man der Auffassung des KlÃ¤gers folgen und den Anteil der MKG-Chirurgen nur mit vertragszahnÃ¤rztlicher Zulassung weglassen, Ã¤nderten sich die zugrunde liegenden statistischen Werte in jedem Fall nicht zugunsten des KlÃ¤gers. Das liege zum einen daran, dass der Anteil der MKG-Chirurgen nur mit vertragszahnÃ¤rztlicher Zulassung, also ohne Doppelzulassung, nicht entscheidend ins Gewicht falle. Wie sich aus der Statistik der Quartale 3/94 bis 4/95 ergebe, hÃ¤tten etwa 15 bis 20 % keine Doppelzulassung. Dies wirke sich jedoch nicht zugunsten des KlÃ¤gers aus. MKG-Chirurgen nur mit vertragszahnÃ¤rztlicher Zulassung kÃ¶nnten nur Ã¼ber die KZV abrechnen. MKG-Chirurgen mit Doppelzulassung hÃ¤tten aber gewissermaÃen zusÃ¤tzlich auch die MÃ¶glichkeit, einen Teil ihrer Behandlungsleistungen Ã¼ber die KVB abzurechnen. WÃ¼rde Letzteres tatsÃ¤chlich erfolgen, sinke der Fallwert in diesen BehandlungsfÃ¤llen bei der Abrechnung Ã¼ber die KZVB. Der Fallwert pro Behandlungsfall kÃ¶nne bei einem "Abrechnungssplitting" von MKG-Chirurgen mit Doppelzulassung deshalb stets nur niedriger sein als bei den MKG-Chirurgen, die nur Ã¼ber eine vertragszahnÃ¤rztliche Zulassung verfÃ¼gten und deshalb nicht splitten kÃ¶nnten. Durch die BerÃ¼cksichtigung von MKG-Chirurgen nur mit vertragszahnÃ¤rztlicher Zulassung bei der gewÃ¤hlten Vergleichsgruppe werde der Fallwert statistisch also erhÃ¶ht. Das BSG habe in seinem Urteil vom 8. Mai 1996 ([SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.36](#)) eine BerÃ¼cksichtigung der MÃ¶glichkeit, aufgrund einer Doppelzulassung sowohl Ã¼ber die KZV als auch Ã¼ber die KV abzurechnen, bei einem Vergleich der Gesamtfallwerte nicht gefordert. Es habe insoweit lediglich gefordert, dies bei der Abrechnung einzelner

Gebührennummern zu beachten. Sein Abrechnungsverhalten im Ärztlichen Bereich könne sich aber nur dann auf die festgestellte Unwirtschaftlichkeit im zahnärztlichen Bereich auswirken, wenn er mit dem Fallwert seiner Abrechnung über die KVB den Fallwert seiner Kollegen dort deutlich unterschreite und deshalb insgesamt wirtschaftlich arbeite. Im Quartal 2/94 habe der Kläger mit einem pro Fall-Punktevolumen von 2.560 auch bei der Abrechnung über die KVB das durchschnittliche Fall-Punktevolumen der MKG-Chirurgen von 2.234 überschritten. Die deutlich überdurchschnittliche Leistungsabrechnung pro Fall bei der KZVB werde demnach nicht durch eine deutlich unterdurchschnittliche Leistungsabrechnung über die KVB ausgeglichen. Entscheidungsrelevante Praxisbesonderheiten zugunsten des Klägers seien nicht zu berücksichtigen. Die Tatsache, dass der Kläger eine Tagesklinik führe, könne nicht von Einfluss auf die statistischen Werte sein. Die angeführten kostenerhöhenden Praxisbesonderheiten wie Prämedikation, Anästhesie, Überwachung und häusliche Pflege würden gesondert abgerechnet und seien nicht Gegenstand dieses Prüfungsverfahrens. Hierdurch werde auch die vom Kläger geltend gemachte Kostenersparnis im Vergleich zu einer stationären Behandlung durch einen Belegarzt relativiert. Hinsichtlich des Überweisungsverhaltens unterscheide sich die Praxis des Klägers nicht von denen seiner Fachkollegen. Sein Einzugsbereich beschränke sich auf den mittelfränkischen Bereich. Aufgrund der Tatsache, dass der Kläger fast ausschließlich Überweisungsfälle behandle, sei auch der Umstand einer Anfängerpraxis ohne Bedeutung. Der Vergleich der Abrechnung des Klägers mit der seiner Fachkollegen insgesamt erweise sich deshalb als geeignet, die Wirtschaftlichkeit seiner Behandlungsweise zu bewerten. Die Notwendigkeit zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe sei demzufolge zu verneinen. Die Vergütungsberichtigung sei dem Grunde nach zu bestätigen, aber der Höhe nach zu reduzieren. Die Überschreitung des Landesdurchschnittes bei den MKG-Chirurgen um 415 % stelle ein offensichtliches Missverhältnis dar und die hierdurch begründete Vermutung der unwirtschaftlichen Behandlungsweise habe der Kläger nicht widerlegt. Praxisbesonderheiten oder relevante Einsparungen seien nicht erkennbar. Da der Prüfungsausschuss die Vergütungsberichtigung auf der Grundlage eines 20 %igen Sicherheitszuschlages gegenüber dem Landesdurchschnitt der MKG-Chirurgen berechnet habe, sei im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes die Vergütungsberichtigung jetzt auf der Grundlage eines mindestens 50 %igen Zuschlages zu berechnen, damit keine Kürzung in den Streubereich bzw. die Übergangszone erfolge. Nach Kürzung verbleibe dem Kläger eine tatsächliche Restüberschreitung von 252 % je Fall (1.248,00 DM je Fall gegenüber 355,00 DM je Fall der MKG-Chirurgen) gegenüber der Vergleichsgruppe, ohne Berücksichtigung der Krankenkassen, für die nicht mindestens 11 Fälle im Quartal abgerechnet worden seien. Würden diese miteinberechnet, ergebe sich eine Restüberschreitung von 55 %. Von einer Kostenerstattung sei abzusehen, da zum einen die Vergütungsberichtigung nur in sehr geringem Umfang reduziert worden sei und zum anderen der Widerspruch ausschließlich aus Gründen erfolgreich gewesen sei, die weder vom Widerspruchsführer noch vom Sozialgericht angeführt bzw. vorgetragen worden seien. Mit Schreiben vom 2. November wies der Senat darauf hin, dass er der Auffassung sei, dass der Bescheid vom 14. Dezember 1998 gemäß [§ 96 Abs.1](#), [153 Abs.1 SGG](#) Gegenstand des

anhängigen Berufungsverfahrens geworden sei, da damit eine den ursprünglichen Streitgegenständlichen Bescheid abändernde Entscheidung getroffen worden sei. Der Prozessbevollmächtigte des Klägers vertrat im Schriftsatz vom 24. November 1999 die Auffassung, der Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998 sei nicht Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden. Das Sozialgericht habe die zunächst ergangenen und in dem Berufungsverfahren anhängigen Bescheide aufgehoben und unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zur Neubeschcheidung zurückverwiesen. Ob die niedergelegte Rechtsauffassung des Sozialgerichts Mängel in dem Bescheid vom 14. Dezember 1998 eingehalten worden sei, könne am besten der sachnähere Richter beim Sozialgericht Mängel beurteilen. Für das Berufungsverfahren sei eine prozessuale Überholung eingetreten. Prozessökonomische Gründe sprächen dafür, dass der neue Bescheid wieder vom Sozialgericht Mängel überprüft werde.

Vorsorglich übersandten die Prozessbevollmächtigten des Klägers auch die Klageschrift vom 18. Januar 1999, mit der sie Klage gegen den Bescheid vom 14. Dezember 1998 beim Sozialgericht Mängel erhoben hätten. Zur Begründung wird dort im Wesentlichen ausgeführt, dass durch den Bescheid vom 14. Dezember 1998 zwar die Vergleichsgruppe verfeinert worden sei. Dabei sei aber unberücksichtigt geblieben, dass der Kläger eine Tagesklinik führe, worauf er bereits im Widerspruchsverfahren wiederholt hingewiesen habe, und im Vergleich zu den Ärzten der Vergleichsgruppe über keine Belegbetten verfüge. Dies bringe einen deutlich abweichenden Abrechnungsmodus mit sich. Hierbei handele es sich um eine Praxisbesonderheit unter dem Gesichtspunkt des atypischen Praxiszuschnittes. Dieser sei bereits auf der ersten Stufe der Prüfung durch statistischen Vergleich bei der Vergleichsgruppenbildung und bei der Berechnung der Überschreitungswerte Rechnung zu tragen. Der Beklagte wäre demzufolge verpflichtet gewesen, die in den Streitgegenständlichen Bescheiden vom 14. Dezember 1998 getroffenen Feststellungen auch zahlenmäßig zu untermauern. Er hätte im Einzelnen aufzuweisen, wieviele von den Mitgliedern der Vergleichsgruppe aufgrund von Belegbetten über die Klinik abrechneten und wieviele ausschließlich, wie der Kläger, eine Tagesklinik führten. Er sei jedoch auf diesen Themenkomplex nicht eingegangen und habe insofern lediglich auf die Darlegung des Sozialgerichts Mängel verwiesen. Im Hinblick auf die ausführlichen und substantiierten Ausführungen des Klägers bereits im Verwaltungsverfahren zu Praxisbesonderheiten und/oder kausalen Einsparungen hätte der Beklagte umfangreichere Ermittlungen durchführen müssen. Gerade bei den hohen Überschreitungswerten bestehe das Bedürfnis, die zugrunde liegenden statistischen Daten unterbreitet und die jeweils angewandte Beweismethode möglichst genau erläutert zu bekommen, um sich gegenüber dem Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit sachgerecht verteidigen zu können. Es könne nicht von vorneherein ausgeschlossen werden, dass sich die Mehrkosten des geprüften Arztes gegenüber der Vergleichsgruppe durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären ließen. Hinsichtlich der kompensatorischen Einsparungen habe der Kläger ebenfalls bereits im Verwaltungsverfahren auf eine strukturelle Besonderheit der von ihm angewandten Behandlungsmethoden hingewiesen. Er entferne alle vier

Weisheitszähne in einer OP-Sitzung. Dadurch entstünden Ersparnisse bei den Begleiterscheinungen einer OP. Der Beschwerdeausschuss hätte auch insoweit aufgrund seiner Verpflichtung zur vollständigen Sachverhaltsermittlung allen zur Verfügung stehenden Erkenntnisquellen nachgehen müssen. Da der Kläger in der Zeit vor dem 3. Quartal 1993 keine Kärzungen vergleichbarer Art habe hinnehmen müssen, wäre gemäß [§ 106 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) vorher eine Beratung durchzuführen gewesen. Es ergäben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger auf eine Beratung hin sein Leistungsverhalten nicht geändert hätte. Zudem sei das Akteneinsichtsrecht in unzulässiger Weise eingeschränkt und damit gegen das Grundrecht des rechtlichen Gehörs verstoßen worden. Der Beklagte hätte auch ergänzend einzelne Behandlungsscheine sowohl des Klägers als auch der Mitglieder der Vergleichsgruppe durchsehen müssen, denn dies sei Teil der bei der statistischen Vergleichsprüfung gebotenen Bewertung der statistischen Ergebnisse unter medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkten. In dem Bescheid vom 14. Dezember 1998 hätte auch nachvollziehbar dargelegt werden müssen, wieso die Höhe des in Ansatz gebrachten Sicherheitszuschlages genau 50 % betrage.

Die Beigeladene zu 1) hat mit Schriftsatz vom 17. Januar 2000 im Wesentlichen Folgendes erwidert: Das Vorbringen des Klägers sei nicht näher substantiiert. Soweit er eine Berücksichtigung der Abrechnung "stationäres Operieren" seiner Fachkollegen fordere, habe er eine nicht näher belegte Behauptung aufgestellt, dass dieser Abrechnung erhebliche Einsparungen gegenüberstünden. Der Verweis auf die von ihm betriebene "Tagesklinik" sei für sich allein nicht von erkennbarer Relevanz. Er bedürfe einer Konzession nach [§ 30](#) der Gewerbeordnung. Es sei nicht vorgetragen, inwieweit eine Vergleichbarkeit seiner "Tagesklinik" mit der Belegabteilung seiner auch als Belegärzte tätigen Fachkollegen gegeben sei. Es sei davon auszugehen, dass es sich dabei um eine im Rahmen des öffentlichen liegende Tätigkeit handle. Der Kläger habe keine substantiierten Hinweise oder gar Abrechnungszahlen vorgelegt, die diese Behauptung stützten. Auch der als Belegarzt tätige Fachkollege müsse im erheblichen Umfang ambulant tätig sein. Der Kläger habe zudem Einsparungen, die er durch seine ambulante Tätigkeit gegenüber stationären Behandlungen erzielt habe, nicht hinreichend dargelegt oder gar nachgewiesen. Die behaupteten schweren Fälle seien nicht als Besonderheit zu werten. Dem Kläger würden fast ausschließlich Patienten überwiesen, die aus dem Einzugsbereich der Praxis kämen. Auch insoweit fehle eine konkrete Darlegung. Es sei im Verwaltungsverfahren nicht einmal eine Namensliste mit kurzen diagnostischen Angaben erstellt worden. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei eine Beratung vor der Vergütungsberichtigung nicht erforderlich. Auch, dass der Beklagte die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei 50 % gezogen habe, stehe in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.

Der Senat hat ergänzend eine Anfrage an die Beigeladene zu 3) zu den vertragsärztlichen Abrechnungswerten gerichtet, die diese für das 2. Quartal 1994 mit Schriftsatz vom 18. Januar 2000 wie folgt beantwortet hat: Der Kläger habe in diesem Quartal im ambulanten Bereich 125 Originalfälle (Fallwert: 2096,3 Punkte), 42 Nachtragsfälle in 3/94 (Fallwert: 1297,9 Punkte), 13 Nachtragsfälle in

1/95 (Fallwert: 11063,9 Punkte) über sie abgerechnet. Die Durchschnittsfallzahl der MKG-Chirurgen habe im ambulanten Bereich 336 Fälle betragen, der Durchschnittsfallwert 2234,3 Punkte. Die Durchschnittsfallzahl der MKG-Chirurgen im stationären (belegärztlichen) Bereich habe im 2.Quartal 94 25 Fälle betragen, der Durchschnittsfallwert 7189,3 Punkte. Der Kläger sei nicht belegärztlich tätig gewesen und habe keine stationären Leistungen erbracht.

Der Kläger hat daraufhin nochmals mit Schriftsatz vom 25. Januar 2000 Stellung nehmen lassen: Er habe nicht mitwirken können, weil ihm das entsprechende Zahlenmaterial nicht zur Verfügung gestanden habe. Erstmals seien mit Schriftsatz vom 22. Juni 1999 Zahlen seitens der Beigeladenen zu 3) veröffentlicht worden. Die nunmehr mit Schriftsatz vom 21. Januar 2000 von der Beigeladenen zu 3) vorgelegten Zahlen bestätigten seinen Sachvortrag. Die hohen Punktwerte der anderen MKG-Chirurgen liegen im stationären Bereich. Eine Tagesklinik bedürfe nur dann einer Genehmigung nach [§ 30](#) der Gewerbeordnung, wenn die aufgenommenen Patienten über Nacht blieben. Dies sei bei ihm nicht der Fall. Im übrigen seien die Praxisbesonderheiten, die zur Einsparung geführt hätten, bereits substantiiert im Verwaltungs-verfahren vorgetragen worden. Im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 26. Januar 2000 wurden in der Streitsache mit dem Az.: [L 12 KA 510/98](#), das Quartal 1/94 betreffend, die Berufungen der Beigeladenen zu 1) und 2) gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 6. November 1997 zurückgewiesen und auf Klage des Klägers hin wurde der Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998 aufgehoben und der Beklagte verpflichtet, über den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 21. Februar 1996 (Quartal 1/94) erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. In Hinblick auf diese als "Pilotfall" gedachte Entscheidung des Senats, bei der die Revision zum Bundessozialgericht (BSG) zugelassen wurde, wurde der Rechtsstreit mit dem Az.: [L 12 KA 511/98](#) (nunmehr: [L 12 KA 513/02](#)) vertagt. Mit Beschluss vom 4. April 2000 wurde in dem Rechtsstreit mit dem Az.: [L 12 KA 511/98](#) (Quartal 2/94) das Ruhen des Verfahrens angeordnet. Die gegen das Urteil des Senats vom 26. Januar 2000 eingelegte Revision wurde mit Urteil des BSG vom 27. Juni 2001 ([B 6 KA 43/00 R](#)) mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass der Beklagte über den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses von 21. Februar 1996 (Quartal 1/94) unter Beachtung der Rechtsauffassung des erkennenden Senats erneut zu entscheiden hat. Die Streitsache mit dem Az.: [L 12 KA 511/98](#) wird nach Erledigung und Wiederaufnahme des Verfahrens unter dem Az.: [L 12 KA 513/02](#) fortgeführt. Im Erörterungstermin vom 19. Juni 2002 konnte keine vergleichsweise Erledigung u.a. des Rechtsstreits mit dem Az.: [L 12 KA 513/02](#) auf der Grundlage der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 27. Juni 2001 erzielt werden. Die Beigeladene zu 1) hat mit Schriftsatz vom 26. Juli 2002 vorgetragen, dass eine unwirtschaftliche Behandlungsweise des Klägers unzweifelhaft vorliege. Soweit das BSG in seinem Urteil vom 27. Juni 2001 (Az.: [B 6 KA 43/00 R](#)) gefordert habe, dass der Beklagte den vom Kläger behaupteten Einsparungen im Vergleich zu seinen Fachkollegen aufgrund der bei ihm fehlenden stationär-belegärztlichen Abrechnung noch näher nachgehen müsse, führten entsprechende Ermittlungen zu dem Ergebnis, dass der extremen Überschreitung der Abrechnung im vertragsärztlichen Bereich keine kompensatorischen Einsparungen bei der

Abrechnung im vertragsärztlichen Bereich (ambulant und stationär) gegenüberstehen. Einer ergänzenden Prüfung von Einzelfällen bedürfte es deshalb nicht. Hierzu wird ausgehend von einer durchschnittlichen Fallzahl im ambulanten Bereich von 336 Fällen und einem Durchschnittsfallwert im ambulanten Bereich von 2234,30 Punkten bzw. einer durchschnittlichen Fallzahl im stationären Bereich von 25 Fällen und einem Durchschnittsfallwert im stationären Bereich von 7189,30 Punkten bei den MKG-Chirurgen ein gewichteter durchschnittlicher Fallwert im vertragsärztlichen Bereich in Höhe von 2551,12 Punkten errechnet, den der Kläger mit einem "Pro-Fall-Punktevolumen" von 2560,00 Punkten überschreite.

Die Bevollmächtigten der Beigeladenen zu 1) beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 6. November 1997, Az.: [S 38 KA 5134/96](#), aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses Nordbayern vom 13. November 1996 sowie die Klage gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses Nordbayern vom 14. Dezember 1998 abzuweisen und hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Bevollmächtigte der Beigeladenen zu 2) schließt sich dem Antrag der Beigeladenen zu 1) an.

Die Beigeladene zu 2) hat mit Schriftsatz vom 29. Juli 2002 ergänzend vorgetragen, dass der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998 auf den Erstbescheid vom 13. November 1996 und den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 21. Februar 1996 Bezug nehme. Der Prüfungsausschuss habe sich bereits detailliert mit der Abrechnung des Klägers und den Einzelfällen befasst und nicht nur eine rein statistische Betrachtungsweise ohne vorherige intellektuelle Prüfung durchgeführt. Der Bevollmächtigte des Beklagten stellt die Entscheidung in das Ermessen des Gerichts.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beigeladenen zu 1) und 2) gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 6. November 1997 zurückzuweisen, auf Klage hin den Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 21. Februar 1996 (Quartal 2/94) zu entscheiden, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte des Beklagten (Vergütungsberichtigung 2/94), die Klageakte ([S 38 KA 5137/96](#)) sowie die Berufsakte (Az.: [L 12 KA 513/02](#), vormals L 12 KA 511/98) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [Â§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthaften sowie gemÃÃ [Â§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegten Berufungen der Beigeladenen zu 1) und 2) sind auch im Ãbrigen zulÃssig. Die Beigeladenen zu 1) und 2) sind aufgrund ihrer Mitverantwortung fÃ¼r die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei WirtschaftlichkeitssprÃ¼fungen auch immer materiell beschwert (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.12](#) S.64; BSG [SozR 3-2500, Â§ 106 Nr.42](#) S.231). Eine Beschwerde lag hier in dem fÃ¼r die ZulÃssigkeit einer Berufung allein maÃgebenden Zeitpunkt der Berufungseinlegung (MÃrz 1998) vor (vgl. zum maÃgebenden Zeitpunkt: Meyer-Ladewig, SGG, 6.Auflage, vor Â§ 143 Rdnr.10b, Â§ 144 Rdnr.19 m.w.N.). Denn das Sozialgericht hatte in dem mit den Berufungen angefochtenen Urteil vom 6. November 1997 dem Begehren der Beigeladenen zu 1) und 2), die Klage gegen den Bescheid vom 13. November 1996 abzuweisen, nicht entsprochen.

Die danach zulÃssigen Berufungen der Beigeladenen zu 1) und 2) sind jedoch unbegrÃ¼ndet. Die Klage des KlÃgers gegen den Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998 ist hingegen begrÃ¼ndet.

Gegenstand eines Rechtsstreits aus dem Bereich der vertrags- (zahn-)Ãrztlichen WirtschaftlichkeitssprÃ¼fung ist grundsÃtzlich allein der Bescheid des Beschwerdeausschusses (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.22](#) S.118). Im vorliegenden Fall ist dies der Bescheid vom 14. Dezember 1998, denn damit wurde ausweislich des VerfÃ¼gungssatzes der Bescheid vom 13. November 1996 ersetzt, so dass der erstgenannte Bescheid gemÃÃ [Â§ 96 Abs.1, 153 Abs.1 SGG](#) Gegenstand des zu diesem Zeitpunkt bereits anhÃngigen Berufungsverfahrens (Az.: [L 12 KA 513/02](#), vormals L 12 KA 511/98) geworden ist (vgl. Meyer-Ladewig, a.a.O., Â§ 96 Rdnr.7; Pawlak in Hennig, SGG, Â§ 96 Rdnr.50 ff.; Bley, Gesamtkommentar Sozialversicherung, Band 8, Â§ 96 Anm.1c; [BSGE 47, 168](#) (170) = [SozR 1500 Â§ 96 Nr.13](#); [BSGE 59, 137](#) (139) = [SozR 2200 Â§ 368a Nr.13](#); BSG [SozR 3-2500 Â§ 116 Nr.6](#) S.38). Beide genannten Bescheide beinhalten dieselben Regelungen desselben RechtsverhÃltnisses, nÃmlich die Feststellung einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise im 2.Quartal 1994 und als Rechtsfolge (VerfÃ¼gungssatz) die Festsetzung einer VergÃ¼tungsberichtigung (HonorarkÃ¼rzung). Bei dem Bescheid vom 14. Dezember 1998 handelte es sich nicht nur um einen AusfÃ¼hrungsbescheid (dazu: BSG [SozR 1500 Â§ 96 Nr.12](#)), mit dem unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts das Urteil des Sozialgerichts vom 6. November 1997 ausgefÃ¼hrt wurde. In diesem Bescheid wurde Ãber die nach [Â§ 141 Abs.1 SGG](#) bindenden Vorgaben des Sozialgerichts hinaus bei der Festsetzung der HÃ¶he der VergÃ¼tungsberichtigung eine eigenstÃndige Regelung getroffen und unter BerÃ¼cksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die HÃ¶he der VergÃ¼tungsberichtigung reduziert.

Dies hat fÃ¼r die Berufungen der Beigeladenen zu 1) und 2) zur Folge, dass mit dem ersetzenden Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998 die Beschwerde fÃ¼r das Berufungsverfahren weggefallen ist. Die Beigeladenen zu 1) und 2) kÃ¶nnen ihr Ziel, Bescheid des Beklagten vom 13. November 1996 bindend werden zu lassen ([Â§ 77 SGG](#)), nicht mehr erreichen. Das Urteil des Sozialgerichts vom 6. November 1997 ist durch den Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998

gegenstandslos geworden. Da die Beigeladenen zu 1) und 2) ihren Anfechtungsantrag kombiniert mit einem Bescheidungsantrag weiterhin aufrecht erhalten haben, sind deren Berufungen als unbegründet zurückzuweisen (vgl. Meyer-Ladewig, a.a.O., vor Â§ 143 Rdnr.10).

Für den Kläger hat der Erlass des Bescheides vom 14. Dezember 1998 zur Folge, dass dieser kraft Gesetzes in das anhängige Berufungsverfahren einbezogen wird und ihm insoweit eine Instanz verloren geht. Der Senat hat über dessen Rechtsmäßigkeit auf Klage hin zu entscheiden (vgl. Meyer-Ladewig, a.a.O., Â§ 96 Rdnr.7 m.w.N.)

Rechtsgrundlage für die hier mit Bescheid vom 14. Dezember 1998 durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten ist [Â§ 106 Abs.2 Satz 1 Nr.1 SGB V](#). Mit dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber die bis zum 1. Januar 1989 lediglich durch Richterrecht sanktionierte Methode des statistischen Kostenvergleichs als Anknüpfungspunkt für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit anerkannt und als Regelprüfmethode übernommen. Er hat damit zugleich die zur Legitimation einer statistischen Vergleichsprüfung unerlässliche Annahme gebilligt, dass die Gesamtheit aller (Zahn-)Ärzte im Durchschnitt gesehen wirtschaftlich behandelt, jedenfalls das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen nicht unterschreitet, und dass deshalb der durchschnittliche Behandlungsaufwand der (Zahn-)Arztgruppe grundsätzlich ein geeigneter Maßstab für die Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Angehörigen dieser (Zahn-) Arztgruppe ist (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.23 S.124](#)).

Die gesetzliche Regelung wurde im streitigen Zeitraum (Quartal 2/94) im Primärkassenbereich ergänzt durch Â§ 20 des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte (BMV-Z) sowie die Anlage 4a zum Bayerischen Gesamtvertrag-Zahnärzte (GV-Z) bzw. im Ersatzkassenbereich durch Â§Â§ 13 ff. des Zahnarzt-Ersatzkassenvertrags (EKV-Z).

Der Bescheid vom 14. Dezember 1998 ist nicht schon deshalb rechtsfehlerhaft, weil der Vergütungsberichtigung (Honorarkürzung) keine gezielte Beratung vorangegangen ist. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist dem Wortlaut des [Â§ 106 Abs.5 Satz 2 SGB V](#) kein genereller Grundsatz zu entnehmen, wonach jeder Honorarkürzung eine gezielte Beratung im Sinne eines Rechtmäßigkeitserfordernisses voranzugehen hat. Der Vertrags (Zahn-)Arzt hat von Beginn seiner Tätigkeit an das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingend zu beachten. Jedenfalls bei Vorliegen eines offensichtlichen Missverhältnisses – wie hier – ist eine "Abmahnung" des betroffenen Vertragsarztes nicht erforderlich (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.35](#))

Die gegen den Bescheid vom 14. Dezember 1998 erhobene Klage hat jedoch deshalb Erfolg, weil dieser nicht den Anforderungen genügt, die das Bundessozialgericht an eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten stellt. Der Beklagte hat es nach Auffassung des Senats rechtsfehlerhaft unterlassen, vom Kläger im Verwaltungsverfahren substantiiert

geltend gemachte Praxisbesonderheiten im Rahmen des Amtsermittlungsprinzips ([Â§ 20 SGB X](#)) näher aufzuklären, diese im Rahmen einer die statistische Betrachtung ergänzenden intellektuellen Prüfung und Entscheidung hinreichend zu würdigen und hierfür ggf. einen darauf beruhenden wirtschaftlichen Mehraufwand zu schätzen.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts stellt im Rahmen der Prüfmethode nach Durchschnittswerten die statistische Betrachtung nur einen Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung dar. Diese muss durch eine intellektuelle Prüfung und Entscheidung ergänzt werden, bei der die für die Frage der Wirtschaftlichkeit medizinisch (zahn-)ärztlichen Gesichtspunkte wie das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweisen innerhalb der Arztgruppe und die bei dem geprüften (Zahn-)Arzt vorhandenen Praxisbesonderheiten in Rechnung zu stellen sind. Diese Gesichtspunkte sind bereits auf der ersten Prüfungsstufe von Amts wegen mitzubetrachten; also bereits vor der Feststellung eines offensichtlichen Missverhältnisses (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.23](#) S.125 f; Nr.25 S.147 f; Nr. 27 S.154; Nr.41 S.225).

Der Beklagte hat der besonderen Behandlungsausrichtung der Praxis des Klägers als Zahnarzt und Mund-, Kiefer- und Gesicht (MKG)-Chirurg, der sowohl zur vertragsärztlichen als auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist, dadurch Rechnung getragen, dass er eine besondere, engere Vergleichsgruppe gebildet und im Rahmen der statistischen Betrachtung den Fallwert des Klägers mit dem Durchschnittsfallwert der MKG-Chirurgen in Bayern, die Leistungen über die Beigeladene zu 1) abgerechnet haben, verglichen hat (vgl. dazu: BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.36](#) S.202 ff.) Der Vergleich mit den in Bayern vertragszahnärztlich abrechnenden MKG-Chirurgen ist sachgerecht (vgl. Urteil vom 27. Juni 2001, [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.54](#) S. 299, 300). Diese weisen Besonderheiten auf, die dem Vergleich mit einer Gruppe wie etwa der Gesamtgruppe der Zahnärzte oder derjenigen der Chirurgen entgegenstehen. MKG-Chirurgen sind im Regelfall sowohl zur vertragsärztlichen als auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen (vgl. [BSG 85, 145](#) = [SozR 3-5525 Â§ 20 Nr.1](#)) und können deshalb ihre Behandlungsfälle entweder vertragsärztlich oder vertragszahnärztlich abrechnen (BSGE a.a.O. S.151 bzw. S.8; BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.36](#) S.204 f.; dabei ist offengelassen worden, ob es zulässig ist, innerhalb eines Behandlungsfalles einige Leistungen vertragsärztlich und andere vertragszahnärztlich abzurechnen). Im Rahmen der möglichen Tätigkeitfelder von MKG-Chirurgen gibt es Leistungen, die nur vertragsärztlich, andere, die nur vertragszahnärztlich abrechenbar sind, und weitere, die sowohl vertragsärztlich als auch vertragszahnärztlich abrechenbar sind, je nach dem, ob es für sie Vergütungsstatbestände nur in dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen oder nur in dem Bewertungsmaßstab für vertragszahnärztliche Leistungen oder in beiden Leistungsverzeichnissen gibt.

Die Bildung einer noch engeren Vergleichsgruppe nur aus den MKG-Chirurgen, die wie der Kläger die Zusatzbezeichnung "Plastische Operationen" führen, war nicht erforderlich. Die Führung einer Zusatzbezeichnung kann zwar Anlass für die Bildung einer besonderen Vergleichsgruppe sein, muss dies aber dann nicht,

wenn diese zahlenmäßig so klein wäre, dass sie keine tragfähige Grundlage mehr für statistische Aussagen ergeben könnte (vgl. dazu Clemens in Schuln , Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd.1: Krankenversicherung, 1994, § 35 Rdnr.60, 61 m.w.N.; aus der Rechtsprechung vgl. z.B. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.11](#) S.60 f. und zuletzt Urteil vom 28. Juni 2000 – [B 6 KA 36/98 R](#) -). Der Beklagte hat jedoch im Rahmen der ergänzenden intellektuellen Prüfung nicht hinreichend gezeigt, ob die Praxis des Klägers auch innerhalb dieser engeren Vergleichsgruppe eine Besonderheit aufweist, nämlich eine gegenüber der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen vermehrte ambulante Operationstätigkeit.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind Praxisbesonderheiten alle Umstände, die sich auf das Behandlungs- und Ordnungsverhalten des (Zahn-)Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe typischerweise nicht oder nicht in derselben Häufigkeit anzutreffen sind (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.27](#) S.153). Der Kläger hat die besonderen Umstände seiner Praxis im Verwaltungsverfahren hinreichend substantiiert dargelegt. Er hat bereits in seiner Stellungnahme zum Prüfungsantrag vom 24. November 1995 darauf hingewiesen, dass er eine Tagesklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Plastische Operationen betreibt, bis auf intensivmedizinisch zu überwachende Patienten alle Eingriffe an Patienten ambulant ausführt und im Unterschied zu seinen Fachkollegen über keine Belegbetten verfügt (zum Begriff der Tagesklinik und zu deren Konzessionsbedürftigkeit nach [§ 30](#) der Gewerbeordnung: Schiller, NZS 1999, 325 ff.) Der Kläger hat hier auch bereits hinreichend substantiiert dargelegt, welche Arten von Operationen er ambulant-klinisch erbringt.

Er hat damit die strukturellen Zusammenhänge aufgezeigt, die nach seiner Auffassung seine Behandlungsweise von den Praxen der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen wesentlich unterscheidet (zur Darlegungslast für die Anerkennung kompensierender Einsparungen: BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.42](#) S.233 f., zur vergleichbaren Substantiierungslast im Zivilprozess: Greger in Zöllner ZPO, 21.Auflage, § 138 Rdnr.8a, vor § 253 Rdnr.22 ff.)

Da dem Kläger von den Prüfungsgremien bzw. den Beigeladenen zu 1) und 3) keine Häufigkeitsstatistik der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen oder anderes Zahlenmaterial zur Verfügung gestellt wurde, das Rückschlüsse auf deren Behandlungsweise zulässt, war dem Kläger eine weitergehende Konkretisierung nicht möglich, insbesondere nicht zu dem nach seiner Auffassung abweichenden Behandlungsverhalten der MKG-Chirurgen, die belegärztlich tätig sind. Der Beklagte wäre deshalb nach [§ 20 Abs.1 SGB X](#), der auch für die vertrags(zahn-)ärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung gilt (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.33](#) S.191), verpflichtet gewesen, dem substantiiert geltend gemachten Einwand des Klägers nachzugehen, die für die zu treffende Entscheidung erheblichen Umstände umfassend aufzuklären und den so ermittelten Sachverhalt dahingehend rechtlich zu würdigen, ob sich das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise des Klägers in ihrer Häufigkeit von der Typik der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen wesentlich unterscheidet.

Diesen Anforderungen an eine ergänzende intellektuelle Prüfung genügen

jedenfalls die Ausführungen des Beklagten im Bescheid vom 14. Dezember 1998 nicht. Er hat, nachdem er den Fallwert des Klägers dem Landesdurchschnitt der MKG-Chirurgen in Bayern gegenübergestellt hat, sich eingehend mit der Eignung des statistischen Vergleichs unter Berücksichtigung der bindenden Vorgaben des Sozialgerichts ([Â§ 141 Abs.1 SGG](#); zur Rechtskraftwirkung von Bescheidungsurteilen: Urteile des Senats vom 8. September 1999 Az.: L 12 KA 18/98 und L 12 KA 6/99) befasst. Er hat sich jedoch mit dem weiteren Einwand des Klägers, innerhalb der MKG-Chirurgen eine Besonderheit aufzuweisen, nicht hinreichend auseinandergesetzt. Die Ausführungen beschränken sich insoweit auf die nicht ausreichend und nachvollziehbar begründete Behauptung, die geführte "Tagesklinik könne nicht als Praxisbesonderheit gewertet werden, da sie nicht von Einfluss auf die statistischen Werte sein könne".

Insoweit wäre vom Beklagten zum einen zu prüfen gewesen, ob beim Kläger ein besonderes Patientengut ("außerordentlich großer Umfang besonders schwieriger Fälle") und ein dadurch atypisch größerer Behandlungsumfang als bei der Vergleichsgruppe vorliegt. Zum anderen hätte der Beklagte der Frage nachgehen müssen, ob gleichartige Operationen einerseits vom Kläger in seiner Tagesklinik und andererseits von der Vergleichsgruppe belegärztlich durchgeführt und abgerechnet wurden (vgl. hierzu BSG, SozR 3-2500, [Â§ 106 SGB V](#) Nr.54, S.302 und 304). Bei der Frage, in welcher Weise und mit welcher Intensität der Beklagte diesen Gesichtspunkten nachgeht, stehen ihm verschiedene Möglichkeiten offen. Zunächst bietet sich ein Vergleich des vertragszahnärztlichen Abrechnungsvolumen des Klägers mit den vertragszahnärztlichen Abrechnungswerten der Vergleichsgruppe der vertragszahnärztlich abrechnenden MKG-Chirurgen in Bayern an, wobei hier auch die belegärztlich-stationären, vertragsärztlich abgerechneten Leistungen miteinzubeziehen sind. Zwar hat mittlerweile auf Anforderung des Senats die Beigeladene zu 3) mit Schriftsatz vom 18. Januar 2000 die entsprechenden Daten u.a. für das Quartal 2/94 mitgeteilt. Die genannten Daten lagen aber dem Beklagten bei seiner Entscheidung nicht vor und konnten daher auch nicht in den Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998 Eingang finden, dessen Inhalt allein zu beurteilen ist (vgl. BSG, [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.54](#) S.302). Gleiches gilt für die von der Beigeladenen zu 1) aus den Daten gezogenen Schlussfolgerungen, wonach der mehr als deutlichen Überschreitung des Gesamtfallwerts im vertragszahnärztlichen Bereich auch unter Einbeziehung der stationären, belegärztlichen Tätigkeit keine entsprechende unterdurchschnittliche Abrechnung im vertragsärztlichen Bereich gegenübersteht. Die genannten Schlussfolgerungen sind auch nicht unter dem Gesichtspunkten des Nachschiebens von Gründen vom Senat zu berücksichtigen. Dem steht bereits entgegen, dass diese Schlussfolgerungen nicht vom Beklagten, sondern von der Beigeladenen zu 1) in das Verfahren eingebracht wurden. Es ist für den Senat auch nicht erkennbar, dass sich der Beklagte mit Sicherheit die nachgeschobene Begründung zu eigen gemacht hätte (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 22. Mai 1984, [6 RKa 16/83](#), USK 84247). Zum einen ist darauf hinzuweisen, dass der Beklagte die Entscheidung in das Ermessen des Gerichts gestellt hat. Zum anderen ergaben die von der Beigeladenen zu 3) im Schriftsatz vom 18. Januar 2000 mitgeteilten Abrechnungswerte, dass der Durchschnittsfallwert der MKG-Chirurgen im

ambulanten Bereich im Quartal 2/94 bei 2234,30 Punkten und im stationär-belegärztlichen Bereich bei 7189,30 Punkten lag. Soweit die Beigeladene zu 1) ausgehend von den durchschnittlichen Fallzahlen im ambulanten Bereich (336) und im stationären Bereich (25) im Rahmen einer Gewichtung zu einem gewichten Fallwert in Höhe von 2551,12 Punkten gelangt, den der Kläger mit einem Fallwert von 2560,00 Punkten ebenfalls überschreitet, bedarf dieses Ergebnis noch einer näheren Prüfung. Die Einwendungen des Klägers zielen ja gerade darauf ab, dass er in "außerordentlich großem Umfang besonders schwierige Fälle" behandelt im Sinne eines besonderen Patientengutes. Zur Überprüfung dieses Einwandes bietet sich die beispielhafte Prüfung von Einzelfällen an (vgl. BSG, [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.54](#), S.303 unter Hinweis auf BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.50](#) S.267).

Da der Beklagte dies alles unterlassen hat, ist sein Bescheid vom 14. Dezember 1998 aufzuheben. Im Rahmen des fortzusetzenden Verwaltungsverfahrens wird der Beklagte die entscheidungserheblichen Ermittlungen nachzuholen haben. Er wird dabei zunächst zu klären haben, ob und inwieweit Praxisbesonderheiten im vorgenannten Sinne vorliegen und ob mit ihnen Einsparungen einhergehen (zum Vorrang der Prüfung von Praxisbesonderheiten vor erzielten Einsparungen: BSG SozR 2-2500 Â§ 106 Nr.43). Sind danach Praxisbesonderheiten beim Kläger festzustellen, müssen sie in ihren Auswirkungen auf dessen Fallwert unter Berücksichtigung eventueller durch sie erzielter Einsparungen quantifiziert werden. Liegen darüber hinaus Einsparungen vor, die nicht durch die anzuerkennenden Praxisbesonderheiten verursacht sind, ist zu prüfen, ob und in welchem Ausmaß sie durch einen weiteren Mehraufwand in anderen Leistungsbereichen bedingt sind und diese kompensieren können (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.43](#) S.240). Die Darlegungs- und Nachweislast für den Kausalzusammenhang liegt dabei beim Kläger (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.42](#) S.233 f.)

Wird im Wege der Schätzung ein wirtschaftlicher Mehraufwand, der auf Praxisbesonderheiten oder Einsparungen in anderen Bereichen beruht, anerkannt, so ist dieser vom Fallwert des Arztes abzuziehen und anhand des bereinigten Fallwerts die jeweilige Überschreitung im Verhältnis zum Durchschnitt der Vergleichsgruppe zu ermitteln sowie daran anschließend die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis zu bestimmen.

In einem weiteren Schritt ist dann die Höhe der Vergütungsberichtigung (Honorarkürzung) festzulegen. Insoweit steht der Beklagten ein Ermessensspielraum zu. Die Begründung der zu treffenden Entscheidung muss auch die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen der Beklagte bei der Ausübung seines Ermessens ausgegangen ist ([Â§ 35 Abs.1 Satz 3 SGB X](#)). Begnügt er sich mit einer Kürzung, die sich noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses hält, wird also der hierfür festgelegte Grenzwert auch nach Kürzung nicht unterschritten, so braucht die Höhe der Kürzung nicht besonders begründet zu werden. Anders verhält es sich, wenn das Honorar bis in die sogenannte Übergangszone unterhalb der Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses zum Vergleichsgruppendurchschnitt gekürzt werden soll. In

diesem Fall muss besonders nachgewiesen werden, dass und in welchem Umfang auch der Mehraufwand im Bereich der Übergangszone noch unwirtschaftlich ist (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.36](#) S.207).

Aus diesen Gründen sind die Berufungen der Beigeladenen zu 1) und 2) gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 6. November 1997 zurückzuweisen. Auf Klage hin ist der Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998 aufzuheben. Der Beklagte ist zu verpflichten, erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 21. Februar 1996 (Quartal 2/94) zu entscheiden.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [Â§ 193 Abs.1 SGG](#) und beruht auf der Erwägung, dass der Kläger sowohl im Klage- als auch im Berufungsverfahren obsiegt hat. Da die Berufungen der Beigeladenen zu 1) und 2) zurückgewiesen wurden und im Berufungsverfahren die Klage des Klägers Erfolg hatte, sind im Berufungsverfahren neben dem Beklagten auch die Beigeladenen zu 1) und 2) Kostenschuldner.

Gründe, die Revision gemäß [Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor. Der Senat folgt in vollem Umfang der Entscheidung des BSG vom 27. Juni 2001 (Az.: [6 B 43/00](#) R = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.54](#)) betreffend die Abrechnung des Klägers im Quartal 1/94 Rechnung.

Erstellt am: 25.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024