
S 38 KA 5268/97

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 5268/97
Datum	06.11.1997

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 527/01
Datum	31.07.2002

3. Instanz

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

I. Die Berufungen der Beigeladenen zu 1) und 2) sowie 4) bis 7) gegen das Urteil des Sozialgerichts M \ddot{u} nchen vom 6. November 1997 werden zur \ddot{u} ckgewiesen.

II. Auf Klage hin wird der Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998 aufgehoben. Der Beklagte wird verpflichtet, erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts \ddot{u} ber den Widerspruch des Kl \ddot{a} gers gegen den Bescheid des Pr \ddot{a} fungsausschusses vom 5. Februar 1997 (Quartal 4/95) zu entscheiden.

III. Der Beklagte und die Beigeladenen zu 1), 2) sowie 4) bis 7) haben dem Kl \ddot{a} ger die au \ddot{e} ngergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten; der Beklagte auch die des Klageverfahrens ([S 38 KA 5268/97](#)).

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten \ddot{u} ber die Rechtm \ddot{a} ssigkeit der vom Beklagten ausgesprochenen Verg \ddot{u} tungsberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im 4.Quartal 1995. Der K \ddot{a} rzungsbetrag bel \ddot{a} uft sich auf DM 270.360,00.

Der Kläger nahm im streitigen Zeitraum als Mund-, Kiefer- und Gesichts(MKG) -Chirurg und Zahnarzt in S. sowohl an der vertragsärztlichen als auch an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil. Die Beigeladenen zu 2), 3) und 10) beantragten mit Schreiben vom 3. Februar 1994 eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Abrechnung des Klägers und verwiesen auf die Überschreitungen der Abrechnungswerte im Vergleich zu den bayerischen Vertragszahnrzten bei den einzelnen Gebührenpositionen und beim Gesamtfallwert. Beim Gesamtfallwert betrug die Abweichung + 852 %.

Mit Bescheid vom 5. Februar 1997 sprach der Prüfungsausschuss Mittelfranken eine Vergütungsberichtigung von 66 % des Gesamt- fallwertes DM/Fall (= 305.280,00 DM) aus. Im Rahmen eines statistischen Vergleiches wurde der Kläger dabei mit der Gruppe der bayerischen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen verglichen. Hiergegen hat der Kläger mit Schreiben vom 3. März 1997 Widerspruch eingelegt. Die Bevollmächtigten des Klägers haben mit Schriftsatz vom 11. Juni 1997 auf die Klagebegrndungen und Widerspruchsbegrndungen zu den Quartalen 3/93 bis 4/94 hingewiesen und haben im übrigen einen Schriftsatz des Klägers vom 10. Juni 1997 vorgelegt. Dort trägt der Kläger u.a. vor, dass es sich bei den Vergleichswerten der MKG-Chirurgen nur um eine Auswahl bestimmter Leistungen handeln könne. Die Zahlen seien demnach nicht als Vergleich geeignet. Das Abrechnungsverhalten dieser Vergleichsgruppe sei zudem divergent. Es bleibe dem jeweiligen MKG-Chirurgen überlassen, welche Leistungen er zahnrtlich und welche örtlich abrechne. Er habe seine Praxisbesonderheiten selektiertes Patientengut, Tagesklinik, Ausführung aller fachgebietsbezogenen Eingriffe, keine Belegbetten, plastische Chirurgie und Rekonstruktion in früheren Verfahren schon ausführlich vorgetragen. Kollegen, die Belegbetten betrieben, hätten viele stationäre Behandlungen. Er konzentriere sich auf eine kleine Zahl mit ambulanten Eingriffen.

Mit Bescheid vom 10. September 1997 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Auch er verglich den Kläger mit den Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen und stellte fest, dass der Kläger mit einer Honoraranforderung von DM 1.285,00 je Fall den Landesdurchschnitt der MKG-Chirurgen in Bayern von DM 356,00 je Fall um 261 % 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 DM 527,00 je Fall gegenüber dem Durchschnitt der bayerischen MKG-Chirurgen von DM 305,00 je Fall noch eine berschreitung um 48 %.

Gegen diesen Bescheid ließ der Kläger am 7. Oktober 1997 Klage zum Sozialgericht München erheben (Az.: [S 38 KA 5268/97](#)). In der mündlichen Verhandlung verband das Sozialgericht diesen Rechtsstreit mit weiteren neun Verfahren des Klägers zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung.

Der Prozessbevollmtigte des Klägers beantragte, den angefochtenen Widerspruchsbescheid (Quartal 4/95) aufzuheben und den Beklagten zu

verpflichten, über den Widerspruch des Klägers erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Beigeladenen zu 1), 2) sowie 4) bis 7) beantragten, die Klage abzuweisen.

Mit Urteil vom 6. November 1997 hob das Sozialgericht u.a. den Widerspruchsbescheid, das 4. Quartal 1995 betreffend, auf und verurteilte den Beklagten, über den Widerspruch des Klägers erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Es stützte dabei seine Entscheidung im Wesentlichen auf folgende Erwägungen: Es sei nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach der Methode des statistischen Vergleiches vorgenommen habe. Zutreffend seien als Vergleichsgruppe die in Bayern tätigen MKG-Chirurgen herangezogen worden. Unklar sei jedoch, ob die herangezogene Vergleichsgruppe aus MKG-Chirurgen bestehe, die, wie der Kläger, über eine Doppelzulassung verfügten und somit berechtigt seien, sowohl gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung als auch gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abzurechnen. Die Gruppe der MKG-Chirurgen könne nämlich aus MKG-Chirurgen mit rein kassenärztlicher Zulassung und dementsprechend mit der Möglichkeit der Abrechnung gegenüber der KV, aus MKG-Chirurgen mit einer Kassenzahnärztlichen Zulassung und der Möglichkeit der Abrechnung gegenüber der KZV und aus MKG-Chirurgen mit einer Doppelzulassung und der Möglichkeit der Abrechnung sowohl gegenüber der KV als auch gegenüber der KZV bestehen. Dies ergebe sich weder aus dem Bescheid noch sei dies in der mündlichen Verhandlung zu klären gewesen. Im vorliegenden speziellen Fall wäre es angezeigt gewesen, das Abrechnungsverhalten der MKG-Chirurgen mit Doppelzulassung detailliert aufzuzeigen. Hierzu sei ein anonymisierter Datenaustausch zwischen der Beigeladenen zu 1) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns im Wege der Amtshilfe notwendig. Ansonsten habe der Kläger keinen Anspruch auf Verfeinerung der Vergleichsgruppe.

Gegen dieses Urteil haben die Beigeladenen zu 1), 2) sowie 4) bis 7) Berufung eingelegt.

Die Beigeladene zu 1) trägt zur Begründung ihrer Berufung vor, die Bildung einer neuen, vom Sozialgericht geforderten Vergleichsgruppe könne sich niemals zugunsten des Klägers auswirken, da die deutlich überdurchschnittliche Leistungsabrechnung des Klägers im vertragszahnärztlichen Bereich nicht mit einer deutlich unterdurchschnittlichen Leistungsabrechnung im vertragsärztlichen Bereich ausgeglichen werde. Im Übrigen zeige eine Statistik der KV, dass der Kläger auch in dem hier streitigen Quartal 4/95 mit der KV eine Abrechnung durchgeführt habe. Der vom Kläger bei der KV abgerechnete Punktwert pro Fall liege in den meisten Quartalen erheblich über dem durchschnittlichen Punktwert pro Fall der über die KV abrechnenden MKG-Chirurgen.

Die Beigeladene zu 2) schließt sich in ihrer Berufungsbegründung vom 22. Oktober 1998 ausdrücklich der Berufungsbegründung der Beigeladenen zu 1) an. Sie wies weiter darauf hin, dass dem Beklagten bei der

Wirtschaftlichkeitsprüfung ein Beurteilungsspielraum zustehe. Im Rahmen dessen könne diese eine geeignete Prüfmethode wählen, 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 für 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, übersandt. Mit diesem Bescheid hat der Beklagte unter Ersetzung seines Bescheides vom 13. November 1996 dem Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses Mittelfranken vom 5. Februar 1997 teilweise stattgegeben und die Vergütungsberichtigung auf 58 % des Gesamtfallwertes (DM/Fall) reduziert. Die Gesamtkürzung wurde auf 270.360,00 DM festgesetzt. Der Beklagte stellte zunächst fest, dass er nicht daran gehindert sei, erneut über den Widerspruch des Klägers gegen die vom Prüfungsausschuss Mittelfranken am 15. Januar 1997 (Bescheid vom 5. Februar 1997) festgesetzte Vergütungsberichtigung zu entscheiden. Er habe gegen das Urteil des SG München vom 6. November 1997 keine Berufung eingelegt. Es erscheine ihm deshalb angezeigt, ungeachtet des anhängigen Berufungsverfahrens den Beschluss vom 18. Juni 1997 (Bescheid vom 10. September 1997) im Hinblick auf die Ausführungen des Sozialgerichts nochmals zu überprüfen. Der jetzt ausgefertigte neue Bescheid ersetze damit den Bescheid vom 10. September 1997. Der Beklagte habe erneut die Methode des statistischen Vergleiches gewählt. Der Umfang der Abrechnung und die Zahl der Behandlungsfälle machten eine Einzelfallprüfung wie auch eine beispielhafte Einzelfallprüfung unzumutbar. Einer Vergütungsberichtigung müsse auch nicht eine gezielte Beratung vorangehen, weil der Kläger bereits andernorts langjährig an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilgenommen habe und demzufolge mit dem Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise vertraut sei. Als Vergleichsgruppe seien die bayerischen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen gewählt worden, die ebenfalls Leistungen über die Beigeladene zu 1) abrechneten. Dies seien sowohl MKG-Chirurgen mit Doppelzulassung als auch solche nur mit vertragszahnärztlicher Zulassung. Würde man der Auffassung des Klägers folgen und den Anteil der MKG-Chirurgen nur mit vertragszahnärztlicher Zulassung weglassen, änderten sich die zugrunde liegenden statistischen Werte in jedem Fall nicht zugunsten des Klägers. Das liege zum einen daran, dass der Anteil der MKG-Chirurgen nur mit vertragszahnärztlicher Zulassung, also ohne Doppelzulassung, nicht entscheidend ins Gewicht falle. Wie sich aus der Statistik der Quartale 3/94 bis 4/95 ergebe, hätten etwa 15 bis 20 % keine Doppelzulassung. Dies wirke sich jedoch nicht zugunsten des Klägers aus. MKG-Chirurgen nur mit vertragszahnärztlicher Zulassung könnten nur über die KZV abrechnen. MKG-Chirurgen mit Doppelzulassung hätten aber gewissermaßen zusätzlich die Möglichkeit, einen Teil ihrer Behandlungsleistungen über die KVB abzurechnen. Würde Letzteres tatsächlich erfolgen, sinke der Fallwert in diesen Behandlungsfällen bei der Abrechnung über die KZVB. Der Fallwert pro Behandlungsfall könne bei einem "Abrechnungssplitting" von MKG-Chirurgen mit Doppelzulassung deshalb stets nur niedriger sein als bei den MKG-Chirurgen, die nur über eine vertragszahnärztliche Zulassung verfügten und deshalb nicht splitten könnten. Durch die Berücksichtigung von MKG-Chirurgen nur mit vertragszahnärztlicher Zulassung bei der gewählten Vergleichsgruppe werde

der Fallwert statistisch also erhöht. Das BSG habe in seinem Urteil vom 8. Mai 1996 ([SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.36](#)) eine Berücksichtigung der Möglichkeit, aufgrund einer Doppelzulassung eine Abrechnung sowohl über die KZV als auch über 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 4/95 habe der Kläger mit einem pro Fall-Punktevolumen von 5.384 auch bei der Abrechnung über die KVB das durchschnittliche Fallpunktevolumen der MKG-Chirurgen von 2.132 erheblich 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 Verfahrens. 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 261 % 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 72 % je Fall (614,00 DM je Fall gegenüber 356,00 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 miteingerechnet, ergebe sich eine Restüberschreitung von 52 %. 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 Neubescheidung zurückverwiesen. Ob die niedergelegte Rechtsauffassung des Sozialgerichts Münden in dem Bescheid vom 14. Dezember 1998 eingehalten worden sei, könne am besten der sachnähere Richter beim Sozialgericht Münden beurteilen. Für das Berufungsverfahren sei eine prozessuale Überholung eingetreten. Prozessökonomische Gründe sprechen dafür, dass der neue Bescheid wieder vom Sozialgericht Münden 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 Münden 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 handle 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, wie viele von den Mitgliedern der Vergleichsgruppe aufgrund von Belegbetten über die Klinik abrechneten und wie viele ausschließlich, wie der Kläger, eine Tagesklinik führten. Er sei jedoch auf diesen Themenkomplex nicht eingegangen und habe insofern lediglich auf die Darlegung des Sozialgerichts Münden 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 geprÄ¼ften Arztes gegenÄ¼ber der Vergleichsgruppe durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklÄ¼ren lieÄ¼en. Hinsichtlich der kompensatorischen Einsparungen habe der KlÄ¼ger ebenfalls bereits im Verwaltungsverfahren auf eine strukturelle Besonderheit der von ihm angewandten Behandlungsmethoden hingewiesen. Er entferne alle vier WeisheitszÄ¼hne in einer OP-Sitzung. Dadurch entstÄ¼nden Ersparnisse bei den Begleiterscheinungen einer OP. Der Beschwerdeausschuss hÄ¼tte auch insoweit aufgrund seiner Verpflichtung zur vollstÄ¼ndigen Sachverhaltsermittlung allen zur VerfÄ¼gung stehenden Erkenntnisquellen nachgehen mÄ¼ssen. Da der KlÄ¼ger in der Zeit vor dem 3.Quartal 1993 keine KÄ¼rzungen vergleichbarer Art habe hinnehmen mÄ¼ssen, wÄ¼re gemÄ¼ÄÄÄÄ [Ä§ 106 Abs.5 Satz 2 SGB V](#) vorher eine Beratung durchzufÄ¼hren gewesen. Es ergÄ¼ben sich keine Anhaltspunkte dafÄ¼r, dass der KlÄ¼ger auf eine Beratung hin sein Leistungsverhalten nicht geÄ¼ndert hÄ¼tte. Zudem sei das Akteneinsichtsrecht in unzulÄ¼ssiger Weise eingeschrÄ¼nkt und damit gegen das Grundrecht des rechtlichen GehÄ¼rs verstoÄ¼en worden. Der Beklagte hÄ¼tte auch ergÄ¼nzend einzelne Behandlungsscheine sowohl des KlÄ¼gers als auch der Mitglieder der Vergleichsgruppe durchsehen mÄ¼ssen, denn dies sei Teil der bei der statistischen VergleichsprÄ¼fung gebotenen Bewertung der statistischen Ergebnisse unter medizinisch-Ä¼rztlichen Gesichtspunkten. In dem Bescheid vom 14. Dezember 1998 hÄ¼tte auch nachvollziehbar dargelegt werden mÄ¼ssen, wieso die HÄ¼he 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 KlÄ¼gers sei nicht nÄ¼her substantiiert. Soweit er eine BerÄ¼cksichtigung der Abrechnung "stationÄ¼res Operieren" seiner Fachkollegen fordere, habe er eine nicht nÄ¼her belegte Behauptung aufgestellt, dass dieser Abrechnung erhebliche Einsparungen gegenÄ¼berstÄ¼nden. Der Verweis auf die von ihm betriebene "Tagesklinik" sei fÄ¼r sich allein nicht von erkennbarer Relevanz. Er bedÄ¼rfe einer Konzession nach [Ä§ 30](#) der Gewerbeordnung. Es sei nicht vorgetragen, inwieweit eine Vergleichbarkeit seiner "Tagesklinik" mit der Belegabteilung seiner auch als BelegÄ¼rzte tÄ¼tigen Fachkollegen gegeben sei. Es sei davon auszugehen, dass es sich dabei um eine im Rahmen des Ä¼blichen liegende TÄ¼tigkeit handele. Der KlÄ¼ger habe keine substantiierten Hinweise oder gar Abrechnungszahlen vorgelegt, die diese Behauptung stÄ¼tzten. Auch der als Belegarzt tÄ¼tige Fachkollege mÄ¼sse im erheblichen Umfang ambulant tÄ¼tig sein. Der KlÄ¼ger habe zudem Einsparungen, die er durch seine ambulante TÄ¼tigkeit gegenÄ¼ber stationÄ¼ren Behandlungen erzielt habe, nicht hinreichend dargelegt oder gar nachgewiesen. Die behaupteten schweren FÄ¼lle seien nicht als Besonderheit zu werten. Dem KlÄ¼ger wÄ¼rden fast ausschlieÄ¼lich Patienten Ä¼berwiesen, die aus dem Einzugsbereich der Praxis kÄ¼men. 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 VergÄ¼tungsberichtigung nicht erforderlich. Auch, dass der Beklagte die Grenze zum offensichtlichen MissverhÄ¼ltnis bei 50 % gezogen habe, stehe in Ä¼bereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.

Der Senat hat ergänzend eine Anfrage an die Beigeladene zu 9) zu den vertragsärztlichen Abrechnungswerten gerichtet, die diese für das 4. Quartal 1995 mit Schriftsatz vom 18. Januar 2000 wie folgt beantwortet hat: Der Kläger habe in diesem Quartal im ambulanten Bereich keine Originalfälle und 10 Nachtragsfälle in 3/96 (Fallwert: 5384,0 Punkte) über sie abgerechnet. Die Durchschnittsfallzahl der MKG-Chirurgen habe im ambulanten Bereich 381 Fälle betragen, der Durchschnittsfallwert 2132,20 Punkte. Die Durchschnittsfallzahl der MKG-Chirurgen im stationären (belegärztlichen) Bereich habe im 4. Quartal 1995 26 Fälle betragen, der Durchschnittsgesamtfallwert 6883,1 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 9) veröffentlicht worden. Die nunmehr mit Schriftsatz vom 21. Januar 2000 von der Beigeladenen zu 9) vorgelegten Zahlen bestätigten seinen Sachvortrag. Die hohen Punktwerte der anderen MKG-Chirurgen 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 Verwaltungsverfahren 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 der 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 517/98](#) (nunmehr: [L 12 KA 527/01](#)) vertagt. Mit Beschluss vom 4. April 2000 wurde in dem Rechtsstreit mit dem Az.: [L 12 KA 517/98](#) (Quartal 4/95) 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 (Az.: [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 517/98](#) wird nach Erledigung und Wiederaufnahme des Verfahrens unter dem Az.: [L 12 KA 527/01](#) fortgeführt. Im Erörterungstermin vom 19. Juni 2002 konnte keine vergleichsweise Erledigung u.a. des Rechtsstreits mit dem Az.: [L 12 KA 527/01](#) 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 berschreitung der Abrechnung im vertragszahnärztlichen Bereich keine kompensatorischen Einsparungen bei der Abrechnung im vertragsärztlichen Bereich (ambulant und stationär) gegenuberstanden. Einer ergänzenden Prüfung von Einzelfällen bedürfe es deshalb nicht. Hierzu wird angehend von einer durchschnittlichen Fallzahl im ambulanten Bereich von 381 Fällen und einem Durchschnittsfallwert im ambulanten Bereich von 2132,20 Punkten bzw. einer durchschnittlichen Fallzahl im stationären Bereich von 26 Fällen und einem Durchschnittsfallwert im stationären Bereich von 6883,10 Punkten bei den MKG-Chirurgen angehend ein gewichteter durchschnittlicher Fallwert im vertragsärztlichen Bereich in Höhe von 2435,70 Punkten errechnet, den der Kläger mit einem "Pro-Fall-Punktevolumen" von 5384,00 Punkten überschreite.

Die Bevollmächtigten der Beigeladenen zu 1) beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 6. November 1997, Az.: [S 38 KA 5268/97](#), aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses Nordbayern vom 10. September 1997 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) sowie 4) bis 7) schließen 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 und den Bescheid des Prüfungsausschusses 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 durchgefahrt. Der Bevollmächtigte des Beklagten stellt die Entscheidung in das Ermessen des Gerichts.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beigeladenen zu 1), 2) sowie 4) bis 7) gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 6. November 1997 zurackzuweisen, 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 5. Februar 1997 (Quartal 4/95) zu entscheiden, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte des Beklagten (Vergaltungsberichtigung 4/95), die Klageakte ([S 38 KA 5268/97](#)) sowie die Berufungsakte (Az.: [L 12 KA](#)

[527/01](#), vormals L 12 KA 517/98) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mÄ¼ndlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergÄ¼nzend Bezug genommen wird.

EntscheidungsgrÄ¼nde:

Die nach [Ä§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthaften sowie gemÄ¼Ä¼ [Ä§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegten Berufungen der Beigeladenen zu 1), 2) sowie 4) bis 7) sind auch im Ä¼brigen zulÄ¼ssig. Die Beigeladenen zu 1), 2) sowie 4) bis 7) sind aufgrund ihrer Mitverantwortung fÄ¼r die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei WirtschaftlichkeitsprÄ¼fungen auch immer materiell beschwert (vgl. BSG [SozR 3-2500 Ä§ 106 Nr.12](#) S.64; BSG SozR 3-2500, Ä§ 106 Nr.42 S.231). Eine Beschwerde lag hier in dem fÄ¼r die ZulÄ¼ssigkeit einer Berufung allein maÄ¼gebenden Zeitpunkt der Berufungseinlegung (MÄ¼rz 1998) vor (vgl. zum maÄ¼gebenden Zeitpunkt: Meyer-Ladewig, SGG, 6. Auflage, vor Ä§ 143 Rdnr.10b, Ä§ 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), 2) sowie 4) bis 7), die Klage gegen den Bescheid vom 13. November 1996 abzuweisen, nicht entsprochen.

Die danach zulÄ¼ssigen Berufungen der Beigeladenen zu 1), 2) sowie 4) bis 7) sind jedoch unbegrÄ¼ndet. Die Klage des KlÄ¼gers gegen den Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998 ist hingegen begrÄ¼ndet.

Gegenstand eines Rechtsstreits aus dem Bereich der vertrags-(zahn-)Ä¼rztlichen WirtschaftlichkeitsprÄ¼fung ist grundsÄ¼tzlich allein der Bescheid des Beschwerdeausschusses (vgl. BSG [SozR 3-2500 Ä§ 106 Nr.22](#) S.118). Im vorliegenden Fall ist dies der Bescheid vom 14. Dezember 1998, denn damit wurde ausweislich des VerfÄ¼gungssatzes der Bescheid vom 10. September 1997 ersetzt, so dass der erstgenannte Bescheid gemÄ¼Ä¼ [Ä§Ä§ 96 Abs.1, 153 Abs.1 SGG](#) Gegenstand des zu diesem Zeitpunkt bereits anhÄ¼ngigen Berufungsverfahrens (Az.: [L 12 KA 527/01](#), vormals L 12 KA 517/98) geworden ist (vgl. Meyer-Ladewig, a.a.O., Ä§ 96 Rdnr.7; Pawlak in Hennig, SGG, Ä§ 96 Rdnr.50 ff.; Bley, Gesamtkommentar Sozialversicherung, Band 8, Ä§ 96 Anm.1c; [BSGE 47, 168](#) (170) = [SozR 1500 Ä§ 96 Nr.13](#); [BSGE 59, 137](#) (139) = [SozR 2200 Ä§ 368a Nr.13](#); BSG [SozR 3-2500 Ä§ 116 Nr.6](#) S.38). Beide genannten Bescheide beinhalten dieselben Regelungen desselben RechtsverhÄ¼ltnisses, nÄ¼mlich die Feststellung einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise im 4. Quartal 1995 und als Rechtsfolge (VerfÄ¼gungssatz) die Festsetzung einer VergÄ¼tungsberichtigung (HonorarkÄ¼rzung). Bei dem Bescheid vom 14. Dezember 1998 handelte es sich nicht nur um einen AusfÄ¼hrungsbescheid (dazu: BSG SozR 1500 Ä§ 96 Nr.12), mit dem unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts das Urteil des Sozialgerichts vom 6. November 1997 ausgefÄ¼hrt wurde. In diesem Bescheid wurde Ä¼ber die nach [Ä§ 141 Abs.1 SGG](#) bindenden Vorgaben des Sozialgerichts hinaus bei der Festsetzung der HÄ¼he der VergÄ¼tungsberichtigung eine eigenstÄ¼ndige Regelung getroffen und unter BerÄ¼cksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die HÄ¼he der VergÄ¼tungsberichtigung reduziert.

Dies hat für die Berufungen der Beigeladenen zu 1), 2) sowie 4) bis 7) zur Folge, dass mit dem ersetzenden Bescheid des Beklagten vom 14. Dezember 1998 die Beschwer für das Berufungsverfahren weggefallen ist. Die Beigeladenen zu 1), 2) sowie 4) bis 7) können ihr Ziel, das sie im Klage- und Berufungsverfahren verfolgt haben, den Bescheid des Beklagten vom 10. September 1997 bindend werden zu lassen ([  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), 2) sowie 4) bis 7) ihren Anfechtungsantrag kombiniert mit einem Bescheidungsantrag weiterhin aufrecht erhalten haben, sind deren Berufungen als unbegründet zurückzuweisen (vgl. Meyer-Ladewig, a.a.O., vor   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 Rechtsm ngigkeit auf Klage hin zu entscheiden (vgl. Meyer-Ladewig, a.a.O.,   96 Rdnr.7 m.w.N.)

Rechtsgrundlage für die hier mit Bescheid vom 14. Dezember 1998 durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten ist [  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 Regelpr fmethodemethoden angenommen. 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 Zweckm ngigen 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   106 Nr.23](#) S.124).

Die gesetzliche Regelung wurde im streitigen Zeitraum (Quartal 4/95) im Prim rkassenbereich ergänzt durch   20 des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte (BMV-Z) sowie die Anlage 4a zum Bayerischen Gesamtvertrag-Zahnärzte (GV-Z) bzw. im Ersatzkassenbereich durch   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 [  106 Abs.5 Satz 2 SGB V](#) kein genereller Grundsatz zu entnehmen, wonach jeder Honorarkürzung eine gezielte Beratung im Sinne eines Rechtsm ngigkeitserfordernisses 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 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. BSG, 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](#) 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 Tätigkeitsfelder 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 Vergütungstatbestände 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 würde, dass sie keine tragfähige Grundlage mehr für statistische Aussagen ergeben könnte (vgl. dazu Clemens in Schulin, 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 geprüft, 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 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 ambulanzklinisch 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 Prägremien bzw. den Beigeladenen zu 1) und 9) 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 KlÄggers nachzugehen, die fÄr die zu treffende Entscheidung erheblichen UmstÄnde umfassend aufzuklÄren und den so ermittelten Sachverhalt dahingehend rechtlich zu wÄrdigen, ob sich das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise des KlÄggers in ihrer HÄufigkeit von der Typik der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen wesentlich unterscheidet.

Diesen Anforderungen an eine ergÄnzende intellektuelle PrÄfung genÄgen jedenfalls die AusfÄhrungen des Beklagten im Bescheid vom 14. Dezember 1998 nicht. Er hat, nachdem er den Fallwert des KlÄggers dem Landesdurchschnitt der MKG-Chirurgen in Bayern gegenÄbergestellt hat, sich eingehend mit der Eignung des statistischen Vergleichs unter BerÄcksichtigung der bindenden Vorgaben des Sozialgerichts ([ÄS 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 KlÄggers, innerhalb der MKG-Chirurgen eine Besonderheit aufzuweisen, nicht hinreichend auseinandergesetzt. Die AusfÄhrungen beschrÄnken sich insoweit auf die nicht ausreichend und nachvollziehbar begrÄndete Behauptung, die gefÄhrte "Tagesklinik" kÄnne nicht als Praxisbesonderheit gewertet werden, da sie nicht von Einfluss auf die statistischen Werte sein kÄnne.

Insoweit wÄre vom Beklagten zum einen zu prÄfen gewesen, ob beim KlÄger ein besonderes Patientengut ("auÄerordentlich grÄer Umfang besonders schwieriger FÄlle") und ein dadurch atypisch grÄer Behandlungsumfang als bei der Vergleichsgruppe vorliegt. Zum anderen hÄtte der Beklagte der Frage nachgehen mÄssen, ob gleichartige Operationen einerseits vom KlÄger in seiner Tagesklinik und andererseits von der Vergleichsgruppe belegÄrztlich durchgefÄhrt und abgerechnet wurden (vgl. hierzu BSG, SozR 3-2500, [ÄS 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 MÄglichkeiten offen. ZunÄchst bietet sich ein Vergleich des vertragszahnÄrztlichen Abrechnungsvolumen des KlÄggers 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 9) mit Schriftsatz vom 18. Januar 2000 die entsprechenden Daten u.a. fÄr das Quartal 4/95 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 ÄS 106 Nr.54](#) S.302). Gleiches gilt fÄr die von der Beigeladenen zu 1) aus den Daten gezogenen Schlussfolgerungen, wonach der mehr als deutlichen Äberschreitung des Gesamtfallwerts im vertragszahnÄrztlichen Bereich auch unter Einbeziehung der stationÄren, belegÄrztlichen TÄtigkeit keine entsprechende unterdurchschnittliche Abrechnung im vertragsÄrztlichen Bereich gegenÄbersteht. Die genannten Schlussfolgerungen sind auch nicht unter dem Gesichtspunkten des Nachschiebens von GrÄnden vom Senat zu berÄcksichtigen. 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 9) im Schriftsatz vom 18. Januar 2000 mitgeteilte Abrechnungswerte, dass der Durchschnittswert der MKG-Chirurgen im ambulanten Bereich im Quartal 4/95 bei 2132,20 Punkten und im stationär-belegärztlichen Bereich bei 6883,10 Punkten lagen. Soweit die Beigeladene zu 1) ausgehend von den durchschnittlichen Fallzahlen im ambulanten Bereich (381) und im stationären Bereich (26) im Rahmen einer Gewichtung zu einem gewichteten Fallwert in Höhe von 2435,70 Punkten gelangt, den der Kläger mit einem Fallwert von 5384,00 Punkten ebenfalls deutlich 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 dem 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](#)).
Begründet 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 so genannte 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), 2) sowie 4) bis 7) 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 20. November 1996 (Quartal 4/95) 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), 2) sowie 4) bis 7) zurückgewiesen wurden und im Berufungsverfahren die Klage des Klägers Erfolg hatte, sind im Berufungsverfahren neben dem Beklagten auch die Beigeladenen zu 1), 2) sowie 4) bis 7) 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.

Erstellt am: 27.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024