
S 12 KA 71/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Marburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	12
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 12 KA 71/18
Datum	27.03.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KA 38/19
Datum	-

3. Instanz

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

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klāgerin hat dem Beklagten und den Beigeladenen zu 2), 3), 5) und 6) die notwendigen auāergerichtlichen Kosten zu erstatten und trāgt die Gerichtskosten. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

3. Die Sprungrevision zum Bundessozialgericht wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Honorarberichtigung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im KCH-Bereich in den Quartalen I und II/15 in Hāhe von 25.812,48 EUR aufgrund einer eingeschrānkten Einzelfallprāfung (ohne Hochrechnung) sowie weiterer Kārzungen im KB-Bereich in Hāhe von 1.655,63 EUR und im PAR-Bereich in Hāhe von 3.169,20 EUR, insgesamt um eine Honorarkārzung in Hāhe von 30.637,31 EUR.

Die Klāgerin ist als Zahnārztin zur vertragszahnārztlichen Versorgung mit Praxissitz in A Stadt zugelassenen.

In den streitbefangenen Quartalen ergaben sich folgende Abrechnungswerte der KÄrgerin (in nachfolgender Tabelle abgekÄrzt als VZA) im Vergleich mit den Abrechnungswerten der hessischen VertragszahnÄrzte (VG):

Quartal	Fallzahl	Pkte. pro Fall	Mehrkosten pro Fall in Punkten	In %	
I/2015	VZA*	88	191	97	103
	VG**	506	94		
II/2015	VZA*	105	162	74	84
	VG**	514	88		

Der Gemeinsame Ausschuss der ZahnÄrzte und Krankenkassen in Hessen wÄhlte am 23.09.2015 und 18.11.2015 die Praxis der KÄrgerin bzgl. des Quartals I/15 bzw. II/15 zur PrÄrderung aus. Daraufhin leitete die Gemeinsame PrÄrdrungsstelle der ZahnÄrzte und Krankenkassen in Hessen fÄr das streitbefangene Quartal ein PrÄrdrungsverfahren ein, was sie der KÄrgerin unter Datum vom 28.10.2015 bzw. 20.11.2015 mitteilte.

Die PrÄrdrungsstelle hÄrte die KÄrgerin unter Datum vom 22.02.2016 unter BeifÄrderung einer Patientenliste fÄr die streitbefangenen Quartale schriftlich an und bat, sÄmtliche Aufzeichnungen (vollstÄndige Patientenkartei, RÄntgenaufnahmen und ggf. begleitende Dokumente) fÄr diese vorzulegen. Die PrÄrdrungsstelle erinnerte die KÄrgerin unter Datum vom 08.04.2016 an die Äbersendung der Unterlagen, woraufhin EDV-Abrechnungsausdrucke und weitere Unterlagen (PAR- und KB-PlÄne sowie Modelle) eingingen.

Die PrÄrdrungsstelle Äbersandte der KÄrgerin unter Datum vom 19.07.2016 ihren PrÄrdrbericht auf der Grundlage einer reprÄsentativen EinzelfallprÄrderung, zu dem sich die KÄrgerin inhaltlich nicht ÄuÄerte.

Mit Bescheid vom 25.01.2017 setzte die PrÄrdrungsstelle fÄr die streitbefangenen Quartale eine Gesamthonorarberichtigung in HÄhe von insgesamt 14.779,46 EUR fest. Hiervon entfielen auf den KCH-Bereich 9.954,03 EUR aufgrund einer reprÄsentativen EinzelfallprÄrderung, auf den KB-Bereich 1.655,63 EUR â Komplettabsetzungen in fÄrnf BehandlungsfÄllen wegen fehlender Aufzeichnungen Äber Schienenbehandlungen â und den PAR-Bereich 3.169,20 EUR â Komplettabsetzungen in fÄrnf BehandlungsfÄllen wegen fehlender Dokumentation Äber den Behandlungshergang -. Ferner nahm sie eine sachlich-rechnerische Berichtigung in einem Behandlungsfall in HÄhe von 0,60 EUR vor.

Hiergegen legte die KÄrgerin am 27.01.2017 Widerspruch ein. Sie trug vor, sie lege erneut die Abrechnung vor. Alle KarteikarteneintrÄge seien jetzt in der Abrechnung vermerkt. Laut dem Hersteller des Abrechnungsprogramms sei es nicht nachvollziehbar, dass alle 01 nicht mit der Abrechnung ohne Kommentardateien Äbermittelt worden seien. Das Programm mache dies laut Hersteller automatisch. Das AbrechnungsbÄro habe jetzt fÄr Kons, PA und KCH die Daten aus ihrer Kartei Äbertragen.

Die Beigeladenen zu 2) bis 7) legten am 27.02.2017 Widerspruch ein, da sie eine

weitaus höhere unwirtschaftliche Abrechnungsweise vermuteten.

Der Beklagte lud die Klägerin unter Datum vom 03.03.2017 zu einer Präsenzbesitzung am 28.06.2017 und bat um Übersendung sämtlicher Aufzeichnungen für die in der Anlage genannten Behandlungsfälle. Ferner übersandte er der Klägerin unter Datum vom 01.06.2017 einen Präsenzbericht.

Die Klägerin teilte mit E-Mail vom 08.06.2017 mit, sie habe zur gleichen Zeit eine Begehung durch das Gesundheitsamt, weshalb sie um Verlegung des Termins um mindestens 14 Tage bitte, damit sie alles nochmals durcharbeiten und einreichen könne.

Der Beklagte teilte mit Schreiben vom 12.06.2017 mit, sie bitte um Einreichung einer unterschriebenen Fassung des Schreibens. Über den Verlegungsantrag könne nicht vorab entschieden werden. Eine Verlegung sei aber grundsätzlich nur sehr schwer zu realisieren. Die Ladung sei außerordentlich frühzeitig erfolgt. Es bestehe noch ausreichend Zeit zur Einarbeitung in den Präsenzbericht.

Die Klägerin nahm an der Sitzung des Beklagten nicht teil.

Der Beklagte lehnte mit Beschluss vom 28.06.2017, ausgefertigt am 14.11.2017 und der Klägerin am 17.11.2017 zugestellt, den Verlegungsantrag ab, wies den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück und gab dem Widerspruch der Beigeladenen zu 2) bis 7) statt, in dem er die Honorarabrechnung auf den streitbefangenen Umfang erhöhte. Dem Verlegungsantrag gab er nicht statt, weil die Begründung der Klägerin nicht einen hinreichenden Grund für eine unverschuldete Hinderung an einer ordnungsgemäßen Vorbereitung oder eine Teilnahme an der Sitzung abgebe. Zur Begründung der Honorarberichtigung führte er aus, die Auswahl der im Einzelfall geeigneten Präferenzmethode gehöre zum Beurteilungsspielraum der Präferenzgremien. Er habe sich für die Durchführung einer repräsentativen Einzelfallprüfung gem. § 18 Abs. 1b der Präferenzvereinbarung entschieden. Es seien gegenüber der erstinstanzlichen Entscheidung weitergehende Klärungen erforderlich gewesen. Die insgesamt vorgelegten Behandlungsnachweise entsprächen unabhängig von ihren Druckdaten nicht den Anforderungen an eine ordnungsgemäße Dokumentation. Er erlaubte zunächst die einzelnen Begründungselemente unter den Überschriften Doku, Keine Notwendigkeit (N, Exz1, Mu, sK), ohne Befund (R/01), schlechte Qualität, OPG in 1. Sitzung, 1 mehrfach, 1 vor 01, Vopr, Z mehrfach, WB mangelhaft, WB ohne R, Med mehrfach zur VitE, Exz1 neben bMF, Ost1 Mehraufwand nicht nachvollziehbar, Mu neben Exz1, Mu neben Inz1, Zahn nicht erhaltungswürdig und Begleitleistungen zu Implantaten, auf die in den beigefügten Absetzungslisten verwiesen wird. Hinsichtlich der Absetzungen im KB- und PAR-Bereich verwies er auf die Ausführungen der Präferenzstelle. Eine Hochrechnung sei entbehrlich, weil aufgrund der kleinen Fallzahl der Praxis im Quartal I/15 alle und im Quartal II/15 bereits 95,2 % aller KCH-Behandlungsfälle überprägt worden seien.

Hiergegen hat die Klägerin am 31.01.2018 die Klage erhoben. Sie trägt vor, am

28.06.2018 habe die Begehung des Gesundheitsamts stattgefunden. Dies sei der Termin der mündlichen Verhandlung des Beklagten gewesen. Ihr Antrag auf Verlegung des Termins sei deshalb begründet gewesen. Der Beklagte überschreite seine Randzuständigkeit zur sachlich-rechnerischen Berichtigung. Würden Absetzungen mit der Nichterbringung der Leistung bzw. des fehlenden Nachweises begründet und nicht mit der fehlenden Wirtschaftlichkeit oder Notwendigkeit, dann lägen sachlich-rechnerische Berichtigungen vor. Bei zahlreichen Absetzungen lägen in Wirklichkeit sachlich-rechnerische Berichtigungen vor. Bei jedweder Form fehlender Dokumentation werde von einer Unwirtschaftlichkeit ausgegangen. Würden Dokumentationen im Zusammenhang mit der Befundung bzw. der Leistungserbringung an sich fehlen, liege eine sachlich-rechnerische Berichtigung vor. Das Gleiche gelte entsprechend für das Problemfeld "ohne Befund" (R/01)". Das Problemfeld "schlechte Qualität" betreffe eine Fallgruppe, dass Röntgenbilder nicht vollständig auswertbar seien. Für das Problemfeld "WB mangelhaft" gelte, dass die Leistung nicht abrechenbar sei, wenn die Wurzelfüllung nicht bis zur Wurzelspitze oder das Kanalvolumen mit der Wurzelfüllung nicht vollständig aufgefüllt werde. Das Gleiche gelte entsprechend für das Problemfeld "WB ohne R". Ob ein Zahn nicht erhaltungswürdig sei, könne nicht durch Röntgenaufnahmen abschließend beurteilt werden, ausschlaggebend sei stets der klinische Befund. Eine Kollision von Zuständigkeiten zwischen der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung und dem Beschwerdeausschuss könne nicht mit dem Kriterium der "Offenkundigkeit" gelöst werden. Auch ein Bedauern nach Praktikabilität helfe hier nicht weiter. Entweder führe eine Klärung auf einer sachlich-rechnerischen Berichtigung, oder aber einer unwirtschaftlichen Abrechnungsweise. Beides gleichzeitig gehe nicht. Bei einem Zuständigkeitsstreit zwischen zwei Behörden könne üblicherweise die gemeinsame obere Behörde angerufen werden. Dass aber eine Stelle, hier der Beklagte, einzig und allein selber über die Frage zu entscheiden habe, sei ein Ding der Unmöglichkeit. Im Quartal I/15 seien zwar alle Leistungen überpruft worden, diese würden aber nicht die notwendige Anzahl von 100 erreichen. Es seien nur 88 Behandlungsfälle abgerechnet worden. Werde eine Osteotomie nicht sicher nachgewiesen werden, liege eine solche nicht vor. Der Beklagte könne nicht auf die Vorinstanz verweisen. Er schulde eine eigenständige Auseinandersetzung und Bewertung der einschlägigen Fragen. Im KB- und PAR-Bereich verweise der Beklagte lediglich auf die Ausführungen der Prüfungsstelle. Dies sei unzulässig. Die Begründung der Einzelbeanstandungen im KB-Bereich sei wohl ungeprüft von der Prüfungsstelle übernommen worden. Denn wenn der Beklagte die Ausführungen der Prüfungsstelle überprüfte, hätte er feststellen müssen, dass sie nicht stimmten. Bei der Patientin Nr. 8 (C., C.) sei entgegen der Behauptung (keinerlei Aufzeichnung) eine umfangreiche Dokumentation über die Vorbehandlung/Diagnose/Nachkontrolle/usw. vorhanden. Das Gleiche gelte genauso für die Patientin Nr. 13 (D., D.). Vergleichbares gelte hinsichtlich der weiter aufgeführten Patientinnen 21 (E., E.), 52 (F., F.) und 100 (G., G.). Sie gehe davon aus, dass auch die Beanstandungen bei der Parodontosebehandlung (keinerlei Dokumentation) so nicht zutreffend seien. Dies müsse ggf. im Termin zur mündlichen Verhandlung überpruft werden. Der nunmehr vorgelegte Gebührenbescheid der Stadt A-Stadt. bestätige die Begehung des Gesundheitsamts am 28.06.2017. Als Betriebsinhaberin habe sie bei

der Begehung vor Ort zu sein. Der Verlegungsantrag sei begründet gewesen. Die Ablehnung stelle eine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar.

Die Klägerin beantragt,
den Beschluss des Beklagten vom 28.06.2017 aufzuheben und diesen zu verurteilen, über die Widerspruchserneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er trägt vor, die Klägerin habe die Angaben zur Begehung durch das Gesundheitsamt nicht konkretisiert. Auch habe sie die Angaben nicht glaubhaft gemacht. Auch habe sie nicht angegeben, zu welcher Uhrzeit die Begehung stattfinden sollte. Die Möglichkeit zur sachlich-rechnerischen Berichtigung schließe keineswegs aus, über die Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Regressierung vorzunehmen. Auch Dokumentationsmängel berechtigten hierzu im KCH-Bereich, nicht nur im PAR-Bereich. Zumindest in nicht eindeutigen Fällen stehe der Weg offen, ggf. sowohl den Weg der sachlich-rechnerischen Berichtigung wie auch der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu wählen. Seien die Gründe der Behandlung anhand der vorgelegten Dokumentation nicht nachvollziehbar, könne und müsse von einer unwirtschaftlichen Behandlung ausgegangen werden, weil Voraussetzung für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit stets die dokumentierte Diagnose sei. Ähnliches gelte für die Röntgendokumentation. Ob ein Zahn nicht erhaltungswürdig sei, könne nicht ausschließlich durch den klinischen Befund beurteilt werden. In den strittigen Fällen seien jedenfalls die Röntgenaufnahmen eindeutig gewesen. Er intenziere in keiner Weise, künftig auch für die sachlich-rechnerische Richtigstellung zuständig zu sein über die "Randkompetenz" hinaus, die ihm als Institution der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach der Rechtsprechung wegen der Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen der Wirtschaftlichkeitsprüfung einerseits und der sachlich-rechnerischen Richtigstellung andererseits zugebilligt sei. Es handele sich im vorliegenden Fall wie auch in anderen Fällen einer Regressfestsetzung aufgrund fehlender oder mangelhafter Dokumentation im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch nicht um eine "verdeckte" Richtigstellung sachlich-rechnerischer Art. Vielmehr werde in solchen Fällen von ihm im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine vollständige Leistungserbringung im Sinne der Abrechnungsvorschriften unterstellt. Auf der Grundlage dieser unterstellten vollständigen Leistungserbringung prüfe er sodann, ob eine wirtschaftliche Leistungserbringung vorliege. An einer solchen fehle es naturgemäß, wenn sich bspw. aus der vorliegenden Dokumentation nicht die erforderliche Indikation im notwendigen Umfang ergebe oder unklar bleibe, wofür Kosten entstanden seien. Es erfolge keineswegs eine Einschränkung oder Reduktion der Kompetenzen der beigeladenen Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Ihr sei es nach wie vor völlig unbenommen, sachlich-rechnerische Richtigstellungen bspw. wegen mangelhafter oder fehlender Dokumentation vorzunehmen. Eine mangelhafte oder fehlende Dokumentation eröffne einerseits sowohl die Möglichkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung wie auch

die Möglichkeit der Institutionen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, im vorbeschriebenen Sinne eine unwirtschaftliche Leistungserbringung anzunehmen. Bei einer Fallzahl unter 100 sei lediglich eine Hochrechnung ausgeschlossen, nicht aber eine Prüfung. Wenn er sich vollumfänglich den Ausführungen der Prüfungsstelle anschließen, zeige dies, dass deren Feststellungen und Aussagen entsprechend überprüft worden seien. Er könne sich dann die Argumentation der Vorinstanz zu Eigen machen.

Die Beigeladenen zu 2), 3), 5) und 6) beantragen, die Klage abzuweisen.

Die Beigeladenen zu 1), 4) und 7) haben keinen Antrag gestellt.

Die zu 1) beigeflagene Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen trägt vor, sie erkenne nicht, dass der grundsätzliche Vorrang der sachlich-rechnerischen Berichtigung vor der Wirtschaftlichkeitsprüfung in praxi für die befassten Behörden nur schwer umsetzbar sei. Ursächlich hierfür sei, dass Auffälligkeiten der Honorarabrechnung auf fehlerhaften Ansätzen der Gebührenordnung oder auf unwirtschaftlicher Leistungserbringung oder auch auf Beidem beruhen könnten. Deshalb seien die Prüfungsgremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung berechtigt, sachlich-rechnerische Richtigstellungen mit vorzunehmen, soweit diese neben der eigentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von untergeordneter Bedeutung seien (sog. Randzuständigkeit). Liege der Schwerpunkt der Beanstandung hingegen auf einer fehlerhaften Anwendung der Gebührenordnung, müssten die Prüfungsgremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung das betroffene Prüfungsverfahren abschließen und ihr Gelegenheit geben, die notwendigen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen in eigener Zuständigkeit vorzunehmen. Ihre bestehende Zuständigkeit könne nicht durch eine Zweifelsregelung umgangen werden, die im Ergebnis zu einer generellen Zuständigkeit der Prüfungsgremien führen würde. Ein alleiniges Abgrenzungskriterium der "Offenkundigkeit" erscheine nicht geeignet, um den beschriebenen Vorrang gegenüber der Wirtschaftlichkeitsprüfung sachgerecht umzusetzen. Die im Kollisionsfall befassten Prüfungsgremien sollten zumindest inhaltlich der Fragestellung nachgehen, wo der Schwerpunkt der jeweiligen Beanstandungen liege und nicht primär diese Fragestellung wegen des vermeintlichen Prüfungsaufwandes offenlassen. Liege der Schwerpunkt im Bereich gebührenordnungsmäßiger Richtigstellung der Abrechnung, müsse es bei dem Vorrang der sachlich-rechnerischen Richtigstellung bleiben, weil sinnvoller Weise nur die inhaltlich richtige Abrechnung einer Prüfung auf Wirtschaftlichkeit unterzogen werden könne. Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen seien als nicht erbracht bzw. nicht erfüllt anzusehen und könnten deshalb durch sie abgesetzt werden. Wenn keine Befundung durchgeführt worden sei, sei die Leistung (hier die Nr. 01 BEMA) eben nicht erbracht, weil die Befundung Teil des Leistungsinhaltes der Nr. 01 BEMA sei. Auch sehe sie die Prüfung der Qualität von Leistungen primär als ihre eigene Aufgabe an.

Die Beigeladene 3) schließt sich den Ausführungen des Beklagten an.

Die Ã¼brigen Beigeladenen haben sich schriftsÃ¤tzlich zum Verfahren nicht geÃ¤uÃ¼ert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 02.02.2018 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Ã¼brigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der VertragszahnÃ¤rzte und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragszahnarztrechts handelt ([Ã§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz](#) â SGG). Sie konnte dies trotz Ausbleibens der KlÃ¤gerin und eines Vertreters der Beigeladenen zu 1), 4) und 7) tun, weil diese ordnungsgemÃ¤Ã geladen und darauf hingewiesen worden sind, dass auch in Abwesenheit verhandelt und entschieden werden kann.

Die Klage ist zulÃ¤ssig. Die Klage ist insb. nicht verfristet, da fÃ¼r die Klageerhebung nicht die Monats-, sondern die Jahresfrist galt.

Die Klage ist binnen eines Monats nach Bekanntgabe des Verwaltungsakts zu erheben. Hat ein Vorverfahren stattgefunden, so beginnt die Frist mit der Bekanntgabe des Widerspruchsbescheids ([Ã§ 87 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 SGG](#)). Die Frist fÃ¼r ein Rechtsmittel oder einen anderen Rechtsbehelf beginnt nur dann zu laufen, wenn der Beteiligte Ã¼ber den Rechtsbehelf, die Verwaltungsstelle oder das Gericht, bei denen der Rechtsbehelf anzubringen ist, den Sitz und die einzuhaltende Frist schriftlich oder elektronisch belehrt worden ist ([Ã§ 66 Abs. 1 SGG](#)). Ist die Belehrung unterblieben oder unrichtig erteilt, so ist die Einlegung des Rechtsbehelfs nur innerhalb eines Jahres seit Zustellung, ErÃ¶ffnung oder VerkÃ¼ndung zulÃ¤ssig, auÃer wenn die Einlegung vor Ablauf der Jahresfrist infolge hÃ¶herer Gewalt unmÃ¶glich war oder eine schriftliche oder elektronische Belehrung dahin erfolgt ist, dass ein Rechtsbehelf nicht gegeben sei ([Ã§ 66 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Die Rechtsbehelfsbelehrung im angefochtenen Beschluss des Beklagten vom 28.06.2017 war fehlerhaft.

Der angefochtene Widerspruchsbescheid vom 28.06.2017 wurde am 14.11.2017 ausgefertigt und der KlÃ¤gerin am 17.11.2017 durch Einwurf in den zur Praxis gehÃ¶renden Briefkasten zugestellt. Damit lief die Klagefrist vom 18.11. bis zum Montag, dem 18.12.2018. Als Adresse des Gerichts wird in der Rechtsbehelfsbelehrung noch die GutenbergstraÃe 29 in Marburg angegeben. Das Gericht war aber am 18.12.2017 bereits in die Robert-Koch-StraÃe 17 in Marburg umgezogen (1. Tag im neuen GebÃ¤ude). Damit war die angefÃ¼gte Rechtsmittelbelehrung fehlerhaft, unabhÃ¤ngig davon, ob die Beklagte in der Lage war, diese zutreffend zu formulieren. Von daher gilt die Jahresfrist und ist die Klage

nicht verfristet. Von daher kommt es auf den Vortrag der KlÄ¼gerin in dem Schreiben vom 28.12.2017, wegen Praxisschlie¼ung vom 11. bis 28.11.2017 den Widerspruchsbescheid erst am 29.11.2017 (Mittwoch) erhalten zu haben, nicht an. Allerdings hÄ¼tte sie noch fast drei Wochen Zeit gehabt, die Klage innerhalb der Klagefrist von einem Monat zu erheben. Wiedereinsetzung kommt nach [Ä§ 67 Abs. 1 SGG](#) nur in Betracht, wenn jemand ohne Verschulden verhindert war, eine gesetzliche Verfahrensfrist einzuhalten. WÄ¼re das Gericht nicht innerhalb der Monatsfrist verzogen, hÄ¼tte die KlÄ¼gerin die Frist jedenfalls nicht ohne Verschulden versÄ¼umt.

Gegenstand des Verfahrens ist jeweils nur der Bescheid des Beklagten, nicht auch der der PrÄ¼fungsstelle. In Verfahren der WirtschaftlichkeitsprÄ¼fung beschrÄ¼nkt sich die gerichtliche Kontrolle auf die das Verwaltungsverfahren abschlie¼ende Entscheidung des Beschwerdeausschusses. Dieser wird mit seiner Anrufung fÄ¼r das weitere PrÄ¼fverfahren ausschlie¼lich und endgÄ¼ltig zustÄ¼ndig. Sein Bescheid ersetzt den ursprÄ¼nglichen Verwaltungsakt des PrÄ¼fungsausschusses, der abweichend von [Ä§ 95 SGG](#) im Fall der Klageerhebung nicht Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird. Eine dennoch gegen diesen Bescheid erhobene Klage ist unzulÄ¼ssig (vgl. BSG, Urt. v. 19.06.1996 â [6 RKa 40/95](#) â [SozR 3-2500 Ä§ 106 Nr. 35](#), zitiert nach juris Rdnr. 12; BSG, Urt. v. 28.06.2000 [B 6 KA 36/98 R](#) â [USK 2000-165](#), juris Rdnr. 14).

Die Klage ist aber unbegrÄ¼ndet. Der angefochtene Beschluss des Beklagten vom 28.06.2017 ist rechtmÄ¼ssig und war daher nicht aufzuheben. Die KlÄ¼gerin hat auch keinen Anspruch auf Neubescheidung Ä¼ber die WidersprÄ¼che gegen den Bescheid der PrÄ¼fungsstelle unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Die Klage war daher abzuweisen.

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt der an der vertragsÄ¼rztlichen Versorgung teilnehmende Arzt â Vertragsarzt â die Stellung eines Leistungserbringers ein. Er versorgt die Mitglieder der Krankenkassen mit Ä¼rztlichen Behandlungsleistungen, unterfÄ¼hrt damit auch und gerade dem Gebot, sÄ¼mtliche Leistungen im Rahmen des Wirtschaftlichen zu erbringen. Leistungen, die fÄ¼r die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf er nach dem hier anzuwendenden Sozialgesetzbuch, FÄ¼nftes Buch, gesetzliche Krankenversicherung, in der hier ma¼gebenden Fassung des Gesetzes vom 19.10.2012 ([BGBl. I, 2192](#)), nicht erbringen ([Ä§ 12 Abs. 1 SGB V](#)).

Rechtsgrundlage fÄ¼r HonorarkÄ¼rzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise ist [Ä§ 106 Abs. 2 SGB V](#) in der hier ma¼gebenden Fassung des Gesetzes vom 19.10.2012 ([BGBl. I, 2192](#)), gÄ¼ltig bis zum 31.12.2016. Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene PrÄ¼fungen Ä¼rztlicher und Ä¼rztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ä¼rzte je Quartal umfassen (ZufÄ¼lligkeitsprÄ¼fung), geprÄ¼ft ([Ä§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)). Die LandesverbÄ¼nde der Krankenkassen und die VerbÄ¼nde der Ersatzkassen kÄ¼nnen gemeinsam und einheitlich mit den KassenÄ¼rztlichen

Vereinigungen über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren ([Â§ 106 Abs. 2 Satz 4](#) HS 1 SGB V). Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratung nach Absatz 1a und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich ([Â§ 106 Abs. 3 Satz 1](#) HS 1 SGB V). In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden; festzulegen ist ferner, dass der Prüfungsausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkasse oder ihres Verbandes Einzelfallprüfungen durchführt. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen ([Â§ 106 Abs. 3 Satz 3](#) und 4 SGB V).

Für die Quartale ab dem Quartal I/15 gilt die Prüfvereinbarung vom 18.08.2015.

Danach entscheiden die Prüfungseinrichtungen über die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Ordnungsweise gemäß [Â§ 106 SGB V](#) ([Â§ 1 PV 2015](#)). Die in [Â§ 106 SGB V](#) vorgesehenen Prüfverfahren werden auf der Grundlage der Regelungen der Prüfvereinbarung eingeleitet und durchgeführt ([Â§ 10 Abs. 1 PV 2015](#)). Die Prüfvereinbarung sieht Prüfverfahren auf der Grundlage einer Zufälligkeits- ([Â§ 12 PV 2015](#)), Auffälligkeits- ([Â§ 13 PV 2015](#)) und Antragsprüfung ([Â§ 14 PV 2015](#)) vor. Zur Einleitung von Prüfverfahren nach Auffälligkeitskriterien wird ein gemeinsamer Ausschuss der Vertragspartner gebildet ([Â§ 13 Abs. 1 Satz 1 PV 2015](#)). Der gemeinsame Ausschuss überprüft die statistischen Unterlagen alsbald nach deren Vorliegen in einem Auswahlgespräch und bestimmt hieraus die Vertragszahnärzte, a) die von der Prüfungsstelle beraten werden sollen, b) die darauf hingewiesen werden sollen, dass ihre Abrechnung in bestimmten Positionen gegenüber den übrigen abrechnenden Vertragszahnärzten erheblich abweicht, c) die von der Prüfungsstelle eingehend individuell überprüft werden sollen ([Â§ 13 Abs. 2 PV 2015](#)). Die Einleitung des Prüfverfahrens ist grundsätzlich auf den Zeitraum eines Quartals beschränkt. In begründeten Ausnahmefällen ist die Ausdehnung auf maximal vier zusammenhängende Quartale zulässig ([Â§ 13 Abs. 6 Satz 1 und 2 PV 2015](#)). Die zu 1) beigefugte KZVH ermittelt eine versichertenbezogene Stichprobe aus den im Prüfungszeitraum abgerechneten KCH-Behandlungsfällen und übermitteln die entsprechenden Abrechnungsdaten zulässig ([Â§ 15 Abs. 2 Satz 1 und 2 PV 2015](#)). Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit einschl. der zahnärztlich verordneten Leistungen erfolgt auf der Grundlage von a) Einzelfällen, b) repräsentativen Einzelfällen, c) Durchschnittswerten mit dem Ziel der Klärung, ob die abgerechneten Leistungen den zahnärztlichen Regeln entsprechend ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich waren ([Â§ 18 Abs. 1 PV 2015](#)). Vom Vertragszahnarzt ausgewählte Fälle zur Darstellung von Praxisbesonderheiten oder kompensatorischen Einsparungen sollen berücksichtigt werden. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit sind grundsätzlich die gesamte Tätigkeit des Vertragszahnarztes und die besonderen Verhältnisse seiner Praxis zu berücksichtigen. Insb. ist zu prüfen, ob ein Mehraufwand in Teilbereichen der

Abrechnung nicht durch einen â hiermit ursÃchlich verbundenen â Minderaufwand in anderen Bereichen ausgeglichen wird (Â§ 18 Abs. 3 PV 2015). Die PrÃfgremien legen im Rahmen ihres Beurteilungsspielraumes in jedem Einzelfall die anzuwendende PrÃfmethode fest. Bei der Auswahl der PrÃfmethode sind die in Â§ 19 und 20 PV 2015 genannten Aspekte zu beachten (Â§ 18 Abs. 4 PV 2015).

FÃ¼r die beiden streitbefangenen Quartale I und II/15 erfolgte eine quartalsbezogene Auswahl. Der Gemeinsame Ausschuss der ZahnÃrzte und Krankenkassen in Hessen hat den PrÃfauftrag als AuffÃlligkeitsprÃfung fÃ¼r die streitbefangenen Quartale an die PrÃfungsstelle Ã¼bergeben. Der Gemeinsame Ausschuss schlug als PrÃfmethode fÃ¼r das Quartal II/15 einen statistischen Vergleich vor. Nach Â§ 13 Abs. 7 Satz 2 PV 2015 kann er eine Empfehlung zur PrÃfmethode und zu den fÃ¼r die AnhÃrung erforderlichen Unterlagen abgeben.

Der Beklagte hat der KlÃgerin ausreichend rechtliches GehÃr eingerÃumt.

Der geprÃfte Zahnarzt ist zu den fÃ¼r die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzuhÃren ([Â§ 24 Abs. 1 SGB X](#)). Die Beteiligten sowie die Ausschussmitglieder werden mit einer Frist von vier Wochen zur Sitzung des Beschwerdeausschusses geladen. Auf die MÃglichkeit der Verhandlung in Abwesenheit Beteiligter ist in der Ladung hinzuweisen (Â§ 23 Abs. 1 PV 2015). Der Vertragszahnarzt kann auf sein Recht des mÃndlichen Vortrags verzichten und alternativ schriftlich zur Sache vortragen (Â§ 23 Abs. 2 PV 2015).

Der KlÃgerin wurde durch die Anberaumung einer weiteren PrÃfsitzung rechtliches GehÃr gewÃhrt. Soweit sie an der Sitzung des Beklagten nicht teilgenommen hat, lag ein Grund fÃ¼r eine Vertagung nicht vor.

Soweit die KlÃgerin an der Sitzung des Beklagten nicht teilgenommen hat, muss sie dies sich selbst zurechnen lassen. Ihr Verlegungsantrag war unbegrÃ¼ndet. Der Beklagte hat die KlÃgerin bereits Anfang MÃrz 2017 zu der PrÃfsitzung am 28.06.2017 eingeladen. Erst am 08.06.2017, also etwa drei Monate nach Erhalt der Ladung, teilte die KlÃgerin per E-Mail mit, sie habe zur gleichen Zeit eine Begehung durch das Gesundheitsamt. Es kann hier dahingestellt bleiben, ob die Antragstellung per E-Mail ausreichend war. Jedenfalls lÃsst sich den Angaben der KlÃgerin nicht entnehmen, weshalb die Begehung durch das Gesundheitsamt nicht hÃtte verlegt werden kÃnnen. Insofern ist davon auszugehen, dass die Ladung des Beklagten wesentlich frÃ¼her als die Anberaumung durch das Gesundheitsamt erfolgt ist. Zudem weist der Beklagte zutreffend darauf hin, dass sich der E-Mail auch nicht die Zeit der Begehung entnehmen lÃsst.

Der Beklagte hat seine ZustÃndigkeit nicht verletzt. Bei der durchgefÃ¼hrten PrÃfung handelt es sich um eine WirtschaftlichkeitsprÃfung und nicht um eine sachlich-rechnerische Berichtigung, fÃ¼r die die Beigeladene zu 1) zustÃndig ist.

Nach [Â§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassen(zahn)Ãrztlichen Vereinigungen die vertrags(zahn)Ãrztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und

ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach § 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertrags(zahn)ärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertrags(zahn)ärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertrags(zahn)ärzte fest; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Es obliegt deshalb nach § 19 BMV-Z a. F./§ 17 Abs. 1 Satz 1 EKV-Z der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.1995 [â B 6 RKA 30/94](#) [â SozR 3-5525 Â§ 32 Nr. 1](#), juris Rdnr. 12; BSG, Urt. v. 28.04.2004 [â B 6 KA 19/03 R](#) [â SozR 4-2500 Â§ 87 Nr. 5](#), juris Rdnr. 15; BSG, Urt. v. 30.06.2004 [â B 6 KA 34/03 R](#) [â BSGE 93, 69](#) = [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr. 11](#), juris Rdnr. 17; BSG, Urt. v. 13.05.1998 [â B 6 KA 34/97 R](#) [â SozR 3-5555 Â§ 10 Nr. 1](#), juris Rdnr. 13).

Während die Wirtschaftlichkeitsprüfung gem [§ 106 SGB V](#) bei der Menge der erbrachten Leistungen ansetzt, erstreckt sich die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß [â](#) also ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes [â](#) erbracht worden sind. Solche Verstöße können zum Beispiel darin liegen, dass die Leistungen überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden sind (vgl. BSG, Urt. v. 01.07.1998 [â B 6 KA 48/97 R](#) [â BSG SozR 3-2500 Â§ 75 Nr. 10](#), juris Rdnr. 15 m. w. N.). Eine K(Z)V darf im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung vom Arzt in Ansatz gebrachte Leistungen in vollem Umfang streichen, wenn deren Voraussetzungen erweislich nicht vorliegen oder ihr Vorliegen sich im Einzelfall nicht nachweisen lässt. Diese Berechtigung besteht unabhängig davon, ob die Nichterfüllung der Leistungslegende nur in Einzelfällen oder in vielen Fällen im Streit ist. Während bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung allein an die Menge ärztlicher oder ärztlich veranlasster Leistungen angeknüpft wird, die in grundsätzlicher Übereinstimmung mit den gesetzlichen und/oder vertraglichen Bestimmungen erbracht worden sind, bezieht sich die Prüfung der Abrechnung seitens der K(Z)V auf Rechenfehler und die Einhaltung der tatbestandlich umschriebenen Voraussetzungen einer Position der Gebührenordnung und der sie flankierenden Regelungen. Dieses bedingt bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Zurückführung der überbrachten Leistungen ggf. auf Durchschnittswerte, während für nicht in Einklang mit den Vergütungsnormen erbrachte Leistungen unabhängig von ihrer Menge [â](#) kein Vergütungsanspruch besteht. Ergeben sich in einzelnen Behandlungsfällen begründete Zweifel daran, dass der Tatbestand einer Gebührenordnungsposition erfüllt ist, weil der abrechnende Vertragsarzt den Inhalt der Leistungslegende verkannt hat, obliegt es auch dem betroffenen Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche

Angaben mitzuwirken. Da ihn als Anspruchssteller grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch trifft, liegt eine derartige Mitwirkung in seinem eigenen Interesse. Den K(Z)Ven ist es nicht untersagt, anhand von Einzelfällen zu prüfen, worauf etwa ein als implausibel bewerteter Anstieg der Ansatzhöhe einer bestimmten EBM-Position beruht und darauf ggf. mit einer Korrektur der Abrechnung zu reagieren (vgl. BSG, Beschl. v. 06.09.2000 – [B 6 KA 17/00 B](#) – juris Rdnr. 8).

Nach der Rechtsprechung des BSG ist ferner anerkannt, dass die K(Z)Ven ärztliche Leistungen nicht honorieren müssen, die der Vertragsarzt nicht hat erbringen dürfen, weil sie nicht Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind. Eine Leistungspflicht der GKV besteht nicht bei solchen Leistungen, die sich im konkreten Behandlungszusammenhang in offenkundigem Widerspruch zum Stand der medizinischen Wissenschaft befinden oder erkennbar ohne jeden Nutzen erbracht worden sind. Ist bei vertragsarztrechtlich an sich zulässigen Leistungen diese Evidenzschwelle nicht erreicht, kommt aus kompetenzrechtlichen Gründen nur die Untersuchung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise durch die zuständigen Praxengremien in Betracht (vgl. BSG, Urt. v. 05.02.2003 – [B 6 KA 15/02 R](#) – [SozR 4-2500 Â§ 95 Nr. 1](#), juris Rdnr. 19; BSG, Urt. v. 20.03.1996 – [6 RKa 85/95](#) – [SozR 3-5533 Nr. 3512 Nr. 1](#), juris Rdnr. 14; Clemens in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [Â§ 106a SGB V](#), Rdnr. 45; s.a. BSG, Beschl. v. 17.03.2010 – [B 6 KA 23/09 B](#) –, juris Rdnr. 11).

Der Nachweis der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise scheitert nicht daran, dass der Mehraufwand möglicherweise zu einem Teil durch Gebührendefehlansätze verursacht worden ist. Ob und in welchem Umfang solche Fehlabbrechnungen vorgekommen sind, kann im Nachhinein nicht oder nur mit unzumutbarem Aufwand festgestellt werden. Anders als in den Fällen der Unvereinbarkeit bestimmter Gebührendefehlansätze oder anderer formaler Abrechnungshindernisse, in denen die Fehlabbrechnung erkennbar ist und im Wege der Richtigstellung korrigiert werden kann, lässt sich die Frage, ob der Arzt in einem konkreten Behandlungsfall die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht oder nur eine geringer bewertete Leistung überhaupt abgerechnet hat, anhand der Behandlungsausweise nicht beantworten. Eine nachträgliche Befragung des Arztes und des behandelten Patienten scheidet wegen der großen Zahl der Behandlungsfälle und der gleichwohl verbleibenden Ungewissheit aus. Für derartige Nachforschungen besteht auch kein Anlass, weil es der Arzt in der Hand hat, durch sorgfältige Lektüre der Gebührenordnung und ggf. Rückfrage bei seiner Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung fehlerhafte Honoraransätze zu vermeiden. Die Prüfungseinrichtungen dürfen deshalb bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung davon ausgehen, dass der Vertrags(zahn)arzt die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht hat, und diese Leistungen ihrer Beurteilung zugrunde legen (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.1992 – [6 RKa 3/92](#) – [BSGE 71, 194](#) = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr. 15](#), juris Rdnr. 23 f.). Eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Honorarabbrechnung hat der Wirtschaftlichkeitsprüfung nur dann zwingend voranzugehen, wenn es sich um Abrechnungsunrichtigkeiten handelt,

die offenkundig und aus den Behandlungsunterlagen ohne weiteres zu ersehen sind. Eine scharfe Trennung zwischen Wirtschaftlichkeitsprüfung und Abrechnungskontrolle ist weder praktisch durchführbar noch rechtlich geboten (vgl. BSG, Urt. v. 09.03.1994 – [6 RKA 18/92](#) – [BSGE 74, 70](#) = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr. 23](#), juris Rdnr. 23).

Dies gilt in besonderem Maße für die vertragszahnärztliche Abrechnung, da verschiedentlich die Leistungen von Umfang und Schwere abhängen und leistungsrechtlich in einem Stufenverhältnis stehen, wie z. B. die Leistungen nach Nr. 56 Buchst. a) bis d) (Zy) oder Nr. 45 (X3), 47a (Ost1), 48 (Ost2) und 53 (Ost3) BEMA. So hat die Kammer erst jüngst unter Berufung auf die genannte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entschieden, dass, soweit sich aus der Dokumentation ein schlüssiges Vorgehen nicht ergibt, die Praxismittelverbände zwar die vollständige Leistungserbringung unterstellen, aber den Schluss ziehen können, dass es an der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fehlt (vgl. SG Marburg, Urt. v. 05.12.2018 [S 12 KA 127/18](#) – Sprungrevision anhängig: [B 6 KA 2/19 R](#); Parallelverfahren: [S 12 KA 201/18](#), Sprungrevision anhängig: [B 6 KA 3/19 R](#)). Dies gilt unabhängig davon, dass der Nachweispflicht des Vertrags(zahn)arztes auch unterfällt, dass die aufwändigere (und daher höher honorierte) Leistung gegenüber einer weniger aufwändigen (geringer honorierten) Leistung erforderlich war, d. h. dass er die den höheren Aufwand bedingenden Umstände ebenfalls nachweisen muss und dass im Falle der Nichterweisbarkeit die Leistung sachlich-rechnerisch berichtigt werden kann. Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen sind als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen und können nicht abgerechnet werden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2015 – [L 4 KA 50/12](#) – juris Rdnr. 166 ff., Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.03.2016 – [B 6 KA 60/15 B](#) – [BeckRS 2016, 68302](#)). Im Einzelfall können sich daher Überlappungen bzw. konkurrierende Zuständigkeiten der Praxismittelverbände und der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen ergeben, je nachdem, ob aus der fehlenden oder unzureichenden Dokumentation auf den fehlenden Nachweis der Leistungserbringung oder auf die Unwirtschaftlichkeit geschlossen wird. Dies gilt auch für Qualitätsmängel der Leistung, die jedenfalls auch zur sachlich-rechnerischen Berichtigung berechtigen (vgl. Clemens in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [Â§ 106d SGB V](#), Rdnr. 169 ff.). Im Rückgriff auf die genannte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die Grenze der Praxismittelverbände für die Annahme einer vollständigen Leistungserbringung in den Fällen zu ziehen, in denen es sich um offenkundige, aus den Behandlungsunterlagen ohne weiteres zu ersehende Abrechnungsunrichtigkeiten handelt, die keines vertiefenden Prüfungsaufwands bedürfen. In diesen Fällen ist eine ausschließliche Zuständigkeit der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung gegeben, soweit sich die Praxismittelverbände nicht auf eine Randzuständigkeit (vgl. BSG, Urt. v. 06.09.2006 – [B 6 KA 40/05 R](#) – [BSGE 97, 84](#) = [SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 15](#), juris Rdnr. 19; BSG, Urt. v. 29.11.2006 – [B 6 KA 39/05 R](#) – [SozR 4-2500 Â§ 106a Nr. 3](#), juris Rdnr. 17; BSG, Urt. v. 27.04.2005 – [B 6 KA 39/04 R](#) – [SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 10](#), juris Rdnr. 19; BSG, Urt. v. 18.08.2010 – [B 6 KA 14/09 R](#) – [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr. 29](#), juris Rdnr. 52) berufen können. Eine Wahlfeststellung kommt nicht ausschließlich dann in Betracht, wenn sich die Frage, auf welcher alternativen

Ursache der Mehraufwand beruht, nicht allein anhand der Behandlungsausweise, sondern nur durch nachträgliche Befragung des Arztes oder der Patienten beantworten lässt (so Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB, 11/17, Â§ 106 SGB V, Rdnr. 52), sondern bereits dann, wenn ein erhöhter PrÃ¼faufwand besteht, da es dann an der Offenkundigkeit des Abrechnungsfehlers fehlt. Von einem erhöhten PrÃ¼faufwand wird aber dann auszugehen sein, wenn die sachlich-rechnerische Berichtigung nicht allein maschinell oder durch nicht (zahn-)Ã¤rztliche PrÃ¼fer erfolgen kann. Immer dann, wenn eine (zahn-)medizinische Expertise erforderlich ist, wird von einem erhöhten PrÃ¼faufwand auszugehen sein, der eine Wahlfeststellung zulässt.

Trotz vielfältiger Ã¼berlappungen war die Zuständigkeit des Beklagten hinsichtlich aller Absetzungen nicht zu beanstanden.

So war es von der Kammer nicht zu beanstanden, dass der Beklagte von einer fehlenden Dokumentation auf die Unwirtschaftlichkeit schließt, weil es bei einer fehlenden Dokumentation an einer Begründung fehlt, weshalb Kosten entstanden sind. Soweit die Dokumentationspflicht in erster Linie therapeutischen Zwecken dient, wird sie im Rahmen des Sachleistungsprinzips innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert und dient auch zum Nachweis einer wirtschaftlichen und ordnungsgemäßen Leistungserbringung. Die Dokumentationspflichten werden daher im SGB V, in den Bundesmantelverträgen und auch in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) festgelegt und erweitert (vgl. (SG Marburg, Urt. v. 06.04.2011 â [S 12 KA 831/10](#) â juris Rdnr. 40). Dies gilt fÃ¼r die gesamte vertrags(zahn)Ã¤rztliche Behandlung und nicht nur fÃ¼r einzelne Bereiche, insb. nicht nur fÃ¼r die Parodontosebehandlung. Fehlt es an einer hinreichenden Dokumentation, dann kann die Behandlung und damit deren Wirtschaftlichkeit nicht oder nicht vollstÃ¤ndig nachvollzogen werden.

FÃ¼r die Begründung unter der Ã¼berschrift "ohne Befund â (RÃ¼/01)" geht der Beklagte zutreffend davon aus, dass die Leistung nach Nr. 01 BEMA unwirtschaftlich ist, wenn eine ordnungsgemäße Befundung nicht festzustellen ist. [Â§ 106 Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#) bezieht als Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den PrÃ¼fungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2, soweit dafür Veranlassung besteht, die Ã¼bereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien fÃ¼r ihre fachgerechte Erbringung (QualitÃ¤t), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben ein. Nach Abschnitt B.I der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses fÃ¼r eine ausreichende, zweckmÃ¤ßige und wirtschaftliche vertragszahnÃ¤rztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) gehÃ¶ren Befunderhebung und Diagnose einschlieÃlich Dokumentation zur vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung. Die zahnÃ¤rztlichen MaÃnahmen beginnen mit Ausnahme von Akut- oder NotfÃ¤llen grundsÃ¤tzlich mit der Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Diese Untersuchung soll in regelmÃ¤ßigen AbstÃ¤nden wiederholt werden. Sie umfasst diagnostische MaÃnahmen um festzustellen, ob ein pathologischer Befund vorliegt, oder ob weitere diagnostische, prÃ¤ventive und/oder therapeutische Interventionen angezeigt sind. Bei der Untersuchung sollen die klinisch notwendigen Befunde erhoben werden (B.I.1 Abs. 1 und 2 Behandlungsrichtlinie). Die Nichteinhaltung

dieser Vorgaben führt auch zur Unwirtschaftlichkeit dieser Maßnahme.

Mit der Begründung unter der Überschrift "R schlechte Qualität" hat der Beklagte Rntgenaufnahmen von unzureichender Qualität abgesetzt. Da nicht nachgerntgt worden sei, könne davon ausgegangen werden, dass die Behandlung auch nicht notwendig gewesen sei. Dies war von der Kammer nicht zu beanstanden. [ 106 Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#) bezieht, wie bereits ausgeführt, die Prüfung der Qualität in die Wirtschaftlichkeitsprüfung ein.

Röntgenuntersuchungen dürfen nur durchgeführt werden, wenn dies aus zahnärztlicher Indikation geboten ist (B.II.2 Satz 1 Behandlungsrichtlinie). Von daher kann aus dem Qualitätsmangel der Röntgenaufnahme im Umkehrschluss gefolgert werden, dass diese nicht notwendig und damit unwirtschaftlich war. Es verbleibt damit bei der Nachweispflicht des Vertrags(zahn)arztes für die Wirtschaftlichkeit dieser Leistung.

Die Begründung unter der Überschrift "WB mangelhaft" betrifft gleichfalls einen Qualitätsmangel. Für alle endodontischen Maßnahmen gilt insbesondere: a) Eine Behandlung im Rahmen der vertragszahnrztlichen Versorgung ist nur dann angezeigt, wenn die Aufbereikbaarheit und Möglichkeit der Fllung des Wurzelkanals bis bzw. bis nahe an die Wurzelspitze gegeben sind. b) Medikamentöse Einlagen sind unterstützende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs; sie sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt. c) Es sollen biologisch verträgliche, erprobte, dauerhafte, randständige und rntgenpositive Wurzelfllmaterialien verwendet werden. d) Die Wurzelkanalfllung soll das Kanallumen vollständig ausfllen. e) Begleitende Röntgenuntersuchungen (diagnostische Aufnahmen, Messaufnahmen, Kontrollaufnahmen) sind unter Beachtung der Strahlenschutzbestimmungen abrechenbar (B.III.9.1 Satz 1 Behandlungsrichtlinie).

Der Beklagte führt hierzu weiter aus, die Wurzelbehandlung sei nicht richtlinienkonform, wenn im Rahmen der endodontischen Versorgung eines Zahnes die Wurzelkanäle nicht bis zur Wurzelspitze abgefüllt oder das Kanalvolumen mit der Wurzelfüllung nicht vollständig ausgefllt oder nicht alle automatisch vorhandenen Wurzelkanäle aufbereitet/abgefüllt werden. Ist dies der Fall, ist die Leistung jedenfalls mangelbehaftet und damit unwirtschaftlich. Gleiches gilt für die Begründung unter der Überschrift "WB ohne R". Zahnmedizinisch erfordert eine Wurzelfüllung im Regelfall drei Rntgenaufnahmen. Zu diagnostischen Zwecken ist vor Beginn der Behandlung eine Röntgenaufnahme anzufertigen. Nach Aufbereitung des Wurzelkanals hat eine weitere Röntgenaufnahme zu Kontrollzwecken zu erfolgen. Diese Aufnahme kann durch andere Messtechniken ersetzt werden. Nach Abschluss der Wurzelbehandlung hat eine dritte Aufnahme zu erfolgen zur Qualitätskontrolle und -sicherung. Soweit nach dem Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse eine Röntgenaufnahme erforderlich ist, handelt es sich auch um eine notwendige Röntgenaufnahme und kommt ein Versto gegen die Röntgenverordnung nicht in Betracht (vgl. SG Marburg, Urt. v. 20.06.2012 â [S 12 KA 812/11](#) â juris Rdnr. 42).

Mit der Begründung unter der Überschrift "Zahn nicht erhaltungswürdig"

f¼hrt der Beklagte aus, anhand der zur Verf¼gung stehenden Unterlagen/R¼ntgenaufnahmen sei der Zahn als nicht erhaltungsw¼rdig einzustufen gewesen. In der Regel ist die Entfernung eines Zahnes angezeigt, wenn er nach den in diesen Richtlinien beschriebenen Kriterien nicht erhaltungsf¼hig ist. Ein Zahn, der nach diesen Richtlinien nicht erhaltungsw¼rdig ist, soll entfernt werden. Eine andere Behandlung von nicht erhaltungsw¼rdigen Z¼hnen ist kein Bestandteil der vertragszahn¼rztlichen Versorgung (B.III.10 Behandlungsrichtlinie). Soweit aus Sicht des Behandlers kein Regelfall vorliegt, ist dies zu dokumentieren und im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitspr¼fung im Einzelfall vorzutragen.

Von daher liegt ein Versto¼ gegen Zust¼ndigkeitsvorschriften nicht vor.

Ein Begr¼ndungsmangel liegt nicht vor, insb. auch nicht durch Bezugnahme auf Ausf¼hrungen der Pr¼fungsstelle. Soweit in der Instanzenpraxis z. T. bestimmte Begr¼ndungsanforderungen an die Pr¼fgremien gestellt werden (vgl. SG M¼nchen, Urt. v. 24.10.2018 â¼ S 38 KA 5022/18 â¼ juris; LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 05.03.2014 â¼ L 3 KA 21/12 â¼ juris Rdnr. 43 ff. bzgl. einer undifferenzierten Begr¼ndung in einer Vielzahl von Richtgr¼enpr¼fungen), kann dieser ein Verbot, auf Begr¼ndungen der Vorinstanz zu verweisen, nicht entnommen werden. Entscheidend ist, dass der Beschwerdeausschuss sich solche Begr¼ndungen ausdr¼cklich zu Eigen macht, was hier der Fall ist.

Der angefochtene Beschluss ist in materiell-rechtlicher Hinsicht nicht zu beanstanden.

Ein Versto¼ gegen Pr¼f- bzw. Antragsfristen ist nicht ersichtlich. Die vierj¼hrige Ausschlussfrist (vgl. BSG, Urt. v. 06.09.2006 â¼ B 6 KA 40/05 R â¼ BSGE 97, 84 = SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 15, juris Rdnr. 12 m.w.N.) ist nicht verletzt.

Der Beklagte hat als Pr¼fmethode wegen der geringen Fallzahl der KI¼gerin im KCH-Bereich eine eingeschr¼nkte Einzelfallpr¼fung gew¼hlt. Diese Pr¼fmethode ist zul¼ssig. Bei dieser wird die vom Arzt dokumentierte Diagnose als zutreffend zugrunde gelegt und Å¼berpr¼ft, ob auf dieser Grundlage der vom Arzt vorgenommene Behandlungs- und Verordnungsumfang gerechtfertigt ist. Die Methode eingeschr¼nkter Einzelfallpr¼fungen ist in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts seit Langem anerkannt (vgl. BSG, Urt. v. 27.06.2007 â¼ B 6 KA 44/06 R â¼ SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 17 Rdnr. 14 m.w.N.; Clemens in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, Â§ 106 SGB V, Rdnr. 37 u. 168 m.w.N. in Fn. 39 u. 244). Soweit wie hier keine Hochrechnung erfolgt, gelten f¼r diese Pr¼fmethode keine Mindestanforderungen an den Pr¼fungsumfang.

Zu den Einzelbeanstandungen hat die KI¼gerin nur in Bezug auf die Zust¼ndigkeitsfrage Stellung genommen. In sachlicher Hinsicht hat sie keine Ausf¼hrungen gemacht. Gr¼nde zur Beanstandung sind nicht ersichtlich. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist die Kammer auf die zutreffenden Ausf¼hrungen im angefochtenen Beschluss des Beklagten, weshalb sie von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgr¼nde absieht ([Â§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Die HonorarkÄ¼rzung in fÄ¼nf BehandlungsfÄ¼llen im Bereich der systematischen Behandlung von Parodontopathien war nicht zu beanstanden.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, entfÄ¼llt die WirtschaftlichkeitsprÄ¼fung der Parodontose-Behandlung nicht deshalb, weil die jeweilige Krankenkasse die Behandlung genehmigt hat. Soweit ein VerstoÃ¼ gegen die Parodontose-Richtlinien vorliegt, verkÄ¼rzt sich sowohl die AufklÄ¼rungs- und Beweispflicht des Beklagten als auch der Gerichte. Es braucht dann nicht in jedem Einzelfall bewiesen zu werden, dass die Behandlungsweise des Vertragszahnarztes unwirtschaftlich war. Die PrÄ¼fgremien sind dann insbesondere nicht verpflichtet, in jedem Einzelfall zahnÄ¼rztliche Nachuntersuchungen durchzufÄ¼hren. Gerade wegen der Schwierigkeit, im Nachhinein die Wirtschaftlichkeit der Parodontose-Behandlung festzustellen, haben die Vertragspartner die Einhaltung eines bestimmten Verfahrens mit einer Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse vereinbart. Die strikte Einhaltung dieses Verfahrens bietet die grÄ¼Ã¼te Sicherheit vor unwirtschaftlichen Behandlungen, die im Hinblick auf den hohen Kostenaufwand bei Parodontose-Behandlungen im besonderen MaÃ¼e vermieden werden mÄ¼ssen. Der Arzt ist grundsÄ¼tzlich an die Richtlinien gebunden. Das hindert ihn nicht einzuwenden, dass die Richtlinien ganz oder teilweise dem Gesetz widersprechen, dem gegenwÄ¼rtigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr entsprechen oder ein Ausnahmefall vorgelegen hat, der ein Abweichen von den Richtlinien rechtfertigt (so BSG, Urt. v. 16.06.1993 â¼ 14a RKA 4/92 â¼ SozR 3-2500 [Ä§ 106 SGB V](#) Nr. 18, juris, Rdnr. 19 und 25). Bei den erforderlichen Bewertungen haben die PrÄ¼fgremien einen Beurteilungsspielraum, sodass deren EinschÄ¼tzungen von den Gerichten nur in begrenztem Umfang Ä¼berprÄ¼ft und ggf. beanstandet werden kÄ¼nnen (vgl. BSG, Urt. v. 21.03.2012 â¼ B 6 KA 18/11 â¼ 4-1500 [Ä§ 86a](#) Nr. 2, juris Rdnr. 18 m.w.N.).

Bei Zugrundelegung dieser Anforderungen und MaÃ¼stÄ¼be erweist sich die angefochtene HonorarkÄ¼rzung als rechtmÄ¼Ã¼ig, denn der KlÄ¼ger hat in den strittigen BehandlungsfÄ¼llen gegen die Parodontose-Richtlinien verstoÃ¼en. Diese VerstÄ¼Ã¼e rechtfertigen die Annahme der Unwirtschaftlichkeit und die von dem Beklagten festgesetzte HonorarkÄ¼rzung.

Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist die Kammer auf die zutreffenden AusfÄ¼hrungen im angefochtenen Beschluss des Beklagten, weshalb sie von einer weiteren Darstellung der EntscheidungsgrÄ¼nde absieht ([Ä§ 136 Abs. 3 SGG](#)). Die KlÄ¼gerin hat auch im Gerichtsverfahren hierzu keinen Vortrag gehalten. ErgÄ¼nzend ist zur vom Beklagten richtig gesehenen Dokumentationspflicht nochmals zu betonen, dass ein Nachweis fÄ¼r eine ausreichende Vorbehandlung im Rahmen einer Parodontosebehandlung nur anhand der Dokumentation gefÄ¼hrt werden kann. Eine PrÄ¼fung der Vorbehandlung und deren Ergebnis vor Einleitung einer systematischen Parodontose-Behandlung ist nur mÄ¼glich, wenn die Schritte vor Einleitung der Behandlung nachvollziehbar dokumentiert und damit belegt sind (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 13.04.2016 â¼ L 4 KA 55/13 â¼ juris Rdnr. 55)

Die Einhaltung der Behandlungsrichtlinien und damit eine ausreichende

Vorbehandlung sind Voraussetzung einer wirtschaftlichen PAR-Behandlung. Ein Vertragszahnarzt hat die Dokumentation so zu führen, dass die erbrachten Leistungen für einen Zahnarzt nachvollziehbar sind. Aus ihnen muss auch die Einhaltung der Behandlungsrichtlinie hervorgehen (vgl. SG Marburg, Urte. v. 21.11.2012 – [S 12 KA 8/12](#) – juris Rdnr. 40 u. 89 f. m.w.N., Berufung anhängig: LSG Hessen – [L 4 KA 64/12](#) bzw. jetzt L 4 KA 16/18 -; SG Marburg, Urte. v. 17.11.2013 – [S 12 KA 419/13](#) – juris Rdnr. 84). Die Dokumentation ist parallel zur Behandlung zu erstellen und beruht auf den eigenen Angaben des Vertragszahnarztes. Soweit keine Anzeichen für eine unwahre Dokumentation vorliegen, haben die Praxismitglieder von der Richtigkeit der Dokumentation auszugehen. Damit beruht die Abrechnung, was fast für das gesamte Abrechnungswesen gilt, im Wesentlichen allein auf den Angaben des Vertragszahnarztes. Im Umkehrschluss muss sich dieser aber an seiner eigenen Dokumentation festhalten lassen und ist ihm der Einwand, er habe die Leistungen, zu deren Dokumentation er verpflichtet ist, zwar nicht dokumentiert, aber dennoch erbracht, abgeschnitten (vgl. SG Marburg, Urte. v. 05.12.2007 – [S 12 KA 804/06](#) – juris Rdnr. 37; SG Marburg, Urte. v. 18.11.2015 – [S 12 KA 443/14](#) -, Umdruck S. 15, Berufung (LSG Hessen – [L 4 KA 50/15](#) bzw. zuletzt L 4 KA 19/18 -) am 05.06.2018 zurückgenommen).

Soweit die Klägerin vorträgt, es sei eine umfangreiche Dokumentation über die Vorbehandlung/Diagnose/Nachkontrolle/usw. vorhanden, so hat sie diese jedenfalls nicht vorgelegt. Die mündliche Verhandlung und die Durchsicht der vorgelegten Behandlungsunterlagen durch die mit einem Zahnarzt fachkundig besetzte Kammer haben ergeben, dass es gerade an einer Dokumentation fehlt. Somit fehlt es auch an einem Nachweis an einer ausreichenden Vorbehandlung.

Im Behandlungsfall Nr. 24 H. ist eine Dokumentation nicht vorhanden, es fehlt an der Indikation, am Therapieplan und an der Darlegung der Nachbehandlung, auch ist kein Röntgen vorhanden. Hinzu kommt, dass die Behandlungsnotwendigkeit auf Grund des PSI-Codes von zwei bzw. eins zunächst fragwürdig ist. Dem widerspricht auch die Dokumentation mit der Angabe von Taschentiefen 5 mm. Im Behandlungsfall Nr. 56 findet sich in den Unterlagen nur ein Hinweis, dass ein PAR-Plan erstellt wurde, ansonsten aber keine Dokumentation. Ein PAR-Plan ersetzt die Dokumentation nicht, insb. dokumentiert der PAR-Plan nicht die Vorbehandlung. Nach dem Behandlungsplan fand der letzte Besuch des Patienten am 31.12.2013 statt, der nächste Besuch dann erst am 22.01.2015 und es wird sogleich der PAR-Plan erstellt. Insofern fehlt es an jeglicher Vorbehandlung. Auch in den übrigen Behandlungsfällen fehlt es an einer Dokumentation einer ausreichenden Vorbehandlung.

Im Ergebnis war daher die Absetzung der PAR-Behandlungen von der Kammer nicht zu beanstanden.

Gleichfalls nicht zu beanstanden waren die Absetzungen im KB-Bereich. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist die Kammer auf die zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Beschluss des Beklagten, weshalb sie von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe absieht ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)). Die

KlÄgerin hat hierzu nur vorgetragen, es sei eine umfangreiche Dokumentation Äber die Vorbehandlung/Diagnose/Nachkontrolle/usw. vorhanden. Diese hat sie jedenfalls auch in den in diesem Bereich strittigen FÄllen nicht vorgelegt, wie eine ÄberprÄfung der vollstÄndig besetzten Kammer ergeben hat. Im Behandlungsfall Nr. 8 ergibt sich ein Anhaltspunkt fÄr die Behandlungsweise allenfalls im Behandlungsplan durch die Formulierung "Proxismus, Myalgie". Ansonsten beschrÄnkt sich die Dokumentation auf die Abrechnungsnummern und sog. BehandlungskÄrzel. Es wird nicht dokumentiert, warum und wie lange behandelt wird, ob eine Besserung eingetreten ist. Im Behandlungsfalls Nr. 21 zeigt sich das gleiche Bild. Es fehlt die Dokumentation. Auch die Äbrigen Unterlagen beschrÄnken sich weitgehend auf die Angabe "Proxismus".

Insofern war die Absetzung der KB-Behandlungen von der Kammer nicht zu beanstanden.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Ä§ 197a SGG](#) i. V. m. [Ä§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trÄgt die Kosten des Verfahrens.

Die Sprungrevision war nach [Ä§ 160 SGG](#) zuzulassen, da die Frage der Wahlfeststellung von grundsÄtzlicher Bedeutung ist und weiterer Konturierung bedarf.

Erstellt am: 03.09.2019

Zuletzt verÄndert am: 23.12.2024