
S 4 KA 5/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	11
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 KA 5/19
Datum	14.09.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KA 36/20
Datum	10.04.2024

3. Instanz

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

Â

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 14. September 2020 wird zurückgewiesen.

Â

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen, die ihre Kosten selbst tragen.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Â

Tatbestand:

Â

Der KlÃ¤ger wendet sich gegen HonorarkÃ¼rzungen im Wege der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung fÃ¼r die Quartale 1/2015 bis 4/2015 sowie 1/2016 bis 4/2016 in HÃ¶he von insgesamt (noch) 7.084,35Â Euro. Betroffen ist eine KÃ¼rzung der GebÃ¼hrennummer 04 des Einheitlichen BewertungsmaÃstabes fÃ¼r zahnÃrztliche Leistungen gemÃÂ§ 87 Abs. 2 und 2h Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (Stand: 1. April 2014).

Â

Der KlÃ¤ger ist Fachzahnarzt fÃ¼r Parodontologie und fÃ¼r Oralchirurgie mit Praxissitz in E. und zur vertragszahnÃrztlichen Versorgung zugelassen.

Â

In vorangegangenen PrÃ¼fverfahren wurden bereits die Quartale 1/2007 bis 4/2008, 1/2010 bis 4/2011, 1/2013 bis 4/2013 sowie 1/2014 bis 4/2014 auf Antrag der Krankenkassen WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungen unterzogen:

Â

Die WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung der Quartale 1/2007 bis 4/2008 bezog sich u.a. auf die GebÃ¼hrennummer 04 des BEMA. Im Antrag wurde eine prozentuale Ã¼berschreitung um 2.981% bzw. 2.377,8% bemÃngelt. Die PrÃ¼fstelle wies die PrÃ¼fantrÃ¤ge mit Beschluss vom 14. September 2010 zurÃ¼ck. Der Nichtabrechneranteil der Vergleichsgruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen (MKG-Chirurgen) belaufe sich auf durchschnittlich 70,3%. Die PrÃ¼fstelle sah zwar keine Praxisbesonderheit in dem Vortrag, dass es sich bei der Praxis des KlÃ¤gers um eine solche handle, in die auch durch Zuweisung anderer ZahnÃrzte Patienten zur chirurgischen Behandlung kÃmen. Die Fachgruppe der MKG-Chirurgen arbeite grundsÃtzlich auf Zuweisung. Nachvollziehbar sei jedoch, dass insoweit eine Besonderheit vorliege, als auch Parodontalbehandlung (PAR)-FÃlle zugewiesen wÃ¼rden. Konkret zu der GebÃ¼hrennummer 04 sei zu berÃ¼cksichtigen, dass es sich dabei um keine fÃ¼r die MKG-Chirurgen fachgruppenspezifische Leistung handle, was sich aus der Abrechnungsquote von unter 30% ergebe. Die statistische Abweichung sei insofern auf den geringen Vergleichswert und nicht auf unwirtschaftliche LeistungsansÃtze zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Die Beschwerde der Krankenkassen wurde mit Beschluss des Beklagten vom 24. Oktober 2012 zurÃ¼ckgewiesen. Ein unwirtschaftlicher Ansatz des Screening-Verfahrens sei nach Sichtung der beispielhaften EinzelfÃlle nicht ersichtlich.

Â

Die WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung der Quartale 1/2010 bis 4/2011 bezog sich gleichfalls u.a. auf die GebÃ¼hrennummer 04 des BEMA. Im Antrag wurde eine prozentuale Ã¼berschreitung um 1.715% bzw. 1.151,35% bemÃngelt. Die

Prüfstelle wies die Prüfanträge mit Beschluss vom 31. Juli 2013 zurück. Es sei im Bereich der PAR-Behandlungen eine überdurchschnittliche Abrechnung festzustellen. Die Nichtabrechner-Quote bzgl. der Gebührennummer 04 liege nun bei 60,18% bis 67,83%. Dies zeige (weiterhin), dass es sich um keine für MKG-Chirurgen fachgruppenspezifische Leistung handele. Die statistische Abweichung sei insofern (weiterhin) auf den geringen Vergleichswert und nicht auf unwirtschaftliche Leistungsansätze zurückzuführen. Die Beschwerde der Krankenkassen verwies u.a. darauf, dass die Abrechnung der Gebührennummer 04 grundsätzlich eine Leistung des Hauszahnarztes und damit nicht Gegenstand des Zielauftrages sei. Sie legten eine Liste mit Beispielfällen aus dem Quartal 1/2010 vor, in denen die Gebührennummer 04 innerhalb der Zweijahresfrist durch den Kläger und den Überweiser abgerechnet worden sei. Eine erste Sitzung des Beklagten vom 11. Dezember 2013 wurde vertagt, nachdem der Kläger die Qualität der Zielaufträge und die dortige Befundung bemängelt hatte. In der Sitzung vom 19. März 2014 verglichen sich die Beteiligten auf Zahlung von 19.000,00 €. Hinsichtlich der Gebührennummer 04 wurde ein Betrag von 7.410,00 € (39% der Kärzungssumme) in den Vergleich eingestellt. Der Rest entfiel auf die Gebührennummer 7750.

Ä

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Quartale 1/2013 bis 4/2013 bezog sich gleichfalls u.a. auf die Gebührennummer 04 des BEMA. Im Antrag wurde eine prozentuale Überschreitung um 1.613,6% beanstandet. Die Prüfungsstelle bot den Beteiligten unmittelbar einen Vergleich über 9.000,00 € an, der am 5. Oktober 2015 geschlossen wurde.

Ä

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Quartale 1/2014 bis 4/2014 bezog sich auf die Gebührennummer 04 des BEMA. Ein förmlicher Antrag wurde durch die Krankenkassen in diesem Fall nicht gestellt. Es verblieb vielmehr in Absprache der Prüfungsstelle mit den Krankenkassen bei einem Schreiben vom 18. November 2015 bezüglich der Wirtschaftlichkeitsprüfung betreffend konservierend/chirurgische Abrechnung für das Jahr 2014. Dort führte die Prüfungsstelle aus:

Ä

„Trotz auffälliger statistischer Überschreitungen bei den Gebührennummern 04 (siehe beigefügten Leistungsspiegel) verzichten die Krankenkassen auf einen Antrag zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, bitten jedoch, Sie auf diese Abweichungen aufmerksam zu machen, mit dem Hinweis, dass künftig bei entsprechenden statistischen Auffälligkeiten ein Prüfverfahren nicht auszuschließen ist.“

Ä

Die Beigeladene zuÂ 3) beantragte sodann fÃ¼r die gesetzlichen Krankenkassen mit Schreiben vom 1. August 2016 bei der PrÃ¼fungsstelle der Beigeladenen zuÂ 1), das PrÃ¼fverfahren fÃ¼r die Quartale 1/2015 bis 4/2015 und mit Schreiben vom 11. Juli 2017 fÃ¼r die QuartaleÂ 1/2016 bisÂ 4/2016 zu erÃ¶ffnen. In den AntrÃ¶gen wies sie auf statistische Ãberschreitungen bei der GebÃ¼hrennummerÂ 04 von 1.256% bzw. 1.370,8% hin. Die PrÃ¼fungsstelle teilte dem KlÃ¤ger mit, dass PrÃ¼fverfahren betreffend die konservierend/chirurgische Abrechnung fÃ¼r die jeweiligen Quartale eingeleitet worden seien (Schreiben vom 11. August 2016 und vom 27. Juli 2017). Gleichzeitig wurde der KlÃ¤ger um Stellungnahme zu den jeweiligen Quartalen gebeten.

Â

Der KlÃ¤ger erklÃ¤rte, die GebÃ¼hrennummerÂ 04 sei bereits Gegenstand einer WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung der QuartaleÂ 1/2007 bis 4/2008 gewesen (Schreiben vom 1.Â Dezember 2016). Die PrÃ¼fungsstelle habe seinerzeit KÃ¼rzungsmaÃnahmen abgelehnt. Die seitens der Krankenkasse erhobene Beschwerde sei mit Beschluss des Beklagten zurÃ¼ckgewiesen worden. In einem weiteren PrÃ¼fverfahren betreffend die QuartaleÂ 1/2010 bis 04/2011 habe die PrÃ¼fungsstelle ebenfalls âkeine MaÃnahmenâ festgestellt. Vor dem Beklagten sei ein Vergleich hinsichtlich der AbrechnungspositionÂ 7750 (Umwandlung in 7700) geschlossen worden. FÃ¼r den PrÃ¼fzeitraum betreffend die Quartale 1/2013 bis 4/2013 sei mit Vergleich vom 5. Oktober 2015 der Abrechnungssachverhalt bezÃ¼glich der GebÃ¼hrennummerÂ 7750 reguliert worden. Festzustellen sei, dass es bis dato keinerlei KÃ¼rzungsmaÃnahmen im Hinblick auf die GebÃ¼hrennummerÂ 04 gegeben habe. Vielmehr sei ihm mit Schreiben vom 18. November 2015 mitgeteilt worden, dass die KostentrÃ¤ger fÃ¼r 2014 auf eine weitere PrÃ¼fung der GebÃ¼hrennummerÂ 04 verzichten wÃ¼rden, mit der Bitte um eine strengere (wirtschaftlichere) Indikation fÃ¼r die Zukunft. Das PrÃ¼fverfahren fÃ¼r das JahrÂ 2015 sei daher ohne MaÃnahmen einzustellen.

Â

Die PrÃ¼fungsstelle kÃ¼rzte mit Beschluss vom 10. Juli 2018 (ausgefertigt am 16. Juli 2018) das Honorar des KlÃ¤gers bzgl. der GebÃ¼hrennummerÂ 04, soweit der allgemeine Durchschnitt dieser Leistungen um mehr als 400Â % Ãberschritten werde. Der Erstattungsbetrag betrageÂ 9.603,06Â Euro. Die PrÃ¼fungsstelle begrÃ¼ndete die Entscheidung dahingehend, dass auch unter BerÃ¼cksichtigung der geltend gemachten Besonderheiten die statistischen Abweichungen bei der gekÃ¼rzten GebÃ¼hrenposition nicht in vollem Umfang nachzuvollziehen seien.

Â

Hiergegen erhoben sowohl der KlÃ¤ger (mit Eingang bei dem Beklagten am 15. August 2018) als auch die gesetzlichen Krankenkassen (mit Eingang bei dem Beklagten am 16. August 2018) Beschwerde.

Â

Der Kläger trug zur Begründung vor: Hinsichtlich der beanstandeten Leistungen nach Gebührensnummer 04 lägen ausreichend Praxisbesonderheiten vor, um etwaige Überschreitungen vollständig aufzuklären. Das Hinweisschreiben des Vorverfahrens habe sich nicht mehr auf die Abrechnung auswirken können. Es stelle sich daher die Frage, aus welchen Gründen die Prüfungsstelle ihn auf sein Abrechnungsverhalten hingewiesen, jedoch für denselben Zeitraum eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt habe. Zudem habe die Gebührensnummer 04 eine Ausnahmestellung. Der Parodontale-Screening-Index (PSI) sei dazu da, um aus dem Kollektiv kranke Patienten herauszufiltern. Es frage sich aber, bei welchen Patienten dann aber auf die Durchführung des Screenings verzichtet werden solle. Die statistischen Abweichungen seien vielmehr auf einen geringen Vergleichswert und nicht auf unwirtschaftliche Leistungsansätze zurückzuführen, da der Anteil der Nichtabrechner bei 52,38 % bis 59,40 % liege. Ebenso spreche zu seinen Gunsten, dass er eine von zwei parodontologisch-oralchirurgisch ausgerichteten Überweiserpraxen in ganz Deutschland für eine rein parodontologische Überweiserpraxis gebe es keine entsprechenden Statistiken. Hinzu komme, dass Kieferchirurgen grundsätzlich sehr wenig parodontologisch tätig seien und die Gebührensposition 04 dadurch selten bis gar nicht abgerechnet werde. Der Beschluss sei materiell rechtswidrig, da er sich nicht hinreichend mit den Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Einsparungen auseinandersetze. Seine, des Klägers, Praxis sei eine parodontologisch-oralchirurgische Überweiserpraxis. Die Abrechnung liege im oralchirurgischen Bereich unter dem Durchschnitt; dabei seien mehr PAR-Fälle erbracht worden als vom Durchschnitt der Kieferchirurgen und Zahnärzte. Die Anzahl der PAR-Anträge zu der Gebührensposition 04 müsse in einem Missverhältnis stehen, da Screeningverfahren regelmäßig anzuwenden seien. Entsprechend dem Kodex für Überweiserpraxen sei er zunächst an den Überweisungsauftrag gebunden, sodass Patienten im Zweifel an den behandelnden Zahnarzt zurückgeschickt würden. Darüber hinaus habe eine Anfrage hinsichtlich eines früheren Verfahrens ergeben, dass bei 1500 Patienten, die ein Screening in der Praxis durchlaufen hätten, lediglich acht Patienten zuvor bei ihrem Hauszahnarzt innerhalb der Zweijahresfrist im Rahmen eines PSI-Verfahrens untersucht worden seien. Demnach handele es sich hier um solche Umstände, die sich auf das Behandlungsverhalten auswirkten und in der Praxis der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen seien.

Ä

Die Beigeladene zu 2) bat zur Beschwerdebegründung um Überprüfung der gesamten Abrechnung des Klägers und begründete ihre Beschwerde dahingehend, dass anhand der KCH-Leistungsspiegel im Verhältnis zu den MKG-Chirurgen Auffälligkeiten bei den Gebührenspositionen 01, 04, 40/41a und 7750 festzustellen seien. Es stelle sich insoweit die Frage, ob die Gebührenspositionen 01 und 04 im Zusammenhang mit den zur Extraktion bzw. Wurzelspitzenresektion überwiesenen Behandlungsfällen zwingend erforderlich seien. Für die Beurteilung/Durchführung eines konkreten Zielauftrages seien die Mindestangaben zur Gebührenspositionen 01 bezogen auf die Feststellungen aller kariöser Defekte/fehlenden Zähne/Zahnstein/Mundkrankheiten in ihrer

Gesamtheit unerheblich. Diese seien in der Regel Gegenstand der Behandlung durch den Hauszahnarzt. Zusätzlich zu den bis dahin genannten Gebührenpositionen sei die absolute Anzahl der abgerechneten Anästhesien nach den Gebührenummern 40/41a im Verhältnis zu den chirurgischen Leistungen auffällig. Die Durchsicht der Behandlungsfälle des Quartals 1/2016 zeige, dass im Zusammenhang mit den Wurzelspitzenresektionen (54a-c) und Osteotomien (Ost 1/2) regelhaft im Oberkiefer wie im Unterkiefer die kombinierte Anästhesie abgerechnet werde. Diese Vorgehensweise sei nach den Richtlinien in der Regel nicht angezeigt. Im Zusammenhang mit Parodontitis-Behandlungen werde zudem im Oberkiefer neben der Gebührepositionen 40 regelmäßig die Position 41a abgerechnet. Zu den Gebührepositionen 7750 beständen nicht zuletzt aufgrund der Feststellungen des Beschwerdeausschusses in der Sitzung vom 19. März 2014 Zweifel hinsichtlich eines konkreten Leistungsansatzes, dies insbesondere auch zu den Berichten im Vorfeld der Behandlung.

Ä

Der Beklagte forderte Behandlungsunterlagen (Kopien der Karteikarten mit entsprechenden Röntgenaufnahmen in 26 Behandlungsfällen aus dem Quartal 1/2015) von dem Kläger an.

Ä

Im Sitzungstermin vom 16. Januar 2019 bei dem Beklagten wiederholte der Kläger sein Vorbringen und teilte ergänzend mit, Neupatienten würden einer gründlichen Untersuchung unterzogen. Diese schließe neben der Gebührenummer 01 auch ein Screening und die Befundung der Schleimhäute mit ein. Das Parodontalscreening gebe regelmäßig Aufschluss über die indizierte Therapie. Auch bei Patienten, die mit Zielauftrag an die Praxis überwiesen würden, werde ein Screening durchgeführt, da die Zielaufträge in etwa 50 % der Fälle nicht vollständig oder teilweise gar nicht korrekt seien. Bevor die überwiesenen Patienten chirurgisch oder parodontal behandelt würden, erfolge oftmals zuvor eine Rücküberweisung an den Hauszahnarzt zur professionellen Zahnreinigung. Leistungen nach Gebührenummern 40 und 41a kämen in Kombination häufig vor, da bei den systematischen Parodontosebehandlungen Taschentiefen von 6 mm aufwärts behandelt würden. Dies sei nicht ohne Doppelanästhesie möglich. Ebenso würden bei chirurgischen Maßnahmen regelmäßig zwei Anästhesien notwendig, weil nur schwere Fälle in der Praxis anfielen. Leistungen nach Gebührenummer 7750 seien bereits Thema in einem vorherigen Prüfverfahren gewesen. Bei der Abrechnung dieser Leistungen sei die Vorgehensweise umgestellt worden. Die Richtlinien würden genau beachtet und nicht alle Briefe, die erstellt würden, würden auch abgerechnet.

Ä

Der Beklagte änderte mit Beschluss vom 16. Januar 2019 (ausgefertigt am 22. Februar 2019) auf die Beschwerde des Klägers und der Krankenkassen den

Beschluss der Prüfungsstelle dahingehend ab, dass das Honorar der abgerechneten Leistungen nach der Gebührennummer 04 zu kürzen sei, soweit der allgemeine Durchschnitt dieser Leistungen um mehr als der 3-fache Durchschnitt der Abrechner dieser Leistungen überschritten werde. Dem Kläger wurde der Hinweis erteilt, künftig bei der kombinierten Abrechnung der Leistungen nach Gebührennummer 40 und Gebührennummer 41a die Grundsätze der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit strenger zu beachten. Im Übrigen erkannte der Beklagte die Abrechnung als wirtschaftlich an. Aus der Kürzung errechnet sich ein Erstattungsbetrag in Höhe von 7.084,35 Euro. Auf die Begründung wird Bezug genommen.

Ä

Gegen den am 26. Februar 2019 zugestellten Beschluss hat der Kläger am 20. März 2019 Klage zum Sozialgericht (SG) Münster erhoben. Er hat sein Vorbringen aus dem Beschwerdeverfahren wiederholt und vertiefend vorgetragen, der Beschluss des Beklagten sei ermessensfehlerhaft und aufzuheben. Er sei hinsichtlich der Gebührennummer 04 bereits deshalb rechtswidrig, weil er sich auf eine zu ungenaue Vergleichsgruppe stütze und einen zu geringen Vergleichswert zugrunde lege. Angesichts der hohen Zahl an Nicht-Abrechnern in der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen (52,38% bis 59,4%) sei davon auszugehen, dass es daneben unter den Vertragszahnärzten, die überhaupt das PSI-Verfahren durchführten, einen vergleichsweise hohen Anteil an „Wenig-Abrechnern“ gebe, die das Screening nicht in gebotenen Umfang durchführten und so den Vergleichswert ebenfalls verzerren. Dies müsse dazu führen, dass eine statistische Vergleichsprüfung der Gebührennummer 04 von vornherein nicht anwendbar sei, zumindest aber müssten erheblich erhöhte Toleranzgrenzen für die Vertragszahnärzte eingeäumt werden, die gewissenhaft das PSI-Verfahren durchführten.

Ä

Der Beklagte lege seiner Entscheidung zudem eine ungenaue und damit heterogene Vergleichsgruppe zugrunde. Hinsichtlich des PSI verbiete sich eine Frage nach der Wirtschaftlichkeit bei der Gebührenposition 04. Gerade im Gegenteil werde durch das Screening das Wirtschaftlichkeitsgebot deshalb gewahrt, weil die Alternative eine routinemäßig eingelegte, viel aufwändigere Erhebung darstelle, die bei einem gesunden Patienten jedoch eine erhebliche Überbefundung sei. Auch ergebe sich aus der Besonderheit als Überweiserpraxis nichts Anderes. Vielmehr fehle es in vielen Fällen an einem vollständigen, korrekten Zielauftrag. In solchen Fällen sei er nicht an den Zielauftrag i.S.v. § 8 Abs. 3 Musterberufsordnung Zahnärzte (MBO-Z) gebunden. Der Beklagte verkenne die Besonderheit der Gebührennummer 04, nämlich dass es sich bei dem PSI um eine erste Befundaufnahme handele, die zum Standard der zahnärztlichen Vorsorge gehören sollte.

Ä

Der Kläger hat beantragt,



den Beschluss des Beklagten vom 16. Januar 2019 betreffend die Quartalsabrechnung 1/2015 bis 4/2015 sowie 1/2016 bis 4/2016 insoweit aufzuheben, als er sich auf die Gebahrennummer 04 bezieht, und den Beklagten zu verpflichten, über seine Beschwerde gegen den Beschluss der Prüfungsstelle vom 10. Juli 2018 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.



Der Beklagte hat beantragt,



die Klage abzuweisen.



Er hat erklärt, dass er in seinem Beschluss auf das Hinweisschreiben vom 18. November 2015 eingegangen sei. Dort habe er ausgeführt, dass dem Kläger die Unwirtschaftlichkeit seiner Abrechnung bezogen auf die Gebahrennummer 04 im Vorfeld des Beratungsschreibens bekannt gewesen sei und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen erläutert worden seien. Zudem sei eine Beratung vor einer Kürzung nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht zwingend nötig (Verweis auf Bundessozialgericht, Urteil vom 21. Mai 2003 [ B.6 KA 32/02 R](#)). Bezogen auf die dortige Ausnahme des offensichtlichen Missverhältnisses habe er ausgeführt, dass die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis mit den vorliegenden Werten  Überschreitung der Durchschnittswerte in Höhe von 882,8% bis 1.370,8%  deutlich erreicht werde. Wenn der Regress bereits ohne vorhergehende Beratung zulässig sei, gelte dies erst recht nach Absetzen eines Hinweisschreibens. Das Hinweisschreiben entfalte auch keinen Vertrauensschutz für die Vergangenheit. Aussagen könnten naturgemäß erst nach Vorliegen der Abrechnungsdaten getroffen werden. Das Hinweisschreiben habe daher allein die Quartale des Jahres 2014 betroffen. Ohnehin sei ein Regress nicht verschuldensabhängig. Im übrigen sei weder die Vergleichsgruppe ungenau noch der Vergleichswert zu gering. Die klägerische Praxis werde zu Recht mit dem Durchschnitt der MKG-Praxen in Westfalen-Lippe verglichen. Im Rahmen seines Entscheidungsspielraums sehe er, der Beklagte, es als nicht erforderlich an, eine verfeinerte Vergleichsgruppe bezogen auf den vom Kläger vorgetragene Schwerpunkt der Parodontologie zu bilden. Hierfür sprchen der Mehraufwand von nur acht systematischen Parodontosebehandlungen pro Quartal gegenüber der Facharztgruppe und die Tatsache, dass Vertragszahnärzte mit der Fachgebietenkennung Parodontologie neben parodontologischen Maßnahmen ebenfalls zahnrztliche Leistungen abrechneten, die typischerweise auch bei MKG-Chirurgen anfielen. Folglich seien die

relevanten Leistungsbedingungen nicht so verschieden, dass keine verwertbare Aussage über die (Un-)Wirtschaftlichkeit des Ansatzes der Gebührennummer 04 getroffen werden könne (Verweis auf BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005 – [B 6 KA 4/05 R](#)). Aufgrund der Nichtabrechnerquote von 52,38% bis 59,4% im Bereich der Gebührennummer 04 gehe er, der Beklagte, auch ermessensfehlerfrei davon aus, dass die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis überschritten, jedoch eine entsprechende höhere Toleranz zum Ausgleich statistischer Verzerrungen zu gewahren sei. Auch wenn es sich bei der Erhebung des PSI-Codes um ein Screening-Verfahren handle, lasse dies nicht den Rückschluss zu, dass diese Leistung nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [Â§ 12 SGB V](#) unterliege. Die Leistungseinschränkung in der Erhebungsfrequenz habe ihre Begründung in den begrenzten Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Ferner sei der Kläger an seinen jeweiligen Überweisungsauftrag gebunden. Unvollständige bzw. fehlerhafte Zielaufträge rechtfertigten nicht einen fehlerhaften Ansatz der Gebührennummer. Statt den Zielauftrag zu überschreiten, sei es Aufgaben des Klägers, diesen durch Nachfrage zu konkretisieren (Verweis auf Senat, Urteil vom 9. Juli 2014 – [L 11 KA 142/11](#)).

Â

Die mit Beschluss vom 5. November 2019 am Verfahren beteiligten Beigeladenen zu 1) bis 7) haben keine Anträge gestellt.

Â

In der mündlichen Verhandlung hat das SG mit Urteil vom 14. September 2020 die Klage abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Â

Gegen das ihm am 19. Oktober 2020 zugestellte Urteil wendet sich der Kläger mit seiner am 16. November 2020 eingelegten Berufung. Zur Begründung wiederholt er sein bisheriges Vorbringen. Vertiefend führt er aus, dass das Hinweisschreiben vom 18. November 2015 auf sein zukünftiges Verhalten einwirken sollte und sich damit eine frühere Regressierung ausschließe. Es gelte schließlich der Grundsatz Beratung vor Regress; hier sei ihm sogar eine Zusicherung erteilt worden. Hinsichtlich der Prüfung nach Durchschnittswerten sei nicht beachtet worden, dass die quantitative Fallzahlbetrachtung nicht alleiniger Maßstab dafür sein könne, dass eine sachgerechte Prüfung auf der Grundlage nach Durchschnittswerten nicht möglich sei, Â§ 6 Abs. 2 der Prüfvereinbarung. Es sei bei der Vergleichsgruppenbildung verkannt worden, dass der Prüfgegenstand nicht chirurgische Leistungen, sondern parodontologische Leistungen seien. Insofern sei eine sachgerechte Prüfung auf der Grundlage nach Durchschnittswerten nicht möglich, weil in der Vergleichsgruppe diese Leistungen per se nicht oder nur in sehr geringem Umfang abgerechnet würden. Das statistische Datenmaterial sei daher keineswegs valide; die Vergleichsgruppe nicht homogen. Es hätte eine bundesweite Vergleichsgruppe im Bereich der parodontologischen Leistungen gebildet werden sollen. Zudem gebe es im

Bundsmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) keine Bindung an einen
Überweisungsauftrag.

Â

Der Kläger beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 14. September 2020 zu ändern und
den Beschluss des Beklagten vom 16. Januar 2019 betreffend die Quartale 1/2015
bis 4/2016 hinsichtlich der Kürzung der Gebührennummer 04 aufzuheben sowie
ihn zu verpflichten, über die Beschwerde des Klägers gegen den Beschluss der
Prüfungsstelle von 10. Juli 2018 unter Beachtung der Rechtsauffassung des
Gerichts erneut zu entscheiden.

Â

Â

Â

Der Beklagte beantragt,

Â

die Berufung zurückzuweisen.

Â

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Ergänzend führt er
aus, dass sich aus der Betreffzeile des Hinweisschreibens vom 18. November 2015
eindeutig ergebe, dass sich dieses auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung
betreffend konservierend/chirurgische Abrechnung für das Jahr 2014 bezogen
habe. Das BSG habe zudem bereits ausgeführt, dass die Erwägung, auf ein
Beratungsschreiben noch nicht reagieren zu können, weil es erst später erfolgt
sei, vor dem hohen Rang des Wirtschaftlichkeitsgebotes keinen Bestand habe
(Verweis auf BSG, Urteil vom 28. April 2004 – [B 6 KA 24/03 R](#)). Im übrigen habe
der Kläger in der Folge sein Abrechnungsverhalten auch im Jahr 2016 nicht
geändert.

Â

Soweit der Kläger sich auf § 6 Abs. 2 der Prüfvereinbarung beziehe, komme
danach eine Sachverhaltsaufklärung anhand einzelner Behandlungsfälle dann in
Betracht, wenn eine sachgerechte Prüfung auf der Grundlage nach
Durchschnittswerten nicht möglich und die Prüfung ohne
unverhältnismäßigen Aufwand durchgeführt werden könne. Eine Prüfung

nach Durchschnittswerten sei aber nur dann ausgeschlossen, wenn die Fallzahl des Vertrags(zahn)arztes 20 von 100 des Fallzahldurchschnitts der Vergleichsgruppe nicht erreiche (Verweis auf BSG, Urteil vom 9. September 1998 – [B 6 KA 50/97 R](#)). Dies sei vorliegend – auch unter Berücksichtigung des klägerischen Vortrages zur Vergleichsgruppe – nicht der Fall. Er, der Beklagte, habe zudem dem Aspekt Rechnung getragen, indem er nur die Abrechner der Gebührennummer 04 als Vergleich herangezogen habe.

Ä

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Streitakten und der Verwaltungsakte des Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Ä

Ä

Entscheidungsgründe:

Ä

A. Die Anträge sind wirksam im Rahmen der mündlichen Verhandlung gestellt worden. Dass die Hauptbeteiligten nicht persönlich im Gerichtssaal anwesend waren, sondern von einem dritten Ort aus per Video- und Tonübertragung an der Verhandlung teilgenommen haben, ist gemäß [§ 110a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) aufgrund des gerichtlichen Beschlusses vom 25. März 2024 zulässig gewesen.

Ä

B. Gegenstand des Verfahrens ist ausschließlich der Beschluss des beklagten Beschwerdeausschusses vom 16. Januar 2019 (st. Rspr. seit BSG, Urteil vom 9. März 1994 – [6 RKa 5/92](#) – [BSGE 74, 59](#); BSG, Beschluss vom 10. Mai 2017 – [B 6 KA 58/16 B](#) – juris). Das Verfahren vor dem beklagten Beschwerdeausschuss ist ein eigenständiges und umfassendes Verwaltungsverfahren in einer zweiten Verwaltungsinstanz (BSG, Urteil vom 9. März 1994, [a.a.O.](#); Senat, Beschluss vom 19. Mai 2021 – [L 11 KA 39/19](#) – juris, Rn. 47). Das hat zur Folge, dass eine Anfechtungsklage gegen den Bescheid der Prüfungsstelle in der Regel unzulässig ist. Ein nach der Rechtsprechung des BSG anerkannter Ausnahmefall in Gestalt eines irreparablen Gesamtmangels (vgl. zu diesen Fällen BSG, Urteil vom 9. März 1994 – [a.a.O.](#)), liegt hier nicht vor.

Ä

C. Die am 16. November 2020 bei dem LSG Nordrhein-Westfalen schriftlich eingelegte Berufung des Klägers gegen das ihm am 19. Oktober 2020 zugestellte Urteil des SG Münster vom 14. September 2020 ist zulässig, insbesondere ohne

gerichtliche Zulassung statthaft ([Â§Â§ 143, 144 SGG](#)) sowie form- und fristgerecht erhoben worden ([Â§Â§ 151 Abs. 1, 64 Abs. 1, Abs. 2, 63, 65d SGG](#)).

Â

D. Die Berufung des KlÃ¤gers ist indes unbegrÃ¼ndet, denn das SG hat zu Recht die Klage gegen den Beschluss des Beklagten vom 16. Januar 2019 als zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet abgewiesen.

Â

I. FÃ¼r das Rechtsschutzziel des KlÃ¤gers â die gerichtliche Aufhebung des Beschlusses des Beklagten vom 16. Januar 2019 â ist zwar im Grundsatz die Anfechtungsklage ([Â§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 SGG](#)) statthaft. Im Hinblick auf den dem Beklagten eingerÃ¤umten Beurteilungsspielraum und sowie das auf Rechtsfolgenseite bestehenden Ermessen erfasst jedoch die durch den KlÃ¤ger erhobene Anfechtungs- und Verpflichtungsklage im Wege der Neubescheidungsklage sein hier mÃ¶gliches Rechtsschutzziel umfÃ¤nglich (vgl. auch BSG, Urteil vom 13. Mai 2020 â [B 6 KA 25/19 R](#) â SozR 4-2500 Â§Â§ 106 Nr. 63, Rn. 11, 16). Sie ist auch im Ã¼brigen zulÃ¤ssig, insbesondere fristgerecht am 20. MÃ¤rz 2019 gegen die am 26. Februar 2019 zugestellte Ausfertigung des Beschlusses vom 16. Januar 2019 und damit binnen eines Monats nach der fÃ¼rmlichen Bekanntgabe des schriftlichen Beschlusses erhoben worden.

Â

II. Die Klage ist jedoch unbegrÃ¼ndet, denn der Beschluss des Beklagten beschwert den KlÃ¤ger nicht im Sinne des [Â§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#), da er sich nicht als rechtswidrig erweist und damit den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten verletzt.

Â

1. ErmÃ¤chtigungsgrundlage fÃ¼r die angefochtenen Feststellungen (KÃ¼rzung bzgl. der GebÃ¼hrennummer 04 BEMA) ist der nach [Â§Â§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) fÃ¼r ZahnÃ¤rzte entsprechend geltende [Â§Â§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Satz 4 SGB V](#) in der Fassung vom 19. Oktober 2012 (a.F.) i.V.m. [Â§Â§ 1 Abs. 1, 4 Abs. 1 Nr. 1 Â§ 6 Abs. 1](#) der zwischen der Beigeladenen zu 1) und den Krankenkassen geschlossenen PrÃ¼fvereinbarung vom 20. November 2007 (PrÃ¼fV). Dabei ist grundsÃ¤tzlich das im jeweiligen PrÃ¼fungszeitraum geltende Recht maÃgeblich (vgl. dazu: BSG, Urteil vom 22. Oktober 2014 â [B 6 KA 3/14 R](#) â [BSGE 117, 149 ff.](#), Rn. 36 ff.).

Â

Nach [Â§ 106 Abs. 1 SGB V](#) Ã¼berwachen die Krankenkassen und die Kassen(zahn)Ã¤rztlichen Vereinigungen die Wirtschaftlichkeit der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung durch Beratungen und PrÃ¼fungen. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird gemÃ¤Ã [Â§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nrn. 1 und 2](#)

SGB V durch eine arztbezogene Prüfungsverfahren ärztlich verordneter Leistungen bei Überschreitung der Richtgrößenenvolumina (Aufälligkeitsprüfung) und durch eine arztbezogene Prüfungsverfahren ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben geprüft, die mindestens 2 % der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung).

Ä

Nach [Ä§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Satz 4 SGB V](#) können die (regionalen) Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen über die in [Ä§ 106 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) vorgesehenen Prüfungsverfahren hinaus Prüfungsverfahren ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsverfahren vereinbaren.

Ä

Diese gesetzliche Ermächtigung ist durch die ab dem 1. Januar 2008 in Kraft getretene regionale Prüfungsverordnung wirksam umgesetzt worden. Die für den Bereich der Beigeladenen zu 1) maßgebliche Prüfungsverordnung vom 20. November 2007 regelte in [Ä§ 6 Abs. 1](#) die Prüfungsverfahren der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten als methodischen Regelfall. Dies stand im Einklang mit dem Wortlaut des [Ä§ 106 Abs. 2 Nr. 2 Satz 4 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2016 gültigen Fassung, der diese Prüfungsverfahren auch für die Zeit ab dem 1. Januar 2004 aufgrund entsprechender vertraglicher Vereinbarungen ausdrücklich zuließ. Eine Rangfolge der verschiedenen Prüfungsverfahren oder ein Verbot, in der Regel anhand von Durchschnittswerten zu prüfen, war dem Gesetzeswortlaut nicht zu entnehmen. Daher konnten die Vertragspartner vereinbaren, dass diese Prüfungsverfahren (weiterhin) als Regelprüfungsverfahren anzuwenden ist (BSG, Urteil vom 9. April 2008 [â€‹ B 6 KA 34/07 R](#) [â€‹ SozR 4-2500 Ä§ 106 Nr. 18](#); Rn. 17 ff.; BSG, Beschluss vom 14. September 2022 [â€‹ B 6 KA 14/22 B](#) [â€‹ juris](#), Rn. 10 f. zur Zulässigkeit der Prüfungsverfahren nach Durchschnittswerten auch bei Einzelleistungen sowie im Vertragszahnartzrecht; Senat, Urteil vom 17. Dezember 2014 [â€‹ L 11 KA 46/14](#) [â€‹ juris](#); Senat, Urteil vom 22. Oktober 2014 [â€‹ L 11 KA 21/11](#) [â€‹ juris](#); Senat, Urteil vom 18. Mai 2011 [â€‹ L 11 KA 10/11](#) [â€‹ juris](#); Senat, Urteil vom 12. Dezember 2018 [â€‹ L 11 KA 17/16](#) [â€‹ juris](#); Clemens in: jurisPK-SGB V, 3. Auflage 2016, [Ä§ 106 Rn. 45](#)). Die Vereinbarung von Prüfungsverfahren nach Durchschnittswerten ist dabei auch weiterhin sachgerecht. Sie erzielt einen hohen Erkenntniswert bei verhältnismäßig geringem Verwaltungsaufwand (st. Rspr. des BSG, Urteil vom 21. März 2012 [â€‹ B 6 KA 17/11 R](#) [â€‹ SozR 4-2500 Ä§ 106 Nr. 35](#), Rn. 17 m.w.N.; Senat, Urteil vom 18. Mai 2011 [â€‹ a.a.O.](#); Senat, Urteil vom 12. Dezember 2018 [â€‹ a.a.O.](#); Clemens in: jurisPK-SGB V, a.a.O. [Ä§ 106 Rn. 161](#)).

Ä

2. Die angefochtenen Feststellungen des Beklagten sind formell nicht zu beanstanden. Das administrative Verfahren ist ordnungsgemäß eingeleitet worden.

Die Regelung des Â§Â 11 PrÃ¼fV sieht ausdrÃ¼cklich vor, dass die PrÃ¼fungsstelle auf Antrag die Wirtschaftlichkeit der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung Ã¼berprÃ¼fen darf. Antragsberechtigt sind u.a. die Krankenkassen, Â§ 12 Abs. 1 Satz 2 PrÃ¼fV. Der Antrag â hier seitens der Beigeladenen zu 3) vom 1. August 2016 (Quartale 2015) und vom 11. Juli 2017 (Quartale 2016) â wurde zulÃ¤ssigerweise unter Angabe des Vertragszahnarztes, des PrÃ¼fgegenstandes, des PrÃ¼fzeitraums und einer BegrÃ¼ndung fÃ¼r die jeweils letzten vier Quartale gestellt, Â§ 12 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 PrÃ¼fV. Rechtliches GehÃ¶r i.S.v. Â§14 Abs. 1 PrÃ¼fV wurde dem KlÃ¤ger im Verwaltungsverfahren gewÃ¤hrt (vgl. Schreiben der PrÃ¼fungsstelle vom 11. August 2016 und vom 27. Juli 2017). Auch im Ãbrigen werden keine Beanstandungen geltend gemacht. Der Beklagte ist als PrÃ¼fungseinrichtung zustÃ¤ndig (Â§ 2 Abs. 1, 15 Abs. 1 PrÃ¼fV). Die formellen Voraussetzungen an den schriftlichen Bescheid i.S.d. Â§ 15 Abs. 2 PrÃ¼fV liegen vor. Die als qualifiziertes AnhÃ¶rungsgebot zu interpretierenden verfahrensrechtlichen Vorgaben nach Â§ 14 Abs. 1 PrÃ¼fV sind gewahrt.

Â

3. Der streitige Beschluss des Beklagten ist zudem auch materiell rechtmÃ¤Ãig.

Â

Die gerichtliche Ã¼berprÃ¼fung der angefochtenen Entscheidung beschrÃ¤nkt sich dabei auf die ordnungsgemÃ¤Ãe DurchfÃ¼hrung des Verwaltungsverfahrens, die richtige und vollstÃ¤ndige Ermittlung des Sachverhalts sowie auf die Frage, ob der Beklagte die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs Wirtschaftlichkeit ermittelten Grenzen eingehalten und seine SubsumtionserwÃ¤gungen so verdeutlicht hat, dass die zutreffende Anwendung der BeurteilungsmaÃstÃ¤be nachvollziehbar ist (BSG, Urteil vom 30. November 1994 â [6Ã RKa 16/93](#) â [SozRÃ 3-2500 Â§ 106 Nr. 25](#)).

Â

a) ZunÃ¤chst steht einem Regress fÃ¼r den Zeitraum 1/2015 bis 4/2015 weder eine ihm vorrangige Beratung noch das Schreiben vom 18. November 2015 entgegen.

Â

aa) Die vorgegangenen PrÃ¼fverfahren zeigen, dass die Frage der Unwirtschaftlichkeit des GebÃ¼hrenansatzes 04 bereits seit dem Quartal 1/2007 zwischen den Beteiligten diskutiert worden ist; der KlÃ¤ger insoweit hinreichend vorgewarnt wurde. Zwar ging dieser Meinungs austausch zunÃ¤chst zugunsten des KlÃ¤gers aus. SpÃ¤testens fÃ¼r die Quartale ab 2010 war dies jedoch nicht mehr der Fall. So haben sich die Beteiligten in der Sitzung des Beklagten vom 19. MÃ¤rz 2014 hinsichtlich der Quartale 1/2010 bis 4/2011 auf eine Zahlung von 19.000,00 â geeinigt. Auf die GebÃ¼hrennummer 04 entfiel diesbezÃ¼glich ein Betrag von 7.410,00 â (39% der KÃ¼rzungssumme). Vergleichbar wurde fÃ¼r die Quartale aus 2013 verfahren und am 5. Oktober 2015 ein Vergleich Ã¼ber 9.000,00 â

geschlossen.

Â

bb) Dem steht auch nicht der Inhalt des Schreibens vom 18. November 2015 entgegen. Nach dessen eindeutigem Wortlaut verwies die Prüfungsstelle dort für die Quartale aus 2014 darauf, dass die Krankenkassen auf einen Antrag zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung verzichten würden. Gleichzeitig erfolgte auf Wunsch der antragsberechtigten Stellen der Hinweis, dass künftig bei entsprechenden statistischen Auffälligkeiten ein Prüfverfahren nicht auszuschließen sei. Weder nach dem Wortlaut noch nach der Chronologie der Ereignisse der Kläger hatte noch am 5. Oktober 2015 einem Vergleich für die Quartale des Jahres 2013 zugestimmt der Bestand Anlass für die Annahme, dass er ab Zugang des Schreibens vom 18. November 2015 darauf vertraut könne, sein Verhalten werde künftig nicht mehr als unwirtschaftlich angesehen.

Â

b) Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit des Bescheides ist ferner, dass die Auswahl der Prüfmethode nicht zu beanstanden ist.

Â

Im vorliegenden Fall hat sich der Beklagte für eine Prüfung der zahnärztlichen Leistungen (Behandlungstätigkeit) nach Durchschnittswerten entschieden (§ 6 PrfV). Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage von Durchschnittswerten, es sei denn, die Prüfung ist nach den Absätzen 2 oder 3 durchzuführen. Bei der Prüfung auf der Grundlage von Durchschnittswerten kann die Prüfungseinrichtung die Sachverhaltsfeststellung durch Betrachtung einer Reihe von Einzelfällen ergreifen, soweit dies möglich und zumutbar ist, § 6 Abs. 1 PrfV. Eine Sachverhaltsaufklärung anhand einzelner Behandlungsfälle erfolgt, wenn eine sachgerechte Prüfung auf der Grundlage von Durchschnittswerten nicht möglich ist und die Prüfung ohne unverhältnismäßigen Aufwand durchgeführt werden kann, § 6 Abs. 2 PrfV. Für die in § 6 Abs. 2 PrfV geregelte Variante besteht entgegen der Ansicht des Klägers indes kein Anhaltspunkt, wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergibt.

Â

Bei der hier gewählten Prüfmethode wird mithin der Aufwand des geprüften (Zahn-)Arztes je Fall mit dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe im Regelfall der (Zahn-)Arztgruppe, der der Arzt angehört, verglichen. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Vergleichsgruppe im Durchschnitt insgesamt wirtschaftlich handelt. Grundsätzlich steht den Prüfungsgremien bei der Auswahl der Prüfmethode ein gerichtlich nur eingeschränkter beruher Beurteilungsspielraum zu (BSG, Urteil vom 13. Mai 2020, [B 6 KA 25/19 R](#), SozR 4-2500 § 106 Nr. 63, Rn.19, 32).

Â

c) Die Bildung der Vergleichsgruppe durch den Beklagten ist vorliegend nicht zu beanstanden. Der Beklagte durfte den KlÃ¤ger auch eingedenk seiner Facharztbezeichnungen als Fachzahnarzt fÃ¼r Parodontologie und Oralchirurgie mit der Gruppe der die streitgegenstÃ¤ndliche Leistung abrechnenden MKG-Chirurgen in Westfalen-Lippe vergleichen.

Â

aa) Dem Wortlaut des [Â§ 106 Abs. 1 SGB V](#) ist zunÃ¤chst ein letztlich zwingender Auftrag an die Krankenkassen und die Kassen(zahn)Ã¤rztlichen Vereinigungen zu entnehmen, weshalb die Voraussetzungen fÃ¼r eine WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung und damit auch fÃ¼r die Vergleichsgruppenbildung bereits aus diesem Grund nicht so streng gezogen werden dÃ¼rfen, dass im Einzelfall eine PrÃ¼fung unmÃ¶glich wird. Die Bildung geeigneter Vergleichsgruppen als Grundlage eines Vergleichs nach Durchschnittswerten ist mithin, soweit â wie hier â keine normativen Vorgaben der maÃgeblichen PrÃ¼fvereinbarung zu beachten sind, Sache der PrÃ¼fgremien und obliegt damit ihrem Beurteilungsspielraum. Sofern atypische PraxisumstÃ¤nde des zu prÃ¼fenden Zahnarztes vorliegen oder geltend gemacht werden, steht den PrÃ¼fgremien ein Entscheidungsspielraum hinsichtlich der Beurteilung zu, ab welchem AusmaÃ atypischer PraxisumstÃ¤nde sie eine engere Vergleichsgruppe bilden oder Praxisbesonderheiten annehmen und diese sachgerecht quantifizieren (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005 â [B 6 KA 4/05 R](#) â [SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 12](#), Rn. 16; BSG, Urteil vom 13. Mai 2020 â [B 6 KA 25/19 R](#) â [SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 63](#), Rn. 21).

Â

bb) Nach der hÃ¼chstrichterlichen Rechtsprechung ist es bei der Gruppe der ZahnÃ¤rzte wegen ihrer hohen HomogenitÃ¤t und der Herausnahme eines groÃen Teils der zahnÃ¤rztlichen Leistungen aus der (nachtrÃ¤glichen) WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung im Regelfall nicht als erforderlich anzusehen, fÃ¼r die PrÃ¼fung nach Durchschnittswerten Untergruppen mit bestimmten Behandlungsschwerpunkten zu bilden (BSG, Urteil vom 2. Juni 1987 â [6 RKa 23/86](#) â [BSGE 62, 24](#) ff.; BSG, Urteil vom 8. Mai 1996 â [6 RKa 45/95](#) â [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr. 36](#); BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005 â [B 6 KA 4/05 R](#) â [SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 12](#), Rn. 17).

Â

Lediglich fÃ¼r die sowohl zur vertragszahnÃ¤rztlichen als auch zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassenen MKG-Chirurgen ist die Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe als Grundlage der PrÃ¼fung der Wirtschaftlichkeit der zahnÃ¤rztlichen Leistungen fÃ¼r zumindest sachgerecht gehalten worden (BSG, Urteil vom 27. Juni 2001 â [B 6 KA 43/00 R](#) â [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr. 54](#), Rn. 20; BSG, Urteil vom 8. Mai 1996 â a.a.O., Rn. 16 zur PrÃ¼fung von Einzelleistungen; verneinend fÃ¼r die Zusatzbezeichnung Oralchirurgie BSG, Urteil

vom 14. Dezember 2005 (10 O 100/05 a.a.O., Rn.16 ff; BSG, Urteil vom 13. Mai 2020 (10 O 100/19 a.a.O., Rn. 22).

Ä

Die Entscheidung der Praxismittelverbände über die Heranziehung einer bestimmten Vergleichsgruppe ist nur dann rechtswidrig, wenn die maßgebenden Leistungsbedingungen des zu prüfenden (Zahn-)Arztes und der gewählten Gruppe so verschieden sind, dass von vornherein keine verwertbaren Aussagen über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit einer Leistung oder eines Leistungskomplexes zu erwarten sind (BSG, Urteil vom 27. April 2005 (10 O 100/04 R (SozialR 4-2500) § 106 Nr. 10; BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005 (10 O 100/05 a.a.O., Rn. 16).

Ä

cc) Ausgehend von diesen Grundsätzen hat der Beklagte bezogen auf die hier streitgegenständliche Leistung seinen Beurteilungsspielraum durch den an Durchschnittswerten orientierten Vergleich mit der Gruppe der die Leistung abrechnenden MKG-Chirurgen nicht überschritten.

Ä

(1) Der Vergleich kann auf eine genügend breite statistische Grundlage gestützt werden kann. Die Gruppe der MKG-Chirurgen ist hinreichend groß und in ihrem Abrechnungsverhalten homogen. Dass der Kläger demgegenüber mit der Gruppe der allgemeinen Zahnärzte habe verglichen werden wollen, trägt er selbst nicht vor. Er verfährt als Fachzahnarzt für Parodontologie und Oralchirurgie über ein entsprechendes Abrechnungsvolumen im Bereich der Chirurgie. Insoweit hat der Beklagte beurteilungsfehlerfrei nur solche Oralchirurgen wie den Kläger mit den MKG-Chirurgen verglichen, die einen demgemäß hohen Anteil an chirurgischen Leistungen haben.

Ä

(2) Eine verfeinerte Vergleichsgruppenbildung, namentlich auf den Schwerpunkt der Parodontologie, war demgegenüber nicht erforderlich. Der Beklagte hat insoweit beurteilungsfehlerfrei auf den nicht das Tätigkeitsfeld prägenden Mehraufwand von nur acht systematischen Parodontosebehandlungen pro Quartal gegenüber der Facharztgruppe (insgesamt 63 PAR-Fälle in den streitigen Quartalen) Bezug genommen. Die Anzahl des Klägers an PAR-Behandlungen liegt bei 2,6% (PAR-Behandlungen je 100 Behandlungsfälle) gegenüber 1,38% bei MKG-Chirurgen und 1,53% bei Zahnärzten.

Ä

Im Übrigen rechnen auch Vertragszahnärzte mit der Fachgebietskennung Parodontologie neben parodontologischen Maßnahmen ihrerseits zahnärztliche

Leistungen ab, die typischerweise auch bei MKG-Chirurgen anfallen. Folglich sind die relevanten Leistungsbedingungen nicht so verschieden, dass keine verwertbare Aussage über die (Un-)Wirtschaftlichkeit der Gebührennummer 04 getroffen werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005 a.a.O.).

Ä

Dabei ist zudem zu berücksichtigen, dass es sich auch bei dem PSI nicht um eine klassische parodontologische Leistung handelt. Sie ist gerade nicht in Teil 4 des BEMA (Systematische Behandlung von Parodontopathie), sondern in Teil 1 (Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen) verortet. Die Leistung kann daher auch von allgemeinen Zahnärzten und Chirurgen erbracht werden.

Ä

Entgegen der Annahme ist auch die Bildung einer bundesweiten Vergleichsgruppe nicht erforderlich. Der weiterhin erhobten Nicht-Abrechnerquote in der Vergleichsgruppe von 52,38% bis 59,40% hat der Beklagte bereits dadurch Rechnung getragen, dass er im Unterschied zum Prüfungsausschuss den Vergleich nur auf die die Gebührennummer ebenfalls abrechnenden MKG-Chirurgen bezogen hat. Der klägerische Vortrag, dass es dann auch eine hohe Wenig-Abrechnerquote geben müsse, bleibt mangels Substantiierung letztlich eine Spekulation.

Ä

d) Die Entscheidung des Beklagten zugunsten eines an Durchschnittswerten orientierten pauschalen statistischen Kostenvergleichs ist ebenfalls nicht zu beanstanden.

Ä

Zwar kann die Aussagekraft eines solchen Vergleichs Zweifeln unterworfen sein, wenn die Fallzahl des geprüften Arztes die Fallzahlbereiche unterschreitet, unterhalb derer ein statistischer Vergleich nicht mehr aussagekräftig ist. Dies kann nämlich dazu führen, dass einzelne schwere, besonders aufwändige Behandlungsfälle den Fallwert des betroffenen Arztes überproportional in die Höhe treiben. Aus diesem Grund verlangt das BSG, dass die Fallzahl des geprüften Arztes mindestens 20% der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe beträgt (BSG, Urteil vom 21. März 2012 a.a.O. [B 6 KA 17/11 R](#) a.a.O. SozR 4-2500 ÄS 106 Nr. 35; BSG, Urteil vom 9. September 1998 a.a.O. [B 6 KA 50/97 R](#) a.a.O. [SozR 3-2500 ÄS 106 Nr. 45](#)). Diese Marge wird im vorliegenden Fall allerdings durchgängig bei weitem erreicht.

Ä

Quartal	ZA Fallzahl	KZV Fallzahl	Fallzahl Abw. %
----------------	--------------------	---------------------	------------------------

1/2015	682	815	â 16%
2/2015	593	784	â 24%
3/2015	636	760	â 16%
4/2015	561	788	â 29%
1/2016	562	784	â 28%
2/2016	708	766	â 8%
3/2016	696	711	â 2%
4/2016	640	757	â 15%
Gesamt	5.078	6.165	â 17%

Â

e) Gegen den statistischen Einzelleistungsvergleich betreffend die GebÃ¼hrennummer 04 BEMA bestehen keine Bedenken.

Â

aa) Er betrifft eine Leistung, die f¼r die gebildete Vergleichsgruppe typisch ist und zumindest von einem grÃ¼eren Teil der Fachgruppenmitglieder regelmÃ¼ig in nennenswerter Zahl erbracht werden (vgl. zu diesem Erfordernis BSG, Urteil vom 16. Juli 2003â a.a.O.â Rn. 17).

Â

Der Beklagte hat dies â wie sich aus dem unten zitierten Zahlenwerk seines Beschlusses ergibt â hier im Rahmen des ihm zustehenden Beurteilungsspielraums zutreffend angenommen:

Â

Â

Quartal	Fallzahl Praxis	Leistung en Praxis	Praxis Ã Fallzahl KZV	Leistung en pro Quartal (nur Abrechner	KZV Ã	Praxis Abw. %	
1/15	682	231	33,9	815	47,4	5,8	484,5
2/15	593	193	32,5	784	43,9	5,6	480,4
3/15	636	186	29,2	760	49,0	6,4	356,3
4/15	561	160	28,5	788	48,1	6,1	367,2
Â	Â	Â	Â	Â	Â	Â	Â
1/16	562	166	29,5	784	41,0	5,2	467,3
2/16	708	250	35,3	766	41,5	5,4	553,7
3/16	696	224	32,2	711	43,0	6,0	436,7
4/16	640	216	33,8	757	57,5	7,6	344,7

Â

bb) Die GebÄ¼hrennummer 04 BEMA ist auch nicht etwa deshalb aus der Wirtschaftlichkeitsprü¼fung ausgenommen, weil es sich um ein Screening-Verfahren handelt.

Â

(1) [Â§ 106 SGB V](#) ist Ausfluss des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot i.S.d. [Â§ 12 SGB V](#). So gibt [Â§ 106 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) eine allgemeine Beschreibung der Aufgabe der Überwachung der Wirtschaftlichkeit. Damit wird Bezug genommen auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des [Â§ 12 SGB V](#), das als tragende Säule alle Leistungsbereiche der GKV strukturiert und daher einen entsprechend hohen Stellenwert genießt (Ulrich in: jurisPK-SGB V, 4. Aufl., Â§ 106 Rn. 30). Insofern bestimmt [Â§ 92 Abs. 1 Satz 1, 2 Nr. 2 SGB V](#), dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die zur Sicherung der Ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten beschließt, insbesondere Richtlinien über die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung. In der auf dieser Grundlage durch den GBA erlassenen Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie; hier in der Fassung vom 1. März 2006) heißt es demnach unter B. I. 1. wörtlich:

Â

Bei der Untersuchung sollen die klinisch notwendigen Befunde erhoben werden. Sie umfasst auch ggf. die Erhebung des Parodontalen Screening-Index (PSI). Bei Code 1 und 2 liegt eine Gingivitis, bei Code 3 und 4 eine Parodontitis vor.

Â

Bereits dem Wortlaut (ânotwendigenâ, âggf.â) lässt sich die durch den GBA beabsichtigte Unterordnung des PSI unter das Wirtschaftlichkeitsgebot entnehmen.

Â

(2) Insoweit ist lediglich ergänzend darauf Bezug zu nehmen, dass auch die im BEMA eingeschränkte Abrechnungsbefugnis (âalle zwei Jahreâ) auf eine ökonomische Einschränkung und damit auf das Wirtschaftlichkeitsgebot hindeutet.

Â

(3) Dass Screening- und damit im weitesten Sinne Vorsorgeleistungen der Wirtschaftlichkeitsprü¼fung unterfallen, ist zudem bereits höchststrichterlich

entschieden (vgl. zur Grippeimpfung: BSG, Urteil vom 21. März 2018 [B 6 KA 31/17 R](#) [SozR 4-2500 Â§Â 106 Nr. 58, Rn.Â 28](#)).

Â

f) Beurteilungsfehlerfrei hat der Beklagte eine Praxisbesonderheit wegen des paradontologischen Schwerpunktes anerkannt .

Â

aa) Bei Praxisbesonderheiten handelt es sich um Umstände, die in der Patientenstruktur liegen und nicht arztbezogen sind; sie rühren aus der Zusammensetzung der Patienten her, wirken sich auf das Behandlungsverhalten des Vertragsarztes aus und sind in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen. Die Praxis muss sich nach der Zusammensetzung der Patienten und hinsichtlich der schwerpunktmäßig zu behandelnden Gesundheitsstörungen vom typischen Zuschnitt einer Praxis der Vergleichsgruppe unterscheiden, und diese Abweichung muss sich gerade auf die überdurchschnittlich häufig erbrachten Leistungen auswirken (BSG, Urteil vom 23. Februar 2005 [B 6 KA 79/03 R](#) [juris](#); BSG, Urteil vom 6. September 2000 [B 6 KA 24/99 R](#) [SozR 3-2500 Â§Â 106 Nr. 50](#)). Ein Tätigkeitsschwerpunkt allein stellt nicht schon eine Praxisbesonderheit dar (BSG, Urteil vom 6. Mai 2009 [B 6 KA 17/08 R](#) [SozR 4-2500 Â§Â 106 Nr. 23](#)).

Â

Nur wenn der Arzt aufgrund eines besonderen Zuschnitts seines Patientenkontexts einen signifikant höheren Anteil an schwierigen Krankheitsfällen hat als der Durchschnitt der Vergleichsgruppe, kann eine Praxisbesonderheit erwogen werden. Dafür muss der Arzt aber den besonderen Zuschnitt seiner Patientenschaft beschreiben und plausibel machen, dass er damit signifikant vom arztgruppenüblichen Bild abweicht. Dabei ist es Sache des geprüften Arztes, den durch die Feststellung des offensichtlichen Missverhältnisses erbrachten Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit seines Verhaltens durch Praxisbesonderheiten oder kompensatorischen Minderaufwendungen zu widerlegen. Ihn trifft hinsichtlich dieser Einwendungen die Darlegungslast (BSG, Urteil vom 11. Dezember 2002 [B 6 KA 1/02 R](#) [SozR 3-2500 Â§Â 106 Nr. 57](#); Senat, Urteil vom 18. Mai 2011 [L 11 KA 11/10](#) [juris](#)). Seiner Mitwirkungspflicht hat der Vertragsarzt grundsätzlich bereits im Verwaltungsverfahren zu genügen, um die erforderlichen Erkenntnisgrundlagen durch das fachkundig besetzte Gremium wurdigen zu können; er erfüllt die Mitwirkungspflicht nur dann, wenn er konkret darlegt, bei welchem der von ihm behandelten Patienten, aufgrund welcher Erkrankungen welcher Mehraufwand erforderlich gewesen ist (vgl. zum Ganzen: Senat, Urteil vom 18. Mai 2011 [a.a.O.](#)). Dies bedeutet zwar nicht, dass der Arzt alle Einzelfälle nach Art einer Einzelprüfung anführen und medizinisch erläutern muss; es genügt, strukturell die methodischen Zusammenhänge und die medizinische Gleichwertigkeit darzulegen. Dies kann z.B. in der Weise geschehen, dass er die bei

ihm schwerpunktmäßig behandelten Erkrankungen aufzählt und mitteilt, welcher Prozentsatz von seinen Patienten ihnen jeweils zuzuordnen ist und welcher Aufwand an Behandlung durchschnittlich für die Therapie einer solchen Erkrankung erforderlich ist (Ulrich a.a.O. Â§ 106a Rn. 55). Gelingt das nicht, geht dies zu Lasten des Arztes (Senat, Urteil vom 17. Dezember 2014 â€‹[L 11 KA 46/14](#)â€‹ juris).

Â

Dass der Arzt seiner Darlegungs- und Beweislast demnach nur nach einer â€‹u.U. aufwendigenâ€‹ Auswertung der gespeicherten Daten gerecht werden kann, steht dem nicht entgegen (BSG, Urteile vom 28. September 2016 â€‹[B 6 KA 44/15 R](#)â€‹ SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 55, Rn. 32 und â€‹[B 6 KA 43/15 R](#)â€‹ juris, Rn. 35). Die Prâ€‹fngremien sind zu Ermittlungen von Amts wegen nur hinsichtlich solcher Umstâ€‹nde verpflichtet, die typischerweise innerhalb der Fachgruppe unterschiedlich und daher augenfällig sind (BSG, Urteile vom 21. März 2012 â€‹[B 6 KA 17/11 R](#)â€‹ SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 35, Rn. 17, 43 und â€‹[B 6 KA 18/11 R](#)â€‹ SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 34, Rn. 18, jeweils m.w.N.; BSG, Urteil vom 5. Juni 2013 â€‹[B 6 KA 40/12 R](#)â€‹ SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 41, Rn. 16; BSG, Urteil vom 14. Mai 2014 â€‹[B 6 KA 13/13 R](#)â€‹ SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 44, Rn. 14; BSG, Urteil vom 13. Mai 2020â€‹ a.a.O., Rn. 43).

Â

Ausgehend von diesen Grundsätzen hat der Beklagte beurteilungsfehlerfrei eine Praxisbesonderheit wegen des parodontologischen Schwerpunktes der Praxis anerkannt und diesem Umstand durch ebenfalls beurteilungsfehlerfrei gewählte Überschreitungen (mehr als der dreifache Durchschnitt der Abrechner) Rechnung getragen. Die Anerkennung weitergehender Praxisbesonderheiten war nicht erforderlich.

Â

Der Klâ€‹ger setzt das PSI-Verfahren regelhaft ein. Das gilt auch für Patienten, die mit Zielauftrag an die Praxis überwiesen werden. Der Beklagte ging diesbezüglich beurteilungsfehlerfrei in seinem Beschluss davon aus, dass regelmäßige Erhebungen des PSI-Codes als Screening-Untersuchung bei zugewiesenen Behandlungsfällen mit konkreten Zielaufträgen in â€‹keinem nachvollziehbaren und wirtschaftlichen Zusammenhang mit den Überweisungenâ€‹ stehen.

Â

Im Grundsatz ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass es sich bei dem PSI nicht um eine Überweisungsleistung handelt. Lediglich ergänzend verweist der Senat diesbezüglich auf den Bescheid der Prâ€‹fngsstelle vom 10. August 2022 (S. 18), wonach der Klâ€‹ger dort offenbar selbst vorgetragen hat, dass das Screening keine (Überweisungs-) Behandlung darstelle.

Â

Soweit der KlÃ¤ger dennoch die Frage der PrÃ¤zision der ÃberweisungsauftrÃ¤ge aufwirft, gilt, dass auch ein Vertragszahnarzt grundsÃ¤tzlich an ZielauftrÃ¤ge gebunden ist. Nach Â§ 10 BMV-Z (Stand: 10. April 2016) gilt fÃ¼r Ãberweisungen

Â

â(1) Der Kassenzahnarzt kann, wenn erforderlich, den Kranken zur DurchfÃ¼hrung bestimmter zahnÃ¤rztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung einem anderen Kassenzahnarzt oder einer sonstigen berechtigten Stelle (poliklinische Einrichtung der Hochschule, kasseneigenes Institut) Ãberweisen; die Ãberweisung zur Weiterbehandlung an einen anderen Kassenzahnarzt ist nur in AusnahmefÃ¤llen zulÃ¤ssig.

*(2) Eine Ãberweisung kann grundsÃ¤tzlich nur ein Kassenzahnarzt vornehmen, dem eine gÃ¼ltige Krankenversichertenkarte vorliegt.*â

Â

Zwar fehlt eine Â§ 24 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ã vergleichbare Regelung, allerdings folgt aus Â§ 8 Abs. 3 Satz 2 Berufsordnung der ZahnÃ¤rztekammer Westfalen-Lippe vom 19. November 2005 (hier Stand: 14. MÃ¤rz 2023), dass der Zahnarzt u.a. eine Ãberweisungsbehandlung Ãber den begrenzten Auftrag und die notwendigen MaÃnahmen hinaus nicht ausdehnen darf. Ist ein Zielauftrag nicht hinreichend prÃ¤zise, ist er demgegenÃ¼ber verpflichtet, beim Ãberweiser Nachfrage zu halten (Senat, Urteil vom 9. Juli 2014 â [L 11 KA 142/11](#) zu VertragsÃ¤rzten).

Â

UnabhÃ¤ngig von dieser Frage ist weder erkennbar noch durch den KlÃ¤ger hinreichend substantiiert vorgetragen, in welchem FÃ¤llen, in denen ihm Patienten zur chirurgischen Behandlung Ãberwiesen worden sind, einzelfallbezogen ein PSI erforderlich gewesen ist.

Â

Der Beklagte verweist insofern zutreffend darauf, dass es auch bei BerÃ¼cksichtigung des Vortrages bezogen auf unkorrekte/unvollstÃ¤ndige ZielauftrÃ¤gen nicht nachvollziehbar sei, woraus sich regelmÃ¤Ãig die Notwendigkeit eines Screenings bei Patienten ergeben sollte, die fÃ¼r chirurgische MaÃnahmen wie z.B. Wurzelspitzenresektionen oder Osteotomien zugewiesen werden. Der Beklagte hat sich diesbezÃ¼glich auf die Auswertung von 26 gesichteten BehandlungsfÃ¤llen aus dem Quartal 1/2015 gestÃ¼tzt. In 24 der gesichteten FÃ¤lle lagen Ãberweisungen vor; gleichfalls in 24 der FÃ¤lle wurde ein PSI-Code erhoben. In 20 FÃ¤llen erfolgte die Ãberweisung mit Ãberwiegend chirurgischen ZielauftrÃ¤gen.

Ä

Auch die Erwägung des Beklagten, dass der nahezu flächendeckende Einsatz des PSI nicht im Einklang mit den rechtlichen Vorgaben der vertragszahnärztlichen Tätigkeit steht, ist im Hinblick auf die obigen Erwägungen beurteilungsfehlerfrei.

Ä

Letztlich ist die Einlassung des Klägers besser, gründlicher und sorgfältiger als die Fachkollegen zu praktizieren, nicht geeignet, objektiv festgestellt und als Praxisbesonderheit anerkannt zu werden. Dabei handelt es sich gerade nicht um Umstände, die in der Patientenstruktur liegen, sondern die auch wenn sie zutreffen sollten arztbezogen sind.

Ä

g) Für die Annahme kompensatorischer Einsparungen ist vorliegend weder etwas ersichtlich noch vorgetragen.

Ä

h) Der Beklagte hat beurteilungsfehlerfrei die Überschreitung des durchschnittlichen Aufwands der Vergleichsgruppe i.S.e. offensichtlichen Missverhältnisses festgestellt.

Ä

Bei der Festlegung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis haben die Praxengremien ebenfalls einen Beurteilungsspielraum. Sie können dabei Besonderheiten des konkreten Einzelfalles berücksichtigen. Beispielweise kann der Gesichtspunkt, dass die Vergleichsgruppe vom Aufwand her in sich sehr inhomogen ist, dazu führen, die Grenze höher anzusetzen, während sie im Falle einer sehr homogenen Vergleichsgruppe niedriger angesetzt werden kann (Ulrich a.a.O. § 106a Rn. 80 mit Verweis auf BSG, Urteil vom 19. Oktober 2011 [B 6 KA 38/10 R](#) [SozR 4-2500 § 106 Nr. 33](#)). Früher wurde die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis in Fällen des Vergleichs von Gesamtwerten des Arztes mit denen der Vergleichsgruppe in der Regel bei einer Durchschnittsüberschreitung um ca. 50-60% angesetzt. Heute geht die Tendenz dahin, die Grenze eher bei 40%, gelegentlich sogar bei nur ca. 30%, anzusetzen, besonders bei homogenen Arztgruppen. Dies gilt vor allem dann, wenn wie dies zunehmend geschieht etwaige anzuerkennende Praxisbesonderheiten des Arztes sowie eventuelle kompensatorische Einsparungen schon vorab herausgerechnet werden (Ulrich a.a.O. § 106a Rn. 81 m.w.N.; BSG, Urteil vom 13. Mai 2020 [a.a.O.](#), Rn. 54 f.). Die Festlegungen können je nach Art der Vergleichsprüfung und dem Maß der Homogenität demnach auf Überschreitungen ab 30 % bis 60 % erfolgen (BSG, Urteil vom 13. Mai 2020 [a.a.O.](#), Rn. 55)

Â

Vorliegend hat der Beklagte die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis auf eine Überschreitung von +100% festgelegt (vgl. BSG, Urteil vom 13. Mai 2020 – 10 SA 1000/19 – a.a.O., Rn. 55 zu 40%+x). Das ist unter Berücksichtigung der obigen Gründe nicht zu beanstanden.

Â

Der Beklagte hat dem oben anerkannten Umstand der Praxisbesonderheit wegen eines paradontologischen Schwerpunktes durch entsprechende Überschreitungen im Rahmen seines Ermessens Rechnung getragen. Dies ist gleichfalls nicht angreifbar.

Â

Die Praxiskammern haben im Falle unwirtschaftlichen Behandlungsverhaltens bei der Bemessung der Honorarkürzung einen weiten Ermessensspielraum bei ihrer Entscheidung, wie hoch sie die Kürzung bemessen, und brauchen im Regelfall ihr Entscheidungsergebnis auch nicht näher zu erläutern (Ulrich a.a.O. Rn. 85).

Â

Die Prüfungsstelle kam bereits zu einer Toleranz von 400%, die zu berücksichtigen sei. Dies ist aus Sicht des Beklagten nicht ausreichend gewesen, um die Morbiditätsstruktur der Klientel zu beachten. Er hat unter Berücksichtigung sämtlicher Besonderheiten daher entschieden, dass das Honorar der abgerechneten Leistungen nach der Gebührennummer 04 insoweit zu kürzen sei, soweit der allgemeine Durchschnitt dieser Leistungen um mehr als der 3-fache Durchschnitt der Abrechner dieser Leistungen überschritten werde.

Â

Die Kostenentscheidung folgt [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs. 1, Abs. 3, Â§ 162 Abs. 3 VwGO](#).

Â

Gründe im Sinne des [Â§ 160 Abs. 2 SGG](#) für eine Zulassung der Revision sind nicht gegeben.

Â

Der Streitwert folgt aus [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 52 Abs. 1 Gerichtskostengesetz](#).

Â

Erstellt am: 10.09.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024