
S 2 KA 21/11

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 KA 21/11
Datum	30.07.2012

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KA 89/12
Datum	17.12.2014

3. Instanz

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

Die Berufung wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen Honorarkürzungen infolge Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Quartale I/2006 bis IV/2008 in einer Gesamthöhe von 135.489, 97 EUR. Streitbefangen sind im Verfahren [L 11 KA 89/12](#) die Quartale I/2006 bis IV/ 2006, im Verfahren L 11 KA 45/14 die Quartale I/2007 bis IV/2007 und im Verfahren [L 11 KA 46/14](#) die Quartale I/2008 bis IV/2008.

Der Kläger ist seit dem 02.01.1975 mit Praxissitz in N zu vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen.

Seine Fallzahlen lagen im Zeitraum I/2006 bis IV/2008 um 17 % unter bis 5 % über den maßgeblichen Durchschnittswerten im Bereich der Beigeladenen zu 1). Die Fallkosten überstiegen die Durchschnittswerte um 59 % bis 120 %.

Der Kläger führte bezogen auf 100 Patienten 4,97 Parodontalbehandlungen (PAR-

Behandlungen) durch. Für die Vergleichspraxis beträgt der entsprechende Wert 1,54 PAR-Behandlungen pro 100 Patienten. Wiederum bezogen auf 100 Patienten rechneten der Kläger im streitigen Zeitraum 26 Zahnersatzfälle (ZE-Fälle) und die Vergleichsgruppe 13 ZE-Fälle ab. Die ZE-Fallkosten lagen in der klägerischen Praxis bis zu 40 % unter dem Durchschnitt.

Am 21.11.2007 leitete die Prüfungsstelle ein Verfahren auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der konservierend/chirurgischen Abrechnung für die Quartale I-IV/2006 gemäß § 11 der Prüfvereinbarung vom 08.07.2006 ein. Für die Quartale I-IV/2007 und I-IV/2008 wurde das Prüfverfahren am 14.07.2008 und am 03.06.2009 auf der Grundlage des § 11 der ab dem 01.01.2008 maßgeblichen Verfahrensordnung eingeleitet. Mit Schreiben vom 04.12.2007, 22.07.2008 und 08.06.2009 informierte die Prüfungsstelle den Kläger über das Prüfverfahren. Trotz Aufforderung gab er keine Stellungnahme zu den Verfahren ab.

Mit Beschluss vom 15.07.2009 erkannte die Prüfungsstelle ein Honorar je Behandlungsfall in Höhe von 155 % des Durchschnitts an und kürzte das darüber hinaus abgerechnete Honorar. Zur Begründung führte die Prüfungsstelle aus, dass sie sich bezüglich der beanstandeten Abrechnungen für die Prüfmethode des statistischen Fallkostenvergleichs entschieden habe. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei eine Unwirtschaftlichkeit dann anzunehmen, wenn der Fallwert des geprüften Arztes/Zahnarztes so erheblich über dem Vergleichsgruppenschnitt liege, dass sich die Mehrkosten nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären ließen und deshalb zuverlässig auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise als Ursache der erhöhten Aufwendungen geschlossen werden könne. Zur weiteren Beurteilung habe sie die früheren schriftlichen Stellungnahmen zur Kenntnis genommen, in denen insbesondere auf die Leistungsschwerpunkte ZE, PAR und chirurgische Behandlungen hingewiesen worden sei. Darüber hinaus sei auf die Behandlung von Behinderten (etwa 10 %), älteren Patienten, Kinder (ca. 5 % aus Kinderheimen) und Patienten mit hohem Sanierungsbedarf verwiesen worden. Die Prüfungsstelle berücksichtigte den Umfang der ZE- und PAR-Abrechnungen als Besonderheit. Bei den PAR-Behandlungen sah die Prüfungsstelle einen Mehrbedarf von 5.724 Punkten, was 3,5 % der Gesamtabrechnung entspreche. Für die PAR-Fälle seien je Fall 156 Punkte für die erforderlichen Begleitleistungen zu berücksichtigen. Da der Mehraufwand gegenüber dem allgemeinen Durchschnitt 229 PAR-Fälle betrage, ergebe sich ein Mehrbedarf von 35.724 Punkten, das entspreche 3,5 % der Gesamtabrechnung. Für den Bereich der ZE-Behandlungen lasse sich der Mehrbedarf nicht genau ermitteln, da in der Zahl der ausgewiesenen ZE-Fälle auch Reparaturen, Vollprothesen und andere Maßnahmen enthalten seien, die keiner konservierenden Begleitleistung bedürften. Durch den Beschwerdeausschuss sei der Mehrbedarf bei konservierenden Leistungen für die Vorquartale auf 3 % geschätzt worden. Im Bereich der chirurgischen Maßnahmen sei der geltend gemachte Schwerpunkt ebenfalls nachzuvollziehen. Im Schnitt betrage der Anteil der großen Chirurgie an der Gesamtabrechnung über den Prüfungszeitraum 4 %. Das Abrechnungsbild des Klägers stütze seine Behauptung nicht, dass überdurchschnittlich viele Sanierungsfälle behandelt würden. Stark sanierungsbedürftige Patienten bedürften erfahrungsgemäß auch häufiger der

Extraktion von stark zerstörten Zähnen. Dieser Bereich sei in der Abrechnung jedoch deutlich unterdurchschnittlich. Gerade bei solchen Patienten müsste bei der Zahnerhaltung überproportional häufige eine CP (Caries profunda)- oder P (Pulpa)-Behandlung durchgeführt werden. Es erschließe sich nicht, inwieweit durch eine überdurchschnittlich hohe Zahl von älteren Patienten ein Mehraufwand bei konservierend/chirurgischen Behandlungen gerechtfertigt sein solle. Gleiches gelte für die Kinderbehandlung. Die Behandlung behinderter Patienten könne zu Mehraufwendungen führen, wenn die Behinderung zur Folge habe, dass ein Patient nicht regelmäßig zahnmedizinisch behandelt werde oder wegen unzureichender Zahnpflege einen überdurchschnittlichen Behandlungsbedarf aufweise. In welchem Umfang diese Patienten in der Praxis aufträten, lasse sich nicht konkret ermitteln. Bei der Beurteilung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit werde dies jedoch nicht außer Acht gelassen. Die Prüfungsstelle berücksichtigte die übrigen nicht quantifizierbaren Besonderheiten mit 4,5 % der Gesamtabrechnung. Zusammenfassend stellte sie fest, dass in der Praxis erhebliche statistische Abweichungen der Fallkosten vorlägen, ohne dass diese an einzelnen Leistungspositionen festzumachen seien. Ein den statistischen Überaufwand rechtfertigender Minderaufwand sei nicht zu erkennen. Praxisbesonderheiten könnten nur bedingt anerkannt werden, die jedoch nicht geeignet seien, den gesamten Überaufwand zu erklären. Die hohe statistische Abweichung der Fallkosten sei auf unwirtschaftliche Leistungsansätze zurückzuführen. Unter Berücksichtigung sämtlicher Besonderheiten sei die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei 55 % über dem allgemeinen Durchschnittswert festzusetzen. Die darüber hinausgehende Abrechnung sei unwirtschaftlich. In die Gesamtbeurteilung sei auch eingeflossen, dass sich der Kläger bereits seit seiner Niederlassung im Jahr 1975 fast ununterbrochen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung befinde und seither von nicht unerheblichen Honorarkürzungen wegen Unwirtschaftlichkeit betroffen sei. Im Einzelnen stellt sich die Kürzung auf 155 % der Fallkosten wie folgt dar:

Euro Quartal 3.137 2.771,35 1.2006 4.033 3.571,02 2.2006 11.201 9.936,45 3.2006 11.009 9.725,15 4.2006 14.344 12.718,46 1.2007 2.018 1.785,84 2.2007 14.424 12.741,90 3.2007 19.290 17.138,20 4.2007 9.106 8.072,53 1.2008 23.219 20.512,79 2.2008 28.618 25.377,69 3.2008 12.507 11.138,59 4.2008 152.906 135.489,97 gekürzte Punkte

Am 03.09.2009 erhob der Kläger Widerspruch. Die Entscheidung der Prüfungsstelle werde den Praxisbesonderheiten nicht gerecht. Hinsichtlich der PAR-Behandlung sei zu berücksichtigen, dass vor der Behandlung auch ein Parodontaler Screening Index - (PSI-) Status erhoben werden müsse. Mithin seien pro PAR-Fall mindestens 166 Punkte als notwendige Begleitleistung abzuziehen. Unberücksichtigt sei ferner geblieben, dass überdurchschnittlich häufig lokale Rezidivbehandlungen notwendig würden, die sodann über Exz1 (Bema 49 - Exzision Mundschleimhaut) und Exz2 (Bema 50 - Exzision einer Schleimhautwucherung) abgerechnet würden. Lokale Parodontitistherapien seien über die Exz 1 und Exz 2 anzusetzen. Auch die ZE-Behandlung sei nicht ausreichend erfasst worden. Da es in seiner Praxis doppelt so viele ZE-Fälle gäbe wie in einer Durchschnittspraxis, sei der Mehraufwand auf ca. 3 % zu niedrig geschätzt. Er habe überdurchschnittlich viele Direktabrechnungsfälle. Wenn die Chirurgie als Praxisbesonderheit anerkannt werde, müsste dies auch für

notwendige Begleitleistungen im Rahmen der chirurgischen Behandlung gelten. Zudem behandle er aufgrund seines überregionalen Einzugsgebietes überdurchschnittlich viele besonders schwere Fälle. Er habe überdurchschnittlich viele behinderte und ältere Patienten. Zwar bestünden statistische Auffälligkeiten, diese seien jedoch durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt. Die PAR- und ZE-Behandlungen müssten mit deutlich höheren Begleitleistungen gewürdigt werden. Die Berechnung des durch die große Chirurgie verursachten Mehrbedarfs sei fehlerhaft.

Mit Beschluss vom 30.03.2011 wies der Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte er aus, dass in einzelnen Fällen ein umfangreicher Behandlungsbedarf festzustellen sei. Die durch die statistischen Werte vermutete Unwirtschaftlichkeit lasse sich jedoch durch die gesichteten Beispielfälle nicht entkräften. So würden Wiederholungsfüllungen, gehäuft Mehrfachfüllungen auf einer Fläche und mehrere Aufbaufüllungen an einem Zahn vor Zahnersatz festgestellt. Zudem falle die konservierend/chirurgische Behandlung im Zusammenhang mit Implantatversorgungen auf, bei der es sich um außervertragliche Leistungen handele. Die Prüfungsstelle habe den Mehraufwand für PAR-Behandlungen und chirurgische Leistungen korrekt berechnet. Der PSI-Status müsse nicht berücksichtigt werden, da es sich um eine Screeningleistung handele, die nicht im zwingenden Zusammenhang mit der durchgeführten PAR-Behandlung stehe. Der Zusammenhang zwischen PAR-Behandlung und Exzisionen als Rezidivbehandlung bzw. als lokale Parodontaltherapie sei nicht derart umfangreich, dass er besonders gewürdigt werden müsse. Die Einlassung des Klägers hinsichtlich der konservierenden Behandlungsmaßnahmen bei Zahnersatzbehandlungen sei nicht geeignet, die Schätzung des Mehraufwandes in Frage zu stellen. Die von ihm überreichten Unterlagen erfassten verschiedene Leistungen und Beträge lediglich summarisch und ohne jeden Patientenbezug. Die Angaben seien nicht nachvollziehbar und nicht geeignet, die Notwendigkeit der fraglichen Leistungen zu beweisen. Der Mehraufwand im Bereich der chirurgischen Leistungen sei nicht als Praxisbesonderheit anerkannt worden. Die Begleitleistungen seien unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten besonders auffällig, da sie im Verhältnis zu den chirurgischen Leistungen deutlich gegenüber dem Durchschnitt abwichen. In der Vergleichsgruppe werde bei jeder 1,4ten chirurgischen Behandlung eine Nachbehandlung berechnet. Demgegenüber setzte der Kläger bei jeder 0,8ten Leistung eine Nachbehandlung an. Die im Zusammenhang mit chirurgischen Maßnahmen anfallenden Anästhesien seien nicht zu ermitteln. In der Praxis würden mehrere Leistungen unter einer Anästhesie abgerechnet, so dass der Mehraufwand begrenzt sei und keine zu berücksichtigenden Auswirkungen habe. Bei den zur Dokumentation der sogenannten "schweren Fälle" überreichten Unterlagen handele es sich um nicht nachvollziehbare Umsatzlisten mit ausgewiesenen Punkten und Summen sowie um patientenbezogene Leistungsdarstellungen. Der Hinweis auf hohen Umsatz in einzelnen Fällen enthalte keine konkrete Aussage zur Behandlungsbedürftigkeit der Patienten. Inwieweit behinderte und ältere Patienten sowie Kinder eines Kinderheimes die hohen Fallkosten verursacht haben können, erschließe sich nicht und lasse sich nicht sicher quantifizieren.

Gegen den ihm am 04.05.2011 zugestellten Bescheid hat der Kläger am 03.06.2011 Klage erhoben. Zur Begründung hat er sein Vorbringen wiederholt und ergänzend ausgeführt: Einer seiner Leistungsschwerpunkte liege im Bereich der PAR-Behandlung. Dass hierfür lediglich ein Toleranz-Wert von 3,5 % angesetzt worden sei, könne er nicht nachvollziehen. Hinsichtlich des PSI-Status verkenne der Beklagte den Kausalzusammenhang zwischen dessen Erhebung und einer systematischen PAR-Behandlung. Jeder systematischen PAR-Behandlung gehe eine Befunderhebung mittels PSI voraus. Pro PAR-Behandlungsfall seien somit nach BEMA-Nr. 04 jeweils 10 Punkte als notwendige Begleitleistung in Abzug zu bringen. Hinzu kämen noch weitere Begleitleistungen der einzelnen PAR-Behandlungen wie eine Röntgenaufnahme (Orthopantomogramm, OPG), achtfache Infiltrationsanästhesie (I), zweifache intraorale Leitungsanästhesie (L1), zweimal lokale medikamentöse Behandlung der Schleimhaut (Mu) sowie eine Zahnsteinentfernung (ZSt). Pro Behandlungsfall ergebe sich damit einschließlich des Punktwertes für die Erhebung des PSI-Status ein Mehraufwand für Begleitleistungen im Umfang von 166 Punkten. Der Beklagte erkenne zwar ausdrücklich den Leistungszusammenhang zwischen Parodontalbehandlungen und Exzisionen als Rezidivbehandlungen bzw. als lokale Parodontitistherapie an. Dennoch lasse er diesen Zusammenhang mit einem pauschalen Verweis auf einen nicht ausreichenden Umfang unberücksichtigt. Auch der Mehraufwand im Hinblick auf Begleitleistungen im Bereich der ZE-Behandlungen sei nicht ausreichend gewürdigt worden. Trotz der im Vergleich zur Durchschnittspraxis doppelt so hohen ZE-Fallzahl habe der Beklagte lediglich einen Toleranzwert von 3 % zu Grunde gelegt. Dass die im Zusammenhang mit ZE-Behandlungen erbrachten konservierenden Leistungen notwendig gewesen seien, habe er nachgewiesen. Aus der bloßen Feststellung mehrfacher Aufbaufüllungen an einem Zahn vor Durchführung einer Zahnersatzbehandlung lasse sich nicht auf eine Unwirtschaftlichkeit schließen. Die chirurgische Behandlungstätigkeit sei zu Unrecht nicht als Praxisbesonderheit anerkannt worden. Die Prüfungsstelle habe in ihrem Beschluss vom 15.07.2009 bestätigt, dass ein Behandlungsschwerpunkt vorliege.

Der Kläger hat beantragt,

den Beschluss des Beklagten vom 30.03.2011 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über die Beschwerde gegen den Beschluss der Prüfungsstelle vom 15.07.2009 neu zu entscheiden.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hat vorgetragen: Der Kläger messe den anerkannten Besonderheiten eine unzutreffend hohe Bedeutung zu. Für jeden der abgerechneten PAR-Fälle seien 156 Punkte Mehrbedarf zuerkannt worden. Dabei sei jeweils von einem vollbezahnten Gebiss ausgegangen und die höchstmögliche Anzahl von Anästhesien zugebilligt worden. Es liege jedoch nicht immer ein vollbezahntes, behandlungsbedürftiges Gebiss vor. Außerdem sei nicht für jede der abgerechneten PAR-Behandlungen eine

systematische PAR-Behandlung erfolgt. Die gewährten Toleranzen seien für sämtliche Besonderheiten ausreichend bemessen worden.

Mit Urteil vom 30.07.2012 hat das Sozialgericht (SG) Münster die Klage abgewiesen. Der Beschluss des Beklagten sei rechtmäßig. Er habe die erforderliche Sachverhaltsaufklärung dadurch vorgenommen, dass er die Unterlagen von 26 Behandlungsfällen und die vom Kläger vorgelegten weiteren Unterlagen ausgewertet und in seine Überlegungen einbezogen habe. Zu weiteren Ermittlungen sei der Beklagte nicht verpflichtet gewesen. Da die Abrechnungswerte des Klägers bei den Fallkosten weit im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses lägen, bestehe der Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit. Mit seinen Angaben und den vorgelegten Unterlagen sei es dem Kläger nicht gelungen, diesen Anscheinsbeweis zu entkräften. Mit dem Hinweis auf den hohen Anteil von Patienten über 60 Jahren und von Behinderten mache der Kläger im Ergebnis geltend, dass er im Prüfzeitraum einen hohen Anteil an Patienten mit erhöhtem Sanierungsbedarf gehabt habe. Dieses Vorbringen lasse sich jedoch weder aufgrund der vom Kläger vorgelegten Unterlagen noch aufgrund der statistischen Werte bestätigen. Die vorgelegten Umsatzstatistiken ließen keinen Rückschluss auf den Behandlungsbedarf pro Patient zu. Der Beklagte sei aufgrund der Auswertung der weiteren vorgelegten Unterlagen (Leistungserfassung pro Patient) zu Recht davon ausgegangen, dass Einzelfälle vorhanden seien, die einen umfangreichen Behandlungsaufwand aufwiesen. Bei Auswertung dieser Unterlagen habe der Beklagte jedoch beanstandungsfrei Hinweise auf Unwirtschaftlichkeit und Hinweise auf die Abrechnung im Zusammenhang mit außervertraglichen Leistungen (Implantatversorgung) festgestellt. Auch die statistischen Abrechnungswerte sprächen für diese Annahme. Ein erhöhter Sanierungsbedarf sei im Regelfall bei Patienten anzunehmen, die erstmalig die Zahnarztpraxis aufsuchten. Die statistischen Werte bei der Geb.-Nr. 01 (eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung) ließen Rückschlüsse auf den Anteil der Neupatienten einer Praxis zu. Die Abrechnungsfrequenz dieser Gebührennummer sei absolut unauffällig. Sie läge in einzelnen Quartalen sogar unter den Durchschnittswerten. Dies spreche gegen einen hohen Anteil von Neupatienten. Daher sei die Überschreitung bei der Geb.-Nr. 23 (Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstifts bzw. das Abtrennen eines Brückengliedes oder -stegs, je Trennstelle) nur so erklärbar, dass der Kläger die entsprechenden Behandlungen an von ihm bereits behandelten Patienten vorgenommen habe. Bei der Einräumung von Toleranzen habe der Beklagte den ihm zustehenden Beurteilungsspielraum nicht überschritten. Insbesondere erweise sich die Toleranz für die PAR-Behandlungen als ausreichend. Im Prüfzeitraum habe der Kläger insgesamt 1.038.068 Punkte abgerechnet. Aufgrund der Toleranz von 3,5 % ergebe sich eine Punktzahl von 35.724 Punkten für die PAR-Behandlungen. Da der Beklagte inzwischen festgestellt habe, dass der Kläger im Jahre 2008 12 PAR-Behandlungen nicht durchgeführt habe und von den sieben Fällen aus dem Jahre 2006, in denen er Behandlungsunterlagen vorgelegt habe, in fünf Fällen keine systematische PAR-Behandlung durchgeführt worden seien, verbleibe auch bei einer Punktzahl von 166 pro PAR-Behandlungsfall eine ausreichend hohe Toleranz. Dies gelte auch für die ZE-Behandlung. Wegen der unterdurchschnittlichen Fallkosten sei davon auszugehen, dass in den erfassten ZE-

Behandlungen auch Reparaturen und andere Maßnahmen enthalten seien, die keine umfangreichen Begleitleistungen im konservierend-chirurgischen Bereich verursachten. Da der Kläger den Umfang der ZE-Behandlungen mit umfangreichen konservierend-chirurgischen Begleitleistungen nicht schlüssig dargelegt habe und diese Umstände sich auch aus den dem Beklagten zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht entnehmen ließen, sei es gerechtfertigt, den durch die ZE-Behandlungen verursachten Mehrbedarf im Wege der Schätzung mit 3 % festzulegen. Die Direktabrechnungsfälle habe der Beklagte nicht berücksichtigen müssen. Der Kläger habe Abweichungen zur Vergleichsgruppe nicht schlüssig dargelegt. Die für den chirurgischen Mehraufwand eingeräumte Toleranz von 4 % sei ausreichend. Wegen des von den Vergleichswerten erheblich abweichenden Verhältnisses der chirurgischen Leistungen zu den Nachbehandlungen habe der Beklagte zu Recht Hinweise auf eine Unwirtschaftlichkeit angenommen und beurteilungsfehlerfrei die Toleranz für den Mehrbedarf aufgrund der chirurgischen Leistungen festgesetzt. Da neben den ausdrücklich festgelegten Toleranzen noch eine weitere Toleranz von 4,5 % für die nicht "quantifizierbaren" Besonderheiten belassen und dadurch dem Kläger für den Prüfzeitraum ein Mehraufwand von 306.869,95 EUR zugebilligt worden sei, habe der Beklagte die Honorarkürzung in rechtmäßiger Weise vorgenommen.

Gegen das ihm am 07.08.2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 07.09.2012 Berufung eingelegt. Das SG Münster habe seine Ausführungen zum überdurchschnittlichen Umfang der bei ihm anfallenden Erstattungs- bzw. Direktabrechnungsfälle im Bereich der ZE-Behandlung vollständig unberücksichtigt gelassen. In der Anlage kwm4 zur Klagebegründung habe er belegt, dass im Rahmen seiner ZE-Behandlungstätigkeit signifikant mehr Direktabrechnungsfälle anfielen als beim Durchschnitt der Vertragszahnärzte. Ebenfalls sei sein Vortrag zur Korrelation der Begleitleistungen Infiltrations- und Leitungsanästhesie zum erhöhten Aufkommen von ZE- und PAR-Behandlungen sowie zur Korrelation der Begleitleistung zweiflächige Füllung zur erhöhten Zahl von PAR-Behandlung nicht in ausreichendem Maß gewürdigt worden. Hierzu habe er als Anlage kwm3 zur Klagebegründung umfangreiche Unterlagen vorgelegt. Schließlich gehe das SG im Rahmen der Beurteilung seiner besonderen Patienten Klientel von der fehlerhaften Annahme aus, dass regelmäßig Voraussetzung eines hohen Sanierungsbedarfs das erstmalige Aufsuchen der Arztpraxis sei und im Umkehrschluss somit die Anzahl der Erstbesuche in der Praxis Rückschlüsse auf die Anzahl von Patienten mit hohem Sanierungsbedarf ermögliche. Diese Grundannahme sei sachlich falsch. Der Umkehrschluss, dass ein erhöhter Sanierungsbedarf nur im Rahmen eines Erstbesuchs in Betracht komme, sei nicht zwingend. Vielmehr hänge der Sanierungsbedarf auch und gerade von der Altersstruktur der Patienten ab, da ältere Personen unabhängig von der Inanspruchnahme regelmäßiger zahnärztlicher Untersuchungstermine bereits im Hinblick auf die altersmäßige Abnutzung des Gebisses per se einen höheren Sanierungsbedarf aufwiesen als jüngere Patienten. Auch sei der Beklagte methodisch falsch vorgegangen. Es sei nach dem Urteil des BSG vom 18.06.1997 - 6 RKA 52/96 - gerade nicht ausreichend, eine pauschale Toleranz in Höhe von 140 % anzunehmen und anerkannten Mehrbedarf sodann durch einige weitere Prozentpunkte zu berücksichtigen. Vielmehr seien zunächst die durch die anerkannten Praxisbesonderheiten entstandenen Mehrkosten zu

ermitteln und dann vom Gesamtfallwert abzuziehen. Bereits dieses methodisch falsche Vorgehen belaste ihn, da es zu höheren Überschreitungsprozentsätzen führe. Diese Rechtsprechung sei durch das Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Niedersachsen-Bremen vom 29.01.2014 - [L 3 KA 52/11](#) - bestätigt worden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 30.07.2012 abzuändern und den Beklagten unter Aufhebung seines Beschlusses vom 30.03.2011 zu verurteilen, über die Beschwerde gegen den Beschluss der Prüfungsstelle vom 15.07.2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Er trägt vor, es sei der Berufungsbegründung nicht mit hinreichender Deutlichkeit zu entnehmen, welche Rechtsfehler ihm unterlaufen sein sollten. Die Forderung, er hätte die Auswirkungen der Praxisbesonderheiten beurteilen müssen, sei unspezifisch. Die gewährten Toleranzen seien angemessen. Bezüglich der Berücksichtigung von Mehraufwendungen bei PAR- und ZE-Fällen sei einerseits feststellen, dass diese - auch unter Einbeziehung der Erstattungs- bzw. Direktabrechnungsfälle - mit dem Mehraufwand bei den Anästhesien (Geb.-Nrn. 40 und 41a) korrespondieren dürften. Dort liege der Mehraufwand über der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis. Andererseits handele es sich bei den Direktabrechnungsfällen zum großen Teil um eine andersartige Versorgung. Der Patient habe ein Anrecht auf entsprechende Festzuschüsse und bekomme sie von seiner Krankenkasse im Wege der Direktabrechnung. Bei solchen Leistungen seien auch die Begleitleistungen keine Kassenleistungen und dürften folglich nicht in der Abrechnung erscheinen, es sei denn, sie wären bei der Regelversorgung ebenfalls angefallen. Nach dem Urteil des BSG vom 19.10.2011 - [B 6 KA 38/10 R](#) - sei es offen, ob Praxisbesonderheiten zwingend in der ersten Prüfungsstufe zu berücksichtigen seien. Dessen ungeachtet habe er das Vorliegen von Praxisbesonderheiten in der ersten Prüfungsstufe, d.h. bei der Festlegung der Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses, geprüft. Diese Vorgehensweise beruhe darauf, dass Praxisbesonderheiten ein wesentlicher Gestaltungsfaktor bei der Ermittlung des Umfangs von unwirtschaftlichen Behandlungsweisen seien und zudem in der Regel - wenn auch nichts stets - einen inneren Zusammenhang mit anderen, eine Praxis gestaltenden Umständen hätten. Er habe aber keine konkret ermittelbaren Praxisbesonderheiten feststellen können. Weder die überdurchschnittliche Häufigkeit der Behandlung von behinderten Patienten noch die Patienten über 60 Jahre seien als Praxisbesonderheiten in Betracht gekommen. Der von ihm anerkannte Mehraufwand beruhe nicht auf Praxisbesonderheiten, sondern auf der Berücksichtigung notwendiger Behandlungsfolgen bei genehmigten Leistungen wie PAR- und ZE-Behandlungen. Auch bei den Direktabrechnungsfällen handele es sich nicht um eine Praxisbesonderheit, weil sich der Umstand der Direktabrechnung nicht aus der Morbiditätsstruktur der Klientel ergebe. Um eine Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes bei der intellektuellen Prüfung im Rahmen

der Anzahl der ZE-Behandlungen zu ermöglichen, hätte der Kläger spätestens in der mündlichen Verhandlung vor dem Beklagten vortragen müssen, wie groß die Anzahl der Direktabrechnungsfälle und der Anteil der nicht außervertraglichen Leistungen sei. An einem entsprechenden Vortrag habe es gefehlt.

Die Beigeladenen zu 1) und 2) beantragen,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beigeladene zu 2) verweist darauf, dass der Beklagte keine Praxisbesonderheiten festgestellt habe. Deswegen sei es müßig, im Rahmen einer rechtlichen Auseinandersetzung klären zu lassen, wo denn diese vermeintlich nicht existenten Praxisbesonderheiten hätten berücksichtigt werden müssen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsvorgänge der Beklagten sowie der Gerichtsakten S 2 KA 25/11 ER (SG Münster) und S 2 KA 15/13 (SG Münster) Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig, aber unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, da der Beschluss des Beklagten vom 30.03.2011 rechtmäßig ist.

Rechtsgrundlage für die streitigen Honorarkürzungen ist [§ 106](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). [§ 106 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#)) benennt als Prüfarten die Auffälligkeitsprüfung (Nr. 1) und die Zufälligkeitsprüfung (Nr. 2). Dies bedeutet allerdings nicht, dass das Prüfverfahren nach Durchschnittswerten zum 01.01.2004 abgeschafft worden ist. Die maßgeblichen Prüfvereinbarungen vom 09.08.2006 und 20.11.2007 regeln jeweils in § 6 die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten. Dies steht im Einklang mit [§ 106 Abs. 2 Nr. 2 Satz 4 SGB V](#), der die Prüfmethode auch für die Zeit ab dem 01.01.2004 bei entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen ausdrücklich zulässt.

Die Prüfung nach Durchschnittswerten beruht auf einer Gegenüberstellung der durchschnittlichen Fallkosten des geprüften Arztes einerseits und der Gruppe der vergleichbaren Ärzte andererseits. Eine Unwirtschaftlichkeit ist dann anzunehmen, wenn der Fallwert des geprüften Arztes so erheblich über dem Vergleichsgruppendurchschnitt liegt, dass sich die Mehrkosten nicht mehr durch die Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lassen und deshalb zuverlässig auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise als Ursache der erhöhten Aufwendungen geschlossen werden kann. Wann dieser mit dem Begriff des offensichtlichen Missverhältnisses gekennzeichnete Überschreitungsgrad erreicht ist, hängt von den Besonderheiten des jeweiligen Prüfungsgegenstands und den Umständen des konkreten Falles ab und entzieht sich einer allgemein verbindlichen Festlegung. Die in diesem Zusammenhang

angestellten Erwägungen müssen, damit sie auf ihre sachliche Richtigkeit und auf ihre Plausibilität und Vertretbarkeit hin überprüft werden können, im Bescheid genannt werden oder jedenfalls für die Beteiligten und das Gericht erkennbar sein. Im Hinblick darauf, dass die Festlegung des Grenzwertes für das offensichtliche Missverhältnis von der Beurteilung zahlreicher mehr oder weniger unbestimmter und in ihren wechselseitigen Auswirkungen nicht exakt quantifizierbare Einzelfaktoren abhängt und auch bei Berücksichtigung aller relevanten Umstände letztlich eine wertende Entscheidung erfordert, verbleibt den Prüfungsgremien insoweit ein Beurteilungsspielraum. Die Kontrolle der Gerichte beschränkt sich hierbei auf die Prüfung, ob das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Verwaltung die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs ermittelten Grenzen eingehalten hat und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen der Möglichkeit die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (BSG, Urteil vom 15.11.1995 – [6 RKa 58/94](#) -). Diese überwiegend für den ärztlichen Bereich entwickelten Grundsätze gelten uneingeschränkt auch für zahnärztliche Leistungen (vgl. [§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#); BSG, Urteil vom 14.12.2005 – [B 6 KA 4/05 R](#) -).

Das SG hat zu Recht festgestellt, dass die Entscheidung des Beklagten diesen Vorgaben entspricht. Zur Begründung nimmt der Senat Bezug auf die zutreffenden Entscheidungsgründe im angefochtenen Urteil ([§ 153 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Auch das Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren führt zu keiner anderen Bewertung.

Hinsichtlich seines Vortrags, er behandle überdurchschnittlich viele Patienten mit einem Alter von über 60 Jahren, ist der Kläger seiner Darlegungspflicht für eine Praxisbesonderheit nicht nachgekommen. Praxisbesonderheiten sind aus der Zusammensetzung der Patienten herrührende Umstände, die sich auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen sind (u.v.a. BSG, Urteil vom 21.06.1995 – [6 RKa 35/94](#) -). Die betroffene Praxis muss sich nach der Zusammensetzung der Patienten und hinsichtlich der schwerpunktmäßig zu behandelnden Gesundheitsstörungen vom typischen Zustand einer Praxis der Vergleichsgruppe unterscheiden (BSG, Urteil vom 06.09.2000 – [B 6 KA 24/99 R](#) -). Dabei ist es grundsätzlich Sache des geprüften Arztes, den durch die Feststellung eines offensichtlichen Missverhältnisses erbrachten Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit seines Verhaltens durch die Geltendmachung von Praxisbesonderheiten oder kompensatorischen Minderaufwendungen zu widerlegen. Ihn trifft hinsichtlich dieser Einwendungen die Darlegungslast (BSG, Urteil vom 11.12.2002 – [B 6 KA 1/02 R](#) -). Es ist Angelegenheit des Vertragsarztes – und nicht des Beklagten oder des Gerichts – entscheidungserhebliche Umstände vorzutragen, die auf eine Abweichung von der Typik der Praxen der Fachgruppe schließen lassen. Der Vertragsarzt ist nicht nur gemäß [§ 21 Abs. 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) allgemein gehalten, bei der Ermittlung des Sachverhaltes mitzuwirken, insbesondere die ihm bekannten Tatsachen und Beweismittel anzugeben. Im Rahmen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen hat er vielmehr eine

entsprechende besondere Mitwirkungspflicht aus der Sache selbst, wie sie immer dann besteht, wenn ein Arzt sich auf ihm günstige Tatsachen berufen will und diese Tatsachen allein ihm bekannt oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können (BSG, Urteil vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) - m.w.N.). Dieser Mitwirkungsobliegenheit, der der Vertragsarzt grundsätzlich im Verwaltungsverfahren zu genügen hat, ist der Kläger nicht hinreichend nachgekommen. Der Kläger hätte nämlich konkret darlegen müssen, - bei welchem der von ihm behandelten Patienten, - aufgrund welcher Erkrankung im Einzelnen - welcher Mehraufwand erforderlich war (Senat, Urteil vom 18.05.2011 - [L 11 KA 11/10](#) -). Das bedeutet nicht, dass der Arzt alle Einzelfälle - nach Art einer Einzelfallprüfung - anführen und medizinisch erläutern müsste; entscheidend ist vielmehr die strukturelle Darlegung der methodischen Zusammenhänge und der medizinischen Gleichwertigkeit. Gelingt der erforderliche Nachweis nicht, geht dies zu Lasten des Arztes (BSG, Urteil vom 05.11.1997 - 6 Rka 1/97 -).

Diesen Anforderungen an die Darlegungslast genügt der Vortrag des Klägers im Verfahren vor dem Beklagten ebenso wie sein - im Übrigen rechtlich unbeachtliches - Vorbringen im gerichtlichen Verfahren nicht. Weder hat er dargelegt, wie viele Patienten über 60 Jahre er behandelt, noch wie er diese Patienten behandelt hat. Zutreffend hat das SG ausgeführt, dass sich das Vorbringen des Klägers aufgrund der von ihm vorgelegten Unterlagen nicht bestätigen lasse. Es ist pauschal und kann zumindest in dieser Form keine Praxisbesonderheiten belegen. Im Zentrum des klägerischen Vorbringens stehen die von ihm durchgeführten Behandlungen und nicht die von ihm dezidiert darzulegende Morbiditätsstruktur seiner Patienten. Der Kläger hätte darlegen müssen, aus welchen patientenbezogenen Gründen im Verhältnis zur Vergleichsgruppe ein Mehraufwand entstanden ist. Das ist nicht geschehen. Auf das Argument des SG, ein hoher Sanierungsbedarf falle regelmäßig nur bei erstmalig die Zahnarztpraxis aufsuchenden Patienten an, kommt es nicht an.

Auch war der Beklagte nicht verpflichtet, die vom Kläger vorgetragene Erstattungs- und Direktabrechnungsfälle zu berücksichtigen. Hierzu hätte der Kläger bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens seiner Darlegungspflicht durch Vorlage entsprechender Zahlen nachkommen müssen. Zwar hat der Beklagte die im Verwaltungsverfahren überreichten Unterlagen zwischenzeitlich aussortiert. Nach dem Vortrag des Klägers waren diese Zahlen als Anlage kwm4 Teil der Klagebegründung. Es kann zu seinen Gunsten davon ausgegangen werden, dass er diese Unterlagen bereits im Widerspruchsverfahren überreicht hat. Als Anlage kwm4 hat er seiner Klagebegründung den Beschluss der Prüfungsstelle vom 15.07.2009 beigelegt. Das genügt indes nicht den Darlegungsanforderungen. Gleiches gilt hinsichtlich der behaupteten Korrelation der Begleitleistungen Infiltrations- und Leitungsanästhesien zum erhöhten Aufkommen von ZE- und PAR-Behandlungen sowie der Korrelation der Begleitleistungen zweiflächiger Füllung zur erhöhten Anzahl von PAR-Behandlung. Hierzu bezieht sich der Kläger auf die Anlage kwm3. Wie das SG jedoch zutreffend festgestellt hat, lassen die als Anlage kwm3 vorgelegten Umsatzstatistiken keinen Rückschluss auf den Behandlungsbedarf pro Patient zu.

Der Beschluss ist entgegen der Rechtsauffassung des Klägers auch nicht deswegen

rechtswidrig, weil der Beklagte eine methodisch falsche Vorgehensweise gewählt hat. Die Abfolge der Prüfungsschritte in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten ist nicht zwingend; auf welcher Stufe Abweichungen von der Typik der Vergleichsgruppe berücksichtigt werden, ist nicht strikt vorgegeben; unbedenklich können sie auch erst auf einer nachrangigen Stufe wie z.B. durch Belassung großzügiger Durchschnittsüberschreitungen berücksichtigt werden (BSG, Urteil vom 21.03.2012 - [B 6 KA 18/11 R](#) -). Zudem weisen der Beklagte und die Beigeladene zu 2. zutreffend darauf hin, dass der Beklagte keine Praxisbesonderheiten festgestellt habe, so dass sie auch nicht falsch berücksichtigt werden konnten. Auch die chirurgischen Leistungen hat der Beklagte entgegen des Vortrags des Klägers nicht als Praxisbesonderheit anerkannt. Er hat hierzu ausgeführt, dass der Mehraufwand der chirurgischen Leistungen nicht als Praxisbesonderheit anerkannt werden könnten, da ein höherer Behandlungsaufwand nach der Rechtsprechung keine Praxisbesonderheit darstellen könne.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Erstellt am: 15.05.2015

Zuletzt verändert am: 15.05.2015