


Gericht: SG Marburg
Entscheidungsdatum: 05.12.2018
Aktenzeichen: S 12 KA 127/18
ECLI: ECLI:DE:SGMARBU:2018:1205.S12KA127.18.00
Dokumenttyp: Urteil
Quelle: 
Norm: SGB V § 106

Vertragsarztrecht

Leitsatz

1. Nehmen die Prüfungsgremien sachlich-rechnerische Berichtigungen nach Nr. 7750 GOÄ vor und sind die beanstandeten ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundberichte die einzige Leistung, so kann die Fallzahl zur Berechnung des Fallwerts angepasst werden.
2. Eine aus einem Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, der sowohl zur vertragsärztlichen als auch als Zahnarzt zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist, und weiteren Vertragszahnärzten bestehende Berufsausübungsgemeinschaft kann im Rahmen einer statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung des konservierend-chirurgischen Bereichs mit einer fiktiven Vergleichsgruppe entsprechender Berufsausübungsgemeinschaften verglichen werden, wenn eine Gewichtung der Vergleichswerte für Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und für Zahnärzte, wobei angestellte Zahnärzte wie zugelassene Vertragszahnärzte zu gewichten sind, nach der Zusammensetzung der Berufsausübungsgemeinschaft erfolgt (hier Gewichtung 1 : 7 bzw. 1 : 8) und wenn der Beschwerdeausschuss keine Anhaltspunkte dafür sieht, dass sich das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise der Praxis von der Typik der MKG-Chirurgen oder der Vertragszahnärzte wesentlich unterscheidet (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 18.11.2015 - S 12 KA 275/14 - juris, Berufung anhängig beim LSG Hessen - L 4 KA 18/18 <vormals L 4 KA 49/15> -; SG Marburg, Urt. v. 27.11.2013 - S 12 KA 228/13 - juris, Berufung anhängig beim LSG Hessen - L 4 KA 17/18 <vormals L 4 KA 1/14> -; SG Marburg, Beschl. v. 15.03.2013 - S 12 KA 255/13 ER - und LSG Hessen, Beschl. v. 08.08.2013 L 4 KA 29/13 B ER -).

Tenor

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Gerichtskosten und die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Beklagten zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

3. Die Sprungrevision zum Bundessozialgericht wird zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 662.538,08 € bzw. nach Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts von 472.077,27 € für das Quartal III/13 und hierbei um sachlich-rechnerische Berichtigungen nach Nr. 7750 GOÄ um 21.585,43 € und 797,98 €, im KB-Bereich um 300,71 € und wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise bezogen auf den Gesamtfallwert in Höhe von 639.853,96 €.

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft. Herr Dr. Dr. A. ist Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und als solcher zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist ferner Zahnarzt, Herr C. ist Zahnarzt, und Frau Dr. D. ist Zahnärztin. Weiterer Mitgesellschafter war im Juli 2013 der Zahnarzt E. Sie sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Ferner beschäftigte die Klägerin im streitbefangenen Quartal sechs Zahnärzte mit insgesamt fünf Versorgungsaufträgen. Der Beklagte ist der Gemeinsame Beschwerdeausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen.

In dem streitbefangenen Quartal III/13 stellte sich die Abrechnung der Klägerin in Bezug zu der allgemeinen Vergleichsgruppe der in Hessen zugelassenen Vertragszahnärzte wie folgt dar:

Nr.	87787	97675
Fallzahl VZA*	1.335	2.918
Fallzahl VG**	476	476
Ø Punkte pro Fall VZA*	270	214
Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte**	90	90

VZA* = Klägerin

VG** = Vergleichsgruppe der hessischen Zahnärzte

Und in Bezug zu der Vergleichsgruppe der in Hessen zugelassenen hessischen MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung (112) stellte sich die Abrechnung der Klägerin wie folgt dar:

Nr.	87787	97675
Fallzahl VZA*	1.335	2.918
Fallzahl VG**	706	706
Ø Punkte pro Fall VZA*	270	214
Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte**	139	139

VZA* = Klägerin

VG*** = Vergleichsgruppe der hessischen MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung

Der Gemeinsame Ausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen wählte am 19.02.2014 die Praxis der Klägerin bzgl. des Quartals III/13 zur Prüfung aus. Daraufhin leitete die Gemeinsame Prüfungsstelle der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen für das streitbefangene Quartal ein Prüfverfahren ein, was sie der Klägerin unter Datum vom 27.02.2014 mitteilte.

Die Prüfungsstelle forderte unter Datum vom 22.07.2016 die ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundberichte nach Nr. 7750 GOÄ zu den in einer Anlage aufgeführten Patienten an.

Die Prüfungsstelle lud die Klägerin unter Datum vom 18.11.2016 zu einer Prüfsitzung am 05.04.2017 unter Übersendung einer Patientenliste mit der Aufforderung, sämtliche Aufzeichnungen (vollständige Patientenakte, Röntgenaufnahmen und ggf. begleitende Dokumente) bis zum 09.01.2017 einzureichen. An der Prüfsitzung nahm die Klägerin nicht teil.

Die Klägerin führte mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten unter Datum vom 04.04.2017 aus, die Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung widerspreche bereits der geltenden Prüfvereinbarung, da danach eine Einzelfallprüfung stattfinden müsse. In der Vergangenheit sei eine unwirtschaftliche Behandlungsweise nicht rechtskräftig festgestellt worden. Es fehle auch an einer homogenen Vergleichsgruppe. In Bezug auf die MKG-Chirurgen müsse eine verfeinerte Vergleichsgruppe gebildet werden. Die Bildung eines rein rechnerischen Mittelwerts auf der Grundlage einer Gewichtung sei unzulässig. Der chirurgische Schwerpunkt der Praxis sei zu berücksichtigen. Dieser führe zu einem notwendigen überdurchschnittlichen Leistungsaufkommen pro Fall im Bereich KCH. Er stehe im Zusammenhang zur Praxisbesonderheit "Komplexanierungen" und der sich hieraus ergebenden überdurchschnittlichen Anzahl von besonders behandlungsbedürftigen Patienten unter Narkose. Auch "Heimpatienten" und "Rentner" seien hiervon betroffen. Die Versorgung der Heimpatienten sei eine Praxisbesonderheit. Mit Besuchen, Wegegeldern und Nachbehandlungen entstünden Mehrleistungen. Die Nr. 151 BEMA werde gegenüber dem MKG-Falldurchschnitt weit überdurchschnittlich abgerechnet. Die Patienten in Alten- und Pflegeheimen bedürften einer intensiven Nachsorge, woraus sich die erhöhte Anzahl von Besuchen und Nachsorgebehandlungen ergebe. Ein von einem Heim angeforderter Besuch könne nicht abgelehnt werden, weil letztendlich fernmündlich nicht entschieden werden könne, ob eine dringende Notwendigkeit bestehe oder ob der Patient unter Umständen sogar vital gefährdet sei. Sie habe im Quartal III/13 1.473 Heimpatienten behandelt, was 48% der Kassenpatienten entspreche. Hierauf falle ein relativer Mehraufwand von 173.796,53€. Die Praxis sei auf Patienten mit infektiösen Erkrankungen, Demenz- und Herz-Kreislaufkrankungen, Zahnarztphobien und Behinderungen spezialisiert. Bei diesen Patienten bestehe ein umfangreicher Behandlungsbedarf. Häufig bedürfe es anästhesiologischer Verfahren. Die Patienten würden von zahlreichen Behandlern überwiesen werden. Sie bedürften einer intensiven Nachsorge. Sie führe Komplexanierungen mit umfangreichen konservierenden, endodontischen und chirurgischen Leistungen durch. Die Versorgung von Heimpatienten führe zu einer weit

überdurchschnittlichen Behandlung von Rentnern. Deren Behandlung und der Mehraufwand korreliere mit der Praxisbesonderheit Heimpatienten.

Mit Bescheid vom 19.07.2017 setzte die Prüfungsstelle für das streitbefangene Quartal eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 656.961,11€ bzw. nach Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts von 466.308,09€ fest. Davon entfielen 634.474,16 € auf den konservierend-chirurgischen Bereich und 22.486,95 € auf die Absetzung von 1.469 Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ in 1.468 Einzelfällen inkl. Portokosten. Die Prüfungsstelle führte aus, die Klägerin habe analoge Röntgenbilder sowie Ausdrücke der elektronisch geführten Dokumentation zu den namentlich angeforderten Behandlungsfällen, nicht aber die Krankheits- und Befundberichte vorgelegt. Die Praxis sei unter zwei Abrechnungsnr. geführt worden. Die Zusammenführung beider Abrechnungen habe ergeben, dass 1.153 Patienten in beiden Abrechnungen erfasst worden seien. Aufgrund der Doppelzählungen seien die Fallzahlen entsprechen zu korrigieren. Bei ihrer Berechnung legte sie zugrunde, dass die Abrechnungsnr. 87787 im Juli 2013 mit der Praxisbesetzung von drei Zahnärzten und einem MKG-Chirurgen und die Abrechnungsnr. 97675 in den Monaten August und September 2013 mit der Praxisbesetzung von zwei Zahnärzten und einem MKG-Chirurgen verwandt wurde. Hieraus errechnete sie eine entsprechend gewichtete Besetzung für den gesamten Zeitraum von 2,333 Zahnärzten und einem MKG Chirurgen. Hieraus errechnete sie einen Vergleichswert einer fiktiven Vergleichsgruppe mit der gewichteten Besetzung. Sie berechnete den Vergleichswert aus der Summe der Produkte der Zahl der jeweiligen Behandler mit dem Vergleichswert, dividiert durch die Summe der Behandler (Rechnung: $\langle 2,333 \times 90 + 1 \times 139 \rangle : 3,333 = 105$). Für den Fallwert der Praxis der Klägerin führte sie beide Abrechnungen zusammen und zog die Punktmengen aufgrund sachlich-rechnerischer Berichtigungen ab. Das Ergebnis teilte sie durch die bereinigte Fallzahl. Die bereinigte Fallzahl errechnete sie aus der Summe der Fallzahlen beider Abrechnungsnr. abzüglich der Zahl gemeinsamer Patienten und der Zahl der Patienten, bei denen ausschließlich Nr. 7750 GOÄ abgerechnet und die von der Prüfungsstelle berichtigt worden war. Hierzu führte sie weiter aus, sie habe die Überprüfung auf die Fälle beschränkt, in denen die Leistung nach Nr. 7750 GOÄ ggf. mit Porto alleine abgerechnet worden sei. Die Arztbriefe seien aber trotz zweimaliger Fristverlängerung nicht übersandt worden. Die Notwendigkeit der Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ sei damit als nicht dokumentiert anzusehen. Dies habe auch die Honorarkorrektur in Höhe von 22.486,95€ ergeben. Er habe eine statistische Vergleichsprüfung durchgeführt. Dem stehe nicht entgegen, dass die bisherigen Verfahren noch nicht endgültig abgeschlossen seien. Es würde zwar ein erhöhter Anteil an chirurgischen Leistungen, gleichzeitig aber würden auch in hohem Maße allgemein Zahnärztliche Leistungen abgerechnet werden. Beide Vergleichsgruppen, mit und ohne Weiterbildung zum MKG-Chirurgen, seien daher als Vergleichsgruppe geeignet. Er habe daher beide Vergleichswerte verknüpft und den maßgeblichen Vergleichswert rechnerisch ermittelt. Im Einzelnen errechnete die Prüfungsstelle folgende Abrechnungswerte:

Nr. 87787 und 97675

Fallzahl VZA* beide Abrechnungsnr.	4.253
Punktezahl beide Abrechnungsnr.	986.040
Subtraktion gemeinsame Patienten	1.153
Subtraktion nach Nr. 7750 mit Fallzahlkorrektur	974
Neue Fallzahl VZA*	2.126

Punktezahl beide Abrechnungsnr.	986.040
Bereinigung sachlich-rechnerische Berichtigung	3.450
Subtraktion nach Nr. 7750 mit Fahlzahlkorrektur	14.610
Subtraktion nach Nr. 7750 ohne Fahlzahlkorrektur	7.425
Neue Punktezahl beide Abrechnungsnr.	
Neu Ø Punkte pro Fall VZA*	452
Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte**	90
Ø Punkte pro Fall VG MKG-Chirurgen	139
Neu Ø Punkte pro Fall gewichtete VG	105
Anerkannt Faktor 1,4	147
Abzusetzende Punkte je Fall	305
Abzusetzende Punkte gesamt	648.430

VZA* = Klägerin

VG** = Vergleichsgruppe der hessischen Zahnärzte

Nach erfolgter Korrektur liege eine Überschreitung von 330% vor. Die Abrechnung liege im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis liege bei +40%. Erneut sei hervorzuheben, dass die vorgelegten Unterlagen nicht den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Dokumentation entsprechen. Es fehlten die Begründungen und Erläuterungen zu den einzelnen Leistungen. Außerdem mangle es an individuellen Diagnosen. Somit seien die Indikationen zu den abgerechneten Leistungen nicht nachvollziehbar. Das Behandlungsvolumen habe auch aufgrund fehlender Röntgenaufnahmen nicht nachvollzogen werden können. Die Überprüfung habe zu folgenden Feststellungen, die sich teilweise auch an die Vorbescheide anschließen, geführt: Anhand der zur Verfügung stehenden Unterlagen sei mit Blick auf den Behandlungsverlauf die Wirtschaftlichkeit der Erbringung von Leistungen nicht nachvollziehbar. Aus der Karteidokumentation seien keine Anhaltspunkte für die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit dieser Leistungen hervorgegangen. Das OPG sei häufig im Notdienst abgerechnet worden. Zudem fehle in der Dokumentation jegliche Befundung der Röntgenaufnahmen. Die Notwendigkeit von gesonderten Beratungsleistungen ohne differenzierende Begründung sei nicht ersichtlich, weswegen die Leistungen als unwirtschaftlich anzusehen seien. Besonders seien die häufig mehrfach angefallenen Besuchspositionen (Nr. 153 BEMA) und Zuschläge für Besuche (Nr. 161a BEMA) sowie Zuschläge nach § 87 Abs. 2i SGB V (Nrn. 171a und 171b BEMA) sehr auffällig. Diese Positionen kämen häufig ohne eine Hauptleistung (Behandlung) zur Abrechnung. Für den Heimbesuch mehrerer Patienten an einem Tag würden pro Patient ein Besuch und das Kilometergeld abgerechnet werden, obwohl das Kilometergeld auf die Patienten hätte verteilt werden müssen. Zudem seien mehrere Besuche und Wegegelder gehäuft in Verbindung mit Zahnersatzleistungen, die während der Gewährleistungszeit hätten korrigiert und erneuert werden müssen, abgerechnet worden. Ungewöhnlich häufig seien in Kombination mit Besuchen und Wegegeld, insb. bei Heimpatienten Mundwinkelrhagaden behandelt worden. Der Behandlungsablauf und die Therapie hätten medizinisch nicht nachvollzogen werden können, da weder eine Diagnose noch ein Erregernachweis dokumentiert worden sei. Die Behandlungen seien aus medizinischer Sicht mit einer durchgeführten Donatisontherapie eher kontraindiziert. Diese Behandlungen hätten auch nach Instruktion

des Pflegepersonals durch dieses durchgeführt werden können. Für die telefonische Instruktion des Pflegepersonals seien sehr häufig Beratungsleistungen (Ä1) mit einem Zuschlag nach Nr. 03, meistens am Wochenende, mehrmals bei einem Patienten abgerechnet worden. Dies sei allerdings ohne Konsequenz erfolgt, da die Folgeversorgung, z. B. Auftragen eines Präparats bei Mundwinkelrhagaden, nicht vom Pflegepersonal, sondern weiterhin vom Zahnarzt erbracht werde und weitere Besuchs- und Zuschlagsleistungen sowie Wegegeder verursache. Auffällig sei, dass kein chirurgischer Eingriff ohne Nachbehandlung und somit komplikationslos verlaufe (Wundinfektion, Nekrose, Nachblutung, Ohnmacht). Die umfangreiche chirurgische Behandlungsbedürftigkeit sei sehr häufig aus medizinischer Sicht nicht erkennbar. Die Behandlungen könnten auch wegen mangelnder Dokumentation und fehlender Röntgendiagnostik nicht nachvollzogen werden. Auffällig häufig seien auch bei älteren Patienten mit der Problematik von Druckstellen umfangreiche chirurgische Eingriffe vorgenommen worden (z. B. KNR, SMS, Pla 1, Pla2). Diese Vorgehensweise führe zu massiven Komplikationen. Zudem sei keine Indikation für den chirurgischen Eingriff ersichtlich gewesen. Vorzugsweise sollte diese Therapie zunächst nichtchirurgisch durchgeführt werden. Bei den vorliegenden Arztbriefen fehle eine Individualisierung bezogen auf den einzelnen Patienten. Teilweise fehle der Bezug zum einzelnen Patienten. Die nicht individuell am Patienten ausgerichteten Befunde ließen die Vermutung zu, dass hier ein standardisierter Vordruck verwendet werde. In den Arztbriefen seien zudem weder Name noch Anschrift des empfangenen Arztes eingetragen. Die Exzision nach Nr. 50 (Exz2) BEMA sei als Ersatz für eine systematische PAR-Behandlung zur Abrechnung gelangt. Als einzelne parodontal-chirurgische Maßnahme sei die Abrechnung möglich, sofern die Behandlungsrichtlinie eingehalten werde. Mit Blick auf einen Verstoß gegen die Behandlungsrichtlinie (keine Vorbehandlungen, ohne Röntgenaufnahme), müsse die Exz2 als unwirtschaftlich angesehen werden. In der Versorgung von Heimpatienten durch die Klägerin liege keine Praxisbesonderheit. Ein erhöhter Behandlungsbedarf ergebe sich nicht aus dem Umstand, dass der Patient in einem Pflegeheim wohne, sondern er müsse umfassend belegt werden (Hinweis auf BSG, Urt. v. 05.06.2013 - B 6 KA 40/12 R -). Die zur Verfügung gestellten Unterlagen hätten im Wesentlichen den Aussagegehalt von Abrechnungsscheinen. Ihnen sei u. a. weder zu entnehmen, wer genau den Besuch angefordert habe, noch aus welchem Grund der Besuch letztendlich stattgefunden habe. Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf (Komplexbehandlungen) müssten eindeutig belegt werden. Allein die Zugehörigkeit zu einer Patientengruppe bedinge nicht per se einen erhöhten Behandlungsbedarf. Die statistischen Überschreitungen im Gesamtfallwert seien keinesfalls als Folge von Praxisbesonderheiten zu werten oder in irgendeiner Weise durch kompensatorische Einsparungen gerechtfertigt. Die Kürzung auf den 1,4-fachen gewichteten Vergleichswert führe zur festgesetzten Honorarrückforderung.

Gegen den Bescheid der Prüfungsstelle legte die Klägerin am 21.08.2018 und die zu 2) bis 7) beigeladenen Verbände der Krankenkassen in Hessen am 18.08.2017 Widerspruch ein.

Der Beklagte lud die Klägerin unter Datum vom 05.09.2017, ihrem Prozessbevollmächtigten am 11.09.2017 zugegangen, zu einer Prüfsitzung am 14.12.2017 unter Beifügung einer Patientenliste mit der Bitte, Behandlungsunterlagen bis zum 04.10.2017 vorzulegen. Beigefügt war ferner eine Liste bzgl. der Arztbriefe. Der Beklagte übersandte mit Schreiben vom 15.11.2017 den vorläufigen Prüfbericht. Sie bat die Klägerin unter Datum

vom 16.11.2017 um Beantwortung verschiedener Fragen bzgl. der Arztbriefe. An der Präsitzung des Beklagten nahmen für die Klägerin deren Prozessbevollmächtigte teil.

Zur Begründung ihres Widerspruchs verwies die Klägerin auf ihre bisherigen Einlassungen, die sie weitgehend nochmals vortrug. Ergänzend führte sie aus, weitere Erläuterungen werde sie in der Sitzung des Beklagten vornehmen. Sie widerspreche ausdrücklich den Feststellungen im Bescheid ab Seite 6. Sofern hier zu einzelnen Leistungspositionen Stellung genommen werde, erfolge dies pauschal ohne Bezug zu einzelnen Behandlungsfällen. Dies sei nicht nachvollziehbar. Aus demselben Grund sei auch eine über ein ebenso pauschales Bestreiten hinausgehende Erwiderung nicht möglich. Der Vorwurf des Automatismus im Abrechnungsverhalten werde zurückgewiesen.

Die beigelegten Verbände der Krankenkassen legten keine Begründung ihres Widerspruchs vor.

Mit Beschluss vom 14.12.2017, ausgefertigt am 09.03.2018, dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 15.03.2018 zugestellt, gab der Beklagte dem Widerspruch der Verbände der Krankenkassen und dem Widerspruch der Klägerin teilweise statt. Er fasste die Honorarkürzung neu. Er setzte eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 662.538,08 € bzw. nach Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einhalts von 472.077,27 € fest. Davon entfielen 639.853,96 € auf den konservierend-chirurgischen Bereich, 21.585,43 € und 797,98€ auf die Absetzung von Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ und 300,71€ auf den KB-Bereich. Die teilweise Stattgabe des Widerspruchs der Klägerin beruhte ausschließlich darauf, dass im Ausgangsbescheid 580 Punkte als sachlich-rechnerische Berichtigung zu viel und die Punkte für die abzusetzenden Arztbriefe doppelt erfasst worden seien. Er nahm eine sachlich-rechnerische Berichtigung im Bereich der Nr. 7750 GOÄ vor. Er habe alle Fälle überprüft, in denen die Leistung nach Nr. 7750 GOÄ ggf. mit Porto alleine abgerechnet worden sei. Arztbriefe, die ohne konkreten Adressaten erstellt worden seien, erfüllten nicht das Gebot eines effektiven und somit wirtschaftlichen Vorgehens. In mehr als 700 Fällen sei die Hauptbehandlung nicht im Prüfquartal, sondern in einem großen zeitlichen Abstand vor der Datierung der zur Prüfung übersandten Briefausdrucke erfolgt. Dies widerspreche oftmals der Sinnhaftigkeit eines qualifizierten Arztbriefes. Insgesamt erfüllten die Briefe eher eine Recallfunktion. Die zur Verfügung gestellten Briefausdrucke erfüllten nicht den Leistungsinhalt der Nr. 7750 GOÄ. Der qualifizierte Arztbrief müsse Anamnese, Befund, Diagnose, Therapie und Epikrise bzw. epikritische Bewertung enthalten. Alle Ausdrucke seien ohne konkrete Bezeichnung des ärztlichen Adressaten erfolgt und seien nur mit der Bitte um Weiterleitung an den Hausarzt versehen. Hier stelle sich die Frage, inwiefern diese Arztbriefe überhaupt angefordert worden seien. In nahezu allen Fällen sei Porto in Rechnung gestellt worden. Hierzu sei klägerseits die Einlassung erfolgt, dass die Arztbriefe der Heimpatienten frankiert im Heim zur Weiterleitung hinterlegt würden, da das Heim über die konkreten Hausarzt Daten verfüge. Nicht aufgeklärt worden sei, dass das Vorgehen bei anderen Patienten in gleicher Weise erfolgt sei. Auch bei Formulierungen "Nach Rücksprache mit Ihnen" werde im Brief kein konkreter Adressat genannt. Die vorgelegten Briefausdrucke seien ausschließlich mit Textbausteinen erstellt worden. In der Epikrise sei nahezu durchweg keine fachkundige medizinische Beurteilung des Krankheitsverlaufs erkennbar. Von 62 Behandlungsfällen innerhalb der versichertenbezogenen Stichprobe mit Arztbriefen werde in 51 Fällen das Behandlungsgeschehen nicht konkret wiedergegeben. In 87 der unter Nr. 97675 abgerechneten Leistungen sei als Befund "Parodontitis marginalis generalisata mit Zahnfleischbluten, teilweise vertiefte Tasche 12

und 21 devital, wurzelgefüllt und überkront" angegeben. Bei 15,8% dieser Patienten müsste insoweit ein absolut identischer Befund (Zahn 12 vertiefte Tasche und Zahn 21 Krone mit Wurzelbehandlung) vorliegen. Der Prozessbevollmächtigte habe in der Verhandlung eingeräumt, dass es sich wohl um eine fehlerhafte Vorlage gehandelt habe. Befunddarstellung, Therapiebeschreibung und Epikrise genügten nicht den Leistungsanforderungen. Der Beklagte fügte dem Bescheid als Anlage 2 eine Liste mit allen Absetzungen der Nr. 7750 GOÄ an, in der angegeben wird, ob der Adressat fehlt, keine konkrete Behandlung genannt wird, der Inhalt nicht zu den abgerechneten Leistungen passt und/oder gleichartige Behandlungsabläufe beschrieben werden und lediglich patientenbezogene Daten eingefügt wurden, jedoch jede sonstige fallbezogene Individualisierung fehlt. Die Berichtigung unterfalle seiner Annexkompetenz. Die Feststellungen erfolgten bei Überprüfung der gehäuft abgerechneten Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ. Zudem bestehe ein untrennbarer Sachzusammenhang zur statistischen Vergleichsprüfung aufgrund der notwendigen Fallzahlkorrekturen bei Absetzung der isolierten Leistungen. Die Berichtigung sei auch von untergeordneter Bedeutung. Eine Kürzung sei auch in den Fällen - insgesamt im Umfang von 797,98€ - erfolgt, in denen Arztbriefe nicht vorgelegt worden seien. Mit ähnlicher Begründung wie die Prüfungsstelle führte er eine statistische Vergleichsprüfung durch und korrigierte die Fallzahlen. Abweichend von der Prüfungsstelle berücksichtigte er bei der Gewichtung nicht nur die Praxisinhaber, sondern auch die - im Ergebnis mit fünf Versorgungsaufträgen - angestellten Zahnärzte entsprechend ihrer Qualifikation (Faktor 8 für Juli bzw. Faktor 7 für August und September) <Zahnärzte> und Faktor 1 <MKG-Chirurg>). Nach erfolgter Korrektur liege bei einem Vergleichswert von 96 Punkten pro Behandlungsfall (Rechnung: $<7,333 \times 90 + 1 \times 139> : 8,333 = 96$) und 451 Punkten der Klägerin eine Überschreitung von 370 % vor. Im Einzelnen errechnete der Beklagte folgende Abrechnungswerte in Anlage 1 zum Bescheid:

Nr. 87787 und 97675

Fallzahl VZA* beide Abrechnungsnr.	4.253
Punktezahl beide Abrechnungsnr.	986.040
Statistische Korrektur (gemeinsame Patienten)	1.153
Fallzahlkorrektur nach Absetzung der Nr. 7750	967
Neue Fallzahl VZA*	2.133
Punktezahl beide Abrechnungsnr.	986.040
Bereinigung sachlich-rechnerische Berichtigung KZVH	2.861
Punktekorrektur nach Absetzung der Nr. 7750 mit Fallzahlkorrektur	14.505
Korrektur nach Absetzung der Nr. 7750 ohne Fallzahlkorrektur	7.425
Neue Punktezahl beide Abrechnungsnr.	
Neu Ø Punkte pro Fall VZA*	451
Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte**	90
Ø Punkte pro Fall VG MKG-Chirurgen	139
Neu Ø Punkte pro Fall gewichtete VG	96
Anerkannt Faktor 1,4	134
Abzusetzende Punkte je Fall	317
Abzusetzende Punkte gesamt	676.161

VZA* = Klägerin

VG** = Vergleichsgruppe der hessischen Zahnärzte

Die Beklagte führte weiter aus, die Abrechnung liege im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis liege bei +40 %. Eine Ausgleichsquote für die Möglichkeit der MKG-Chirurgen, auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen, sei nicht erforderlich. Dies wäre nur der Fall, wenn im ärztlichen Bereich insgesamt weniger Behandlungsfälle als von der Vergleichsgruppe abgerechnet worden wären. Anhaltspunkte hierfür lägen nicht vor. Ein entsprechender Vortrag der Klägerin sei nicht erfolgt. Auch sei davon auszugehen, dass im selben Behandlungsfall dies nicht möglich sei. Praxisbesonderheiten wie auch kompensatorische Einsparungen hätten im Rahmen der exemplarischen Prüfung einer Reihe von Behandlungsfällen nicht festgestellt werden können. Mit den vorgelegten Unterlagen habe sich ein erhöhter Behandlungsbedarf bei Heimpatienten nicht nachweisen lassen. Dies gelte auch für die geltend gemachten Komplexbehandlungen. Es sei der Eindruck entstanden, dass Leistungsinhalte oftmals überbewertet worden seien. Es habe sich auch ein extrem unwirtschaftliches Verhältnis zwischen abgerechneten Leistungen/Begleitleistungen und zahnärztlichem Therapieziel gezeigt. Gerade bei Heimpatienten sei der Abrechnungsumfang unter Berücksichtigung der Behandlungsbedingungen und umfangreicher chirurgischer Behandlungen teilweise ohne Röntgendiagnostik nicht nachvollziehbar. Im Behandlungsfall F. F. fehle in der Kartei die Dokumentation der Schienenbehandlung und somit der Nachweis der Notwendigkeit dieser Behandlung, weshalb die Leistungen abgesetzt würden.

Gegen den Beschluss hat die Klägerin am 13.04.2018 die Klage erhoben.

Sie trägt ergänzend zu ihrem Vorbringen im Verwaltungsverfahren im Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 29.11.2018 zur Klagebegründung vor, die sachlich-rechnerische Berichtigung von 1.462 Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ falle bereits vom Umfang her nicht mehr in die Randzuständigkeit des Beklagten. Auch wenn bereits zuvor eine Absprache mit dem Hausarzt stattgefunden habe, sei es häufig einfacher, den Versand bzw. die Übergabe ans Heim zu veranlassen. Der Textbaustein mit dem Befund "Parodontitis marginalis generalisata mit Zahnfleischbluten, teilweise vertiefte Tasche 12 und 21 devital, wurzelgefüllt und überkront" habe nur für einen Patienten gegolten, bei den anderen Patienten habe nur eine Parodontitis marginalis generalisata vorgelegen. Ein statistischer Kostenvergleich sei unzulässig, da entgegen der Vorgaben der Prüfvereinbarung kein Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit vorliege. Gegen die in den Vorquartalen erfolgten Prüfungen seien noch Gerichtsverfahren anhängig. "Festgestellte" Unwirtschaftlichkeit setze rechtskräftig festgestellte Unwirtschaftlichkeit voraus. Der Beklagte habe seiner Prüfung eine inhomogene und nicht aussagekräftige Vergleichsgruppe zugrunde gelegt. MKG-Chirurgen dürften nicht mit Allgemein-Zahnärzten verglichen werden. Bei einer rein mathematischen Berechnung des Vergleichswertes nach Köpfen handele es sich aber generell um eine äußerst pauschalierende Betrachtung. Es entspreche nicht der Realität, auf alle Leistungserbringer würde derselbe Leistungsanteil entfallen. Eine statistische Vergleichsprüfung sei unzulässig, da offenbar keine repräsentative Vergleichsgruppe bestehe. Ihr MKG-Chirurg habe einen wesentlich höheren Leistungsanteil als die beteiligten Zahnärzte. Im Ergebnis werde er nun in unzulässiger Weise mit Zahnärzten verglichen. Der chirurgische Schwerpunkt der Praxis führe zu einem gegenüber der Vergleichsgruppe notwendig überdurchschnittlichen Leis-

tungsaufkommen pro Fall. Er stehe auch in Zusammenhang mit der Praxisbesonderheit "Komplexanierungen" und der sich hieraus ergebenden überdurchschnittlichen Anzahl von besonders behandlungsbedürftigen Patienten unter Narkose. Auf den chirurgischen Schwerpunkt sei ein Leistungsaufkommen im Bereich KCH von 536.561,19€ entfallen, was einem Anteil von 55% am Gesamtleistungsbedarf von 964.373,84€ entspreche. Die Berücksichtigung der angestellten Zahnärzte sei nicht zulässig. Ihre Leistungen seien bereits im Durchschnittswert der Fachgruppe enthalten. Der Durchschnittswert nur der Vertragszahnärzte dürfte im Zweifel höher sein. Angestellte Zahnärzte hätten eine geringere Wochenarbeitszeit als Vertragszahnärzte. Es fehlten aussagekräftige Daten hierzu. Die 100-Fall-Statistik enthalte nur Angaben pro Praxis, unabhängig von der Zahl der Behandler. Die Zahl der angestellten Zahnärzte werde nur bei ihr berücksichtigt. Ein Einzel Leistungsvergleich zeige deutlich, dass sie nicht mit der Vergleichsgruppe der Zahnärzte vergleichbar sei. Jedenfalls sei die Ansetzung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei 40% unangemessen, da der fiktive Vergleichswert ungenau sei und nicht ihre tatsächlichen Verhältnisse widerspiegele. Auch müssten die geltend gemachten Praxisbesonderheiten, soweit sie nicht als solche anerkannt werden, berücksichtigt werden. Zu den Praxisbesonderheiten habe sie umfangreiche Unterlagen vorgelegt, auf die sie Bezug nehme. Aus den Unterlagen ergebe sich die überdurchschnittliche Betreuung von Heimbewohnern und die damit erforderlichen Besuche, Wegegelder und Nachbehandlungen. Sie habe im Quartal III/13 1.473 Heimpatienten behandelt, was einem Anteil von 46% der Kassenpatienten entspreche. Hierauf entfalle ein relevanter Mehraufwand von 173.796,53€. Es gebe sehr wohl einen Erfahrungssatz, dass die Versorgung von Heimpatienten deren Besuch voraussetze. Aus den Karteikarten ergäben sich sehr wohl die Gründe für die Besuche und damit auch deren Notwendigkeit. Im Übrigen bestreite sie die vom Beklagten aufgestellten Dokumentationsanforderungen. In einem ersten Schritt sei es auch nicht erforderlich, dass für jeden unter die Praxisbesonderheiten fallenden Patienten die komplette Behandlungsdokumentation eingereicht werde. Es hätte ihr zumindest Gelegenheit gegeben werden müssen, hierzu ergänzend vorzutragen. Dieses Versäumnis stelle einen relevanten Verfahrensfehler dar. Ihr obliege nicht der Nachweis der Wirtschaftlichkeit für jede Behandlungsmaßnahme. Aus den 100-Fall-Statistiken ergebe sich zudem, dass sie die maßgebliche Nr. 151 um 1.550% überschritten habe. Dem Beklagten sei daher der konkrete Leistungsaufwand bekannt gewesen. Es reiche nicht aus, lediglich auf eine nicht ausreichende Dokumentation hinzuweisen. Die von ihr durchgeführten Komplexanierungen würden von anderen MKG-chirurgischen Praxen in dieser Art und Weise in Hessen nicht erbracht werden. Damit setze sich die Beklagte nicht ausreichend auseinander. Sie verweist in diesem Zusammenhang auch erneut auf eine überdurchschnittliche Behandlung von Rentnern hin. Die Honorarkürzungen stellten ungerechtfertigte Eingriffe in ihre Grundrechte aus Art. 12 Abs. 1 und 3 Abs. 1 GG dar.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid des Beklagten vom 14.12.2017 aufzuheben, hilfsweise den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 14.12.2017 zu verurteilen, sie und die Beigeladenen zu 2) bis 7) über ihren jeweiligen Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 2) und 5) bis 7) beantragen,

die Klage abzuweisen.

Er trägt vor, die an Frau G., eine Mitarbeiterin der klägerischen Praxis, gerichtete "To-do-Liste", Blatt 684 der Verwaltungsakte", habe sich in einem von acht Ordnern, die die Klägerin ihm am 08.11.2017 überreicht habe, befunden und sei von einer seiner Mitarbeiterinnen entdeckt worden. Es habe sich um eine Arbeitsanweisung an Frau G. gehalten. Bereits in einem früheren Verfahren habe eine seiner Mitarbeiterinnen mit Frau G. telefoniert, wobei Frau G. erklärt habe, sie sei dabei die Arztbriefe zu tippen. Dies lege die Vermutung nahe, dass die "To-do-Liste" eine gleich gelagerte Arbeitsanweisung zur Fertigung von Arztbriefen beinhaltet habe. Im Übrigen hat er ergänzend in der mündlichen Verhandlung vorgetragen.

Die Beigeladenen haben sich zur Sache schriftsätzlich nicht geäußert.

Die Kammer hat von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen den Honorarbescheid und Auskunft zum Abrechnungsumfang der MKG-Chirurgen eingeholt.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 18.04.2018 die Beiladung ausgesprochen.

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

Entscheidungsgründe

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin aus den Kreisen der Vertragszahnärzte und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragszahnarztrechts handelt (§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Sie konnte dies trotz Ausbleibens eines Vertreters der Beigeladenen zu 3) und 4) tun, weil diese ordnungsgemäß geladen worden sind.

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insb. form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Gegenstand des Verfahrens ist jeweils nur der Bescheid des Beklagten, nicht auch der der Prüfungsstelle. In Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung beschränkt sich die gerichtliche Kontrolle auf die das Verwaltungsverfahren abschließende Entscheidung des Beschwerdeausschusses. Dieser wird mit seiner Anrufung für das weitere Prüfverfahren ausschließlich und endgültig zuständig. Sein Bescheid ersetzt den ursprünglichen Verwaltungsakt des Prüfungsausschusses, der abweichend von § 95 SGG im Fall der Klageerhebung nicht Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird. Eine dennoch gegen diesen Bescheid erhobene Klage ist unzulässig (vgl. BSG, Urt. v. 19.06.1996 - 6 RKa 40/95 - SozR 3-2500 § 106 Nr. 35, zitiert nach juris Rdnr. 12; BSG, Urt. v. 28.06.2000 - B 6 KA 36/98 R - USK 2000-165, juris Rdnr. 14).

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid des Beklagten vom 14.12.2017 ist nicht rechtswidrig und war nicht aufzuheben. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Neubescheidung der Widersprüche. Die Klage war daher im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen.

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt - Vertragsarzt - die Stellung eines Leistungserbringers

ein. Er versorgt die Mitglieder der Krankenkassen mit ärztlichen Behandlungsleistungen, unterfällt damit auch und gerade dem Gebot, sämtliche Leistungen im Rahmen des Wirtschaftlichen zu erbringen. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf er nach dem hier anzuwendenden Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung (§ 12 Abs. 1 SGB V) nicht erbringen.

Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise ist §106 Abs. 2 SGB V in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes des Gesetzes vom 19.10.2012 (BGBl. I, 2192), gültig bis zum 31.12.2016. Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung), geprüft (§106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren (§106 Abs. 2 Satz 4 HS 1 SGB V). Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratung nach Absatz 1a und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich (§106 Abs. 3 Satz 1 HS 1 SGB V). In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden; festzulegen ist ferner, dass der Prüfungsausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkasse oder ihres Verbandes Einzelfallprüfungen durchführt. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen (§106 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB V).

Für die Quartale ab I/08 gilt die Prüfvereinbarung vom 26.06.2008. Danach werden Prüfverfahren auf der Grundlage von Zufälligkeits- und Auffälligkeitskriterien eingeleitet. Bewilligte oder genehmigte Leistungen können keiner nachträglichen Prüfung auf Wirtschaftlichkeit unterzogen werden, es sei denn, es liegt ein Richtlinienverstoß vor (§5 Abs. 1 PV 2008). Der Auffälligkeitsprüfung ist ein Zeitraum von einem Quartal zugrunde zu legen. Die KZV Hessen und die Krankenkassen überprüfen in einem gemeinsamen Ausschuss alsbald nach Vorliegen der statistischen Unterlagen gemeinsam in einem Auswahlgespräch die Abrechnungen der Vertragszahnärzte und bestimmen hieraus die Vertragszahnärzte, die beraten, auf Abrechnungsabweichungen hingewiesen oder individuell überprüft werden sollen (§ 5 Abs. 3 PV 2008). Nach der Vereinbarung über die Errichtung der Prüfungsstelle gemäß § 106 SGBV vom 16.06.2008 mit Wirkung zum 01.01.2008 (im Folgenden: EV) wird zur Einleitung weiterer Prüfverfahren nach Auffälligkeitskriterien ein gemeinsamer Ausschuss der Vertragspartner gebildet (§ 4 Abs. 1 S. 1 EV). Der gemeinsame Ausschuss entscheidet über die Einleitung bzw. die Nicht-Einleitung von Prüfverfahren mehrheitlich (§ 4 Abs. 1 S. 4 EV). Die Einleitung des Prüfverfahrens ist grundsätzlich auf den Zeitraum eines Quartals beschränkt. In begründeten Ausnahmefällen ist die Ausdehnung auf maximal vier Quartale zulässig (§4 Abs. 1 S. 6 und 7 EV).

Ein Verstoß gegen Prüf- bzw. Antragsfristen ist nicht ersichtlich.

Es erfolgte eine quartalsbezogene Auswahl. Der Gemeinsame Ausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen hat den Prüfauftrag als Auffälligkeitsprüfung an die Prü-

fungsstelle übergeben. Der Gemeinsame Ausschuss hat eine Prüfmethode nicht vorgeschlagen. Nach § 4 Abs. 5 Satz 3 EV kann er eine Empfehlung zur Prüfmethode und zu den für die Anhörung erforderlichen Unterlagen abgeben, ist hierzu aber nicht verpflichtet.

§ 5 PV unterscheidet zwischen Zufälligkeitsprüfung (Abs. 2) und Auffälligkeitsprüfung (Abs. 3). Die Zufälligkeitsprüfung erfolgt aufgrund der von der KZV zu ziehenden Stichprobe. Für die Einleitung der Auffälligkeitsprüfung ist die Auswahl im gemeinsamen Ausschuss erforderlich. Durch Übersendung der Aufstellung der in der Zufälligkeits- und Auffälligkeitsprüfung ermittelten Vertragsärzte an die Prüfungsstelle wird das Prüfverfahren eingeleitet (§ 5 Abs. 4 S. 1 PV). Fristen hierfür nennt die PV nicht, weder für die Auswahl durch den gemeinsamen Ausschuss noch für die Übersendung der Aufstellung. Verlangt wird lediglich, dass der betroffene Vertragszahnarzt, die Krankenkassen sowie die KZV Hessen über die Einleitung des Prüfverfahrens informiert werden (§ 5 Abs. 4 S. 2 PV). Darüber hinaus besteht ein Antragsrecht der KZV Hessen, einer Krankenkasse oder ihres Verbands bezogen auf einzelne Behandlungsfälle, zahnärztlich verordnete/veranlasste Leistungen, sonstige Schäden und als Folge einer Überprüfung nach § 106a SGB V (§ 5 Abs. 5 S. 1 PV) und auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit i. S. von § 106 Abs. 3 S. 3 1. Alternative SGB V und als Folge einer Überprüfung nach § 106a SGB V (§ 5 Abs. 6 S. 1 PV). § 5 Abs. 6 S. 1 PV nennt nicht ausdrücklich die Antragsbefugten, bezieht sich insofern aber offensichtlich auf die in Abs. 5 Genannten. Die PV unterscheidet damit zwischen dem "regulären", von Amts wegen, d. h. aufgrund der Stichprobe und der Auswahl des gemeinsamen Ausschusses durchzuführenden Prüfverfahren, und dem besonderen, auf Antrag der in Abs. 5 genannten Antragsbefugten. Nur für das Antragsverfahren nach § 5 Abs. 6 S. 1 PV wird eine Frist aufgestellt. Anträge nach § 5 Abs. 6 S. 1 PV können nur bis zum Ablauf des 4. Kalendermonats nach Übersendung sowohl der Quartalsrechnungen als auch der Statistiken schriftlich gestellt werden.

Bereits aus der PV folgt daher, dass Fristen für die Einleitung einer Auffälligkeitsprüfung durch den gemeinsamen Ausschuss nicht bestehen. Von daher kann die Frage dahinstehen, ob solche Fristen, die § 106 SGB V nicht vorsieht, zulässig wären und ob ein Vertragszahnarzt sich auf die Einhaltung einer solchen Frist berufen könnte (vgl. hierzu BSG, Urte. v. 27.06.2001 - B 6 KA 66/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 53, juris Rdnr. 20 ff.; Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Loseblattausgabe, § 106, Rdnr. 438 ff.).

Der Beschluss des Beklagten ist in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Der Beklagte war zuständig für die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Insbesondere sind keine Gründe ersichtlich, weshalb die Sache zunächst an die Beigeladene zu 1) zur sachlich-rechnerischen Berichtigung hätte abgegeben werden müssen. Der Beklagte war auch zuständig für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen.

Trotz der grundsätzlichen Unterschiede zwischen Wirtschaftlichkeitsprüfung und sachlich-rechnerischer Richtigstellung gibt es zwischen beiden Instrumenten inhaltliche Überschneidungen. Regelmäßig ist eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vorrangig, weil sinnvoller Weise nur die Honorarforderung des Vertragsarztes der Prüfung auf ihre Wirtschaftlichkeit unterzogen werden kann, die sachlich-rechnerisch richtig und auch ansonsten rechtmäßig ist. Dieser grundsätzliche Vorrang der Abrechnungskorrekturen ist indessen praktisch vielfach nicht umsetzbar, weil für die zuständigen Behörden nicht von vornherein erkennbar ist, ob bei Auffälligkeiten der Honorarabrechnung fehlerhaf-

te Ansätze der Gebührenordnung oder eine unwirtschaftliche Leistungserbringung bzw. -abrechnung vorliegen oder ob beides zusammentrifft. Vielfach zeigt erst eine nähere Untersuchung der Abrechnung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, dass bestimmte, ggf. extreme Überschreitungen des Vergleichsgruppenschmitts hinsichtlich einzelner Leistungssparten oder - besonders deutlich - hinsichtlich von Einzelleistungen auf einen Fehlansatz einzelner Gebührenpositionen zurückgehen. In dieser Situation sind die Prüfungsgremien berechtigt, sachlich-rechnerische Richtigstellungen vorzunehmen, wenn diese neben der eigentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung von untergeordneter Bedeutung sind. Liegt aber der Schwerpunkt der Beanstandungen bei einer fehlerhaften Anwendung der Gebührenordnung, müssen die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung das Prüfverfahren abschließen und der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung Gelegenheit geben, sachlich-rechnerische Richtigstellungen vorzunehmen (vgl. BSG, Urt. v. 06.09.2006 - B 6 KA 40/05 R - BSGE 97, 84 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 15, juris Rdnr. 19; BSG, Urt. v. 29.11.2006 - B 6 KA 39/05 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 3, juris Rdnr. 17; BSG, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 39/04 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 10, juris Rdnr. 19; BSG, Urt. v. 18.08.2010 - B 6 KA 14/09 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 29, juris Rdnr. 52).

Vorliegend ergab sich die Notwendigkeit der sachlich-rechnerischen Richtigstellungen erst im Verlauf des Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens. Den Richtigstellungen kommt auch nach den Vorschriften des Bewertungsmaßstabs im Verhältnis zur Wirtschaftlichkeit keine derart überragende Bedeutung zu, dass eine Abgabe des Verfahrens an die zu 1.) beigelegene Kassenzahnärztliche Vereinigung geboten war. Die Gesamthonorarberichtigung beträgt vor Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts 662.538,08 €. Davon entfallen 639.853,96 € auf den konservierend-chirurgischen Bereich und 300,71 € auf den KB-Bereich im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, also 96,6%, und 21.585,43 € und 797,98 € auf die Absetzung von Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ, also 3,4 % auf die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen. Bereits von daher tritt die Bedeutung der sachlich-rechnerischen Richtigstellungen eindeutig hinter der Wirtschaftlichkeitsprüfung zurück. Es handelt sich nur um eine einzige Leistung, nämlich Nr. 7750 GOÄ, bei der durchgehend dieselben Beanstandungen angeführt werden. Von daher war dem Einwand der Klägerin, es handele sich um 1.462 Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ, was die Bedeutung ausmache, nicht zu folgen.

Der Beklagte hat die Absetzungsfrist für den Bescheid von fünf Monaten eingehalten.

Ein Prüfantrag musste nicht zur Kenntnis gebracht werden, da es sich bei der von dem Beklagten vorgenommenen Prüfung um eine Auffälligkeitsprüfung handelte. Der ergänzend zur Prüfvereinbarung abgeschlossene Errichtungsvertrag regelt im Einzelnen dieses Verfahren (§ 6 Abs. 1 bis 5 EV) und sieht grundsätzlich eine Anhörung vor (§ 4 Abs. 6 Satz 1 EV), die stattgefunden hat.

Der Beklagte hat der Klägerin ausreichend rechtliches Gehör eingeräumt.

Der geprüfte Zahnarzt ist zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen anzuhören (§24 Abs. 1 SGB X). Die Klägerin wurde auch durch Anberaumung einer weiteren Prüfung rechtliches Gehör gewährt. Ihre Prozessbevollmächtigten haben an der Sitzung des Beklagten teilgenommen.

Der Beschluss des Beklagten ist auch in materieller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Die vierjährige Ausschlussfrist ist nicht verletzt.

Der Beklagte hat zu Recht die Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ abgesetzt.

Die Nr. 7750 GOÄ beinhaltet einen ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht, einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und ggf. zur Therapie. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten. Dies folgt aus dem ausdrücklichen Zusatz zur Leistungslegende. Die Leistungslegende ist erst dann erfüllt ist, wenn über den einfachen Befundbericht hinaus, unter Berücksichtigung der aktuellen anamnestischen Daten, eine epikritische Bewertung des Befundes erfolgt und/oder ein epikritischer Vergleich mit Vorbefunden und sonstigen Informationen gezogen wird. Die Epikrise bzw. epikritische Bewertung verlangt einen zusammenfassenden kritischen Bericht über den Ablauf einer Krankheit nach Abschluss des Falles oder nach endgültiger Diagnosestellung (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 28.10.2015 - S 12 KA 471/14 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 43/15 -). Der Beklagte weist zutreffend darauf hin, dass die nach Nr. 7750 GOÄ abgerechneten Schreiben nicht den Leistungsinhalt der Nr. 7750 GOÄ erfüllen, sondern eher eine Recallfunktion haben. Es handelt sich um eine medizinische Sachstandsmitteilung, die keinen fachlichen Nutzen für eine weitere Handlung beinhaltet. Die Kammer hat in der Vergangenheit mehrfach entsprechende sachlich-rechnerische Berichtigungen der Beigeladenen zu 1) gegenüber der Klägerin bestätigt (vgl. SG Marburg, Gerichtsbb. v. 17.10.2018 - S 12 KA 674/17 -, - S 12 KA 673/17 -, - S 12 KA 672/17 - und -S 12 KA 671/17 -; v. 02.03.2018 - S 12 KA 428/17 - und - S 12 KA 798/16 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 22 und 21/18 -; v. 12.01.2018 - S 12 KA 800/16 -, - S 12 KA 321/17- und - S 12 KA 378/17 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 9, 11 und 12/18 -; Urt. v. 25.10.2017 - S 12 KA 420/15 - rechtskräftig; Gerichtsbb. v. 05.07.2017 -S12 KA 797/16 -, - S 12 KA 296/16 - und - S 12 KA 205/16 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 39, 38 und 35/17 -; v. 05.07.2017 - S 12 KA 373/15 - rechtskräftig). Bei Nichtvorlage des Befundberichts kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Leistung nach Nr. 7750 erbracht worden ist (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 07.05.2014 - S 12 KA 40/14 -; Gerichtsbb. v. 20.01.2016 - S 12 KA 112/15 - und -S12 KA 697/15 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 12/16 - bzw. rechtskräftig).

Die Beklagte hat bereits auf die durchgehend formularmäßige Erstellung der Arztbriefe hingewiesen und dass bereits innerhalb der Stichprobe eine nicht unerhebliche Anzahl ein absolut identischer Befund angegeben wird. Insofern hat die Klägerin bereits im Verwaltungsverfahren in der Verhandlung eingeräumt, dass es sich wohl um eine fehlerhafte Vorlage gehandelt habe, ohne aber diese Fehlleistung im Einzelnen erklären zu können. Ferner befand sich bei den von der Klägerin im Verwaltungsverfahren vorgelegten Unterlagen eine an Frau G., eine Mitarbeiterin der klägerischen Praxis, gerichtete "To-do-Liste". Nach Inhalt und Form handelt es sich, worauf der Beklagte hinweist, um eine Arbeitsanweisung an Frau G., nach der noch die Arztbriefe zu schreiben waren. Dies deutet darauf hin, dass die Arztbriefe erst nachträglich erstellt wurden und bereits aus diesem Grund abzusetzen waren, da die Leistung erst nach deren vollständigem Erbringen abgerechnet werden kann. Dies kann hier aber letztlich dahingestellt bleiben, da der Beklagte seine Entscheidung hierauf nicht gestützt hat. Maßgeblich war für den Beklagten - dies gilt auch für die Kammer - allein, dass der Inhalt der vorgelegten Arztbriefe nicht die Leistungslegende erfüllt, was nach Ansicht der Kammer aus den genannten Gründen zutrifft.

Nicht zu beanstanden war von der Kammer die Honorarkürzung im KCH-Bereich aufgrund der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Der Beklagte konnte einen statistischen Kostenvergleich durchführen. Es besteht keine zwingende Verpflichtung der Prüfungsgremien zur Einzelfallprüfung bzw. eingeschränkten Einzelfallprüfung mit Hochrechnung. Die Kammer hält nach nochmaliger Prüfung an ihrem Urteil vom 27.11.2013 - S 12 KA 419/13 und S 12 KA 429/13 - juris fest (vgl. zuletzt SG Marburg, Urt. v. 15.11.2017 - S 12 KA 363/17 - Berufung anhängig beim LSG Hessen - L 4 KA 65/17 -; SG Marburg, Gerichtsbb. v. 17.10.2018 - S 12 KA 276/17 -).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehört die Auswahl der im Einzelfall geeigneten Prüfmethode vielmehr zum Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien, der insb. durch das Gebot "effektiver" Wirtschaftlichkeitsprüfungen eingeschränkt wird (vgl. BSG, Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 38/10 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 33, juris Rdnr. 16 u. 20). § 6 Abs. 2 PV stellt ein subsidiäres Verhältnis nur zwischen Einzelfallprüfung und repräsentativer Einzelfallprüfung auf in dem Sinne, dass von der Einzelfallprüfung im Hinblick auf die Vielzahl der Behandlungsfälle abgesehen werden kann ("unzumutbar"). Hinsichtlich der in § 6 Abs. 1 PV ebf. genannten Prüfung nach Durchschnittswerten wird eine solche Subsidiarität nicht vereinbart. Der Gedanke des "unzumutbaren" Aufwandes würde aber, wie gerade auch der vorliegende Fall zeigt, u. U. für eine Vorrangigkeit einer Prüfung nach Durchschnittswerten sprechen. § 4 Abs. 7 Satz 1 EV, rechtssystematisch nicht ohne weiteres als Ergänzung zu § 6 PV erkennbar, lässt bei der repräsentativen Einzelfallprüfung die Hochrechnung zu. Die Bestimmung in Satz 2 "Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit oder verweigert der Vertragszahnarzt die Mitwirkung an dem Prüfverfahren sind pauschale Honorarkürzungen zulässig" steht schlichtweg daneben, ohne dass eine Beschränkung der Prüfung nach Durchschnittswerten, die in § 4 Abs. 7 Satz 2 EV als solche nicht genannt wird, auf die beiden Fälle einer wiederholten Unwirtschaftlichkeit bzw. fehlender Mitwirkung abschließend geregelt wird. § 4 Abs. 7 Satz 2 EV nimmt in der ersten Alternative § 106 Abs. 3 S. 4 SGB V auf. Das Gesetz, dass ein Rangverhältnis der Prüfmethoden nicht aufstellt, überlässt es insofern den Vertragsparteien und der Rechtsprechung, dies ggf. zu konkretisieren. Soweit sich aus den Methoden selbst nach Regeln der Logik oder Beweissicherheit Besonderheiten ergeben, haben dies auch die Vertragsparteien zu berücksichtigen.

Eine Regelung zum Vorrang der eingeschränkten Einzelfallprüfung mit und ohne Hochrechnung könnte auch gegen die vom Bundessozialgericht geforderte Effektivität der Wirtschaftlichkeitsprüfung verstoßen (vgl. BSG, Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 38/10 R - a.a.O. Rdnr. 21). Insofern sind den Vertragsparteien einer Prüfvereinbarung Grenzen in ihrer Regelungsbefugnis gesetzt (vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 72/03 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 8, juris Rdnr. 27). Jedenfalls unter der bis Ende 2003 geltenden Rechtslage mit der statistischen Vergleichsprüfung als der - gesetzlichen - Regelprüfmethode hat das Bundessozialgericht wiederholt dargelegt, dass das Festhalten an der Prüfung nach Durchschnittswerten als Regelprüfmethode auch darauf beruht, dass diese Prüfmethode in ihrem Anwendungsbereich in praktikabler Weise und mit vertretbarem Aufwand zu tragfähigen Erkenntnissen führt. Auch wenn mit dieser Beweismethode nicht alle Unwirtschaftlichkeiten in vollem Umfang aufgedeckt werden können, genügt sie doch am besten den Erfordernissen einer effizienten und gleichmäßigen Wirtschaftlichkeitsprüfung der Quartal für Quartal in sehr großer Zahl anfallenden vertragsärztlichen Leistungen. Dem gegenüber kann der mit einer eingeschränkten Einzelfallprüfung verbundene

Aufwand zur Verifizierung von Unwirtschaftlichkeiten unter Berücksichtigung aller dem Arzt in jedem Einzelfall zur Verfügung stehenden Einwendungen um ein Vielfaches höher sein und letztlich dazu führen, dass die Prüfung nicht mehr in angemessener Zeit und mit noch beherrschbarem Aufwand in rechtsstaatlich einwandfreier Weise abgewickelt werden kann. Die weiteren Prüfmethode können daher immer nur dann herangezogen werden, wenn und soweit auf Grund besonderer Umstände die Regelprüfmethode keine beweistauglichen Ergebnisse liefert (vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 72/03 R - a.a.O. juris Rdnr. 23; BSG, Urt. v. 19.10.2011 - B 6 KA 38/10 R - a.a.O., juris Rdnr. 19). Insb. die eingeschränkte Einzelfallprüfung bzw. die sog. Einzelfallprüfung mit Hochrechnung hat das Bundessozialgericht nicht als "wirkliche" Einzelfallprüfung bezeichnet, sondern als eine im Kern bloße Schlüssigkeitsprüfung, die - nur - dann als geeignete Beweismethode in Betracht kommt, wenn aussagekräftigere Beweismittel und -methoden nicht (mehr) zur Verfügung stehen. Das Ergebnis einer eingeschränkten Einzelfallprüfung ist in seiner Aussagefähigkeit ebenfalls begrenzt, da bei ihr die Angaben des zu prüfenden Arztes der Prüfung zugrunde gelegt werden und deshalb mit ihr zwar nicht der Nachweis der Wirtschaftlichkeit, aber doch der der Unwirtschaftlichkeit geführt werden kann, weshalb die Prüfungsgremien die Geeignetheit dieser Methode und deren Voraussetzungen darzulegen und nachzuweisen haben (vgl. BSG, Urt. v. 08.04.1992 - 6 RKA 27/90 - a.a.O. juris Rdnr. 38 f.).

Die Durchführung eines statistischen Kostenvergleichs setzt entgegen der Auffassung der Klägerin nicht voraus, dass die Unwirtschaftlichkeit bereits zuvor rechtskräftig festgestellt worden sein muss.

Soweit § 4 Abs. 7 Satz 2 EV für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit pauschale Honorarkürzungen für zulässig ansieht, kommt es nicht auf eine rechtskräftige Feststellung an. Dies hätte ausdrücklich normiert werden müssen. Im Hinblick auf ein sich u. U. über Jahre hinziehendes Rechtsmittelverfahren würde eine solche Regelung auch wenig Sinn machen. Im Übrigen greift die Vorschrift § 106 Abs. 3 Satz 4 SGB V auf, der aber ebf. nicht auf die Rechtskraft abstellt (vgl. Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB, 11/17, § 106 SGB V, Rdnr. 449 ff.).

Der Beklagte hat die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch eine (zahn)arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt. Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen werden bei der statistischen Vergleichsprüfung die Abrechnungswerte des Arztes mit denjenigen seiner Fachgruppe - bzw. mit denen einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe - im selben Quartal verglichen. Ergänzt durch die sog. intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden, ist dies die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringt. Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungsaufwand des Arztes je Fall bei dem Gesamtfallwert, bei Sparten- oder bei Einzelleistungswerten in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, d. h., ihn in einem Ausmaß überschreitet, das sich im Regelfall nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur oder in den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lässt, hat das die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 45/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 3, juris Rdnr. 17 m. w. N.).

Von welchem Grenzwert an ein offensichtliches Missverhältnis anzunehmen ist, entzieht sich einer allgemein verbindlichen Festlegung (vgl. BSG, Urt. v. 15.03.1995 - 6 RKA 37/93

- BSGE 76, 53 = SozR 3 2500 § 106 Nr. 26, juris Rdnr. 18). Nach der Rechtsprechung des BSG liegt zwischen dem Bereich der normalen Streuung, der Überschreitungen um bis zu ca. 20 % erfasst, und der Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis der Bereich der Übergangszone. Die Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis hat das BSG früher bei einer Überschreitung um ca. 50 % angenommen. Seit längerem hat es - unter bestimmten Voraussetzungen - niedrigere Werte um ca. 40% ausreichen lassen. Die Prüfungsgremien haben einen Beurteilungsspielraum, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis höher oder niedriger festzulegen. Vor diesem Hintergrund hat das BSG es nicht ausgeschlossen, dass Überschreitungen um 42, 38, 33 und 31 % möglicherweise dem Bereich des sog. offensichtlichen Missverhältnisses zugeordnet werden können (vgl. BSG, Urtr. v. 06.09.2000 - B 6 KA 24/99 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 50, juris Rdnr. 24). Bei Arztgruppen mit engem Leistungsspektrum darf eine Grenzziehung bei Überschreitungen der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe um +40 % oder weniger vorgenommen werden (vgl. BSG, Urtr. v. 16.07.2003 - B 6 KA 45/02 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 3, juris Rdnr. 26). Bei einer Arztgruppe mit einem engen Leistungsspektrum, das gegen größere Unterschiede bei den durchschnittlichen Fallkosten der einzelnen Praxen spricht, ist es unter Umständen zu vertreten, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bereits bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 40 % festzusetzen (vgl. BSG, Urtr. v. 02.06.1987 - 6 RKA 23/86 - BSGE 62, 24 = SozR 2200 § 368n Nr. 48, juris Rdnr. 23).

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass es sich bei den Zahnärzten um eine inhomogene Arztgruppe handeln könnte und deshalb Veranlassung bestünde, der Verwaltung eine Sachaufklärung in dieser Richtung aufzugeben. Berücksichtigt man, dass es auch in der Zahnheilkunde und den angrenzenden ärztlichen Bereichen besondere Fach(zahn)ärzte für Spezialgebiete gibt, die besondere Fachgruppen bilden (Fachzahnärzte für Kieferorthopädie, Gebietsärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie), und ein großer Teil der zahnärztlichen Leistungen aus der (nachträglichen) Wirtschaftlichkeitsprüfung herausgenommen ist, so bleiben im Wesentlichen lediglich die in Teil 1 des BEMA-Z aufgeführten "konservierenden und chirurgischen Leistungen und Röntgenleistungen" als Prüfungsgegenstand übrig. Da ferner in der Zahnheilkunde generell die Erhaltung der Zähne vorrangiges Behandlungsziel ist, kann angenommen werden, dass die allgemeinen Zahnarztpraxen in etwa einen gleichen Behandlungsbedarf zu befriedigen haben (vgl. BSG, Urtr. v. 02.06.1987 - 6 RKA 23/86 - a.a.O., juris Rdnr. 20).

Unter Beachtung dieser Grundsätze ist der angefochtene Beschluss in der Fassung des Abänderungsbeschlusses nicht zu beanstanden.

Der Beklagte konnte einen statistischen Kostenvergleich auf der Grundlage der von ihm herangezogenen Abrechnungsstatistiken vornehmen.

Nicht zu beanstanden war zunächst, dass der Beklagte die beiden unter verschiedenen Nummern geführten Abrechnungen zusammengeführt hat, was zu entsprechenden Korrekturen des Fallwerts und der Fallzahl der Klägerin geführt hat. Auch konnte der Beklagte die Fallzahl durch Abzug der Behandlungsfälle weiter bereinigen, in denen ausschließlich Nr. 7750 GOÄ abgerechnet und diese Leistung abgesetzt worden war. Die Kammer hat bereits in ihrem Urteil zum Quartal II/09 darauf hingewiesen, dass die Absetzung dieser Leistungen folgerichtig auch zur Verringerung der Fallzahl der Klägerin führen müsse (vgl. SG Marburg, Urtr. v. 18.11.2015 - S 12 KA 275/14 - juris Rdnr. 74, Berufung anhängig beim LSG Hessen - L 4 KA 18/18 <vormals L 4 KA 49/15>-).

Der Beklagte hat ferner hinreichend berücksichtigt, dass ein Mitglied der Klägerin zugleich als Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Insofern ist die Konstellation der Klägerin vergleichbar mit fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen (vgl. hierzu LSG Bayern, Urte. v. 04.02.2009 - L 12 KA 27/08 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris Rdnr. 33 ff.). Die unterschiedliche Ausrichtung der Mitglieder der Klägerin hat der Beklagte durch Heranziehung der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung in Hessen einerseits und aller zugelassenen Vertragszahnärzte andererseits berücksichtigt. Der Beklagte hat festgestellt, dass die vergleichenden Statistiken zeigten, dass die Klägerin einen erhöhten Anteil an chirurgischen Leistungen erbringe; allerdings belegten die Statistik und die weiteren verfahrensgegenständlichen Unterlagen auch, dass in hohem Maße allgemeinzahnärztliche Leistungen wie konservierende, prothetische und parodontologische Behandlungen durchgeführt würden. Dies hat die Kammer bereits für die Vorquartale I bis IV/08 entschieden, für die der Beklagte eine die Zuordnung der Mitglieder der Klägerin im Verhältnis 3:1, also entsprechend ihrer Qualifikation, vorgenommen hatte (vgl. SG Marburg, Urte. v. 27.11.2013 - S 12 KA 228/13- juris, Berufung anhängig beim LSG Hessen - L 4 KA 17/18 <vormals L 4 KA 1/14> -). Für die Vorquartale II und III/09 hatte der Beklagte ursprünglich eine Gewichtung von 1:4 bzw. von 1:5 unter Einschluss nicht nur der Praxisinhaber, sondern auch der angestellten Zahnärzte und Assistenten entsprechend ihrer Qualifikation vorgenommen. Auf Bedenken der Kammer hinsichtlich der Gewichtung innerhalb der "virtuellen" Vergleichsgruppe fasste der Beklagte einen Ergänzungsbeschluss und setzte die Honorarkürzung neu fest. Bei der Bildung der "virtuellen" Vergleichsgruppe berücksichtigte er den - seinerzeit einzigen - Ausbildungsassistenten nicht mehr. Es ergab sich nunmehr für das Quartal I/09 eine Gewichtung von 1:3,33 und für das Quartal II/09 von 1:4. Auch dies hat die Kammer dann im Ergebnis nicht beanstandet (vgl. SG Marburg, Urte. v. 18.11.2015 - S 12 KA 275/14 - a.a.O.). Daran hält die Kammer fest. Von daher ist die vom Beklagten im streitbefangenen Quartal vorgenommene Gewichtung unter Berücksichtigung der Gesellschafter und angestellten Zahnärzte nicht zu beanstanden.

Die Gewichtung fällt dabei eher zu Gunsten der Klägerin aus, berücksichtigt man das für den vertragsärztlichen Bereich vorliegende Zeitprofil. Tages- und Quartalsprofile sind grundsätzlich ein geeignetes Beweismittel, um die Arbeitszeit zu ermitteln. Die Beweisführung mit solchen Profilen ist dem Indizienbeweis zuzuordnen. Für ihre Erstellung sind bestimmte Anforderungen erforderlich. Für die Ermittlung der Gesamtbehandlungszeit des Arztes dürfen nur solche Leistungen in die Untersuchung einbezogen werden, die ein Tätigwerden des Arztes selbst voraussetzen. Delegationsfähige Leistungen haben außer Betracht zu bleiben. Zu berücksichtigen ist weiter, dass die für die einzelnen ärztlichen Leistungen zugrunde zu legenden Durchschnittszeiten so bemessen sein müssen, dass ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann. Der Qualifizierung als Durchschnittszeit entspricht es, dass es sich hierbei nicht um die Festlegung absoluter Mindestzeiten handelt, sondern um eine Zeitvorgabe, die im Einzelfall durchaus unterschritten werden kann. Die Durchschnittszeit stellt sich aber bei einer ordnungsgemäßen und vollständigen Leistungserbringung als der statistische Mittelwert dar (vgl. BSG, Urte. v. 24.11.1993 - 6RKA 70/91 - BSGE 73, 234 = SozR 3-2500 § 95 Nr. 4, juris Rdnr. 24 ff.; BSG, Urte. v. 21.03.2018 - B 6 KA 47/16 R - SozR 4 <vorgesehen>, juris Rdnr. 25 f.; LSG Hessen, Urte. v. 26.11.2014 - L 4 KA 2/11 - juris Rdnr. 29; LSG Berlin-Brandenburg, Urte. v. 10.10.2007 - L 7 KA 56/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de =

juris Rdnr. 21). Tages- und Quartalsprofil stehen alternativ und nicht kumulativ als Indizien für eine implausible Abrechnung nebeneinander (vgl. BSG, Beschl. v. 17.08.2011 - B 6 KA 27/11 B - juris Rdnr. 6). Gemäß § 106a Abs. 2 Satz 4 SGB V sind, soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 SGB V bestimmt sind, diese bei den Prüfungen nach § 106a Abs. SGBV zu Grunde zu legen (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2014 - L 4 KA 2/11 - juris Rdnr. 53). Mit Anhang 3 des EBM liegen bundeseinheitliche Messgrößen vor, die der Plausibilitätsprüfung nach Zeitprofilen zugrunde zu legen und die für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen verbindlich sind (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.01.2018 - L 11 KA 39/17 B ER - juris Rdnr. 64 ff.; LSG Hessen, Urt. v. 13.09.2017 - L 4 KA 65/14 - juris Rdnr. 53 ff.). Für Quartalsprofile, die Behandlungszeiten für Leistungen dokumentieren, die der Arzt in einem Quartal und damit in einem deutlich längeren Zeitraum abgerechnet hat, gilt nichts anderes als für Tagesprofile. Sie eignen sich ebenso als Indizienbeweis für eine nicht ordnungsgemäße Abrechnung. Wird einer der in § 8 Abs. 4 der Richtlinien der Bundesmantelvertragspartner nach § 106a SGB V (aktuell nach § 106d SGB V) zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen (AbrechnPr-RL) genannten Werte überschritten, liegen Abrechnungsauffälligkeiten vor und führt die KV eine Prüfung nach § 12 AbrechnPr-RL durch (vgl. BSG, Beschl. v. 17.08.2011 - B 6 KA 27/11 B - juris Rdnr. 6). Nach § 8 Abs. 4 AbrechnPr-RL besteht eine Auffälligkeit bei einem Quartalszeitprofil von mehr als 780 Stunden. Dies entspricht einer täglich zwölfstündigen Arbeitszeit bei einer Fünf-Tage-Woche und 13 Arbeitswochen bzw. 65 Werktagen.

Für den auch als Vertragsarzt zugelassenen MKG-Chirurgen der Klägerin wird ein Quartalsprofil von über 794 Stunden angegeben. Damit überschreitet er bereits als Vertragsarzt rechnerisch den Arbeitsumfang einer Vollzeittätigkeit. Die vertragsärztlichen Leistungen sind insbesondere nicht an die zahnärztlichen Mitgesellschafter oder Angestellten delegierbar. Auch geht die Kammer davon aus, dass der MKG-Chirurg der Klägerin diese Leistungen alle selbst erbracht hat, da sie nur dann abgerechnet werden können, was im Übrigen mit der Abrechnung zusätzlich zu bestätigen ist. Auffallend im hier streitbefangenen Quartal sind insbesondere 397 Besuchsleistungen nach Nr. 01410 EBM. Bei Nr. 01410 EBM handelt es sich um einen Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt. Sie ist mit 600 Punkten bewertet und geht in das Quartalsprofil mit 20 Minuten ein. Bei 65 Werktagen im Quartal hat damit der MKG-Chirurg der Klägerin durchschnittlich über zwei Stunden täglich nur für Besuchsleistungen aufgewandt. Hinzu kommen 100 dringende Besuche nach Nr. 01411 EBM (Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt, - zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr, und/oder - Besuch im organisierten Not(-fall)dienst und/oder - Besuch im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser, 1.325 Punkte), die von den Zeitprofilen nicht erfasst werden. Jedenfalls folgt im Grunde genommen aus dem vertragsärztlichen Zeitprofil für den einzigen MKG-Chirurgen der Klägerin, dass er keine zahnärztlichen Leistungen mehr plausibel erbringen konnte, jedenfalls nicht mehr in nennenswertem Umfang. Von daher wird die Klägerin durch die Berechnungsweise des Beklagten begünstigt, bei der der Fallwert für MKG-Chirurgen mit dem Faktor 1 eingeht. Letztlich kommt es aber auf den genauen Umfang der sich aus dem Tagesprofil ergebenden vertragsärztlichen Tätigkeit des MKG-Chirurgen nicht an, da jedenfalls auch eine geringere Tätigkeit dagegen spricht, dass die Berücksichtigung mit dem Faktor 1 unzureichend sein sollte. Im Übrigen wäre es Sache der Klägerin gewesen, im Einzelnen darzulegen,

weshalb die Gewichtung mit dem Faktor 1 für den MKG-Chirurgen ungenügend sein sollte.

Es ist sachgerecht, dass der Beklagte für das zugleich als Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zugelassene Mitglied der Klägerin als Vergleichsgruppe bei der sog. statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung die in Hessen vertragszahnärztlich abrechnenden MKG-Chirurgen herangezogen hat (vgl. BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 54, juris Rdnr. 20). Dabei geht die Kammer davon aus, dass MKG-Chirurgen, soweit sie auch vertragsärztlich abrechnen können, dies nicht mehr im selben Behandlungsfall tun, da allgemein bekannt ist, dass dies unzulässig ist (vgl. BSG; Urt. v. 08.05.1996 - 6 RKa 45/95 - SozR 3-2500 §106 Nr. 36 = USK 96104, juris Rdnr. 21; BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 16/15 R - SozR 4-5532 Allg. Nr. 2; SG Marburg, Urt. v. 07.05.2014 - S 12 KA 612/13 -, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 25.02.2015 - L 4 KA 42/14 -, Revision zurückgewiesen durch BSG, Urt. v. 30.11.2016 - B 6 KA 17/15 R - USK 2016-85).

Soweit das Bundessozialgericht verlangt hat, dass im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung vertragszahnärztlicher Prüfgremien im Regelfall auch die vertragsärztlichen Abrechnungswerte einzubeziehen sind, hat es weiter ausgeführt, allgemeine Aussagen, in welcher Weise und in welchem Ausmaß diese zu berücksichtigen sind sowie ob sie in besonders gelagerten Fällen außer Betracht bleiben können, ließen sich kaum treffen (vgl. BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R - a.a.O. Rdnr. 22). Der Beklagte geht ferner davon aus, dass keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sich das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweise der Klägerin von der Typik der MKG-Chirurgen oder der Vertragszahnärzte in Hessen wesentlich unterscheiden. Insofern wäre es Sache der Klägerin gewesen, bereits im Verwaltungsverfahren entsprechend vorzutragen. Von daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass atypisch Behandlungsfälle auf dem Gebiet der MKG-Chirurgie vertragszahnärztlich abgerechnet werden.

Ferner zeigen die von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vorgelegten Unterlagen, dass die Klägerin im streitbefangenen Quartal mit 775 Behandlungsfällen zum Fallwert in Höhe von 199,71€ in wesentlich größerem Umfang bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen abrechnet als die aus 45 Praxen bestehende Vergleichsgruppe der MKG Chirurgen mit durchschnittlich 76 Fällen und einem Fallwert in Höhe von 204,26€. Dabei zeigt aber gerade der Fallwert, dass der Kläger durchschnittlich in etwa gleichem Umfang wie die Vergleichsgruppe abrechnet. Damit steht für die Kammer fest, dass sich aus der Möglichkeit, sowohl bei der Beigeladenen zu 1) als auch der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen abzurechnen, keine statistischen Verzerrungen im vertragszahnärztlichen Bereich ergeben. Soweit hierbei nicht die sachlich-rechnerische Berichtigung des Honorars der Klägerin durch die Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wegen Verstoßes gegen das sog. Splittingverbot berücksichtigt wurde, ist dies unerheblich. Maßgeblich für die Frage, ob sich Verzerrungen aufgrund der Möglichkeit, bei beiden Körperschaften abrechnen zu können, ergeben können, ist allein das tatsächliche Abrechnungsverhalten der Klägerin bzw. ihres MKG-Chirurgen. Dabei ist unerheblich, ob das Honorar zurückerstattet werden musste. Im Übrigen behauptet auch die Klägerin nicht, dass sich statistische Verzerrungen aufgrund der Möglichkeit, bei beiden Körperschaften abrechnen zu können, ergeben hätten.

Das LSG Hessen hat in seinem Beschluss vom 08.08.2013 - L 4 KA 29/13 B ER - juris für die Vorgängerquartale I bis IV/08 betont, dass die Bildung der Vergleichsgruppe unter

Maßgabe der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht zu beanstanden ist. Die Bildung der Vergleichsgruppe unter Beachtung der Ausrichtung der Mitglieder der Klägerin durch Heranziehung der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung in Hessen einerseits und aller zugelassenen Vertragszahnärzte andererseits im Verhältnis 1:3 sei damit folgerichtig und im Rahmen des Beurteilungsspielraums. Dies gilt grundsätzlich auch für die Berücksichtigung des bei der Klägerin beschäftigten angestellten Zahnarztes. Der angestellte Zahnarzt ist vollumfänglich zur selbständigen Leistungserbringung berechtigt, auch wenn seine Leistungen der Klägerin zugerechnet werden. Der Umfang der Beschäftigung des einzelnen angestellten (Zahn-)Arztes ist weder in Planungsbereichen mit noch ohne Zulassungsbeschränkungen reglementiert. So erfolgt im ärztlichen Bereich in einem Planungsbereich eine Anrechnung entsprechend des Beschäftigungsumfangs (§ 101 Abs. 1 Satz 8 SGB V; § 21 Abs. 3 BedarfspIRL). Es ist nicht ersichtlich, dass der angestellte Zahnarzt in einem geringeren Umfang zahnärztlich tätig wird, da er insb. von allgemeinen Verwaltungsaufgaben eines selbständigen Zahnarztes entlastet sein dürfte. Hinzu kommt, dass der Beklagte die Assistententätigkeit nicht mehr berücksichtigt. Dies begünstigt tendenziell die Klägerin. Nach der für Zahnärzte geltenden Degressionsregelung nach § 85 Abs. 4b Satz 4 SGB V kann die Beschäftigung eines Assistenten einen Punktmengenzuwachs von bis zu 25% ergeben, was allgemein für den Beschäftigungsumfang eines Assistenten angenommen werden kann (vgl. BSG, Ur. v. 28.09.2005 - B 6 KA 14/04 R - SozR 4-5520 §32 Nr. 2 = GesR 2006, 163 = MedR 2006, 307, juris Rdnr. 15). Nach SG Marburg ist die Berücksichtigung der Beschäftigung einer Weiterbildungsassistentin im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung (Tagesprofile) mit einer genehmigten Halbtags­tätigkeit jedenfalls mit einem Umfang von drei Stunden am Tag nicht zu beanstanden. Die Behauptung einer über vier Stunden hinausgehenden tatsächlichen Arbeitszeit ist unbeachtlich, da sie insoweit ohne Genehmigung erfolgt (vgl. SG Marburg v. 14.05.2014 - S 12 KA 601/13 - juris Rdnr. 38). Entsprechend wurde auch die Tätigkeit eines Assistenz­zahn­arztes im Rahmen der Honorarverteilung bzw. von Budgetierungen im Umfang von 25% berücksichtigt.

Soweit die Klägerin auf eine unterschiedliche Gewichtung des Abrechnungsumfangs innerhalb der Gemeinschaftspraxis hinweist, fehlt es hierfür bereits an einem Nachweis. Auf die Tätigkeit an zwei Standorten kann nicht abgestellt werden. Maßgeblich kommt es hinsichtlich der Gewichtung auf den Umfang der Behandlungsfälle an. Der allgemeine Hinweis auf behauptete Umsatzzahlen des MKG-Chirurgen oder dessen behaupteter Beteiligung an den Behandlungsfällen reicht als Nachweis nicht aus. Soweit aus den Fallwerten unterschiedliche Umsätze resultieren sollten, kann dies ursächlich auf Unwirtschaftlichkeiten oder Praxisbesonderheiten beruhen. Von möglicherweise unterschiedlichen Umsatzzahlen kann daher nicht auf die maßgebliche Gewichtung geschlossen werden. Ihre Berücksichtigung erfolgt im Rahmen der Prüfung von anzuerkennenden Praxisbesonderheiten. Der Beklagte weist im angegriffenen Bescheid im Zusammenhang mit den "Komplexbehandlungen" und den Besuchspositionen darauf hin, dass die zur Verfügung gestellten Unterlagen im Wesentlichen lediglich den Aussagegehalt von Abrechnungsscheinen hätten und daher nicht geeignet seien, die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit der Leistungen zu belegen. Der Kammer ist aus zahlreichen Verfahren der Klägerin gegen den Beklagten oder die Beigeladene zu 1) bekannt, dass die Klägerin keine wenigstens ansatzweise ordnungsgemäße Dokumentation hat, jedenfalls hat sie bisher in allen Verfahren eine solche nicht vorgelegt. Die Kammer hat bereits wiederholt in Urteilen zwischen den Beteiligten auf die Bedeutung der Dokumentationspflichten hingewiesen (vgl. zuletzt die genannten Gerichtsbescheide vom 17.10.2018; s. ferner LSG Hessen, Ur. v. 24.10.2018 - L 4 KA 47/12 -, - L 4 KA 48/12 - und - L 4 KA 49/12

-; SG Marburg, Urt. v. 28.10.2015 - S 12 KA 365/14 -, Berufung anhängig LSG Hessen - L 4 KA 4/17 WA <vornormal L 4 KA 42/15>; v. 25.09.2013 - S 12 KA 394/13 - rechtskräftig; v. 25.09.2013 - S 12 KA 106/13; v. 20.06.2012 - S 12 KA 137/11 -, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2015 - L 4 KA 50/12 - juris, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.03.2016 - B 6 KA 60/15 B - BeckRS 2016, 68302). Die von der Klägerin in mehreren Leitzordnern eingereichten Unterlagen, die insb. die Besuchsleistungen und die "schweren Fälle" betrafen, enthalten keine aussagefähigen Dokumentationen. Die entsprechenden Feststellungen des Beklagten sind insofern zutreffend. Der Kammer ist im Übrigen auch aus zahlreichen anderen Verfahren bekannt, das sich die Dokumentation der Klägerin weitgehend auf die Angabe der Leistungspositionen beschränkt, was sich auch in diesem Verfahren erneut bestätigt hat.

Es gibt auch insb. keinen Erfahrungssatz dahingehend, dass die als Gesellschafter tätigen Vertragszahnärzte nur bei Behandlungsfällen mit höherem Behandlungsaufwand tätig werden, während angestellte Zahnärzte im Sinne einer Zuarbeit die "kleineren" Fälle behandeln würden. Dies hätte jedenfalls von der Klägerin bereits im Verwaltungsverfahren belegt werden müssen. Hinzu kommt, dass es im statistischen Kostenvergleich maßgeblich auf den tatsächlichen bzw. wirtschaftlichen Behandlungsaufwand ankommt, der unabhängig vom Zulassungsstatus des Behandlers ist.

Das LSG Hessen hat in Verfahren zwischen den Beteiligten weiter ausgeführt, dass ein Vertragszahnarzt im Rahmen seiner Abrechnung die Voraussetzungen der beanspruchten Gebührenpositionen unter Beachtung des unmittelbar verpflichtenden Wirtschaftlichkeitsgebots jedenfalls nach Beanstandungen und Nachfragen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen hat. Dies gilt auch für die besonderen Leistungsvoraussetzungen von qualifizierten, d.h. aufwändigeren und daher höher dotierten Leistungspositionen. Der Nachweispflicht unterfällt auch, dass die aufwändigere (und daher höher honorierte) Leistung gegenüber einer weniger aufwändigen (geringer honorierten) Leistung erforderlich war, d. h. die den höheren Aufwand bedingenden Umstände müssen ebf. nachgewiesen werden. Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten stellen Obliegenheiten des Vertragszahnarztes dar. Soweit diesen nicht hinreichend nachgekommen wird, wird der entsprechende Honoraranspruch verwirkt. Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen sind als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen und können nicht abgerechnet werden (unter Hinweis auf LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 - RID 15-01-20, Revision <B 6 KA 1/15 R> zurückgenommen). Die Dokumentation hat zeitnah zu erfolgen, da mit zunehmender zeitlicher Distanz immer weniger gewährleistet ist, dass die Dokumentation auch der erfolgten Behandlung entspricht. Einem erst nach Jahren erstellten Operationsbericht kann daher der Beweiswert abgesprochen werden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2015 - L 4 KA 50/12 - juris, zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.03.2016 - B 6 KA 60/15 B - BeckRS 2016, 68302). Soweit sich aus der Dokumentation ein schlüssiges Vorgehen nicht ergibt, können die Prüfungsgremien zwar die vollständige Leistungserbringung unterstellen, aber den Schluss ziehen, dass es an der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fehlt (vgl. BSG, Urt. v. 09.03.1994 - 6 RKa 18/92 - BSGE 74, 70 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 23, juris Rdnr. 23 m.w.N.).

Das LSG Hessen hat jüngst seine Rechtsprechung bestätigt. Eine ausreichende Dokumentation liegt nicht vor, wenn sich die Angaben in der Bezeichnung der abgerechneten Leistung durch Angabe der Gebührenordnungsziffer und der zugeordneten Leistungsbezeichnung ("Nachbehandlung") erschöpfen. Über zwei Jahre später angefertig-

te handschriftliche Ergänzungen sind nicht zu berücksichtigen (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 24.10.2018 - L 4 KA 48/12 -, - L 4 KA 48/12 - und - L 4 KA 49/12 -).

Gleichfalls hat die Klägerin keine Praxisbesonderheiten vorgetragen, die Anlass zu einer anderen Gewichtung und/oder der Anerkennung von Praxisbesonderheiten hätten führen müssen.

Praxisbesonderheiten sind anzuerkennen, wenn ein spezifischer, vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe signifikant abweichender Behandlungsbedarf des Patientenkontingents und die hierdurch hervorgerufenen Mehrkosten nachgewiesen werden. Seit dem 01.01.2004 verpflichtet § 106 Abs. 5a Satz 5 SGB V (i. d. F. des GMG vom 14.11.2003 - BGBl I 2190) die Vertragspartner, in der Prüfungsvereinbarung Maßstäbe für die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten zu bestimmen (BSG, Urt. v. 28.10.2015 - B 6 KA 45/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 53, juris Rdnr. 32). Soweit die Prüfungsvereinbarung keine näheren Regelungen trifft, gelten die allgemeinen, von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze. § 6 Abs. 4 PV 2008 verpflichtet die Prüfungsgremien zur Berücksichtigung der gesamten Tätigkeit des Vertragszahnarztes und der besonderen Verhältnisse der Praxis. Insb. ist zu prüfen, ob ein Mehraufwand in Teilbereichen der Abrechnung nicht durch einen - hiermit ursächlich verbundenen - Minderaufwand in anderen Bereichen ausgeglichen wird. Ferner sind nach § 8 Abs. 8 Buchst. g die Entscheidungsgründe so abzufassen, dass aus ihnen die anzuwendenden Beurteilungsmaßstäbe für die Bewertung von Praxisbesonderheiten und Einsparungen sowie die tatsächlichen und rechtlichen Gründe für die Vornahme und das Unterbleiben von Kürzungen sowohl dem Grunde wie der Höhe nach klar erkennbar und nachvollziehbar sind.

Ein Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien besteht insb. für die Feststellung und Bewertung von Praxisbesonderheiten (vgl. BSG, Urt. v. 22.10.2014 - B 6 KA 8/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 49, juris Rdnr. 57 m.w.N.).

Praxisbesonderheiten sind grundsätzlich im Verwaltungsverfahren vorzutragen. Das Bundessozialgericht hat im Beschluss v. 27.06.2012 - B 6 KA 78/11 B - juris Rdnr. 11 (siehe ferner BSG, Urt. v. 15.07.2015 - B 6 KA 30/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 50, juris Rdnr. 31; BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 46/12 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 42, juris Rdnr. 32) darauf hingewiesen, es habe sich bereits mehrfach mit dem Gebot befasst, Wesentliches bereits im Verfahren vor den Prüfungsgremien vortragen zu müssen (unter Hinweis auf BSG v. 15.11.1995 - 6 RKa 58/94 - SozR 3-1300 § 16 Nr. 1 = USK 95137 S. 738, insoweit in SozR 3-1300 § 16 Nr. 1 nicht abgedruckt; v. 08.05.1985 - 6 RKa 24/83 - USK 85190 S. 1015 f.; v. 11.12.1985 - 6 RKa 30/84 - BSGE 59, 211, 215 = SozR 2200 § 368n Nr. 40 S. 133; v. 20.09.1988 - 6 RKa 22/87 - SozR 2200 § 368n Nr. 57 S. 198; ebenso auch das erst nach Vorlage der Beschwerdebegründung schriftlich abgesetzte Urt. des BSG v. 21.03.2012 - B 6 KA 17/11 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 35, Rdnr. 40 ff.; vgl. auch BSG v. 27.06.2012 - B 6 KA 78/11 B - Rdnr. 8). Lediglich Einwände, die das Prüfverfahren selbst oder Aspekte betreffen, die auf der Basis der im Prüfverfahren vorliegenden Unterlagen so offenkundig sind, dass die Prüfungsgremien dem schon von Amts wegen nachgehen müssen, kann ein Vertragsarzt auch noch nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens geltend machen (vgl. BSG, Urt. v. 21.03.2012 - B 6 KA 17/11 - SozR 4-2500 § 106 Nr. 3, juris Rdnr. 43). Dabei obliegt die Darlegungs- und Feststellungslast für besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende atypische Umstände wie Praxisbesonderheiten und kompensierende Einsparungen dem Arzt. Die Prüfungsgremien sind allerdings zu Ermittlungen von Amts wegen hinsichtlich solcher Umstände verpflichtet, die

typischerweise innerhalb der Fachgruppe unterschiedlich und daher augenfällig sind. Bei den erforderlichen Bewertungen haben die Prüfungsgremien einen Beurteilungsspielraum, so dass deren Einschätzungen von den Gerichten nur in begrenztem Umfang überprüft und ggf. beanstandet werden können (vgl. BSG v. 21.03.2012 - B 6 KA 17/11 R - a.a.O., juris Rdnr. 17; BSG, Urt. v. 28.10.2015 - B 6 KA 45/14 R - a.a.O. Rdnr. 33, jeweils m.w.N.).

Dem Hinweis der Klägerin auf die Versorgung von Heimpatienten, die sich in erhöhten Besuchsleistungen widerspiegeln, ist der Beklagte nachgegangen. Letztlich geht er aber in nicht zu beanstandender Weise davon aus, dass nicht nachzuweisen ist, dass diese Besuchsleistungen wirtschaftlich erbracht worden sind. Aufgrund der fehlenden Dokumentation (z. B. die Praxis kann nicht oder nur mit hohem Aufwand aufgesucht werden, fehlende Unterstützung durch das Lebensumfeld, Desorientierung oder Bettlägerigkeit des Versicherten) kann die Notwendigkeit des Aufsuchens nicht nachvollzogen werden. Die Klägerin hat nicht dargelegt oder gar durch ihre Dokumentation belegt, aus welchem Grund Besuchsleistungen angefordert wurden. Der Hinweis der Klägerin auf die Versorgung von Heimpatienten bleibt allgemein und zeigt nicht ansatzweise auf, weshalb gerade im hier streitgegenständlichen KCH-Bereich ein erhöhter Aufwand notwendig gewesen sein soll. Es wäre Sache der Klägerin gewesen, bereits im Verwaltungsverfahren die Notwendigkeit der Behandlungsfälle unter Nennung der Patientennamen und des Behandlungsumfangs und des Versorgungsbedarfs darzulegen. Darauf ist die Klägerin ausreichend hingewiesen worden. Bereits im Bescheid der Prüfungsstelle werden ausführlich die Auffälligkeiten dargelegt, die für eine Unwirtschaftlichkeit der Besuchsleistungen sprechen. Bereits die Prüfungsstelle bemängelte, dass den Abrechnungsscheinen weder zu entnehmen sei, wer genau den Besuch angefordert habe, noch aus welchem Grund der Besuch letztendlich stattgefunden habe.

Besuchsleistungen bedürfen näherer Angaben (Uhrzeit etc.) in der Dokumentation. Der Einwand der Klägerin beschränkt sich auf den Hinweis, die Besuchsleistung sei notwendig gewesen und/oder den Anforderungsgrund sowie die nicht näher belegte Behauptung, was während des Besuchs gemacht worden sei. Dies ist mangels der Mindestangaben in der Dokumentation unzureichend (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 20.06.2012 - S 12 KA 137/11 -, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 27.02.2015 - L 4 KA 50/12 - juris, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.03.2016 - B 6 KA 60/15 B - BeckRS 2016, 68302). Soweit es an solchen Angaben fehlt, kann ohne weiteres auch auf die Unwirtschaftlichkeit geschlossen werden.

Allein aus einer - auch erheblichen Mehrabrechnung - der Besuchsziffern folgt keine Offenkundigkeit der Notwendigkeit der Besuchsleistungen. Auch betreffen die Ziffern 7500 und 7510 BEMA nicht ausschließlich Besuche in Altenheimen. Ferner folgt aus Besuchsleistungen in Altenheimen nicht, dass ein besonderer Behandlungsbedarf, insb. im hier streitgegenständlichen KCH-Bereich besteht. Insofern besteht im zahnärztlichen Bereich nicht der Erfahrungssatz, dass Bewohner eines Altenheims einen erhöhten Behandlungsbedarf hinsichtlich KCH-Leistungen haben. Darauf deutet auch hin, dass gerade andere Leistungen bei vielen Besuchen nicht abgerechnet wurden.

Das LSG Hessen hat in seinem Beschluss vom 08.08.2013 - L 4 KA 29/13 B ER - juris Rdnr. 69 ebf. bzgl. der Vorquartale darauf hingewiesen, dass der Vortrag der Klägerin, ein erhöhter Behandlungsbedarf entstehe durch die Versorgung von Heimpatienten, die üblicherweise zahnärztlich überhaupt nicht versorgt worden seien, hierfür kein ausreichend substantiiertes Vortrag ist. Die Klägerin trifft hinsichtlich dieser Einwendung die

Darlegungslast. Die zumutbaren Ermittlungsmöglichkeiten des Beklagten im Rahmen der Amtsermittlungspflicht enden dort, wo Tatsachen beurteilungsrelevant werden, die mit den nicht von außen erkennbaren individuellen Praxisgegebenheiten des Arztes zusammenhängen. Alle bedeutsamen Umstände des Praxisbetriebes und die Zusammensetzung der Patientenschaft müssen vom Arzt vorgetragen werden. Behauptungen reichen dafür nicht aus. Die Prüforgane müssen nicht in die Praxis hinein ermitteln. Die Mitwirkungspflicht des Vertragszahnarztes ist gerichtet auf die umfassende Darlegung aller internen Umstände nebst deren vollständiger Verifizierung. Denn ebenso wie im privaten Geschäftsverkehr eine Rechnung ausreichend spezifiziert sein muss, ist auch der Vertragsarzt verpflichtet, seine Honorarforderung für die vertragsärztliche Tätigkeit, insbesondere einen außergewöhnlichen Mehraufwand zu begründen und zu belegen (BSG, Urt. v. 16.07.2003 - B 6 KA 45/02 R -; LSG Hessen, Beschl. v. 09.01.2012 - L 4 KA 45/09 -). Zur Substantiierungspflicht gehört auch die quartalsbezogene Darlegung des Umfangs der Praxisbesonderheit, der Hinweis auf einzelne Fälle reicht hierfür nicht aus.

Dies gilt auch für den Vortrag der Vornahme von Komplexsanierungen. Damit wird letztlich vorgetragen, besonders teure Fälle zu haben, ohne dies näher zu begründen. Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf (Komplexbehandlungen) müssen eindeutig belegt werden. Allein die Zugehörigkeit zu einer Patientengruppe bedingt nicht per se einen erhöhten Behandlungsbedarf. Es reicht auch nicht aus, lediglich die Behandlungsfälle anzuführen oder diesbezüglich Behandlungsunterlagen einzureichen. Im Übrigen kann davon ausgegangen werden, dass sog. Komplexbehandlungen sich bei allen MGK-Chirurgen finden und durch die Gewichtung unter Heranziehung des Fallwerts der MGK-Chirurgen berücksichtigt werden. Soweit dies aus Sicht der Klägerin nicht ausreichen sollte, hätte es einer substantiierten Darlegung bedurft.

Der Beklagte hat hinreichend bestimmt die Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses im Rahmen der statistischen Prüfung mit "um 40%" festgesetzt. Dies entspricht der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Besonderheiten der klägerischen Praxis aufgrund ihrer Zusammensetzung hat der Beklagte hinreichend mit der "virtuellen" Vergleichsgruppe berücksichtigt. Der Beklagte hat auch für das streitbefangene Quartal bei der Berechnung des Fallwerts die sachlich-rechnerische Berichtigung berücksichtigt.

Nicht zu beanstanden war auch die Berichtigung im KB-Bereich. Die Kammer sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und verweist auf die Begründung des angefochtenen Bescheids des Beklagten, der es folgt (§ 136 Abs. 3 SGG). Insofern fehlt es auch an Einwendungen der Klägerin.

Der Beklagte hat die Kürzung nachvollziehbar berechnet. Einwände hiergegen sind nicht ersichtlich.

Nach allem war der angefochtene Beschluss des Beklagten rechtmäßig und nicht zu beanstanden und war die Klage im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Sprungrevision war zuzulassen, da eine höchstrichterliche Entscheidung zur Bildung der Vergleichsgruppe bei fachübergreifenden Gemeinschaftsgruppen nicht vorliegt und seit der letzten Entscheidung zu MKG-Chirurgen sich die tatsächlichen und rechtlichen

Voraussetzungen durch das klare Verbot der Doppelabrechnung eines einzelnen Behandlungsfalls geändert haben.