

S 12 KA 387/18 WA

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 387/18 WA

Datum

05.06.2019

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die Prüfungseinrichtungen dürfen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung davon ausgehen, dass der Vertrags(zahn)arzt die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht hat, und diese Leistungen ihrer Beurteilung zugrunde legen (vgl. BSG, Ur. v. 28.10.1992 - [6 RKa 3/92](#) - [BSGE 71, 194](#) = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 15](#), juris Rdnr. 23 f.).
2. Eine Wahlfeststellung kommt nicht ausschließlich dann in Betracht, wenn sich die Frage, auf welcher alternativen Ursache der Mehraufwand beruht, nicht allein anhand der Behandlungsausweise, sondern nur durch nachträgliche Befragung des Arztes oder der Patienten beantworten lässt, sondern bereits dann, wenn ein erhöhter Prüfaufwand besteht, da es dann an der Offenkundigkeit des Abrechnungsfehlers fehlt. Von einem erhöhten Prüfaufwand ist auszugehen, wenn eine (zahn-)medizinische Expertise erforderlich ist und die sachlich-rechnerische Berichtigung nicht allein maschinell oder durch nicht (zahn-)ärztliche Prüfer erfolgen kann (vgl. bereits SG Marburg, Ur. v. 27.03.2019 - [S 12 KA 71/18](#) -, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 38/19](#) -).
3. Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ (ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht) können im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung abgesetzt werden, wenn die Arztbriefe nicht vorgelegt werden.
4. Im Übrigen Parallelverfahren zu SG Marburg, Ur. v. 05.12.2018 - [S 12 KA 127/18](#) - juris und - [S 12 KA 201/18](#) - juris, jeweils Sprungrevision anhängig unter B 6 KA 2 und 3/19 R.
 1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat 94 % der Gerichtskosten und der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Beklagten, der Beklagte 6 % der Gerichtskosten und der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

3. Die Sprungrevision zum Bundessozialgericht wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten - nach Erlass zweier Änderungsbescheide und der Abgabe eines Teilanerkennnisses - noch um eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 2.061.583,64 EUR bzw. nach Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts von 1.445.450,00 EUR für die drei Quartale IV/12 bis II/13 und hierbei um - vor Abzügen - sachlich-rechnerische Berichtigungen nach Nr. 7750 GOÄ um 55.800,67 EUR (46.552,65 EUR und 9.248,02 EUR), Kürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im PAR-Bereich in Höhe von 636,09 EUR, im KB-Bereich in Höhe von 5.291,35 EUR und bezogen auf den Gesamtfallwert in Höhe von 1.999.856,14 EUR bzw. nach Teilanerkennnis vom 05.06.2019 um eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 1.359.633,32 EUR netto.

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. C. ist Zahnarzt, und Frau Dr. D. ist Zahnärztin. Sie sind zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Ferner beschäftigte die Klägerin in den Quartalen IV/12 und I/13 zwei Zahnärzte mit insgesamt zwei Versorgungsaufträgen und im Quartal II/13 vier Zahnärzte mit insgesamt vier Versorgungsaufträgen. Der Beklagte ist der Gemeinsame Beschwerdeausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen.

In den streitbefangenen Quartalen IV/12 bis II/13 stellte sich die Abrechnung der Klägerin in Bezug zu der allgemeinen Vergleichsgruppe der in Hessen zugelassenen Vertragszahnärzte wie folgt dar:

Quartal IV/12 I/13 II/13

Fallzahl VZA* 3.494 3.169 3.347

Fallzahl VG** 556 469 498
Ø Punkte pro Fall VZA* 284 285 346
Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte** 82 97 92
VZA* = Klägerin
VG** = Vergleichsgruppe der hessischen Zahnärzte

Und in Bezug zu der Vergleichsgruppe der in Hessen zugelassenen hessischen MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung (104, 108 und 107) stellte sich die Abrechnung der Klägerin wie folgt dar:

Nr. IV/12 I/13 II/13
Fallzahl VZA* 3.494 3.169 3.347
Fallzahl VG** 679 720 743
Ø Punkte pro Fall VZA* 284 285 346
Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte** 144 148 143
VZA* = Klägerin
VG*** = Vergleichsgruppe der hessischen MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung

Der Gemeinsame Ausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen wählte am 13.02.2013, 08.05.2013 und 14.08.2013 die Praxis der Klägerin bzgl. der streitbefangenen Quartale zur Prüfung aus. Daraufhin leitete die Gemeinsame Prüfungsstelle der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen für die streitbefangenen Quartale ein Prüfverfahren ein, was sie der Klägerin unter Datum vom 22.02.2013, 24.05.2013 und 22.08.2013 mitteilte.

Die Prüfungsstelle lud die Klägerin unter Datum vom 20.11.2014 zu einer Prüfsitzung bzgl. des Quartals III/12 und der streitbefangenen Quartale am 17.03.2015 unter Übersendung einer Patientenliste mit der Aufforderung, sämtliche Aufzeichnungen (vollständige Patientenkartei, Röntgenaufnahmen und ggf. begleitende Dokumente) bis zum 22.01.2015 einzureichen. An der Prüfsitzung nahm die Klägerin nicht teil.

Mit Bescheid vom 20.10.2015 verband die Prüfungsstelle die Prüfverfahren und setzte für das Quartal III/12 und die streitbefangenen Quartale eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von 1.718 426,54 EUR bzw. nach Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts von 1.089.374,76 EUR fest. Davon entfielen - vor Berücksichtigung der Einbehalte - 1.717.114,91 EUR auf den konservierend-chirurgischen Bereich und 1.300,25 EUR auf Absetzungen in vier Behandlungsfällen im Bereich parodontaler Behandlungen und 11,38 EUR auf Absetzungen in einem Behandlungsfall im Bereich der Kieferbruchbehandlungen. Die Prüfungsstelle führte aus, die Klägerin habe teilweise analoge Röntgenbilder sowie auch Ausdrücke digitaler Röntgenaufnahmen und edv-technische Auflistungen sowie OP-Befunde zu den namentlich angeforderten Fällen zur Verfügung gestellt. Eine schriftliche Stellungnahme zum vorliegenden Verfahren sei nicht vorgelegt worden. Er habe eine statistische Vergleichsprüfung durchgeführt. Die vergleichenden Statistiken der Klägerin zeigten, dass ein erhöhter Anteil an chirurgischen Leistungen abgerechnet werde. Allerdings belegten die Statistiken und die verfahrensgegenständlichen Unterlagen auch, dass in hohem Maße allgemein Zahnärztliche Leistungen abgerechnet würden. Die beiden Vergleichsgruppen der in Hessen zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Zahnärzte mit und ohne Weiterbildung zum MKG-Chirurgen seien vorliegend für eine statistische Vergleichsprüfung geeignet. Es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, eine verfeinerte Vergleichsgruppe zu bilden. Sie habe auch keine Gründe dafür gesehen, dass sich die Praxis von der Typik der Vergleichsgruppe der Allgemeinzahnärzte bzw. der Vertragszahnärzte mit einer Weiterbildung zum MKG-Chirurgen in Hessen wesentlich unterscheide. Um der gemischten Praxisstruktur Rechnung zu tragen, seien die vorliegenden Gesamtfallwerte beider Bereiche unter Berücksichtigung der Inhaberstruktur der Praxis sowie des Abrechnungsbildes (Verhältnis: 1 x Gesamtfallwert MKG-Statistik + 2 x Gesamtfallwert allgemein Zahnärztliche Statistik: 3) verknüpft worden. Der Vergleichswert in Relation zur Inhaberstruktur führe zu folgenden Abrechnungswerten:

Quartal III/12 IV/12 I/13 II/13
Ø Punkte pro Fall VZA* 242 284 285 346
Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte** 149 144 148 143
VZA* = Klägerin
VG** = Vergleichswert

Unter Berücksichtigung der Honorarkorrekturen im Bereich der systematischen Behandlung von Parodontopathien, betreffend den Prüfzeitraum Oktober 2011 bis September 2012, die mit Bescheid vom 29.10.2014 mitgeteilt worden seien, sowie der ausgesprochenen sachlich-rechnerischen Berichtigungen der KZVH für die Prüfquartale II/12 (4.831 Punkte), IV/12 (9.380 Punkte), I/13 (1.132 Punkte) und II/13 (690 Punkte) stellten sich die Vergleichswerte wie folgt dar:

Quartal III/12 IV/12 I/13 II/13
Ø Punkte pro Fall VZA* 241 281 285 346
Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte** 149 144 148 143

Nach erfolgter Korrektur lägen folgende Überschreitungen vor:

Quartal III/12 IV/12 I/13 II/13
Überschreitung in % 62 96 93 141

Die Abrechnungen lägen im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis liege bei +40 %. Sie habe eine Reihe von Behandlungsfällen aus der vorliegenden versichertenbezogenen Stichprobe der prüfgegenständlichen Quartale einer eingehenden Überprüfung unterzogen. Zunächst sei grundsätzlich auffällig, dass die vorgelegten Unterlagen nicht den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Dokumentation entsprächen. 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. Es seien nicht alle angeforderten namentlich benannten Karteikartenauszüge zur Prüfung vorgelegt worden bzw. seien diese unvollständig (abgerechnete Leistungen seien nicht in der Karteikarte vorhanden). Somit hätten oftmals gesamte aufwendige konservierend-chirurgische Behandlungen nicht belegt werden können. Weiterhin habe auch das ausgewiesene Behandlungsvolumen aufgrund vieler fehlender Röntgenaufnahmen oder aufgrund der technisch mangelhaften Qualität 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 Verhandlungsverlauf 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. In Bezug auf die Abrechnung der Leistung nach Nr. 7750 GOÄ fehle stets der erforderliche Krankheitsbericht. Das Orthopantomogramm sei sehr 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. Sensibilitätsprüfungen kämen oftmals mehrfach pro Quartal bei einem Patienten zur Abrechnung, ohne dass hierfür eine entsprechende Ausnahmeindikation (notwendige Verlaufskontrollen) ersichtlich sei. Die Leistung nach Nr. 10 BEMA (ÜZ) käme nach Zahnhalsfüllungen oder auch an wurzelbehandelten Zähnen zur Abrechnung. Auch sei die Abrechnung der ÜZ-Leistung bei 5 bis 7-jährigen Patienten nicht nachvollziehbar. Die Leistungen nach Nm. 12 und 49 BEMA (bMF/Exz1) gelangten sehr oft für das gleiche Gebiet zur Abrechnung. In der Regel gehöre es zu einer wirtschaftlichen Behandlungsweise, im Rahmen der Präparation oder Abdrucknahme entweder die besonderen Maßnahmen nach Nr. 12 BEMA (bMF) oder die Exzision von Schleimhaut nach Nr. 49 BEMA (Exz1) durchzuführen. Die abgerechneten Füllungslagen seien anhand der vorliegenden Röntgenaufnahmen nicht immer nachvollziehbar. Zudem kämen auch mehrere Füllungen an einem Zahn zur Abrechnung, die ebf. durch die vorliegenden Röntgenbilder nicht belegt seien. Zudem würden auch Füllungen innerhalb kurzer Zeit mehrmals erbracht. Die Cp-Leistung sei an wurzelbehandelten Zähnen erbracht worden. Viele der endgültigen Wurzelfüllungen seien aufgrund fehlender Röntgenaufnahmen oder auch aufgrund der technisch schlechten Qualität (fehlende Wurzelspitzen) sehr häufig nicht nachvollziehbar. Die Wurzelkanalaufbereitungen kämen des Öfteren im Rahmen des Notdienstes zur Abrechnung. Die medikamentöse Einlage nach Nr. 34 BEMA (Med) sei oftmals in Verbindung mit der Vitalexstirpation dreimal abgerechnet worden. Die Exzision nach Nr. 50 BEMA sei als Nr. P200 BEMA zur Abrechnung gekommen. Als einzelne parodontal-chirurgische Maßnahme sei die Abrechnung einer Leistung nach Nr. 50 BEMA (Exz2) möglich, sofern Teil V der Behandlungsrichtlinien (Röntgendiagnostik, Vorbehandlung, Motivationsüberprüfung) eingehalten werde. Mit Blick auf den Verstoß gegen die Behandlungsrichtlinien (keine Vorbehandlungen, ohne Röntgenaufnahme) müsse die Exz2 als unwirtschaftlich angesehen werden. Zudem sei die Exzision nach Nr. 50 BEMA (Exz2) auch zeitgleich mit einer professionellen Zahnreinigung abgerechnet worden. Des Weiteren käme die Leistung nach Nr. P200 BEMA im Rahmen des Notdienstes zur Abrechnung. Die Mundbehandlungsleistung käme in mehreren Behandlungsfällen im Zusammenhang mit der Zahnsteinentfernung zur Abrechnung. Ohne eine differenzierende Begründung (dokumentierte Diagnose/Therapiemaßnahme) müsse die medikamentöse Mundbehandlung nach Nr. 105 BEMA (Mu) in gleicher Sitzung mit der Entfernung harter Zahnbeläge als nicht wirtschaftlich angesehen werden. Die faktische Notwendigkeit des Abrechnungsvolumens bei den chirurgischen Leistungen insgesamt sei aufgrund der gravierenden Mängel in der Dokumentation keinesfalls nachvollziehbar. Wegen der häufig fehlenden Röntgenaufnahmen könne das abgerechnete Behandlungsvolumen, insb. in Bezugnahme auf die fachmedizinische Ausrichtung der Praxis, medizinisch weder als vertretbar noch als nachvollziehbar erkannt werden. Besonders bei der Versorgung von Heimpatienten sei unter Berücksichtigung der Behandlungsbedingungen und mit Blick darauf, dass umfangreiche Behandlungen teilweise ohne Röntgendiagnostik durchgeführt wurden, der abgerechnete Behandlungsumfang nicht nachzuvollziehen. Zudem seien viele Besuche in Verbindung mit der Abrechnung von Wegegeldern im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen als wirtschaftlich unangemessen zu erachten. Konservierend-chirurgische Leistungen seien im Zusammenhang mit einer Implantatversorgung abgerechnet worden. Nach den allgemeinen Behandlungsrichtlinien (B. VII. 1.) sei eine Implantatversorgung nur bei Vorliegen einer Ausnahmeindikation im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Entsprechendes gelte für Begleitleistungen im Zusammenhang mit Implantaten. Da von einer Ausnahmeindikation nicht ausgegangen werden könne, entspreche das Vorgehen nicht den Behandlungsrichtlinien und sei somit zugleich unwirtschaftlich. Es bestünden in vielen Bereichen Hinweise für einen Automatismus im Abrechnungsverhalten der Vertragszahnärzte. Insgesamt gelange man zu der Feststellung, dass die in der Prüfung dargestellte Behandlungs- und Abrechnungsweise der Vertragszahnärzte in ihrer Gesamtheit sowie insb. in den verschiedenen aufgezeigten Bereichen nicht dem Grundsatz eines wirtschaftlichen Vorgehens entspreche. Die vorliegenden statistischen Überschreitungen im Gesamtfallwert der Praxis seien keinesfalls als Folge von Praxisbesonderheiten oder kompensatorischen Einsparungen zu werten. Es sei vielmehr davon auszugehen, dass bei Durchführung einer gezielteren systematischen Behandlungsweise wie auch einer strengeren Indikationsstellung Einsparungen hätten erzielt werden können. Die Kürzung auf den 1,4-fachen gewichteten Vergleichswert führe im Bereich der konservierend-chirurgischen Abrechnung, unter Berücksichtigung der Honorarkorrekturen im Bereich der systematischen Behandlung von Parodontopathien sowie der bereits durchgeführten Honorarberichtigungen im Bereich der sachlich-rechnerischen Prüfung, in den einzelnen Prüfquartale zu folgenden Rückforderungsbeträgen:

Quartal III/12 IV/12 I/13 II/13

Rückforderungsbetrag in EUR 289.074,84 441.356,60 375.069,29 611.614,18

Hinsichtlich der Grundlagen einer systematischen Behandlung von Parodontopathien verweise sie auf den Bescheid der Antragsprüfung vom 29.10.2014. Anhand der vorgelegten Unterlagen sei grundsätzlich auffällig, dass keine vertragsgerechte Vorbehandlung erbracht worden sei. Hinsichtlich der Vorbehandlung sei weder eine individuell dokumentierte Aufklärung des Patienten noch eine Überprüfung der Motivation und des Übungserfolgs ersichtlich. Die PAR-Pläne seien erhoben worden, ohne die Mitarbeit des Patienten im ausreichenden Maße sicher zu stellen. Insoweit liege hier ein Verstoß gegen die Behandlungsrichtlinien vor. Darüber hinaus sei auch keine vertragsgerechte Röntgendiagnostik ersichtlich. Mit Blick auf die Anforderung einer individuellen und wirtschaftlichen Abrechnungsweise seien auch die routinemäßig abgerechneten Doppelanästhesien nicht nachvollziehbar. Anhand der Karteidokumentation seien keine Begründungen hierfür ersichtlich, vielmehr lasse sich auch hier grundlegend ein Automatismus in der Abrechnung der Vertragszahnärzte vermuten. Bezüglich der Leistungen nach Nr. 108 BEMA und Nr. 111 BEMA sei festzustellen, dass die abgerechneten Leistungen prinzipiell nicht dokumentiert seien. Leistungen, die nicht im Krankenblatt dokumentiert würden, seien nicht als wirtschaftlich anzusehen und somit selbstverständlich auch nicht vergütungsfähig. Bei einem namentlich genannten Patienten habe keinerlei Dokumentation über den Therapieerfolg bzw. keine Dokumentation der Kontrolle nach der Schieneneingliederung vorgelegen. Aufgrund dessen erfolge die Absetzung der Kieferbruchbehandlung.

Gegen den Bescheid der Prüfungsstelle legten die Klägerin am 20.11.2015 und die zu 2) bis 7) beigeladenen Verbände der Krankenkassen in Hessen am 19.11.2015 Widerspruch ein.

Die Klägerin trug vor, die Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung widerspreche bereits der geltenden Prüfvereinbarung, da hiernach eine Einzelfallprüfung stattfinden müsse. Die Voraussetzungen zur Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung lägen nicht vor. Insb. sei in der Vergangenheit eine unwirtschaftliche Behandlungsweise nicht rechtskräftig festgestellt worden. Die Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung sei zudem mangels Vorliegen einer homogenen und aussagekräftigen Vergleichsgruppe vorliegend

unzulässig. MKG-Chirurgen dürften nicht mit (Allgemein-)Zahnärzten verglichen werden. Die Prüfungsstelle lege einen rein rechnerisch gebildeten Wert, welchen in der Realität kein Zahnarzt, MKG-Chirurg oder eine Berufsausübungsgemeinschaft abgerechnet habe, der Prüfung zugrunde. Der Bescheid beinhalte auch keine nachvollziehbare Berechnung des angesetzten Vergleichswertes. Der rechnerische Vergleichswert entsprechend der Inhaberstruktur berücksichtige nicht den Leistungsschwerpunkt innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft, der im MKG-Bereich liege. Der Leistungsanteil des einzigen MKG-Chirurgen liege bei zumindest 50 %. Praxisbesonderheiten seien bisher nicht ausreichend gewürdigt worden. Die Fallwerte hätten in ein Verhältnis von 1: 1 gesetzt werden müssen. Mangels ausreichender Berücksichtigung ihres Leistungsschwerpunktes sei wegen des rein rechnerisch gebildeten Vergleichswertes die bei nur 40 % angesetzte Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis ebf. unverhältnismäßig. Sie sei auf die Behandlung besonderer Patientengruppen spezialisiert. Es handele sich um Patienten mit infektiösen Erkrankungen, Demenz- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Zahnarztphobie und Behinderungen. Bei diesen Patienten bestehe ein umfangreicher Behandlungsbedarf, der häufig nur unter besonderen anästhesiologischen Verfahren behandelbar sei. Zu diesem Zweck würden solche Patienten von zahlreichen Behandlern aus dem Rhein-Main-Gebiet sowie von der Universitätsklinik Frankfurt an sie überwiesen werden. Diese Patienten bedürften zudem einer intensiven Nachsorge, da sie polymorbide seien und zudem im Rahmen von teils mehrstündigen Narkosen ambulant operiert würden. Dies mache eine erhöhte Anzahl von Hausbesuchen, Konsilien, Blutentnahmen und Nachsorgemaßnahmen erforderlich. Aufgrund der Polymorbidität sei auch eine erhöhte Notwendigkeit der intravenösen Verabreichung von Medikamenten gegeben. Aufgrund der multiplen Vorerkrankungen würden zudem häufig Blutungsneigungen und Nachblutungen auftreten. Anders als andere kieferchirurgische Praxen würde sie ITN-Komplexsanierungen mit umfangreichen konservierenden, endodontischen und chirurgischen Leistungen vornehmen, welche in aller Regel in mehrstündiger Narkose durchgeführt würden. Es handele sich um Patienten mit dringend sanierungsbedürftigem, fast vollständig zerstörtem Gebiss mit mehr als zehn behandlungsbedürftigen Zähnen. Weiterhin bestehe eine Praxisbesonderheit in Form der überdurchschnittlichen Behandlung von Heimpatienten und der damit durch erforderliche Besuche, Wegegelder und Nachbehandlungen entstehenden Mehrleistungen bestimmter Gebührenordnungspositionen. Die Behandlung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen erfordere eine intensive Nachsorge. Hierdurch erkläre sich die erhöhte Anzahl von Besuchen und Nachsorgebehandlungen. Ein von einem Heim angeforderter Besuch könne zudem 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. Die Feststellungen der Prüfungsstelle zu den PAR/KB-Behandlungen würden ebf. bestritten. Sie reiche zur Darstellung des überdurchschnittlichen chirurgischen Leistungsanteils zum einen Statistiken bezogen auf die Abrechnungshäufigkeit der unter den Schwerpunkt subsumierten Abrechnungspositionen ein und zum anderen Statistiken zum Anteil des auf den chirurgischen Schwerpunkt entfallenden Umsatzes am Gesamtumsatz der Praxis im Bereich KCH. Weiterhin würden Umsatz- und Fallzahlstatistiken übersandt, aus welchen sich der Anteil des MKG-Chirurgen am Gesamtleistungsbedarf der Praxis im Bereich KCH ergebe. Der Gesamtumsatz der Praxis im Bereich KCH belaufe sich im Quartal IV/12 auf 998.279,37 EUR. Der auf den chirurgischen Schwerpunkt entfallende KCH-Umsatz der Praxis betrage 675.408,39 EUR. Der chirurgische Schwerpunkt habe daher einen Anteil von 70 % am gesamten KCH-Umsatz. Auf den MKG-Chirurgen entfalle ein Umsatz mit chirurgischen Leistungen von 402.873,69 EUR, was einem Anteil am Gesamtumsatz der Praxis im Bereich KCH von ca. 40 % entspreche. Von den 3.541 Fällen seien von dem MKG-Chirurgen 1.615 Arztfälle behandelt und von den übrigen Behandlern 3.276 Arztfälle behandelt worden. Dies ergebe insgesamt 4.891 Arztfälle. Der Anteil des MKG-Chirurgen an diesen Arztfällen betrage 33 %. In den Quartalen I und II/13 habe der chirurgische Schwerpunkt einen Anteil von jeweils 60 % am gesamten KCH-Umsatz, der des MKG-Chirurgen von ca. 40 % ausgemacht. In den streitbefangenen Quartalen habe sie 2.080, 1.430 und 1.645 Heimpatienten behandelt, was einem Anteil von 60 %, 40 % bzw. 55 % der gesamten behandelten Kassenpatienten entspreche. Auf die Praxisbesonderheit entfalle ein relevanter Mehraufwand von 297.081,44 EUR, 248.809,59 EUR bzw. 155.381,23 EUR. Bzgl. der Praxisbesonderheit "Komplexsanierung" übergebe sie Listen aller hierunter fallenden Patienten sowie Unterlagen der Behandlungskosten je Fall. Aus den beigefügten Karteikarten ergebe sich zudem der Behandlungsverlauf, aus den beiliegenden Befunden ergebe sich die Behandlungsnotwendigkeit im jeweiligen Einzelfall. Zu einzelnen, besonders kostenintensiven Behandlungen seien exemplarisch die Behandlungsunterlagen zur Darstellung des notwendigen Aufwands beigefügt. Weiterhin übergebe sie Listen der auf diese Besonderheit entfallenden gesamten Behandlungskosten im jeweiligen Quartal. Diese hätten sich in den streitbefangenen Quartalen auf 273.191,99 EUR, 285.691,72 EUR und 378.042,78 EUR belaufen, der durchschnittliche Umsatz pro Fall auf 2.652,35 EUR, 2.885,77 EUR bzw. 3.024,34 EUR. Ihre Aufstellung zeige deutlich, dass auch die Praxisbesonderheit "Komplexsanierung" in unmittelbarem Zusammenhang zu den Besonderheiten "Heimpatienten" und "Rentner" stehe, da Heimpatienten und Rentner überdurchschnittlich häufig besonders behandlungsbedürftig seien. So ergebe sich aus den beigefügten Unterlagen, dass in den streitbefangenen Quartalen 17 von 103, 15 von 99 bzw. 45 von 125 Komplexsanierungen auf Heimpatienten und 25 von 103, 41 von 99 bzw. 46 von 125 Komplexsanierungen auf Rentner entfallen seien. Allein diese verursachten einen Behandlungsaufwand von 58.298,52 EUR, 100.238,80 EUR bzw. 194.915,49 EUR (Heimpatienten) und 74.298,52 EUR, 126.985,05 EUR bzw. 180.873,42 EUR (Rentner). Aufgefallen sei weiterhin, dass in den relevanten Quartalen in erheblichem Umfang Neupatienten im Rahmen von Komplexsanierungen hätten behandelt werden müssen. 55 von 103, 38 von 99 und 35 von 125 Komplexsanierungsfällen seien zum ersten oder zweiten Mal in Behandlung gewesen, hierauf sei ein KCH-Umsatz von 144.624,25 EUR, 113.474,37 EUR bzw. 87.709,18 EUR entfallen. Aus den Unterlagen zu den Rentnerfällen ergebe sich, dass in den streitbefangenen Quartalen insgesamt 2.066, 1.925 und 1.730 Rentner behandelt worden seien. Dies entspreche einem Anteil von 60 %, 60 % bzw. 50 % der Gesamtpatientenzahl. Der auf diese Patienten entfallende KCH-Umsatz habe 572.826,62 EUR, 657.711,80 EUR bzw. 925.303,74 EUR betragen. Der praxisbezogene Rentneranteil sei gegenüber der Vergleichsgruppe weit überdurchschnittlich. Der sich durch die Behandlung überdurchschnittlich vieler Rentner ergebende Mehraufwand zeige sich insb. in der hiermit unmittelbar in Zusammenhang stehenden überdurchschnittlichen Behandlung von Heimpatienten. So seien von 2.066, 1.925 und 1.730 behandelten Rentnern 1.831 1.224 bzw. 1.185 zugleich Heimpatienten gewesen. Sie weise ferner nochmals darauf hin, dass die unangemessene Verfahrensweise des Beklagten sie überfordert habe und es ihr nicht möglich gewesen sei, die in diesem Kalenderjahr von dem Beklagten terminierten Verfahren betreffend der Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Quartale IV/10 und I/11, II/11 bis IV/11, I/12 bis III/12 und nunmehr IV/12 bis II/13 ausreichend und umfassend vorzubereiten. Der Umfang der hierfür erforderlichen administrativen Aufgaben übersteige ihre Kapazitäten bei weitem. Der Beklagte sei insofern nicht bereit gewesen, die Verfahren zeitlich angemessen zu entzerren. Dies werde nochmals ausdrücklich als Verstoß gegen ihre Anhörungsrechte und den Amtsermittlungsgrundsatz gerügt.

Die beigeladenen Verbände der Krankenkassen führten zur Begründung ihres Widerspruchs aus, dass die Gemeinsame Prüfungsstelle bei der Ermessungsausübung hinsichtlich der gemischten Praxisstruktur den Vergleichswert für die Abrechnung der Klägerin zu großzügig angesetzt habe.

Der Beklagte lud die Klägerin für die streitbefangenen Quartale unter Datum vom 13.05.2016 zu einer Prüfsitzung am 03.11.2016 unter Beifügung einer Patientenliste mit der Bitte, Behandlungsunterlagen bis zum 09.09.2016 vorzulegen. Beigefügt war ferner eine Liste bzgl.

der Arztbriefe. An der Prüfsitzung des Beklagten nahm für die Klägerin deren Prozessbevollmächtigter teil.

Mit Beschluss vom 03.11.2016, ausgefertigt am 21.03.2017, dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 22.03.2017 zugestellt, gab der Beklagte dem Widerspruch der Verbände der Krankenkassen teilweise statt und wies den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück. Er fasste die Honorarkürzung neu. Er setzte eine Gesamthonorarberichtigung in Höhe von insgesamt 2.173.016,97 EUR bzw. nach Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts von 1.397.517,36 EUR für die Quartale IV/12 bis II/13 fest. Davon entfielen - vor Abzügen - 2.105.139,44 EUR auf den konservierend-chirurgischen Bereich, 56.049,84 EUR auf die Absetzung von Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ, 6.536,34 EUR auf den PAR-Bereich und 5.291,35 EUR auf den KB-Bereich. Den Vertagungsantrag lehnte der Beklagte ab. Gerade wegen der laufenden Parallelverfahren und des Umfangs der prüfgegenständlichen Unterlagen seien der Klägerin bereits großzügige Vorbereitungsfristen eingeräumt worden. Soweit Arztbriefe zu Prüfzwecken angefordert worden seien, müssten diese für eine Überprüfung aus der Originalkartei allenfalls kopiert oder ausgedruckt werden. Ein "Tippen", wie nach Auskunft einer Angestellten der Praxis am 25.10.2016 erforderlich, werfe in diesem Zusammenhang erhebliche Fragestellungen auf, weil ein ausführlicher Befundbericht nach seiner Versendung bereits wörtlich vollständig in geeigneter Weise dokumentiert sein müsste. Zur Absetzung der Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ führte der Beklagte aus, die Klägerin habe die angeforderten Unterlagen zu 3.788 Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ erst am 31.10. und 02.11.16, d. h. erst kurze Zeit vor der eigentlichen Sitzung übersandt. Anhaltspunkte für eine unverschuldete Verhinderung bestünden nicht. Insoweit seien die Mitwirkungspflichten gemäß § 7 Abs. 2 PV 2008 nicht ausreichende beachtet worden. Da eine Überprüfung bei dieser Sachlage weder zumutbar noch möglich gewesen sei, sei die Notwendigkeit der Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ als nicht dokumentiert anzusehen. Die Prüfungsgremien dürften bei einer unzureichenden oder fehlenden Dokumentation auf die Unwirtschaftlichkeit schließen. Fehle es bereits an der Dokumentation, so fehle es nämlich bereits an einer Begründung, weshalb Kosten entstanden seien. Er setze in den streitbefangenen Quartalen 1.284, 1.227 bzw. 1.277 Leistung nach Nr. 7750 GOÄ incl. Porto ab. Der Beklagte fügte dem Bescheid als Anlage 2a, 2b und 2c eine Liste mit allen Absetzungen der Nr. 7750 GOÄ an. Der Beklagte führte eine statistische Vergleichsprüfung durch. Der Umstand, dass für die Vergangenheit bisher keines der Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren der Klägerin rechtskräftig abgeschlossen worden sei, stehe der Durchführung einer statistischen Vergleichsprüfung nicht entgegen. Die statistische Vergleichsprüfung sei auch angezeigt, weil sowohl im Beschwerdeverfahren wie auch in den vorangegangenen Verfahren keine vollständigen und ordnungsgemäßen Dokumentationsunterlagen vorgelegt worden seien. Insoweit seien die bestehenden Mitwirkungspflichten nicht hinreichend gewahrt. Da die 100-Fall-KCH-Statistiken der Praxis und die weiteren verfahrensgegenständlichen Unterlagen demonstrierten, dass sowohl das Tätigkeitsbild der Allgemeinzahnärzte als auch das der MKG-Chirurgen repräsentiert sei, habe die Gemeinsame Prüfungsstelle zutreffend die unterschiedliche Ausrichtung der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft durch Heranziehung der Abrechnungswerte der allgemeinen Vergleichsgruppe der in Hessen zugelassenen Vertragszahnärzte einerseits sowie denen der Vergleichsgruppe der MKG-Chirurgen mit vertragszahnärztlicher Zulassung andererseits berücksichtigt. Die beiden herangezogenen Vergleichsgruppen der in Hessen zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen MKG-Chirurgen und Zahnärzte seien auch für eine statistische Vergleichsprüfung geeignet. Er halte ebf. eine Verknüpfung der Statistiken beider Bereiche als Ansatzpunkt für eine statistische Vergleichsprüfung bezogen auf den Gesamtfallwert für angezeigt und aussagekräftig. Die Übersicht zu Fallzahlen und abgerechneten Gebührenpositionen der Klägerin könnten eine andere Entscheidung nicht begründen. Zum einen stelle sich der Vortrag hier weiterhin als zu pauschal dar. Zum anderen bildeten sowohl die Fallzahlen als auch das Umsatzvolumen mit den abgerechneten Leistungen eben gerade den Prüfgegenstand im Rahmen eines Wirtschaftlichkeitsprüfverfahrens, so dass es als Gewichtungsmaßstab ungeprüft nicht verwertet werden könne. Um das Volumen der gesamten behandlerischen Tätigkeit jedoch noch dezidiert einzugrenzen, seien nicht nur die Praxisinhaber, sondern auch die im prüfgegenständlichen Zeitraum angestellten Zahnärzte entsprechend ihrer Qualifikation in die Gewichtung mit einzubeziehen. Hieraus ergebe sich für die Quartale IV/12 und I/13 eine Gewichtung bei Bildung der Vergleichswerte im Verhältnis 1 x Gesamtfallwert MKG-Statistik zu 4 x Gesamtfallwert allgemeinzahnärztliche Statistik dividiert durch 5 und für das Quartal II/13 eine Gewichtung bei Bildung der Vergleichswerte im Verhältnis 1 x Gesamtfallwert MKG-Statistik zu 6 x Gesamtfallwert allgemeinzahnärztliche Statistik dividiert durch 7. Danach lägen noch folgende Überschreitungen vor:

Quartal IV/12 I/13 II/13

Überschreitung in % 365 309 455

Im Einzelnen errechnete der Beklagte folgende Abrechnungswerte in der Anlage 1 zum Bescheid:

Für das Quartal IV/12

Fallzahl Gesamtpunkte 3.494 993.331

Subtraktion der Berichtigungen der KZV 9.380

Neue Summe 3.494 983.951

Subtraktion der Leistungen nach Nr. 7750 1.284 19.260

Neue Gesamtsumme 2.210 964.691

Neu Ø Punkte pro Fall VZA* 437

Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte** 82

Ø Punkte pro Fall VG MKG-Chirurgen 144

Neu Ø Punkte pro Fall gewichtete VG 94

Anerkannt Faktor 1,4 132

Abzusetzende Punkte je Fall 305

Abzusetzende Punkte gesamt 674.050

VZA* = Klägerin

VG** = Vergleichsgruppe der hessischen Zahnärzte

Für das Quartal I/13

Fallzahl Gesamtpunkte 3.169 904.531

Addition nachgereichter Fälle 167 39.053

Neue Summe 3.336 943.584

Subtraktion der Berichtigungen der KZV 1.132

Subtraktion der Leistungen nach Nr. 7750 1.227 18.405

Neue Gesamtsumme 2.109 924.047

Neu Ø Punkte pro Fall VZA* 438
Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte** 97
Ø Punkte pro Fall VG MKG-Chirurgen 148
Neu Ø Punkte pro Fall gewichtete VG 107

Anerkannt Faktor 1,4 150
Abzusetzende Punkte je Fall 288
Abzusetzende Punkte gesamt 607.392

Für das Quartal II/13
Fallzahl Gesamtpunkte 3.347 1.156.970
Subtraktion der Berichtigungen der KZV 690
Neue Summe 1.156.280
Subtraktion der Leistungen nach Nr. 7750 1.277 19.155
Neue Gesamtsumme 2.070 1.137.125

Neu Ø Punkte pro Fall VZA* 549
Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte** 92
Ø Punkte pro Fall VG MKG-Chirurgen 143
Neu Ø Punkte pro Fall gewichtete VG 99

Anerkannt Faktor 1,4 139
Abzusetzende Punkte je Fall 410
Abzusetzende Punkte gesamt 848.700

Der Beklagte führte weiter aus, da der neugebildete Vergleichswert anteilmäßig auch den allgemein Zahnärztlichen Bereich umfasse, sei die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis nicht abgesenkt, sondern bei 40 % belassen worden. Eine Ausgleichsquote für den Umstand, dass Vertragszahnärzte die über eine Weiterbildung zum MKG-Chirurgen verfügten und z. T. oralchirurgische Leistungen sowohl im Rahmen der vertragszahnärztlichen, als auch der vertragsärztlichen Versorgung abrechnen könnten, sei nicht erforderlich. Die Notwendigkeit wäre dann gegeben, wenn im ärztlichen Bereich insgesamt weniger Behandlungsfälle als von der Vergleichsgruppe abgerechnet worden wären. Grundsätzlich gehe er zunächst davon aus, dass MKG-Chirurgen, soweit sie auch vertragsärztlich abrechnen könnten, dies nicht mehr im selben Behandlungsfall täten, da allgemein bekannt sei, dass dies unzulässig sei. Zudem bleibe festzuhalten, dass lediglich ein Partner der Praxis über eine entsprechende ärztliche Qualifikation verfüge. Für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten sei es erforderlich, dass die Besonderheiten, welche bei der Vergleichsgruppe nicht vorlägen, einzig und allein durch das Krankheitsbild des Patienten verursacht würden und somit gleichzeitig in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den behandelten Krankheiten stünden. Er habe exemplarisch eine Reihe von Behandlungsfällen aus den drei prüfgegenständlichen Quartalen einer eingehenden Prüfung unterzogen. Praxisbesonderheiten wie auch kompensatorische Einsparungen, die geeignet gewesen wären, die vorliegende Gesamtfallwertüberschreitung zu erklären oder zu rechtfertigen, könnten jedoch anhand der zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht festgestellt werden. Die Versorgung von Heimpatienten könne nicht als Praxisbesonderheit anerkannt werden. Zwar könne die Betreuung von Pflegeheimbewohnern eine Praxisbesonderheit darstellen. Dies allerdings nur dann, wenn nachweisbar ein erhöhter Behandlungsbedarf bestehe. Ein solcher ergebe sich aber nicht allein schon aus dem Umstand, dass der Patient in einem Pflegeheim wohne, sondern er müsse umfassend belegt werden. Zwar habe die Klägerin Ausdrucke der elektronisch geführten Aufzeichnungen zu Besuchspositionen und ITN-Patienten für die Quartale zur Verfügung gestellt. Die Ausdrucke würden jedoch, wie auch die übrigen zur Verfügung gestellten Unterlagen, im Wesentlichen lediglich dem Aussagegehalt von Abrechnungsscheinen entsprechen und seien daher nicht geeignet, die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit der Leistungen zu belegen. Den vorgelegten Unterlagen sei u. a. weder zu entnehmen, wer genau den Besuch angefordert habe, noch aus welchem Grund der Besuch letztendlich stattgefunden habe. Gemäß den vertraglichen Bestimmungen zu den Besuchsleistungen sei die Anforderung eines Besuches durch den Patienten, dessen Angehörigen oder Betreuer in geeigneter Weise (z. B. Telefonnotiz, Fax) für den jeweils konkreten Einzelfall zu dokumentieren und zur Behandlungsakte zu nehmen. Die Notwendigkeit des Aufsuchens (z. B. die Praxis kann nicht oder nur mit hohem Aufwand aufgesucht werden, fehlende Unterstützung durch das Lebensumfeld, Desorientierung oder Bettlägerigkeit des Versicherten) sei zu dokumentieren. Die im Rahmen des Besuchs erhobenen Diagnosen sowie die durchgeführten Beratungen und Therapiemaßnahmen seien vollständig und zeitnah - wie in der Praxis - zu dokumentieren. Patienten mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, die von den Vertragszahnärzten als Komplexbehandlungsfälle bezeichnet würden, müssten unabhängig davon, zu welcher angeführten Patientengruppe (z. B. Patienten mit infektiöse Erkrankungen, Demenz- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Zahnarztphobie, Behinderungen, Neu- oder Stammpatienten) sie gehörten, von der Praxis in hinreichender Weise eindeutig dargelegt werden. Dies sei im vorliegenden Verfahren nicht der Fall. Pauschale Vorträge genüßten hierzu nicht. Allein die Zugehörigkeit zu einer Patientengruppe bedinge nicht per se einen erhöhten Behandlungsbedarf. Anhand der zur Verfügung gestellten Unterlagen, die das Kriterium einer ordnungsgemäßen Dokumentation nicht erfüllten, ließe sich vielfach weder ein nachvollziehbarer Behandlungsablauf noch die Einhaltung des Gebots einer wirtschaftlichen Behandlungsweise entnehmen. Es sei erneut der Eindruck entstanden, dass Leistungsinhalte oftmals überbewertet würden. Des Weiteren habe die Bewertung des Ausschuss ein extrem unwirtschaftliches Verhältnis zwischen abgerechneten Leistungen/Begleitleistungen und zahnärztlichem Therapieziel ergeben. Wie bereits in den Vorverfahren sei der Abrechnungsumfang, gerade bei Heimpatienten, unter Berücksichtigung der Behandlungsbedingungen und Blick darauf, dass umfangreiche chirurgische Behandlungen teilweise ohne Röntgendiagnostik durchgeführt worden seien, nicht nachvollziehbar. So sei der Eindruck entstanden, dass Mundbehandlungen, Flouridieren an überempfindlichen Zähnen und Einschleifen von scharfen Kanten an Zähnen abgerechnet worden seien, die am gleichen Tag oder knapp eine Woche später neue Füllungen bekommen hätten (E. E., F. F. - IV/12). Besonders kritisch werte er einzelne Fälle, bei denen sich Widersprüche in der Abrechnung befunden oder deren Behandlungsverläufe in keinsten Weise hätten nachvollzogen werden können. Dies wird an sieben Behandlungsfällen im Einzelnen erläutert. Der Beklagte kürzte im Ergebnis die konservierend-chirurgische Abrechnung auf den 1,4 fachen Vergleichswert. Im PAR-Bereich bestätigte der Beklagte die Absetzungen der Vorinstanz vollumfänglich und vollinhaltlich und nahm auf die Ausführung im Vorbescheid Bezug. Darüber hinaus nahm er weitere Absetzungen in 14 Fällen vor, da die Behandlungen aufgrund der fehlenden Unterlagen als nicht dokumentiert anzusehen seien. Für den KB-Bereich erläuterte der Beklagte die Therapie mit Hilfe eines Aufbissbehelfs. Im vorliegenden Verfahren seien von der Praxis auch in diesem Bereich keinerlei Unterlagen zur Verfügung gestellt worden. Aus diesem Grund setzte er in 30 Behandlungsfällen die Leistungen ab.

Gegen den Beschluss hat die Klägerin am 18.04.2017 die Klage zum Az.: S 12 KA 323/17 erhoben. Auf Antrag der Beteiligten hat die Kammer das Verfahren mit Beschluss vom 18.05.2017 zum Ruhen gebracht. Die Kammer hat am 05.12.2018 das Verfahren wieder aufgerufen.

Der Beklagte lud die Klägerin für die streitbefangenen Quartale unter Datum vom 19.05.2017 zu einer weiteren Prüfsitzung am 07.07.2017, weil in die Bescheidung Arztbriefe mit eingeflossen seien, die nicht über eine gesetzliche Krankenkasse abgerechnet worden seien. Ausschließlich hierzu sei eine entsprechende Korrektur erforderlich. An der Prüfsitzung des Beklagten nahm für die Klägerin niemand teil.

Mit Beschluss vom 07.07.2017, ausgefertigt am 26.10.2017, dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 30.10.2017 zugestellt, änderte der Beklagte den Widerspruchsbescheid vom 03.11.2016 zugunsten der Klägerin ab. Soweit Korrekturen bei den Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ erfolgt sind, die über die Freie Arzt- und Medizinkasse sowie Sozialhilfe abgerechnet wurden, hob er die Absetzung auf. Die Leistung nach Nr. 7750 GOÄ korrigierte er nur noch in 3.766 Einzelfällen um 56.580 Punkte. Dies ergab eine Kürzung von 55.800,67 EUR. Im Bereich der statistischen Gesamtfallwertkürzung/KCH reduzierte er den Betrag von 2.105.139,44 EUR auf 2.001.116,76 EUR. Unter Einbezug der unveränderten Absetzungen im Bereich der Kieferbruch-Behandlung und der systematischen Behandlung von Parodontopathien belief sich der Gesamtbetrag der Honorarreduzierung auf 2.068.744,51 EUR, unter Berücksichtigung der Degressions- und HVM-Einbehalte auf 1.369.551,10 EUR. Die Korrektur der Berichtigung der Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ betraf nur die Quartale I und II/12 und führte zur Absetzung von 1.219 und 1.263 Leistungen (anstatt 1.227 und 1.277 Leistungen). Es ergaben sich nach Abzug der berichtigten Fälle folgende Fallzahlen:

Quartal IV/12 I/13 II/13

Fallzahl 2.210 2.117 2.084

Als Fallwerte ergaben sich folgende Abrechnungswerte:

Quartal IV/12 I/13 II/13

Ø Punkte pro Fall VZA* 437 437 546

Ø Punkte pro Fall VG Zahnärzte** 94 107 99

Danach lagen noch folgende Überschreitungen vor:

Quartal IV/12 I/13 II/13

Überschreitung in % 365 308 452

Es ergaben sich folgende Rückforderungsbeträge in den einzelnen Quartalen:

Quartal IV/12 I/13 II/13

Rückforderungsbetrag in EUR 621.495,90 575.283,59 804.337,27

Der Beklagte hat ferner mit Schriftsatz vom 06.02.2019 ein Klageanerkennnis in Höhe von 4.017,53 EUR abgegeben. Er reduzierte den im streitbefangenen Beschluss festgesetzten Regressbetrag nach HVM-Einbehalt von 1.369.551,10 EUR um diesen Betrag auf 1.365.533,57 EUR. Eine nochmalige Überprüfung des streitbefangenen Bescheides habe ergeben, dass in diesem Bescheid auch Doppelkürzungen enthalten seien. Konkret seien Kürzungen im Bereich PAR in einzelnen Fällen vorgenommen worden, die bereits in parallelen Antragsverfahren geprüft und mit Regressen belegt worden seien. Entsprechend habe der Regressbetrag reduziert werden müssen. Aus der Anlage folgt eine Reduzierung des Regresses im PAR-Bereich vor Berücksichtigung der Einbehalte um 5.285,31 EUR. Die Klägerin hat das Teilanerkennnis mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 20.02.2019 angenommen.

Der Beklagte hat mit Beschluss vom 10.05.2019, ausgefertigt am 16.05.2019, dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 20.05.2019 zugestellt, eine weitere Änderung vorgenommen. Bei den Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ setzte er eine Honorarberichtigung in Höhe von 46.552,65 EUR und 9.248,02 EUR fest, die pauschale Honorarkürzung reduzierte er auf 1.999.856,14 EUR, die Honorarkorrektur im Bereich der PAR auf 636,09 EUR. Unter Einbezug der unveränderten Absetzungen im Bereich der Kieferbruch-Behandlung belief sich der Gesamtbetrag der Honorarreduzierung auf 2.061.583,64 EUR, unter Berücksichtigung der Degressions- und HVM-Einbehalte auf 1.445.450,00 EUR. Zur Begründung führte er aus, er habe die verspätet eingereichten Unterlagen zu der Leistung nach Nr. 7750 GOÄ erneut einer Prüfung unterzogen. Er habe sich auf die Fälle beschränkt, in denen die Leistung nach Nr. 7750 GOÄ ggf. inklusive Porto allein - also ohne weitere Leistungen im selben Quartal - abgerechnet worden sei. Die Überprüfung habe erneut ergeben, dass die zur Verfügung gestellten Briefausdrucke nicht dem Leistungsinhalt der Gebühren- Nr. 7750 GOÄ entsprechen würden. Bei vielen Patienten/Leistungen entsprächen die Ausführungen unter der Epikrise nicht den Anforderungen für einen qualifizierten Arztbrief. Eine individualisierte, fachkundige medizinische Beurteilung des Krankheitsverlaufes sei hier nicht erkennbar. Zusammenfassend habe die Überprüfung ergeben, dass die Inhalte der Briefdokumente nicht nur bezogen auf die Epikrise, sondern auch bezüglich Befunddarstellung, Therapiebeschreibung nicht den Leistungsanforderungen der Nr. 7750 GOÄ genügten. Die vorgelegten Befundberichte umfassten zwar die fünf vorgeschriebenen Punkte Anamnese, Befund, Diagnose, Therapie und Epikrise - überschriftmäßig, die Erfüllung des eigentlichen Leistungsinhaltes sei aber nicht in allen Bereichen gegeben. Es hätten sich insgesamt Beanstandungen wie folgt ergeben:

A = Adressat Fehlender Adressat

B = Befund Befund nicht ausreichend wiedergegeben

E = Epikrise Epikrise nicht ausreichend wiedergegeben

N = Notwendigkeit Keine Notwendigkeit aus Inhalt der Berichte ersichtlich

T = Therapie Therapie nicht ausreichend wiedergegeben

Z = Zeitraum Keine Notwendigkeit wegen großem Zeitraum.

Der Beklagte fügte dem Bescheid als Anlage 1a bis 1c eine Liste mit allen Absetzungen der Nr. 7750 GOÄ an. Die Honorarkorrektur betrage für alle drei Quartale 46.552,65 EUR. 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. Darüber hinaus seien bei einigen der Fälle Briefausdrucke trotz entsprechender Anforderung nicht eingereicht worden. Aufgrund der fehlenden Vorlage der Arztbriefe sei offen geblieben, ob ein Briefdokument existiere und dies den Leistungsinhalt der Gebühren-Nr. 7750 GOÄ erfülle. Eine offenkundige, aus den vorgelegten Abrechnungsunterlagen ohne weiteres zu entnehmende Abrechnungsunrichtigkeit liege in diesen Fällen daher nicht vor. Im Zweifel dürften die Leistungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterlegt

werden. Die fehlende oder unzureichende Dokumentation führe im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung dazu, dass die Prüfungsgremien auf die Unwirtschaftlichkeit schließen dürften. Fehle es bereits an der Dokumentation, so fehlt es nämlich bereits an einer Begründung, weshalb Kosten entstanden seien. Im Ergebnis habe dies zu einer Honorarkürzung (Leistungskorrektur plus Korrektur der Portokosten) für alle drei Quartale in Höhe von 9.248,02 EUR geführt. Diese sei den Anlagen 2a - 2c zu entnehmen. Bei der Neubearbeitung der Kürzungen sei festgestellt worden, dass bei der statistischen Vergleichskürzung im Quartal II/13 aufgrund eines Eingabeversehens der Kürzungsbetrag um 1.260,62 EUR zu hoch angesetzt worden sei. Dies sei zu korrigieren gewesen. Darüber hinaus habe die Überprüfung gezeigt, dass im Ausgangsbescheid versehentlich Absetzungen in PAR-Behandlungsfällen erfolgt seien, die bereits Gegenstand von Parallelverfahren gewesen seien. Die Behandlungsfälle werden im Einzelnen aufgeführt. Die Absetzungen seien bereits Gegenstand des prozessualen Anerkenntnisses laut Schriftsatz vom 06.02.2019 im gerichtlichen Verfahren gewesen. Er habe ferner bei Berechnung der neuen Honorarkorrektur für den vorliegenden Ergänzungsbescheid festgestellt, dass sowohl im Ausgangsbescheid vom 03.11.2016 wie auch im 1. Ergänzungsbescheid vom 07.07.2017 der Degressionsabzug für den Zeitraum 2013 zu hoch erfolgt sei.

Der Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung am 05.06.2019 ein weiteres Teilanerkennnis abgegeben und die Honorarrückforderung auf die ursprüngliche Honorarkürzung (Bescheid vom 03.11.2016: 1.397.517,36 EUR) abzgl. der Reduzierung im Bescheid vom 07.07.2017 (27.966,26 EUR) und abzgl. des Teilanerkennnisses vom 06.02.2019 (4.017,53 EUR) und abzgl. der Reduzierung im PAR-Bereich (5.900,25 EUR) beschränkt, im Ergebnis auf 1.359.633,32 EUR. Die Klägerin hat das Teilanerkennnis noch in der mündlichen Verhandlung angenommen.

Die Klägerin trägt ergänzend zu ihrem Vorbringen im Verwaltungsverfahren zur Begründung ihrer Klage mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 05.12.2018 vor, die sachlich-rechnerische Berichtigung von Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ falle bereits vom Umfang her nicht mehr in die Randzuständigkeit des Beklagten. Ein statistischer Kostenvergleich sei unzulässig, da entgegen der Vorgaben der Prüfvereinbarung kein Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit vorliege. Die Verfahren zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit im Bereich PAR könnten bereits keine relevante "wiederholte Unwirtschaftlichkeit" im Bereich KCH begründen. Im Bereich PAR werde keine statistische Vergleichsprüfung durchgeführt. Auch die Kürzungen im Bereich PAR seien im Rahmen von Einzelfallprüfungen erfolgt. Gegen die in den Vorquartalen im KCH-Bereich 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 handle 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 sei im Rahmen der Bildung der fiktiven Vergleichsgruppe sowie im Übrigen als Praxisbesonderheit oder zumindest bei der Bestimmung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis zu berücksichtigen. Der chirurgische Schwerpunkt der Praxis führe zu einem gegenüber der Vergleichsgruppe notwendigen überdurchschnittlichen Leistungsaufkommen pro Fall im Bereich KCH. Der chirurgische Schwerpunkt stehe zudem in Zusammenhang zu der Praxisbesonderheit "Komplexsanierungen" und der sich hieraus ergebenden überdurchschnittlichen Anzahl von besonders behandlungsbedürftigen Patienten unter Narkose. Damit bestehe auch ein Zusammenhang zu den Praxisbesonderheiten "Heimpatienten" und "Rentner", welche eine Vielzahl von Komplexsanierungen betreffen. Der chirurgische Schwerpunkt beruhe zudem auf der Tätigkeit des MKG-Chirurgen in der Praxis. Der chirurgische Schwerpunkt lasse sich auch anhand der 100-Fall-Statistiken ablesen. So überschreite die Praxis gegenüber der Vergleichsgruppe der Allgemeinzahnärzte nahezu alle dem chirurgischen Leistungsspektrum zuzuordnenden Gebührenpositionen. Allein das Abstellen auf die Zahl der Behandler werde bei fachübergreifenden Tätigkeiten auch nach der Rechtsprechung nicht als angemessen angesehen. Mit diesem Vortrag habe sich der Beklagte nicht ausreichend auseinandergesetzt. 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 Einzelleistungsvergleich 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 widerspiegeln. Auch müssten die geltend gemachten Praxisbesonderheiten, soweit sie nicht als solche anerkannt würden, 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 und Nachbehandlungen. Die Patienten seien häufig nicht in der Lage, sich hinreichend selbst zu versorgen, und die pflegerische Betreuung im Heim sei nicht geeignet, eine regelgerechte Wundheilung zu gewährleisten. Eine nicht ausreichende Kontrolle wäre insoweit grob behandlungsfehlerhaft und würde die Patienten einem erheblichen Risiko aussetzen. Zudem zeigten diese Patienten trotz einer engmaschigen Nachsorge einen erhöhten Grad an Komplikationen. Hieraus erkläre sich auch die häufige Inanspruchnahme außerhalb der Praxiszeiten. Ein von einem Heim angeforderter Besuch könne zudem nicht abgelehnt werden, weil letztendlich fermündlich nicht entschieden werden könne, ob eine dringende Notwendigkeit bestehe oder ob der Patient unter Umständen sogar vital gefährdet sei. Zur Darstellung der Praxisbesonderheit „Heimpatienten“ seien für jedes Quartal die unter diese Besonderheit fallenden Heimpatienten namentlich genannt worden. Weiterhin werde quartals- und einzelfallbezogen der durch diese Praxisbesonderheit entstehende überdurchschnittliche Behandlungsaufwand insb. in Form von erforderlichen Besuchen, Wegegeldern, Nachsorgeuntersuchungen und Arztbriefen (Mehraufwand) dargestellt. Für Heimpatienten mit hoher Besuchsfrequenz seien exemplarisch die jeweiligen Befunde, aus welchen sich die Behandlungsbedürftigkeit ergebe, eingereicht worden. Schließlich seien die auf diese Praxisbesonderheit entfallende Anzahl der behandelten Patienten sowie deren Anteil an der Gesamtpatientenzahl dargestellt worden. Die Prüfungsgremien hätten ihren besonderen Schwerpunkt erkannt. Dennoch würden sie insofern eine Praxisbesonderheit nicht anerkennen. Dies sei unangemessen. 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 die Leistungshäufigkeit die maßgebliche Nr. 7500 (151) im Quartal III/12 um 11.425 % und gegenüber dem MKG-Falldurchschnitt um 1.607 % abweiche, im Quartal IV/12 lägen die Abweichungen bei 15.142 % und 1.875 %, im Quartal I/13 bei 13.625 % und 2.287 % und im Quartal II/13 bei 1.375 % und

1.866 %. Dem Beklagten sei daher der konkrete Leistungsaufwand bekannt gewesen. Es reiche nicht aus, lediglich auf eine nicht ausreichende Dokumentation hinzuweisen. Die von ihr durchgeführten Komplexsanierungen 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 habe Listen aller hierunter fallenden Patienten sowie Unterlagen der Behandlungskosten je Fall übergeben. Aus den beigelegten Karteikarten ergebe sich zudem der Behandlungsverlauf, aus den beiliegenden Befunden ergebe sich die Behandlungsnotwendigkeit im jeweiligen Einzelfall. Zu einzelnen, besonders kostenintensiven Behandlungen seien exemplarisch die Behandlungsunterlagen zur Darstellung des notwendigen Aufwands beigelegt worden. Weiterhin habe sie Listen der auf diese Besonderheit entfallenden gesamten Behandlungskosten im jeweiligen Quartal übergeben. Sie verweist in diesem Zusammenhang auch erneut auf eine überdurchschnittliche Behandlung von Rentnern hin und den hieraus resultierenden Mehraufwand. Auch ist sie weiterhin der Auffassung, dass die unangemessene Verfahrensweise des Beklagten sie überfordert habe. Sofern der Beklagte einige Einzelfälle mit angeblich unwirtschaftlichen Leistungen anführe, könnten diese wenigen Fälle die streitgegenständlichen Kürzungen nicht rechtfertigen. Die Honorarkürzungen stellten ungerechtfertigte Eingriffe in ihre Grundrechte aus [Art. 12 Abs. 1](#) und 3 Abs. 1 GG dar. Die von dem erkennenden Gericht erstmals in den Verfahren [S 12 KA 127/18](#) und [S 12 KA 201/18](#) vollzogene Berücksichtigung der sich aus Honorarabrechnungsbescheiden der KV Hessen ergebenden Plausibilitätszeiten des MKG-Chirurgen, weiche der Beklagte nunmehr für die streitbefangenen Quartale übernehme, sei sachfremd und damit unbeachtlich. Es stelle eine unzulässige Benachteiligung dar, diese Informationen aus vertragsärztlichen Abrechnungsbescheiden aus dem Jahre 2013 gegen sie zu verwenden. Gegen die Aussagekraft der Zeitprofile bestünden erhebliche Bedenken. Unabhängig hiervon blieben bei der reinen Information der Zeitprofile die Besonderheiten der Praxis unberücksichtigt, welche im Rahmen einer vorliegend nicht erfolgten Plausibilitätsprüfung zu ermitteln gewesen wären. Beispielhaft werde hier auf einzelfallbezogene Abweichungen der Dauer der Leistungserbringung, längere Öffnungs- und Arbeitszeiten, die Beschäftigung von Assistenten sowie die Delegation bestimmter Leistungen hingewiesen. Dem Gericht mit den ehrenamtlichen Richtern aus dem Bereich des Vertragszahnarztrechts fehle auch die notwendige Sachkunde hinsichtlich der Bewertung ärztlicher Zeitprofile. Nach Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte seien Hausbesuche unter den dort genannten Bedingungen sehr wohl delegierbar. Der weitere Beschluss vom 10.05.2019 sei bereits insofern rechtswidrig, als er einen höheren Kürzungsbetrag festsetze. eine Verböserung sei unzulässig. Unzulässig sei es ebf., die Rücknahme der Honorarkorrekturen im PAR-Bereich mit zusätzlichen Honorarkürzungen zu verrechnen. Der vorab übersandte Prüfbericht habe Nummerncodes erhalten, deren Bedeutung ihr nicht bekannt gewesen seien. Es sei auch für sie nicht ersichtlich gewesen, dass diese gleichbedeutend mit Nummerncodes anderer Verfahren gewesen seien.

Die Klägerin beantragt,
den Beschluss des Beklagten vom 03.11.2016, abgeändert durch Beschluss vom 07.07.2017, das angenommene Teilanerkennnis vom 06.02.2019, den Beschluss vom 10.05.2019 und das weitere Teilanerkennnis vom 05.06.2019, aufzuheben,
hilfsweise
den Beklagten unter Aufhebung des gegenständlichen Beschlusses 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 beantragt,
die Klage abzuweisen.

Der Beklagte verweist auf die Begründung des angefochtenen Bescheides. Er trägt vor, es komme nicht darauf an, dass die Unwirtschaftlichkeit der behandlerischen Vorgehensweise der geprüften Praxis in den Vorquartalen bereits rechtskräftig festgestellt worden sei. Die Bildung einer fiktiven Vergleichsgruppe unter Heranziehung einer Kopfquote sei grundsätzlich zulässig. Es gebe keinen Erfahrungssatz dahingehend, dass das Leistungsvolumen eines angestellten Arztes geringer zu bewerten sei als dasjenige eines Vertragsarztes bzw. Vertragszahnarztes. Hierfür spreche bereits die Tatsache, dass nach den entsprechenden Richtlinien innerhalb der Plausibilitätsprüfung zwischen angestellten Ärzten und Vertragsärzten hinsichtlich der anzunehmenden zulässigen Arbeitszeit pro Quartal kein Unterschied gemacht werde, für beide Gruppen würden dieselben Zeitprofile gelten. Auch in allgemeinärztlichen Praxen würden chirurgische Leistungen erbracht werden, da diese jedenfalls zum Teil zum normalen Leistungsspektrum zahnärztlicher Praxen gehöre. Die Honorarabrechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung belegten, dass Herr Dr. Dr. A. als MKG-Chirurg innerhalb der klägerischen Praxis gleichzeitig auch in einem erheblichen Umfang aufgrund seiner kassenärztlichen Zulassung als Vertragsarzt tätig geworden sei und hier ausweislich der vorliegenden Quartalsprofile in sehr erheblichem Umfang Leistungen abgerechnet habe. Es könne davon ausgegangen werden, dass unter Berücksichtigung der gleichzeitig erfolgten kassenärztlichen Tätigkeit der Umfang der kassenzahnärztlichen Tätigkeit keinesfalls höher liegen könne als von ihm angenommen. Diese Überlegungen würden dadurch gestützt, dass sich auch in den Unterlagen und Dokumentationen, die im vorliegenden Verfahren vorgelegt worden seien, keine Hinweise darauf fänden, dass der Leistungsanteil des Herrn Dr. Dr. A. tatsächlich übergewichtig sei. Anknüpfungspunkt der 100-Fall-Statistik sei nicht die jeweilige Betriebsstätte oder Praxis. Grundlage sei vielmehr eine patientenbezogene Betrachtung: die 100-Fall-Statistik stelle dar, welcher Behandlungsaufwand pro Patient anfalle, und zwar unabhängig davon, ob die jeweilige Praxis ausschließlich von ihrem Inhaber geführt sei oder mit angestellten Ärzten oder Zahnärzten arbeite. Bei einem offensichtlichen Missverhältnis sei es aufgrund der Beweislastumkehr Aufgabe der Klägerin, durch die Beibringung einer geeigneten und aussagekräftigen Dokumentation Anhaltspunkte zu liefern, in welcher Weise die Vergleichsgruppe anders zu bilden sei. Im Ergebnis begünstige die Kopfquote die Klägerin. Bzgl. der Behandlung von Heimpatienten sei es der Klägerin nicht gelungen nachzuweisen, dass diese Behandlungen wirtschaftlich erfolgt seien. Die Tatsache allein, dass der Patient in einem Pflegeheim ansässig sei, begründe keine Praxisbesonderheit. Vielmehr sei in dem konkreten jeweiligen Einzelfall darzulegen, wer die Besuche angefordert habe, aus welchem Grund der Besuch erfolgt sei und welche konkreten Behandlungsschritte im Rahmen des Besuchs erfolgt seien. Die Ausdrücke der elektronisch geführten Aufzeichnungen zu Besuchspositionen entsprächen wie auch die übrigen zur Verfügung gestellten Unterlagen im Wesentlichen lediglich dem Aussagegehalt von Abrechnungsscheinen und seien daher nicht geeignet, die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit der Leistungen zu belegen. Die vorgelegten Unterlagen, Statistiken etc. seien aufgrund ihrer mangelnden Individualisierung auf den konkreten Fall nicht geeignet, Rückschlüsse auf Praxisbesonderheiten zu ziehen. Soweit individualisierte Dokumentationen vorgelegt worden seien, seien diese derartig pauschal und ungenau, dass eine konkrete Nachvollziehung der Praxisbesonderheit ebf. nicht möglich gewesen sei. Sie habe die Klägerin zur vollständigen Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen aufgefordert. Der Klägerin sei auch aus den diversen Vorverfahren mit gleichgelagerten Fragestellungen bekannt, dass der Nachweis einer Praxisbesonderheit in der Behandlung von Heimpatienten einen besonderen Stellenwert aufweise. Wenn sie dennoch versäume, notwendige Substantiierungen und Konkretisierungen vorzunehmen, habe sie sich dies selbst zuzuschreiben. Auch hinsichtlich der Vornahme von Komplexbehandlungen als Praxisbesonderheit gelte, dass die Praxisbesonderheit konkret hinsichtlich der einzelnen Patienten zu belegen sei. Der Status eines Rentners für sich begründe keinesfalls eine Praxisbesonderheit.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt.

Die Beigeladene zu 2) schließt sich den Ausführungen des Beklagten an. Die übrigen Beigeladenen haben sich zur Sache nicht geäußert.

Die Kammer hat von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen die Honorarbescheide und Auskunft zum Abrechnungsumfang der MKG-Chirurgen der Klägerin eingeholt.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 18.05.2017 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 einem ehrenamtlichen Richter 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 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 03.11.2016, abgeändert durch Beschluss vom 07.07.2017, das angenommene Teilanerkenntnis vom 06.02.2019, den Beschluss vom 10.05.2019 und das weitere, angenommene Teilanerkenntnis vom 05.06.2019, 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.

Nach Annahme des weiteren Teilanerkenntnisses vom 05.06.2019 ist die Klägerin durch das Verböserungsverbot nicht mehr beschwert. Der nunmehr noch angefochtene Bescheid des Beklagten war aber nicht zu beanstanden.

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 22.12.2011 ([BGBl. I, 3057](#)) bzw. 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 SGB V](#) 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 Prüfungsstelle übergeben. Der Gemeinsame Ausschuss hat eine Prüfmethode für das Quartal II/13 nicht vorgeschlagen, für die Quartale IV/12 und I/13 den statistischen Vergleich. 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, Urt. 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, die sie im Ergebnis im Bereich der Nr. 7750 GOÄ im Umfang von 46.552,65 EUR für alle streitbefangenen Quartale vorgenommen hat.

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 fehlerhafte 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 Vergleichsgruppendurchschnitts 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) beigeladene Kassenzahnärztlichen Vereinigung geboten war. Die Gesamthonorarberichtigung betrug ursprünglich vor Berücksichtigung der Degressionskürzung und des HVM-Einbehalts 2.173.016,97 EUR. Davon entfielen 2.105.139,44 EUR auf den konservierend-chirurgischen Bereich, 6.536,34 EUR auf den PAR-Bereich und 5.291,35 EUR auf den KB-Bereich im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, also 97,4 %, und 56.049,84 EUR auf die Absetzung von Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ, also 2,6 %. Es kann dahingestellt bleiben, welche Form der Prüfung der Beklagte ursprünglich vorgenommen hat. Nach Erlass des Ergänzungsbescheids vom 10.05.2019 belief sich der Umfang der sachlich-rechnerischen Richtigstellungen im Bereich der Nr. 7750 GOÄ jedenfalls nur noch auf 46.552,65 EUR. 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, die sachlich-rechnerische Berichtigung von Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ inkl. Porto falle bereits vom Umfang her nicht mehr in die Randzuständigkeit des Beklagten, 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 Prüfsitzung rechtliches Gehör gewährt. Ihr Prozessbevollmächtigter hat an der Sitzung des Beklagten teilgenommen.

Soweit die Klägerin ein Verstoß gegen ihre Anhörungsrechte durch den Beklagten rügt, vermochte dem die Kammer nicht zu folgen. Aus dem Vorbringen der Klägerin geht nicht hervor, weshalb der Umfang der erforderlichen administrativen Aufgaben ihre Kapazitäten bei weitem überstiegen haben soll. Dies wird lediglich allgemein und ohne nähere Erläuterung vorgetragen. Insofern weist der Beklagte bereits darauf hin, dass er wegen der laufenden Parallelverfahren und des Umfangs der prüfgegenständlichen Unterlagen der Klägerin bereits großzügige Vorbereitungsfristen eingeräumt habe. Die Ladung zur Prüfsitzung erfolgte 5 ½ Monate zuvor. Für die Vorlage der Unterlagen räumte der Beklagte der Klägerin einen Zeitraum von ca. 3 ½ Monaten ein. Für die nacherfassten Fälle räumte der Beklagte der Klägerin noch einen Zeitraum von über drei Wochen ein im Schreiben vom 12.08.2016. Insb. ist nicht ersichtlich, weshalb gerade die Übermittlung der Arztbriefe nicht innerhalb des vorgegebenen Zeitraums erfolgen konnte, da diese mit Hilfe der EDV-gestützten Karteikartenführung abrufbar sein müssen. Hinsichtlich der Prüfung der Arztbriefe übersandte der Beklagte der Klägerin vor Erlass des Ergänzungsbeschlusses vom 10.05.2019 den Prüfbericht, so dass die Klägerin weitere Gelegenheit zum Vortrag hatte. Der Prüfbericht ist, gerade im Hinblick auf zahlreiche weitere Verfahren der Klägerin bzgl. der Absetzung der Nr. 7750 GOÄ, die Gegenstand von Gerichtsverfahren waren bzw. noch sind, auch hinreichend verständlich. Im Prüfbericht werden die Tatbestandselemente der Leistungslegende gekennzeichnet, die der Prüfzahnarzt als nicht erfüllt ansah.

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.

Es kann hier dahingestellt bleiben, ob die Absetzung der Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ darauf gestützt werden kann, dass die angeforderten Unterlagen zu 3.788 Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ erst am 31.10. und 02.11.16, d. h. erst kurze Zeit vor der eigentlichen Sitzung übersandt worden sind und damit nicht mehr zu berücksichtigen waren mit der Folge, dass sie als nicht dokumentierte und nicht erbrachte Leistungen anzusehen sind, da der Beklagte mit dem Ergänzungsbeschluss vom 10.05.2019 eine Prüfung der Arztbriefe vorgenommen hat. Mit dem Ergänzungsbeschluss vom 10.05.2019 hat der Beklagte wegen Nichterfüllung des Leistungsinhalts bei den vorgelegten Arztbriefen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung im Umfang von 46.552,65 EUR und hinsichtlich der nicht vorgelegten Arztbriefe eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Umfang von 9.248,02 EUR vorgenommen.

Die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ im Umfang von 46.552,65 EUR ist nicht zu beanstanden.

Eine stichprobenartige Überprüfung zahlreicher abgesetzter Krankheits- und Befundberichte durch die Kammer hat ergeben, dass die Leistungen im Ergebnis zu Recht abgesetzt worden sind, da sie die Leistungslegende nicht erfüllen.

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, 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](#) -). Die nach Nr. 7750 GOÄ abgerechneten Schreiben erfüllen nicht den Leistungsinhalt der Nr. 7750 GOÄ, sondern haben eher eine Recallfunktion. 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 - S 12 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), zuletzt die Absetzung des Beklagten im Rahmen der Prüfung der Folgequartale III und IV/13 (vgl. SG Marburg, Urt. v. 05.12.2018 - [S 12 KA 127/18](#) - juris Rdnr. 53 f. und - [S 12 KA 201/18](#) - juris Rdnr. 64 f., jeweils Sprungrevision anhängig unter B 6 KA 2 und 3/19 R -).

Da bereits der Inhalt der Arztbriefe nicht die Leistungslegende erfüllt, kann weiter dahingestellt bleiben, ob die Arztbriefe erst nachträglich erstellt wurden und bereits aus diesem Grund abzusetzen waren, worauf der Hinweis des Beklagten hindeutet, ein "Tippen", wie nach Auskunft einer Angestellten der Praxis am 25.10.2016 erforderlich, werfe in diesem Zusammenhang erhebliche Fragestellungen auf, weil ein ausführlicher Befundbericht nach seiner Versendung bereits wörtlich vollständig in geeigneter Weise dokumentiert sein müsste.

Die Absetzung der Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung im Wege der Einzelfallprüfung im Umfang von 9.248,02 EUR ist nicht zu beanstanden.

Zwar können Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ sachlich-rechnerisch richtiggestellt werden, wenn der Arztbrief nicht vorgelegt wird. 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 - S 12 KA 697/15 -, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 12/16](#) - bzw. rechtskräftig). Allerdings kann der Nachweis während des gesamten Vorverfahrens und auch noch während des Gerichtsverfahrens geführt werden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2017 - [L 4 KA 50/12](#) - juris Rdnr. 174, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.03.2016 - [B 6 KA 60/15 B](#) - [BeckRS 2016, 68302](#); LSG Hessen, Urt. v. 24.10.2018 - L 4 KA 47/12, [L 4 KA 48/12](#) - und - [L 4 KA 49/12](#) -). Die Klägerin hat aber weder im Verwaltungs- noch Klageverfahren, auch nicht im ergänzenden Verwaltungsverfahren die noch fehlenden Arztbriefe vorgelegt.

Soweit eine sachlich-rechnerische Richtigstellung oder eine Wirtschaftlichkeitsprüfung in Betracht kommt, besteht eine Wahlfeststellung des Beklagten, bei der er die Erfüllung des Leistungsinhalts unterstellen kann, wenn er von der Unwirtschaftlichkeit einer Leistung ausgeht.

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

Während die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß [§ 106 SGB V](#) bei der Menge der erbrachten Leistungen ansetzt, erstreckt sich die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - also ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind. Solche Verstöße können zum Beispiel darin liegen, dass die Leistungen überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden sind (vgl. BSG, Urt. v. 01.07.1998 - [B 6 KA 48/97 R](#) - [BSG SozR 3-2500 § 75 Nr. 10](#), juris Rdnr. 15 m. w. N.). Eine K(Z)V darf im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung vom Arzt in Ansatz gebrachte Leistungen in vollem Umfang streichen, wenn deren Voraussetzungen erweislich nicht vorliegen oder ihr Vorliegen sich im Einzelfall nicht nachweisen lässt. Diese Berechtigung besteht unabhängig davon, ob die Nichterfüllung der Leistungslegende nur in Einzelfällen oder in vielen Fällen im Streit ist. Während bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung allein an die Menge ärztlicher oder ärztlich veranlasster Leistungen angeknüpft wird, die in grundsätzlicher Übereinstimmung mit den gesetzlichen und/oder vertraglichen Bestimmungen erbracht worden sind, bezieht sich die Prüfung der Abrechnung seitens der K(Z)V auf Rechenfehler und die Einhaltung der tatbestandlich umschriebenen Voraussetzungen einer Position der Gebührenordnung und der sie flankierenden Regelungen. Dieses bedingt bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Zurückführung der überhöht erbrachten Leistungen ggf. auf Durchschnittswerte, während für nicht in Einklang mit den Vergütungsnormen erbrachte Leistungen unabhängig von ihrer Menge - kein Vergütungsanspruch besteht. Ergeben sich in einzelnen Behandlungsfällen begründete Zweifel daran, dass der Tatbestand einer Gebührenordnungsposition erfüllt ist, weil der abrechnende Vertragsarzt den Inhalt der Leistungslegende verkannt hat, obliegt es auch dem betroffenen Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche Angaben mitzuwirken. Da ihn als Anspruchsteller grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch trifft, liegt eine derartige Mitwirkung in seinem eigenen Interesse. Den K(Z)Ven ist es nicht untersagt, anhand von Einzelfällen zu prüfen, worauf etwa ein als implausibel bewerteter Anstieg der Ansatzhäufigkeit einer bestimmten EBM-Position beruht und darauf ggf. mit einer Korrektur der Abrechnung zu reagieren (vgl. BSG, Beschl. v. 06.09.2000 - [B 6 KA 17/00 B](#) - juris Rdnr. 8).

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

Der Nachweis der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise scheitert nicht daran, dass der Mehraufwand möglicherweise zu einem Teil durch Gebührenfehlsätze verursacht worden ist. Ob und in welchem Umfang solche Fehlabbrechnungen vorgekommen sind, kann im Nachhinein nicht oder nur mit unzumutbarem Aufwand festgestellt werden. Anders als in den Fällen der Unvereinbarkeit bestimmter Gebührenansätze oder anderer formaler Abrechnungshindernisse, in denen die Fehlabbrechnung erkennbar ist und im Wege der Richtigstellung korrigiert werden kann, lässt sich die Frage, ob der Arzt in einem konkreten Behandlungsfall die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht oder nur eine geringer bewertete Leistung überhöht abgerechnet hat, anhand der Behandlungsausweise nicht beantworten. Eine nachträgliche Befragung des Arztes und des behandelten Patienten scheidet wegen der großen Zahl der Behandlungsfälle und der gleichwohl verbleibenden Ungewissheit aus. Für derartige Nachforschungen besteht auch kein Anlass, weil es der Arzt in der Hand hat, durch sorgfältige Lektüre der Gebührenordnung und ggf. Rückfrage bei seiner Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung fehlerhafte Honoraransätze zu vermeiden. Die Prüfungseinrichtungen dürfen deshalb bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung davon ausgehen, dass der Vertrags(zahn)arzt die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht hat, und diese Leistungen ihrer Beurteilung zugrunde legen (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.1992 - [6 RKA 3/92](#) - [BSGE 71, 194](#) = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 15](#), juris Rdnr. 23 f.). Eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Honorarabrechnung hat der Wirtschaftlichkeitsprüfung nur dann zwingend vorzuzugehen, wenn es sich um Abrechnungsunrichtigkeiten handelt, die offenkundig und aus den Behandlungsunterlagen ohne weiteres zu ersehen sind. Eine scharfe Trennung zwischen Wirtschaftlichkeitsprüfung und Abrechnungskontrolle ist weder praktisch durchführbar noch rechtlich geboten (vgl. BSG, Urt. v. 09.03.1994 - [6 RKA 18/92](#) - [BSGE 74, 70](#) = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 23](#), juris Rdnr. 23).

Dies gilt in besonderem Maße für die vertragszahnärztliche Abrechnung, da verschiedentlich die Leistungen von Umfang und Schwere abhängen und leistungsrechtlich in einem Stufenverhältnis stehen, wie z. B. die Leistungen nach Nr. 56 Buchst. a) bis d) (Zy) oder Nr. 45 (X3), 47a (Ost1), 48 (Ost2) und 53 (Ost3) BEMA. So hat die Kammer erst jüngst unter Berufung auf die genannte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entschieden, dass, soweit sich aus der Dokumentation ein schlüssiges Vorgehen nicht ergibt, die Prüfungsgremien zwar die vollständige Leistungserbringung unterstellen, aber den Schluss ziehen können, dass es an der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fehlt (vgl. SG Marburg, Urt. v. 05.12.2018 [S 12 KA 127/18](#) - Sprungrevision anhängig: [B 6 KA 2/19 R](#) ; Parallelverfahren: [S 12 KA 201/18](#), Sprungrevision anhängig: [B 6 KA 3/19 R](#)). Dies gilt unabhängig davon, dass der Nachweispflicht des Vertrags(zahn)arztes auch unterfällt,

dass die aufwändigere (und daher höher honorierte) Leistung gegenüber einer weniger aufwändigen (geringer honorierten) Leistung erforderlich war, d. h. dass er die den höheren Aufwand bedingenden Umstände ebf. nachweisen muss und dass im Falle der Nichtweisbarkeit die Leistung sachlich-rechnerisch berichtigt werden kann. Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen sind als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen und können nicht abgerechnet werden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2015 - [L 4 KA 50/12](#) - juris Rdnr. 166 ff., Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.03.2016 - [B 6 KA 60/15 B](#) - [BeckRS 2016, 68302](#)). Im Einzelfall können sich daher Überlappungen bzw. konkurrierende Zuständigkeiten der Prüfgremien und der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen ergeben, je nachdem, ob aus der fehlenden oder unzureichenden Dokumentation auf den fehlenden Nachweis der Leistungserbringung oder auf die Unwirtschaftlichkeit geschlossen wird. Dies gilt auch für Qualitätsmängel der Leistung, die jedenfalls auch zur sachlich-rechnerischen Berichtigung berechtigen (vgl. Clemens in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 106d SGB V](#), Rdnr. 169 ff.). Im Rückgriff auf die genannte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die Grenze der Prüfgremien für die Annahme einer vollständigen Leistungserbringung in den Fällen zu ziehen, in denen es sich um offenkundige, aus den Behandlungsunterlagen ohne weiteres zu ersehende Abrechnungsunrichtigkeiten handelt, die keines vertiefenden Prüfaufwands bedürfen. In diesen Fällen ist eine ausschließliche Zuständigkeit der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung gegeben, soweit sich die Prüfgremien nicht auf eine Randzuständigkeit (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) berufen können. Eine Wahlfeststellung kommt nicht ausschließlich dann in Betracht, wenn sich die Frage, auf welcher alternativen Ursache der Mehraufwand beruht, nicht allein anhand der Behandlungsausweise, sondern nur durch nachträgliche Befragung des Arztes oder der Patienten beantworten lässt (so Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB, 11/17, [§ 106 SGB V](#), Rdnr. 52), sondern bereits dann, wenn ein erhöhter Prüfaufwand besteht, da es dann an der Offenkundigkeit des Abrechnungsfehlers fehlt. Von einem erhöhten Prüfaufwand wird aber dann auszugehen sein, wenn die sachlich-rechnerische Berichtigung nicht allein maschinell oder durch nicht (zahn-)ärztliche Prüfer erfolgen kann. Immer dann, wenn eine (zahn-)medizinische Expertise erforderlich ist, wird von einem erhöhten Prüfaufwand auszugehen sein, der eine Wahlfeststellung zulässt (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 27.03.2019 - [S 12 KA 71/18](#), Berufung anhängig beim LSG Hessen - [L 4 KA 38/19](#) -).

Der Beklagte konnte deshalb grundsätzlich die Leistungen nach Nr. 7750 GOÄ im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung absetzen. Der Beklagte lässt es offen, ob der Leistungsinhalt erfüllt wird und geht in diesen Fällen von einer Unwirtschaftlichkeit aus. Die Unwirtschaftlichkeit folgert er aus dem Fehlen einer Dokumentation, weil es dann bereits an einer Begründung fehle, weshalb Kosten entstanden seien. Dies war von der Kammer nicht zu beanstanden (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 27.03.2019 - [S 12 KA 71/18](#), Berufung anhängig beim LSG Hessen - [L 4 KA 38/19](#) -).

Soweit die Dokumentationspflicht in erster Linie therapeutischen Zwecken dient, wird sie im Rahmen des Sachleistungsprinzips innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert und dient auch zum Nachweis einer wirtschaftlichen und ordnungsgemäßen Leistungserbringung. Die Dokumentationspflichten werden daher im SGB V, in den Bundesmantelverträgen und auch in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) festgelegt und erweitert (vgl. SG Marburg, Urt. v. 06.04.2011 - [S 12 KA 831/10](#) - juris Rdnr. 40). Dies gilt für die gesamte vertrags(zahn)ärztliche Behandlung und nicht nur für einzelne Bereiche, insb. nicht nur für die Parodontosebehandlung. Fehlt es an einer hinreichenden Dokumentation, dann kann die Behandlung und damit deren Wirtschaftlichkeit nicht oder nicht vollständig nachvollzogen werden.

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 angefertigte handschriftliche Ergänzungen sind nicht zu berücksichtigen (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 24.10.2018 - [L 4 KA 48/12](#) - juris Rdnr. 39, - [L 4 KA 48/12](#) - juris Rdnr. 39 und - [L 4 KA 49/12](#) - juris Rdnr. 35).

Die Beklagte hat in nicht zu beanstandender Weise eine Honorarkürzung im Gesamtfallwert vorgenommen.

Der Beklagte konnte einen statistischen Kostenvergleich durchführen. Es besteht keine zwingende Verpflichtung der Prüfgremien 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, Gerichtsbes. v. 17.10.2018 - [S 12 KA 276/17](#) -; SG Marburg, Urt. v. 05.12.2018 - [S 12 KA 127/18](#) - juris Rdnr. 57 ff. und - [S 12 KA 201/18](#) - juris Rdnr. 67 ff., jeweils Sprungrevision anhängig unter [B 6 KA 2](#) und [3/19 R](#) -).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehört die Auswahl der im Einzelfall geeigneten Prüfmethode zum Beurteilungsspielraum der Prüfgremien, 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 Prüfmethoden 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, Urt. 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, Urt. 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, Urt. 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, Urt. 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.

Der Beklagte konnte 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, Urt. 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](#))). Hieran hat die Kammer bzgl. der Abrechnungsquartale III und IV/13 festgehalten (vgl. SG Marburg, Urt. v. 05.12.2018 - [S 12 KA 127/18](#) - juris Rdnr. 67 und [S 12 KA 201/18](#) - juris Rdnr. 77, jeweils Sprungrevision anhängig unter B 6 KA 2 und 3/19 R -). Dies konnte sie auch bzgl. der Fälle vornehmen, in denen sie die Absetzung aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgenommen hat, da es sich in diesen Fällen um die einzige Leistung gehandelt und sie auch in diesen Fällen den Gesamtfallwert entsprechend bereinigt hat.

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, Urt. 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 allgemeinärztliche 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, 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](#)) -). 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, Urt. v. 18.11.2015 - [S 12 KA 275/14](#) - a.a.O.). Für die Folgequartale III und IV/13 berücksichtigte der Beklagte bei der Gewichtung nicht nur die Praxisinhaber, sondern auch die - im Ergebnis mit fünf bzw. sechs Versorgungsaufträgen - angestellten Zahnärzte entsprechend ihrer Qualifikation (vgl. SG Marburg, Urt. v. 05.12.2018 [S 12 KA 127/18](#) - juris Rdnr. 68 und - [S 12 KA 201/18](#) - juris Rdnr. 78, jeweils Sprungrevision anhängig unter B 6 KA 2 und 3/19 R -). 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, Urt. v. 24.11.1993 [6 RKA 70/91](#) - [BSGE 73, 234](#) = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#), juris Rdnr. 24 ff.; BSG, Urt. v. 21.03.2018 - [B 6 KA 47/16 R](#) - [SozR 4-2500 § 106a Nr. 18](#) (vorgesehen), juris Rdnr. 25 f.; LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2014 - [L 4 KA 2/11](#) - juris Rdnr. 29; LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.10.2007 - [L 7 KA 56/03](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 21). Tages- und Quartalsprofile 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. 2 Satz 4 SGB V](#) 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.). In seiner jüngsten Rechtsprechung stellt das Bundessozialgericht nur noch darauf ab, dass es sich bei den Prüfzeiten nach dem EBM um Normgebung handelt, wobei sich die richterliche Kontrolle untergesetzlicher Normen darauf beschränkt, ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Dies ist erst dann der Fall, wenn die getroffene Regelung in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unverhältnismäßig oder unverhältnismäßig ist (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - [B 6 KA 42/17 R](#) - [BSGE](#) (vorgesehen) = [SozR 4](#) (vorgesehen), juris Rdnr. 13). 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 werden für die streitbefangenen Quartale I und II/13 Quartalsprofile von über 763 und 791 Stunden angegeben. Damit erreicht bzw. überschreitet er bereits als Vertragsarzt rechnerisch den Arbeitsumfang einer Vollzeittätigkeit von 760 Stunden, was einer täglichen Arbeitszeit von 12 Stunden bei einer Fünf-Tage-Woche entspricht. Die vertragsärztlichen Leistungen sind insb. 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 in den hier streitbefangenen Quartalen sind insb. 252 Besuchsleistungen nach Nr. 01410 EBM im Quartal II/13, 19 Besuchsleistungen nach Nr. 01410 EBM im Quartal IV/12, 2 Besuchsleistungen nach Nr. 01410 EBM im Quartal I/13. 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 im Quartal II/13 durchschnittlich über eine Stunde täglich nur für Besuchsleistungen nach Nr. 01410 EBM aufgewandt. Hinzu kommen 214, 41 und 204 Besuchsleistungen nach Nr. 01411 EBM (Dringender Besuch I) in den Quartalen IV/12 bis II/13, die von den Zeitprofilen nicht erfasst werden.

Soweit die Klägerin auf die Delegierbarkeit von Hausbesuchen nach Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte verweist, fehlt es an jeglicher Substantiierung. Nach Nr. 6 des Anhangs zur Anlage 24 des BMV-Ä (Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen) bedarf es zuvor eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts und muss das Personal die Mindestqualifikation einer bzw. eines medizinischen Fachangestellten (MFA) haben. Die Klägerin hat weder dargelegt, wer diese Besuche außer dem MKG-Chirurgen durchgeführt hat, noch eine Dokumentation vorgelegt, aus der sich diese Person ergibt oder aus der die Delegierbarkeit ersichtlich wird. Im Übrigen weist die Klägerin auf eine umfangreiche Besuchstätigkeit gerade im Rahmen der Behandlung besonderer Patientengruppen hin, die einer intensiven Nachsorge bedürften, da sie polymorbide seien und zudem im Rahmen von teils mehrstündigen Narkosen ambulant operiert worden seien.

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](#); 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 der MKG-Chirurg der Klägerin in den streitbefangenen Quartalen mit 783, 711 und 722 Behandlungsfällen zum Fallwert in Höhe von 195,74 EUR, 234,25 EUR und 232,59 EUR in wesentlich größerem Umfang bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen abrechnet als die aus 50, 44 bzw. 45 Praxen bestehende Vergleichsgruppe der MKG Chirurgen mit durchschnittlich 87, 76 und 78 Fällen und einem Fallwert in Höhe von 188,16 EUR, 199,07 EUR und 204,32 EUR. Dabei zeigt aber gerade der Fallwert, dass der MKG-Chirurg der Klägerin 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 des MKG-Chirurg 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 zahnärztliche Tätigkeit ausübt, da er insb. von allgemeinen Verwaltungsaufgaben eines selbständigen Zahnarztes entlastet sein dürfte. Hinzu kommt, dass der Beklagte die Assistenzentätigkeit nicht mehr berücksichtigt. Dies begünstigt tendenziell die Klägerin. Nach der für Zahnärzte bis Mai 2019 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, Urt. v. 28.09.2005 - [B 6 KA 14/04 R](#) - [SozR 4-5520 § 32 Nr. 2](#), 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, Ur. v. 28.10.2015 - [S 12 KA 365/14](#) -, Berufung anhängig LSG Hessen - [L 4 KA 4/17](#) WA (vormals 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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.

Der Nachweis der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise scheitert nicht daran, dass der Mehraufwand möglicherweise zu einem Teil durch Gebührenfehlansätze verursacht worden ist. Insofern kommt dem Beklagten, wie bereits ausgeführt, eine Wahlfeststellung zu.

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 Patientenkontexts 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, Ur. 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 PV](#) 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, Ur. 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, Ur. v. 15.07.2015 - [B 6 KA 30/14 R](#) - SozR 4-2500 § 106 Nr. 50, juris Rdnr. 31; BSG, Ur. 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 Beschwerde begründung schriftlich abgesetzte Ur. 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, Ur. 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, sodass 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. Der insoweit fachkundig mit einem Vertragszahnarzt besetzten Kammer ist auch bekannt, dass das Leistungsspektrum bei einem Besuch bei Heimpatienten wie generell bei Hausbesuchen wesentlich eingeschränkter ist, da aufgrund der Untersuchungsbedingungen, insb. auch der hygienischen Verhältnisse, nur wenige Leistungen erbracht werden können. Auch insofern wäre es Sache des Klägers gewesen, auf die möglicherweise vorhandenen besonderen Bedingungen wie das Vorhalten eines Untersuchungszimmers in den Heimen hinzuweisen.

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 substantiierter 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 bedinge 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- und PAR-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. Substantiierte 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 Teilabhilfe durch den Beschluss vom 07.07.2017 war insoweit zu berücksichtigen, als sie einen Umfang von etwa 6 % der zuletzt festgesetzten Honorarkürzung ausmacht.

Die Sprungrevision war nach [§ 160 SGG](#) 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. Auch ist die Frage der Wahlfeststellung von grundsätzlicher Bedeutung und bedarf weiterer Konturierung.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-06-17