

L 11 KA 29/05

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Münster (NRW)
Aktenzeichen
S 2 KA 139/00

Datum
06.10.2003
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 29/05

Datum
16.11.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufungen des Klägers gegen die Urteile des Sozialgerichts Münster vom 06.10.2003 werden zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine Honorarminderung des vom Kläger in allen Quartalen des Jahres 1999 abgerechneten vertragszahnärztlichen Honorars aufgrund der von der Beklagten im Jahre 1999 erlassenen Änderung ihres Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) und der Anlage hierzu.

Infolge der Budgetierung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung für das Jahr 1999 durch Art. 15 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 18.12.1998 (BGBl I S. 3853 (GKV-SolG)), wonach im Jahre 1999 in der nach [§ 85 Abs. 2](#) und 3 SGB V zu vereinbarenden Gesamtvergütung das Ausgabenvolumen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz und Kieferorthopädie die Gesamtheit der über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten entsprechenden Vergütungen für das Jahr 1997 nicht überschreiten durfte, ergänzte die Vertreterversammlung der Beklagten durch Beschluss vom 16.01.1999 den HVM und die Anlage zum HVM. Nach § 7 HVM erfolgt die Verteilung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen, den Punktzahlen des Bewertungsmaßstabs-Zahnärzte und den vertraglich vereinbarten Punktwerten. Für die Verteilung der budgetierten Leistungen wird in § 7 auf die Regelungen in der Anlage zum HVM verwiesen. In § 2 der Anlage heißt es wie folgt:

"Honorarverteilung für die Gebührentarife KCH, KB und PAR

Honorarverteilung bei Leistungen der Teile 1, 2 Bema-Z bzw. Geb-T A, B:

1. Bis zu einem Grenzwert (Punktmenge) werden die Leistungen der Teile 1 und 2 Bema-Z/Geb-T A und B mit den vertraglich vereinbarten Punktwerten vergütet. Die Leistungen nach Teil 1 Bema-Z/GebT A werden ohne Individualprophylaxe berücksichtigt.
2. Bestimmung des Grenzwertes (Bemessungsgrenze): Grundlage für die Bestimmung des Grenzwertes sind die Abrechnungsvolumina des Jahres 1997. Der Grenzwert (in Punkten) pro Fall ermittelt sich aus den entsprechenden Punktmengen des Abrechnungsjahres 1997. Daraus wird die durchschnittliche Punktmenge pro Fall ermittelt. Der Grenzwert wird an den rechnerischen Ergebnissen orientiert, variiert, vom Vorstand festgelegt und in amtlichen Mitgliederrundschreiben veröffentlicht.
3. Die durchschnittliche Fallzahl wird unter Berücksichtigung der Inhaber aller zahnärztlichen Praxen ermittelt. Für die Zuordnung zu einer Fallgruppe ist die Zahl der gleichberechtigten Inhaber maßgebend sowie die nach § 7 dieser Anlage zu berücksichtigenden angestellten Zahnärzte und Assistenten. Die von einer Gemeinschaftspraxis abgerechneten Fälle werden durch die Zahl der sie betreibenden Praxisinhaber geteilt.

Der durchschnittliche Fallwert wird getrennt nach Zahnärzten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Oralchirurgen, Parodontologen und Kieferorthopäden sowie getrennt nach Primärkassen einschließlich Bundesknappschaft und Ersatzkassen ermittelt.

4. In einem Quartal nicht verbrauchte Punktmengen werden auf die Folgeabrechnungen, getrennt nach Primär - einschließlich Bundesknappschaft und Ersatzkassen übertragen. Nicht vergütete Punktmengen werden in den Folgequartalen, getrennt nach Primär - einschließlich Bundesknappschaft und Ersatzkassen in dem Volumen vergütet, in dem Grenzwertpunktmenge in den Folgequartalen

unterschriften wird.

5. Die durchschnittliche Fallzahl (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) wird folgendermaßen festgesetzt:

451 - 550 Fälle (pro Quartal)

Die Staffelung der Zuschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) wird folgendermaßen festgesetzt:

1 - 150 Fälle um 50 %
151 - 250 Fälle um 40 %
251 - 350 Fälle um 30 %
351 - 450 Fälle um 20 %
451 - 550 Fälle Durchschnitt.

Praxen oberhalb der durchschnittlichen Fallzahlgröße erhalten einen Abschlag vom Grenzwert für alle Fälle, die über die durchschnittliche Fallzahl hinaus abgerechnet werden.

Die Staffelung der Abschläge bei den Fallzahlgruppen (insgesamt für Ersatzkassen, Primärkassen, Bundesknappschaft) wird folgendermaßen festgesetzt:

551 - 730 Fälle um 10 %
731 - 910 Fälle um 20 %
911 - 1090 Fälle um 30 %
1091 und) um 40 %".

Mit Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten vom 07.05.1999 wurde § 2 der Anlage zum HVM rückwirkend zum 01.02.1999 geändert. Für die Gruppe der Zahnärzte wurde dabei unter anderem eine Differenzierung bei den Fallgruppennzahlen von 451 bis 500 Fällen vorgesehen. Für diese Fallgruppennzahlen wurde ein Zuschlag von 10 % festgesetzt.

Der durchschnittlichen Fallzahlgruppe wurde eine unverkürzt zu vergütende Punktmenge von 77 Punkten bei den Ersatzkassen und von 82 Punkten bei den Primärkassen zugeordnet. Ab dem III. Quartal 1999 betrug im Bereich der Primärkassen die ungekürzt zu vergütende Punktmenge 78 Punkte und im Bereich der Ersatzkassen weiterhin 77 Punkte. Für das Quartal IV/1999 belief sich die maßgebliche Punktmenge für die Ersatzkassen auf 81 und für die Primärkassen auf 82 Punkte.

Mit Bescheiden vom 16.11.1999 berechnete die Beklagte auf der Grundlage dieses HVM das Honorar des Klägers für die Quartale II/1999 bis IV/1999. Für das Quartal II/1999 ergab sich dabei im Ersatzkassenbereich bei 225 Fällen ein prozentualer Vergütungsanspruch in Höhe von 81,64 % und im Bereich der Primärkassen bei 252 Fällen ein Anteil von 90,14 %. Im Quartal III/1999 betrugen diese Werte bei 270 Fällen im Ersatzkassenbereich 82,42 % und bei 244 Fällen im Primärkassenbereich 79,36 %, im Quartal IV/1999 im Ersatzkassenbereich bei 274 Fällen 100 % und im Primärkassenbereich bei 307 Fällen 90,15 %. Insbesondere wurde dem Kläger in diesen drei Quartalen im Ersatzkassenbereich ein Honorar in Höhe von 7.963,54 Euro (15.575,33 DM) und im Bereich der Primärkassen in Höhe von 9.649,73 Euro (18.873,23 DM) nicht vergütet. Für das Quartal I/1999 wurde dem Kläger für 152 Fälle im Ersatzkassenbereich ein Honorar in Höhe von 2131,50 DM nicht vergütet, für 138 Fälle im Primärkassenbereich ein Honorar in Höhe von 3.684,55 DM. Wegen dieses Quartals war das Verfahren S 2 KA 5/00, später S 2 KA 10/05 vor dem Sozialgericht Münster anhängig, das die Beteiligten im Hinblick auf die nachfolgend ergangenen oben beschriebenen Bescheide für gegenstandslos erklärt haben. Gegen alle Honorarbescheide für das Jahr 1999 erhob der Kläger Widersprüche.

Zur Begründung seiner Widersprüche machte er geltend, der HVM für das Jahr 1999 verstoße gegen geltendes Recht, da er nicht zu einer gleichmäßigen Verteilung des Honorars auf das gesamte Kalenderjahr führe. Die Beklagte habe außerdem neben den Versicherten der Ersatzkassen und der Primärkassen noch die Gruppe der Fremdkassenpatienten gebildet, deren Honorierung ohne Begrenzung 1:1 erfolge. Diese Fremdkassenpatienten würden bei der Bestimmung der maßgeblichen Fallgruppennzahl berücksichtigt. Die Berücksichtigung der Fremdkassenpatienten führe zu einer Kürzung der Punktzahl bei den anderen Patientengruppen, obwohl diese Punktzahl von vornherein nicht ausreichend gewesen sei. Eine weitere Fallgruppennzahlerhöhung erfolge durch die Patientendoppelzählung bei zusätzlicher KB-Leistung. Der HVM für das Jahr 1999 verstoße wegen der damit verbundenen Honorarkürzung gegen [Art. 12](#) und [14](#) Grundgesetz (GG).

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 14.11.2000 die Widersprüche des Klägers als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, Fremdkassenfälle seien nur für die Zuordnung in die jeweilige Fallgruppe relevant. Bei der Honorarverteilung würden diese Fälle nicht berücksichtigt, da die Honorierung insoweit im Rahmen des Fremdkassen-Budgetausgleichs erfolge. Der HVM für das Jahr 1999 sei auch wirksam. Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 03.12.1997, Az.: 6 Rka 21/97 verstoße eine Kombination von Fall- und Punktzahlenobergrenzen mit dem Ziel der Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit nicht gegen höherrangiges Recht. In dieser Entscheidung habe das Bundessozialgericht außerdem festgestellt, dass aus [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) nicht die Forderung entnommen werden könne, die zahnärztlichen Leistungen müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d. h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert, honoriert werden. Es sei - so das Bundessozialgericht - auch nicht rechtswidrig, wenn die für konservierend/chirurgische Leistungen abgerechneten Punkte aufgrund von Grenzwertüberschreitungen in jedem Quartal gänzlich unberücksichtigt bleiben würden, da dies lediglich zur Folge habe, dass

bei einer Überschreitung des Grenzwertes die Höhe der Vergütung für einzelne Leistungen sinke. Eine Verrechnung von Überschreitungen im KCH/KB-Bereich mit Unterschreitungen im Bereich Zahnersatz sei für 1999 durch Art. 15 GKV-SolG ausgeschlossen. Sofern ein Behandlungsfall bei zusätzlicher Kieferbruchbehandlung bei der Berechnung der Fallzahlen zweimal berücksichtigt werde, so sei zu beachten, dass es sich um jeweils voneinander getrennte Abrechnungen handle. Aus datenschutzrechtlichen Gründen sei ein Patientenbezug nicht erlaubt. Zudem würde der Grenzwert zweimal berücksichtigt. Ein Verstoß gegen [Art. 12](#) und [14 GG](#) durch den HVM sei

nicht gegeben.

Gegen den am 21.11.2000 zugestellten Widerspruchsbescheid für die Quartale II/1999 bis IV/1999 hat der Kläger am 12.12.2000 Klage erhoben. Zur Begründung seiner Klage trägt er vor, der HVM für das Jahr 1999 verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit in zweierlei Hinsicht. [Art. 12](#) und [14 GG](#) würden im Hinblick auf die Grundversorgungspflicht der Patienten nach dem Kassenvertrag verletzt. Der HVM für das Jahr 1999 beinhalte keine Berücksichtigung eines floatenden Punktwertes. Er Sorge auch nicht für eine gleichmäßige Verteilung der Ausgabenvolumina auf das gesamte Jahr, so dass Art. 15 GKV-SolG verletzt werde. Bei Erreichen einer bestimmten Fallpunktzahl werde aufgrund der Regelungen im HVM eine Honorierung notwendiger konservierend/chirurgischer Grundversorgungsbehandlungsleistungen vollständig und gänzlich unmöglich. Der HVM berücksichtige auch keine Praxisbesonderheiten wie Arbeitszeit, Krankheitsausfälle, Urlaub und Notdienst. Der HVM verstoße zudem gegen § 85 Abs. 2 Satz 3 SGV. Nach dieser Vorschrift sei die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten nicht zulässig. Der HVM für das Jahr 1999 differenziere jedoch nach der Kassenzugehörigkeit des Patienten. So genannte Fremdkassenpatienten würden über die Fallzahlpunktwertstufe nach einem floatenden Punktwert adäquat nach der Behandlungseinzelleistung bewertet. Dieser floatende Punktwert ermögliche außerdem eine gerechte Honorarverteilung. Die reine fallzahlabhängige Honorarzuteilung führe außerdem zu einer Maximierung der Ungerechtigkeit bei der Leistungsbewertung und zu einer weiteren Schadenssteigerung in seiner Praxis. Die Beklagte könne durchaus eine bestimmte Vorverteilung von Honoraren über fallzahlabhängige Kontingente vornehmen. Es sei jedoch erforderlich, eine leistungsgerechte Nachjustierung über ein Ausgleichsverfahren durchzuführen. Die Regelungen im HVM hätten insbesondere im Quartal III/99 dazu geführt, dass wochenweise keinerlei Einzelleistungshonorierung sichergestellt gewesen sei, so dass eine gleichmäßige Honorarverteilung durch den HVM nicht gewährleistet gewesen sei. Die Regelungen über die Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Budgetierungen im SGB V seien verfassungswidrig. Die Einzelleistungsvergütung sei verfassungsmäßig geschütztes Grundrecht. Die Beklagte sei zwar berechtigt, im Rahmen gesetzlicher Vorgaben einen HVM zu erlassen. Dieser müsse aber gerecht sein. Dies beinhalte eine lineare, gleichmäßige Involvierung von Restvergütungskontingenten von Einzelleistungen. Trotz der gesetzlichen Vorgabe für zwei Budgettöpfe sei eine gerechte Budgetverteilung mittels intellektuellem HVM denkbar und realisierbar. Die Regelungen im HVM hätten zur Folge, dass Praxen mit erhöhter konservierend/chirurgischer Tätigkeit für andere Praxen, die hauptsächlich Prothetik herstellten und die begrenzten Punktfallkontingente als so genannten Begleitleistungen mit abrechnen könnten und erstattet bekämen, mitarbeiten würden. Aufgrund der Punktfallgrenze käme es dazu, dass z. B. in der Fallzahlstufe 551 - 730 trotz erbrachter Einzelleistungen keinerlei Honorierung stattfinde. Die Untersuchungen nach § 196 Abs. 1 Satz 2 RVO (Beratung einer Schwangeren) hätten bei der Honorarverteilung herausgerechnet werden müssen. Die Regelungen im HVM führten außerdem dazu, dass Grenzwertüberschreitungen in sämtlichen Quartalen nicht ausgeglichen werden könnten. Es sei auch nicht nachzuvollziehen, aus welchen Gründen für die Festsetzung des Grenzwertes auf das Jahr 1997 zurückgegriffen worden sei. Im HVM für das Jahr 2002 seien die Abrechnungsvolumina des letzten vorliegenden auswertbaren Vorquartals als maßgeblich bestimmt worden.

Der Kläger hat beantragt,

die Bescheide vom 16.10.1999, 18.01.2000 und 17.04.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14.11.2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über den Honoraranspruch für das Jahr 1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung ihres Antrags trägt sie vor, der HVM für das Jahr 1999 sei wirksam. Dieser HVM verstoße insbesondere nicht gegen höherrangiges Recht.

Im Rahmen des so genannten Jahresausgleichsverfahrens nach § 9 ihres HVM wurde gegenüber dem Kläger im Ersatzkassenbereich ein Honorar in Höhe von 2.353,37 DM nachvergütet. Mit Bescheid der Beklagten vom 14.10.2002 wurde für den Bereich der Primärkassen eine Rückforderung in Höhe von 640,11 Euro geltend gemacht. Die Beklagte legte der Berechnung der Höhe der Rückforderung die budgetrelevante Abrechnungssumme von 76.946,52 Euro und den nach Abschluss des Verfahrens mit den Primärkassen festgestellten Prozentsatz der Honorarrückforderung in Höhe von 0,83188652 % zugrunde. Den auch hiergegen erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 09.01.2003 zurück. Ein weiterer Honorareinbehalt sei notwendig geworden, nachdem das Gesamtbudget für die Bereiche KCH, KFB und PAR überschritten worden sei. Mit seiner hiergegen gerichteten Klage hat der Kläger vorgetragen, dass bereits der HVM für das Jahr 1999 unwirksam sei und die Beklagte mit der Durchführung des Jahresausgleichsverfahrens den bereits entstandenen Schaden weiter vergrößert habe.

Der Kläger hat insofern beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 14.10.2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 09.01.2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen,

1. das Jahresausgleichsverfahren für das Jahr 1999 gem. § 9 der Anlage zum HVM für die Bereiche KCH, KFB und PAR bei den Primärkassen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu durchzuführen,
2. den einbehaltenen Betrag von 640,11 Euro wieder auszubezahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig gehalten.

Mit Urteilen vom 06.10.2003 hat das Sozialgericht die Klagen abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass keine Bedenken gegen die Wirksamkeit der Rechtsgrundlagen für den HVM noch gegen deren bescheidmäßige Umsetzungen bestehen:

Ermächtigungsgrundlage für die Anlage zum HVM ist [§ 85 Abs. 2 bis 4 SGB V](#) i.V.m. Art. 15 GKV-SolG. Bei den maßgeblichen Vorschriften handelt es sich um Berufsausübungsregelungen, die im Einklang mit [Art. 12 GG](#) stehen. Berufsausübungsregelungen sind verfassungsrechtlich unbedenklich, wenn sie durch vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls gerechtfertigt sind. Ziel des GKV-SolG war die Ausgabenbegrenzung zur Beitragssatzstabilisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, weil es nach Auffassung des Gesetzgebers ab dem Jahre 1997 zu sozial- und gesundheitspolitisch unverträglichen Belastungen der Versicherten gekommen war ([BT-Drucksache 14/24 Seite 13f](#)). Da die Existenz und Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung im Sozialstaatsprinzip des [Art. 20 GG](#) begründete wichtige Gemeinschaftsgüter sind, sind zur Stabilisierung und Erhaltung dieses Systems auch gravierende Eingriffe in die Freiheit der Berufsausübung gerechtfertigt (Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 18.12.1996, Az.: L 11 KA 131/96 m.w.N.). Die für das 1999 maßgeblichen Vorschriften, insbesondere Art. 15 GKV-SolG, betreffen in erster Linie den Zuwachs der Gesamtvergütung für dieses Jahr. Die dort vorgenommene Begrenzung des Zuwachses durch die Bezugnahme auf die über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten Vergütungen des Jahres 1997 diente der Schaffung der Voraussetzungen für die Durchführung einer Strukturreform im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zum 01.01.2000 ([BT-Drucksache 14/24 S. 25](#)). Im Hinblick auf die mit der gesetzlichen Neuregelung verfolgten Ziele ist die dem HVM zugrunde liegende Regelung für mit [Art. 12 GG](#) vereinbar.

Diese Regelungen führen auch nicht zu einer unzulässigen Enteignung im Sinne des [Art. 14 GG](#). Durch die in Art. 15 GKV-SolG vorgenommene Beschränkung des Zuwachses der Honorarvergütung wird nämlich nicht in einen bereits bestehenden Honoraranspruch des Klägers eingegriffen. Dieser hat vielmehr lediglich Anspruch auf Honorarvergütung unter Zugrundelegung der vereinbarten Gesamtvergütung. Ein bereits bestehender Honoraranspruch wird daher durch Art. 15 GKV-SolG nicht berührt; vielmehr gestaltet diese Vorschrift den Honoraranspruch des einzelnen Zahnarztes.

Auch die Regelungen in der Anlage zum HVM sind als wirksam anzusehen. Sie stehen zunächst im Einklang mit den Vorgaben in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#). Die Verteilung der Gesamtvergütung geschieht in der Weise, dass der für die Berechnung der Gesamtvergütung vereinbarte einheitliche Bewertungsmaßstab und die dazu ergangenen Abrechnungsbestimmungen (z.B. Bema-Z) als Grundlage für die Honorarverteilung nach Einzelleistungen beschlossen wurden. Die Beklagte hat die Bewertungsansätze dieser Regelwerke über den HVM an den Zahnarzt weiterzugeben. Gleichwohl erlangt der einzelne Zahnarzt keinen Anspruch auf bestimmte Beträge der Gesamtvergütung, sondern lediglich eine Forderung auf Teilnahme an deren Ausschüttung. Deshalb richtet sich die Verteilung dieser Gesamtvergütung allein nach den von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen beschlossenen Grundsätzen. Insbesondere ist es zulässig, mittels Honorarverteilungsmechanismen den Punktwert für zahnärztliche Leistungen zu stabilisieren und unverträglichen Mengenausweitungen entgegenzutreten (Landessozialgericht Nordrhein-Westf a.a.O.).

Honorarverteilungsregelungen sind in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu messen. Zentrale Bedeutung kommt dabei der Vorschrift des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragszahnarztes zugrunde zu legen sind. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 03.12.1997, Az.: 6 Rka 21/97) kann dieser Vorschrift allerdings nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen der Vertragszahnärzte müsste nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d. h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert, honoriert werden. Demgemäß hat es das Bundessozialgericht als zulässig angesehen, dass eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets mit der Folge erfolgt, dass die vertragszahnärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem einheitlichen Bewertungsmaßstab im selben Verhältnis, sondern abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich unterschiedlich hoch vergütet werden. [§ 85 Abs. 4 S. 5 SGB V](#) sieht ausdrücklich die Möglichkeit einer unterschiedlichen Verteilung der Gesamtvergütung nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten vor.

Den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen stehen mehrere rechtlich zulässige Möglichkeiten der Verteilung der Gesamtvergütung im Rahmen des HVM zu. Die Spannweite dieser Möglichkeiten reicht vom floatenden Punktwert bis zur Kappung jeglicher Vergütung für den Fall, dass die zur Verfügung stehenden Mittel vollständig aufgezehrt sind. Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften dürfen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Verteilung der Gesamtvergütung allerdings nicht frei nach ihrem Ermessen gestalten; sie sind vielmehr an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden, der besagt, dass die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind. Der normsetzenden Körperschaft bleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (Bundessozialgericht, a.a.O.). Entgegen der Auffassung des Klägers besteht daher keine Verpflichtung der Beklagten, die Honorarverteilung im Jahre 1999 auf der Grundlage eines floatenden Punktwertes vorzunehmen. Durch die im HVM für das Jahr 1999 getroffenen Regelungen wird auch sichergestellt, dass die jeweiligen Ausgabenvolumina gleichmäßig auf das ganze Jahr verteilt werden. Diese in Art. 15 Abs. 1 Satz 6 GKV-SolG enthaltene Forderung hat nicht zur Folge, dass den Vertragszahnärzten für jedes Quartal ein gleich hohes Honorar gezahlt werden muss. Vielmehr soll hierdurch lediglich sichergestellt werden, dass entsprechend den Fallzahlen für das gesamte Kalenderjahr 1999 aus der nach Art. 15 Abs. 1 Satz 1 GKV-SolG vereinbarten Gesamtvergütung Honorarzahllungen erfolgen können. Dieses Ziel wird mit den im HVM getroffenen Regelungen erreicht. Es ist auch nicht zu beanstanden, dass die Beklagte auf die Werte aus dem Jahr 1997 abgestellt hat. Damit hat sie lediglich die Vorgaben in Art. 15 GKV-SolG umgesetzt.

Sofern der Kläger geltend macht, die vertragszahnärztliche Leistung nach [§ Abs. 1 Satz 2 RVO](#) unterliege nicht der Honorarbegrenzung, ist dieses Vorbringen unerheblich. Diese Leistung wurde nämlich im Jahre 1999 überhaupt nicht vom Bema-Z erfasst. Der HVM enthält jedoch nur Regelungen über die Vergütungen nach dem Bema-Z.

Die von der Beklagten im HVM getroffene Regelung kommt der Bildung eines praxisbezogenen, fallzahlabhängigen Budgets nahe. Da der Vertragszahnarzt die in einem Behandlungsfall nicht "verbrauchten" Punkte auf einen anderen Fall und in einem Quartal nicht verbrauchte Punkte auf ein anderes Quartal übertragen kann, steht ihm ein allein von seiner Fallzahl abhängiges Jahreskontingent von Punkten zur Verfügung, die mit einem festen Punktwert vergütet werden. Dies führt zu einer wirtschaftlichen Kalkulierbarkeit der Einnahmesituation. Dieses System schließt für den Regelfall auch aus, dass ein Vertragszahnarzt für bestimmte Leistungen keine Vergütung während des Jahres 1999 erhält. In jedem Quartal wird bis zum Erreichen des Grenzwertes das Honorar nämlich nach dem vertraglich vereinbarten Punktwert berechnet. Erst im Falle des Überschreitens der maßgeblichen Grenzpunktmenge wird die Vergütung auf einen vom Grad der Überschreitung abhängigen vom-Hundert-Satz gekürzt. Das von der Beklagten gewählte System der Honorarverteilung entspricht dem vom

Bundessozialgericht im Urteil vom 03.12.1997, Az.: 6 Rka 21/97 zu beurteilenden und für rechtmäßig befundenen Verteilungsmaßstab. Auch der für das Jahr 1999 maßgebliche HVM entspricht den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), da Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen bei den dort getroffenen Regelungen ausreichend Berücksichtigung gefunden haben.

Entgegen der Auffassung des Klägers liegt auch kein Verstoß gegen [§ 85 Abs. 4 S. 4 SGB V](#) vor. Dem Zahnarzt steht für jedes Quartal eine von der Fallzahl abhängige Punktmenge zur Verfügung, für die er eine volle Vergütung erhält. Die vom Kläger gerügte Verrechnung mit den nicht vergüteten Punktmengen aus den Vorquartalen hat auf diesen Honoraranspruch keine Auswirkung. Die in § 2 Ziff. 4 der Anlage zum HVM getroffene Regelung dient in erster Linie dazu, die Erhöhung der Vergütung eines Vertragsarztes in einem Quartal, in dem er die maßgebliche Grenzwertpunktmenge nicht erreicht hat, dadurch zu ermöglichen, dass die in diesem Quartal nicht verbrauchte Punktmenge für die in den Vorquartalen nicht vergüteten Punktmengen verbraucht werden können.

Die Regelungen in der Anlage zum HVM verstoßen auch nicht gegen den aus [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitenden Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit. Nach diesem Grundsatz müssen die innerhalb von Arztgruppen typischerweise bestehenden Unterschiede durch entsprechende Differenzierungen beachtet werden, wobei eine typisierende Betrachtungsweise gerechtfertigt ist, um Honorarverteilungsregelungen praktikabel handhaben zu können (Bundessozialgericht, Urteil vom 07.02.1996, Az.: 6 Rka 61/94). Im maßgeblichen HVM der Beklagten werden bei den Fallzahlen unterschiedliche Grenzwerte für Zahnärzte, die keiner Sondergruppe angehören, sowie für Kieferorthopäden, Oralchirurgen und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen festgesetzt. Einer weitergehenden Differenzierung innerhalb einer dieser Arztgruppen bedarf es nicht, weil der zahnärztliche Behandlungsbedarf - vorbehalten der Spezialgebiete - im Wesentlichen homogen ist (Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 18.12.1996, Az.: L 11 KA 131/96). Die vom Kläger geforderte weitergehende Berücksichtigung "gewachsener Praxisstrukturen" ist daher nicht erforderlich.

Es ist auch mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar, dass der HVM keine Härtefallregelung enthält. Die vom Kläger geforderte zusätzliche Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten oder von privaten Belangen, brauchte im HVM nicht zu erfolgen. Den Praxisbesonderheiten, die sich aus einer geringen Fallzahl ergeben, hat die Beklagte dadurch ausreichend Rechnung getragen, dass Zahnärzten mit unterdurchschnittlichen Fallzahlen in Abhängigkeit von der individuellen Fallzahl Zuschläge von bis zu 50 v. H. gewährt werden. Die Höhe der jeweiligen Zuschläge sieht die Kammer als ausreichend an. Der für das Jahr 1999 maßgebliche HVM hinderte die Vertragszahnärzte auch nicht daran, durch eine Umsatzsteigerung auf das angestrebte Umsatzniveau zu kommen. Da der HVM von einer durchschnittlichen Fallzahl für jede Zahnarztpraxis ausgeht und keine Obergrenze festgelegt wird, ab der eine Vergütung nicht mehr erfolgt, besteht für jeden Zahnarzt die Möglichkeit, durch eine Erhöhung der Fallzahlen auch die maßgebliche Grenzpunktmenge zu steigern.

Die Beklagte hat auch in rechtmäßiger Weise die Berücksichtigung der Fremdkassen-Patienten geregelt. Nur durch die Einbeziehung dieses Personenkreises in die Zahl der behandelten Patienten wurde eine zuverlässige Aussage über die jeweilige Praxisgröße ermöglicht. Dass die Fremdkassenpatienten bei der Grenzpunktmenge nicht berücksichtigt worden sind, beschwert den Kläger nicht, weil er die gegenüber diesen Patienten erbrachten Leistungen gesondert abrechnet. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung nach dem HVM findet dieser Personenkreis daher zutreffend keine Berücksichtigung.

Es kommt nicht darauf an, ob die Vertreterversammlung der Beklagten im Mai 1999 berechtigt war, den HVM rückwirkend zum 01.02.1999 zu ändern. Der Kläger wird nämlich von dieser Änderung nicht betroffen, da sich die Änderung nur auf die Fallgruppenszahl 451 bis 500 bezieht. In den streitigen Quartalen für das Jahr 1999 hat der Kläger jedoch diese Fallgruppenszahl überschritten, sodass die rückwirkend erfolgte Änderung insoweit keine Auswirkungen auf die Vergütung des Klägers hatte.

Der HVM für das Jahr 1999 ist auch nicht deshalb als unwirksam anzusehen, weil er anders als z. B. der für das Jahr 2000 maßgebliche HVM keine Gelungen über einen Budgetausgleich enthält. Ein solcher Budgetausgleich wurde für das Jahr 1999 nämlich zwingend durch Art. 15 GKV-SolG ausgeschlossen. Die in dieser Vorschrift enthaltenen Regelungen differenzieren zwischen der Gesamtvergütung für die Bereiche KCH, Kieferbruch und Parodontose sowie den Gesamtvergütungen für Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen. Während die Gesamtvergütung für die zuerst genannten Bereiche entsprechenden Vergütungen für das Jahr 1997 nicht überschreiten darf, sieht Art. 15 Abs. 1 S. 2 GKV-SolG für die Bereiche Zahnersatz und Kieferorthopädie insoweit abweichende Regelungen vor, als die im Jahre 1997 für diese Bereiche abgerechneten Vergütungen noch um 5 v. H. zu kürzen sind. Aus der im Gesetz enthaltenen Differenzierung wird deutlich, dass für das Jahr 1999 eine strenge Trennung zwischen den einzelnen Budgets bestehen sollte. Mit dieser strengen Trennung sollte auch der mit dem GKV-SolG verfolgte Zweck der Entlastung der Krankenkassen verwirklicht werden. Dieser Entlastung dient die Rückzahlung der auf die einzelnen Budgets entfallenden nicht verbrauchten Mittel an die Krankenkassen. Weil nach den gesetzlichen Vorgaben für das Jahr 1999 ein Budgetausgleich nicht stattfinden sollte, bestand für die Beklagte auch keine Möglichkeit, einen solchen Ausgleich in dem für das Jahr 1999 maßgeblichen HVM vorzusehen. Da die Beklagte die Honorarverteilung aufgrund eines wirksamen HVM vorgenommen hat und da die Honorarverteilung für die streitigen Quartale im Jahre 1999 entsprechend den Vorgaben im HVM erfolgt ist, sind die mit der Klage angefochtenen Bescheide rechtmäßig.

Die Beklagte hat auch in zutreffender Weise die Höhe der Honorarrückforderung gem. § 9 Abs. 4 der Anlage des HVM bestimmt, weil nach Abschluss des Verfahrens mit den Primärkassen der sich ergebende Prozentsatz für eine Honorarrückforderung der Berechnung zugrunde gelegt worden sei. Entgegen der Auffassung des Klägers ist die Durchführung mehrerer Jahresausgleichsverfahren auch nicht unsinnig. Dies ist zwangsläufig Folge der unterschiedlichen Gesamtbudgets für die Primär- und die Ersatzkassen.

Gegen diese Urteile richten sich die Berufungen des Klägers, die ursprünglich unter den Aktenzeichen L 11 KA 146/03 und L 11 KA 149/03 anhängig waren und nach Wiederaufnahme der Verfahren unter den neuen Aktenzeichen fortgeführt worden sind. Der Senat hat die Verfahren unter dem Aktenzeichen [L 11 KA 29/05](#) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden, [§§ 153 Abs. 1](#) und [113 Abs. 1 SGG](#). Zur Begründung seiner Berufung trägt der Kläger unter Wiederholung und Vertiefung seines erstinstanzlichen Vorbringens vor, die konkrete Ausgestaltung des HVM der Beklagten sei rechtswidrig. Es läge ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit durch Ungleichbehandlung von Zahnärzten vor. Konkret rügt er dazu, dass der Kassenzuspruch bei Mehrkosten nicht ausgezahlt würde. Der Kläger ist grundsätzlich der Auffassung, dass die Nichtauszahlung von Honorarenteilen eine Enteignung sei und gegenüber der Honorarverteilung im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein eine Ungleichmäßigkeit und Ungerechtigkeit vorliege. Sein Praxisschaden liege in den Nichtauszahlungskontingenten der Bescheide. Eine Ungleichgewichtung ergebe sich dann, wenn kein Ausgleich über mehrere Quartale vorgenommen werden könne.

Der Kläger beantragt,

die Urteile des Sozialgerichts Münster vom 06.10.2003 abzuändern und nach den jeweiligen Klageanträgen zu erkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufungen zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf die ausführlichen Begründungen der angefochtenen Entscheidungen, die sie für zutreffend hält.

Weitere Einzelheiten, insbesondere des umfangreichen Vorbringens des Klägers, ergeben sich aus den Prozessakten und Verwaltungsakten der Beklagten, auf die Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen des Klägers gegen die beiden Urteile des Sozialgerichts Münster vom 06.10.2003 sind statthaft und zulässig, aber unbegründet. Gegenstand des Rechtsstreits ist die gesamte Vergütung des Klägers für vertragszahnärztliche Leistungen nach den streitigen Gebührentarifen in allen Quartalen des Jahres 1999 und in der konkreten Höhe, wie sie zuletzt durch den Jahresausgleichsbescheid festgesetzt worden ist. Die Honorarberechnung für das Quartal I/1999, die formal selbstständig vor dem Sozialgericht angefochten waren, ist Gegenstand der Honorarberechnung für die nachfolgenden Quartale gewesen, weil sowohl die Vergütung gesamt, der Gesamtkassenanteil und die nicht vergüteten Honorareinteile kumuliert Gegenstand des Bescheides vom 17.04.2000 und des Jahresabschlussbescheides geworden sind.

Der Kläger ist durch die Honorarberechnungen in den Bescheiden der Beklagten für die einzelnen Quartale des Jahres 1999 in der Zusammenfassung und Kumulation im Bescheid vom 17.04.2000 in Verbindung mit den jeweiligen Widerspruchsbescheiden nicht beschwert, ebenso ist der Jahresausgleichsbescheid vom 14.10.2002 rechtmäßig. Die Beklagte hat darin das Honorar des Klägers im Ersatzkassenbereich und Primärkassenbereich nach § 7 ihres HVM in Verbindung mit der Anlage zutreffend berechnet. Darin liegt kein Verstoß gegen höherrangiges Recht. Wegen der Einzelheiten der Begründung nimmt der Senat gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die umfangreichen und zutreffenden Entscheidungsgründe der angefochtenen Urteile Bezug, weil er die Berufung aus den dort dargestellten Gründen als unbegründet zurückweist.

Das umfangreiche Berufungsvorbringen des Klägers führt zu keinem anderen Ergebnis. Der Senat hat wiederholt entschieden, dass Honorarverteilungsregelungen einer Kassen (-zahnärztlichen)Vereinigung in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu messen sind.

Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu, wonach bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertrags(zahn)arztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann indessen nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden. Vielmehr schließt das Gesetz eine unterschiedliche Vergütung nach Teilbudgets, abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich, nicht aus, solange dabei der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gewahrt bleibt. Damit haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen insbesondere die Möglichkeit, auf gesetzlich angeordnete Beschränkungen des Anstiegs der Gesamtvergütung flexibel zu reagieren (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#); BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)).

Eine derartige Beschränkung für den Bereich der vertragszahnärztlichen Vergütung enthielt Art 15 Abs. 1 GKV-SolG für das Jahr 1999. Danach durfte in der Gesamtvergütung das Ausgabenvolumen für zahnärztliche Leistungen ohne ZE und KfO die Gesamtheit der über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten entsprechenden Vergütungen für das Jahr 1997 nicht überschreiten (Art 15. Abs. 1 Satz 1 GKV-SolG). Das Ausgabenvolumen für ZE und KfO durfte (ohne zahntechnische Leistungen) die Gesamtheit der über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten entsprechenden Ausgaben für das Jahr 1997 abzüglich 5 % nicht überschreiten (Art 15 Abs. 1 Satz 2 GKV-SolG). Darin liegt eine strikte Budgetierung der Gesamtvergütung, hinsichtlich der Ausgaben für ZE und KfO sogar in Gestalt einer Absenkung gegenüber dem Jahr 1997, die als legitimer Grund für ein Abweichen vom Gebot der strikt proportionalen Leistungsvergütung anzusehen ist. Denn sie stellte die Beklagte vor die Entscheidung, entweder die abrechenbaren Einzelleistungen zu begrenzen oder aber auf feste Punktwerte zu verzichten. Angesichts dessen ist es nicht zu beanstanden, dass sich die Beklagte für ein Modell entschieden hat, das beide Elemente vereinigt und dabei der Garantie eines festen Punktwertes für ein bestimmtes Kontingent pro Praxis den Vorzug vor einer Honorierung aller abgerechneten Punkte mit einem schwankenden Punktwert gegeben hat. Wie das SG bereits dargelegt hat, kommt die angegriffene Regelung der Bildung eines praxisbezogenen fallzahlabhängigen Budgets gleich, das einerseits ein in hohem Maße berechenbares Einnahmenvolumen gewährleistet, andererseits schwankenden Fallzahlen und Behandlungsnotwendigkeiten aber durch die Übertragbarkeit nicht ausgeschöpfter Punktevolumina auf andere Fälle und sogar Quartale hinreichend Rechnung trägt.

Ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art 3 Abs. 1 GG](#)) in seiner konkreten Ausgestaltung des Verbotes, wesentliches Ungleiches ohne sachlichen Grund gleich zu behandeln (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) m.w.N.), liegt ebenfalls nicht vor.

Wie das SG in den angefochtenen Urteilen bereits zutreffend ausgeführt hat, brauchte die Beklagte über die vorgenommene Differenzierung zwischen den Zahnarztgruppen hinaus keine weiteren Unterscheidungen vorzunehmen, nachdem sich das Behandlungsspektrum innerhalb der einzelnen Gruppen als hinreichend homogen erweist.

Die Beklagte hat auch rechtsfehlerfrei der aus diesem Grundsatz abgeleiteten Forderung des BSG Rechnung getragen, kleinen Praxen innerhalb angemessener Zeit, d.h. binnen längstens fünf Jahren (vgl. zu diesem Zeitraum BSG, Urt. v. 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02](#) - S. 10 des Umdrucks), eine Steigerung ihres Umsatzes bis zum Fachgruppendurchschnitt zu ermöglichen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#); BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 45](#)). Denn das Recht hierzu ist den Vertragszahnärzten durch den HVM der Beklagten in keiner Weise beschnitten worden.

Die Beklagte brauchte des weiteren keine gesonderte Ausnahmegesetzvorschrift zugunsten von Anfängerpraxen, d.h. entweder neu begründeten oder in jüngerer Vergangenheit übernommenen Praxen, zu schaffen (vgl. im Einzelnen Senat, Urte. v. 03.03.2004 - [L 11 KA 70/03](#) - zur Veröffentlichung in www.sozialgerichtsbarkeit.de vorgesehen). Ohnedies wäre sie dabei nicht verpflichtet, auch den Kläger zu begünstigen, nachdem dieser bereits seit über 16 Quartalen als Vertragszahnarzt tätig ist (vgl. BSG USK 98181).

Die von der Beklagten im Rahmen der Gewährung von Zuschlägen zum Grenzwert gewählte Typisierung nach Fallzahlgruppen ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Zwar führt sie dazu, dass eine Praxis mit einer Fallzahl am unteren Rand ihrer Fallzahlgruppe unter Umständen einen insgesamt niedrigeren Grenzwert erhält als eine Praxis mit weniger Fällen am oberen Rand der nächsthöheren Fallzahlgruppe. So wird eine Praxis mit 150 Fällen aller Voraussicht nach einen höheren Grenzwert bekommen als eine solche mit 151 Fällen. An der darin zum Ausdruck kommenden Typisierung war die Beklagte jedoch nicht gehindert. Insbesondere war sie nicht verpflichtet, für jede Fallzahl einen "gleitenden" Grenzwert festzusetzen. Im Rahmen der in Gestalt der Zuschläge gewählten Vergünstigungen stand ihr nämlich ein weit gehender Gestaltungsspielraum zu, der auch gröbere Pauschalierungen rechtfertigte. Dies gilt nicht zuletzt einmal deshalb, weil eine im einen Quartal nachteilig betroffene Praxis aufgrund der quartalsweise schwankenden Fallzahlen im nächsten Quartal ohne weiteres die "Chance" hat, zu den begünstigten Praxen zu gehören, und weil zum anderen auch insoweit der quartalsübergreifende Jahresausgleich zum Tragen kommt.

Zu Unrecht beanstandet der Kläger schließlich, dass die Beklagte keinen Ausgleich zwischen den für die Gebührentarife gebildeten Teilbudgets, insbesondere eine Übertragung der für die Gebührentarife ZE, KfO und PAR nicht benötigten Punkte auf die Gebührentarife KCH und KB zugelassen hat.

Für die Vereinbarung der Gesamtvergütung des Jahres 1999 schloss Art 15 Abs. 1 GKV-SolG einen Ausgleich zwischen den Gebührentarif ZE und KfO einerseits sowie KCH/KB und PAR andererseits zwingend aus. Diesen Ausschluss durfte die Beklagte im Rahmen der Honorarverteilung an die Vertragszahnärzte weitergeben. Nur so konnte sie nämlich sicherstellen, dass das Ziel des Gesetzgebers, die Ausgaben auch bezogen auf die einzelnen Leistungsbereiche zu begrenzen, nicht durch die Übertragung nicht verbrauchter Punktmengen auf andere Leistungsbereiche unterlaufen wurde. Dass demgegenüber im Jahr 2000 ein Ausgleich unter den Gebührentarifen wieder möglich war, rechtfertigt für das Jahr 1999 keine abweichende Beurteilung, weil die Geltung des Art 15 Abs. 1 GKV-SolG auf dieses Jahr beschränkt war (vgl. Senat, Urte. v. 07.01.2004 - [L 11 KA 69/02](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Art 15 Abs. 1 GKV-SolG verstößt nicht gegen [Art 12 Abs. 1 GG](#) (vgl. bereits Senat, Urte. v. 20.08.2001 - L 11 KA 168/00 - rkr.). Wie zuvor schon die im Jahr 1993 vorgenommene Absenkung der Punktwerte für Leistungen bei ZE und KfO um sogar 10 % ([§ 85 Abs. 2b Satz 1 SGB V](#)), diente auch die für das Jahr 1999 erfolgte Reduzierung des Vergütungsvolumens um 5 % der Stabilisierung der Beitragssätze und der "Normalisierung" der Leistungsverhältnisse in der vertragszahnärztlichen Versorgung (vgl. zur verfassungsrechtlichen Beurteilung von [§ 85 Abs. 2b SGB V](#) ausführlich BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 13](#)). Der Gesetzgeber wollte auf diese Weise einer als langfristig angesehenen Entwicklung Rechnung tragen, die sich durch ein hohes Niveau zahnerhaltender Maßnahmen bei gleichzeitigem Rückgang prothetischer Leistungen auszeichnete (vgl. [BT-Drucks. 14/157, S. 38](#)). Angesichts dessen erweist sich die Absenkung der Vergütung als verhältnismäßig, zumal sich die Kläger selbst zumindest inzidenter darauf berufen, das für die Bereiche ZE und KfO zur Verfügung gestellte Leistungsvolumen nicht ausgeschöpft zu haben. Demgegenüber kommt dem Verbot, einen Ausgleich zwischen den einzelnen Leistungsbereichen zuzulassen, kein eigenständiger Eingriffscharakter, sondern nur die Bedeutung zu, die Umsetzung der unterschiedlich festgelegten Vergütungsobergrenzen abzusichern.

Auch zwischen den Gebührentarifen KCH/KB und PAR brauchte die Beklagte einen Ausgleich nicht zu ermöglichen, obwohl insoweit Vorgaben weder des Gesetzgebers noch aufgrund der Gesamtverträge bestanden. Die Beklagte hat Leistungen nach dem Gebührentarif PAR im Jahr 1999 quartalsweise unterschiedlich vergütet: in den Quartalen I und II/1999 entsprechend den Grundsätzen über die Vergütung von ZE-Leistungen, danach gemäß § 2a der Anlage zum HVM bis zu einem betragsmäßig festgelegten Jahresgrenzwert. Unabhängig hiervon hat sie die Vergütung für PAR-Leistungen in allen Quartalen getrennt von den Vergütungsmengen für die übrigen Leistungsbereiche und ohne Ausgleich mit diesen gezahlt. Dies ist im Ergebnis nicht rechtswidrig. Im Rahmen ihres Gestaltungsspielraums durfte sich die Beklagte vielmehr von der Überlegung leiten lassen, dass die im Bereich der KCH/KB-Leistungen gewollte Budgetierung in erheblichem Umfang leer lief, wenn zahnärztliche Praxen die dort nicht vergüteten Punkte auf den nicht oder nur in geringem Maße genutzten Bereich der PAR-Leistungen übertragen durften.

Schließlich brauchte der HVM der Beklagten auch keine Sonderregelungen für bestimmte untypische, nicht konkret vorhersehbare Umstände oder aus Gründen der Sicherstellung zu schaffen. Derartige Vorschriften sind in erster Linie dann veranlasst, wenn vertrags(zahn)ärztliche Praxen an in der Vergangenheit erzielten eigenen Honoraren oder Fallzahlen festgehalten werden sollen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#)). Derartiges ist im HVM der Beklagten jedoch nicht vorgesehen. Unabhängig davon hat der Kläger im vorliegenden Fall Besonderheiten, die eine Ausnahmerechtsentscheidung zu seinen Gunsten rechtfertigen könnten, auch nicht dargelegt.

Der HVM der Beklagten führt entgegen der Ansicht des Klägers auch nicht dazu, dass etwa im vierten Quartal kein oder auch nur ein geringes Honorarvolumen zur Verfügung steht. Zwar kann es sich ereignen, dass die Vortragspunktmenge die Grenzwertpunktmenge überschreitet (wie beim Kläger in allen Quartalen), jedoch führt dies nicht dazu, dass dann die in diesem Quartal abgerechneten Punkte nicht vergütet werden. Wie sich aus dem Bescheid vom 17.04.2000 ergibt, werden vielmehr alle abgerechneten Punkte in jedem Quartal bis zur jeweiligen Grenzwertpunktmenge vergütet. Eine Überschreitung führt dann lediglich zu einem Anstieg der Vortragspunktmenge. Damit wird deutlich, dass in jedem Quartal das volle Budget zur Honorarauszahlung zur Verfügung steht und durch die Budgetüberschreitungen der Vorquartale nicht beeinträchtigt ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) in der bis zum 01.01.2002 geltenden Fassung bzw. auf [§ 197 a SGG](#) in der Fassung ab 02.01.2002.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW
Saved
2006-01-19