

L 11 KA 50/00

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

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)

Aktenzeichen
S 2 KA 26/99

Datum
19.01.2000

2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

L 11 KA 50/00
Datum

06.12.2002

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 19.01.2000 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten auch im)Berufungsverfahren zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger ist in ... zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen und

Mitglied der Beklagten. Die Beteiligten streiten über die Höhe des vertrags- zahnärztlichen Honorars des Klägers für das Quartal IV/1997. Dem liegt folgende Entwicklung zugrunde.

Das Landesschiedsamt für die kassenzahnärztliche Versorgung in Nordrhein setzte mit Schiedsspruch vom 27.08.1997 die Vergütung für die Primärkassen für das Jahr 1997 wie folgt fest:

1.
Die Kassenzahnärztliche Vereinigung leistet den Krankenkassen eine Einmalzahlung von 10 Millionen DM als Ausgleich für 1996.
2.
Der Punktwert für Sachleistungen (BEMA Teile 1, 2 und 4) wird auf 1,49 DM festgesetzt.
3.
Wenn im Jahresverlauf die Punktmenge je Mitglied um mehr als 1 % höher oder niedriger ist als die entsprechend Nr. 1 geminderte Menge des Jahres 1996, findet ein Ausgleich in Höhe der Hälfte der Abweichung statt.
4.
Die weitergehenden Anträge (Zahnersatz, Kieferorthopädie, Versandgänge) werden abgewiesen."
5.
Der Schiedsspruch gilt vom 01.01. bis zum 31.12.1997."

Die hiergegen unter dem Aktenzeichen S 2 KA 269/97 vor dem Sozialgericht Düsseldorf erhobene Klage hat die Beklagte am 17.03.2000 zurückgenommen, weil sie sich mit den Primärkassen aufgrund der gesamtvertraglichen Regelungen für das Jahr 1999 verständigt hatte, den Rechtsstreit nicht weiter zu verfolgen.

Mit weiterem Schiedsspruch vom 03.12.1997 setzte das Landesschiedsamt für die kassenzahnärztliche Versorgung in Nordrhein die Vergütung im Ersatzkassen- bereich für das Jahr 1997 wie folgt fest:

- I.
Die Punktwerte bleiben unverändert.
- II.
Die Kosten für Versandgänge und die Regelungen über Füllungszuschläge bleiben unverändert.

III.

Für den Bereich der Leistungen der Gebührentarife A, B und E gilt:

1.a

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein leistet zum

Ausgleich für die Mengenentwicklung des Jahres 1996 den beteiligten Krankenkassen einen einmaligen Betrag in Höhe von 30 % des Betrages, um den - mitgliederbereinigt und unter Berücksichtigung der Punktwerverhöhung 1995/1996 - die Gesamtvergütung im Bereich der Leistungen - der Gebührentarife A, B und E des Jahres 1996, die für 1995 geschuldete Gesamtvergütung überschritten hat.

1.b

Das sind für den Bereich
des VdAK 10.078.000 DM
des AEV 258.000 DM

2.a

Für das Jahr 1997 werden die Leistungen der Gebührentarife A, B

und E bis zur Höhe von 101 % der - mitgliederzahlbereinigten und unter Berücksichtigung eines Anstieges der beitragswirksamen Einkommen der Versicherten um 0,5 % veränderten und um den Ausgleichsbetrag geminderten - Gesamtvergütung des Jahres 1996 zum vollen Punktwert, im übrigen zum halben Punktwert vergütet.

2.b

Sollte sich die Einschätzung der beitragswirksamen Einkommen als fehlerhaft erweisen, so ist dies bei künftigen Verhandlungen zu berücksichtigen.

IV.

Im übrigen werden die Anträge zurückgewiesen.

In dem dagegen anhängig gewesenen Klageverfahren S 2 KA 2/98 SG Düsseldorf hat das beklagte Landesschiedsamt den Spruch aufgehoben und sich zur Neubescheidung verpflichtet. In der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 1999 haben die Gesamtvertragsparteien auf die Neubescheidung verzichtet und den Schiedsspruch gegen sich gelten lassen.

Über die Entscheidung der Schiedssprüche informierte die Beklagte ihre Mitglieder in ihren Informationsdiensten ab 6/97.

Die Vertreterversammlung der Beklagten beschloss in ihrer Sitzung am 15.11.1997 eine Ergänzung ihres Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zu § 4 Abs. 1 wie folgt:

"Für den Fall, dass durch Vertrag oder Schiedsspruch eine Mengenbegrenzung mit der Folge, dass der Vertragspunktwert für Einzelleistungen von den Krankenkassen nicht mehr voll vergütet wird, festgelegt wird, wird wie folgt verfahren:

a)

Ab einem vom Vorstand ermittelten und vorher bekanntgegebenen Termin wird die unter Berücksichtigung der verfügbaren Mengenbegrenzung für das Jahr verbleibende Gesamtvergütung in der Weise verteilt, dass bis zu diesem Termin erbrachte Leistungen möglichst mit dem vollen Vertragspunktwert vergütet werden, während auf die übrigen Leistungspositionen der Rest der verbleibenden Gesamtvergütung entfällt.

Der Vorstand kann dabei auch bestimmen, dass zur Sicherstellung der Versorgung vom Vorstand zu definierende Notfallpositionen auch nach dem ermittelten Termin weiter mit dem vollen Vertragspunktwert vergütet werden, während auf die übrigen Leistungspositionen der Rest der verbleibenden Gesamtvergütung entfällt.

Zur Vermeidung von wirtschaftlichen Härten erhalten Zahnärzte, die ihre Praxistätigkeit erstmalig nicht früher als drei Quartale vor dem Quartal aufgenommen haben, in dem die vorstehende differenzierte Honorarverteilung greift, auch für alle nach dem vom Vorstand bestimmten Termin erbrachten Leistungen weiter den vollen Vertragspunktwert. Gemeinschaftspraxen können diese Ausnahmeregelung nur beanspruchen, wenn alle Praxisinhaber die vorgenannte Voraussetzung erfüllen.

Reicht die nach diesem Termin verbleibende Restvergütung nicht aus, um für alle Leistungspositionen eine Vergütung zu garantieren, werden auch die Punktwerte für die nach diesem Termin erbrachten Notfallpositionen und Leistungen von Praxiserstgründern entsprechend abgesenkt. Der Vorstand entscheidet über das Verfahren im einzelnen.

Für Leistungen aus den betroffenen Quartalen, die zu einem späteren Zeitpunkt abgerechnet werden, gilt der Punktwert am Tag der Behandlung, unbeschadet folgender spezieller Regelungen:

Im betroffenen Quartal beantragte PAR-Behandlungen werden nach einem Mischpunktwert zwischen dem zunächst gültigen Punktwert in diesem Quartal und dem dann für das gleiche Quartal abgesenkten Punktwert für Nicht-Notfallpositionen abgerechnet.

Für die Abrechnung von Kiefergelenksbehandlungen gilt der Punktwert für Nicht-Notfallpositionen, der am Tag der jeweiligen Behandlungsmaßnahme Gültigkeit hat.

Auf Beschluss des Vorstandes kann das vorstehend geregelte Verfahren für einzelne Kassen oder einzelne Kasentypen jeweils gesondert Anwendung finden.

b)

Hat ein Schiedsspruch bzw. ein Vertrag eine Rückzahlungsverpflichtung festgelegt, bestimmt der Vorstand das Verfahren und den Zeitraum, auf welche durch Absenkung des Punktwertes der entsprechende Betrag umgelegt wird."

Dieser Beschluss wurde in einem Sonderdruck des Rheinischen Zahnärzteblattes veröffentlicht, Anlage zum Informationsdienst der Beklagten 10/97.

Weiterhin beschloss die Vertreterversammlung der Beklagten am 15.11.1997:

"Die am 15.11.1997 beschlossene Ergänzung des Honorarverteilungsmaßstabes ist für die Verteilung der Gesamtvergütung 1997 bei den Primärkassen nicht anzuwenden, falls es für diese Kassenart für das Vertragsjahr 1998 zu einem freiwilligen Vertragsabschluß kommt. Statt dessen erfolgt der Ausgleich der fehlenden Honorarvolumina bei der Umsetzung des Schiedsspruch vom 27.08.1997 - seine Wirksamkeit vorausgesetzt - durch gleichmäßige Absenkung des Verteilungspunktwertes für die Leistungen im Bereich der Primärkassen im IV. Quartal 1997. Die Praxiserstgründer, die im Jahre 1997 erstmalig ihre Praxistätigkeit aufgenommen haben, erhalten für die Leistungen im Bereich der Primärkassen den Punktwert, der im III. Quartal 1997 Gültigkeit hatte. Bei Gemeinschaftspraxen wird ggf. der Honorarumsatz gleichmäßig den Praxisinhabern zugerechnet."

Der Text dieser beiden Beschlüsse befindet sich auch auf Seite 9 des Rheinischen Ärzteblattes 12/1997 unter der Überschrift "Angenommene Anträge der Vertreterversammlung der KZV Nordrhein am 15. November 1997". Wegen der Einzelheiten wird auf das bei den Akten befindliche Rheinische Zahnärzteblatt 12/1997 Bezug genommen.

Entsprechend einer Mitteilung im Informationsdienst 12/97 reduzierte die Beklagte zunächst die zweite und dritte Abschlagszahlung für das IV Quartal 1997 von 22,5 % auf 18,5 % pro Monat des durchschnittlichen Honorars des Klägers für ein Quartal. Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 01.07.1998 zurück, gegen den sich die Klage S 2 KA 186/98 SG Düsseldorf richtete.

Unter dem 17.04.1998 erteilte die Beklagte dem Kläger den Bescheid über den Quartalsabschluss/Abrechnung für das IV Quartal 1997, dem zahlreiche Belastungsanzeigen anlagen. Darin führte die Beklagte in einem beigefügten Informationsblatt aus:

Die Honorarforderungen aus den Leistungsarten KCH, PAR und KB/KG für das Quartal IV/1997 bzw. die Monate Oktober bis Dezember 1997 seien zunächst in voller Höhe (d.h. mit vollem Punktwert) der Abrechnung für das Quartal IV/97 gutgeschrieben worden. Gleichzeitig sei in dieser Quartalsabrechnung eine Rückbelastung in Höhe der sich je zu kürzendem Punkt ergebenden Rückforderung vorgenommen worden.

Je Kassengruppe und Leistungsart seien die von den Kürzungen betroffenen Abrechnungsscheine/Pläne bestimmt und die zu kürzenden Punkte ermittelt worden. Die genauen Modalitäten zur Bestimmung der von der Kürzung betroffenen Abrechnungsscheine/Pläne seien in einer separaten Tabelle aufgeführt. Die so ermittelten Punktmengen seien mit den von der Beklagten ermittelten Kürzungsbeträgen je abgerechnetem Punkt multipliziert worden.

Die Rückbelastung auf der Quartalsabrechnung sei je Leistungsart (KCH, PAR und KB/KG) getrennt nach Primär- und VdAK/AEV-Krankenkassen erfolgt.

Die Menge der gekürzten Punkte für die Leistungsarten KCH, PAR und KB/KG, die angewendeten Kürzungsbeträge je Punkt sowie die davon betroffenen PAR- und KB/KG-Pläne seien in Form einer tabellarischen Anlage dieser Quartalsabrechnung beigefügt.

Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 18.11.1998 zurück:

Durch die Schiedssprüche für das Jahr 1997 vom 27.08.1997 für den Bereich der Primärkassen und vom 03.12.1997 für den Bereich der VdAK/AEV-Krankenkassen seien durch das Landesschiedsamt Mengenbegrenzungen für die zahnärztliche Vergütung festgelegt worden. Außerdem seien aufgrund der Schiedssprüche für das Jahr 1996 Rückzahlungen in Höhe von 10,0 Mio. DM an die Primärkrankenkassen und von 10,336 Mio. DM an die VdAK/AEV-Krankenkassen zu leisten.

Für die sich daraus für die Zahnärzte ergebende Verringerung der Vergütung habe die Vertreterversammlung am 15.11.1997 beschlossen, dass die Umsetzung des Schiedsspruches vom 27.08.1997 im Bereich der Primärkrankenkassen durch eine gleichmäßige Absenkung der Punktwert in den Leistungsbereichen Kons./chir., PAR und KB/KG für Leistungen des Quartales IV/97 erfolge. Ferner sei bei der Absenkung der Punktwerte die Rückzahlung der Primärkrankenkassen für das Jahr 1996 gleichzeitig mit zu berücksichtigen.

Für die Umsetzung des Schiedsspruches vom 03.12.1997 für den Bereich der VdAK/AEV-Krankenkassen habe der Vorstand einen Termin entsprechend der am 15.11.1997 von der Vertreterversammlung beschlossenen Ergänzung des § 4 Abs. 1 HVM ermittelt und bestimmt, den 12.12.1997, ab dem die unter Berücksichtigung der verfügbaren Mengenbegrenzung für das Jahr 1997 verbleibende Gesamtvergütung in der Weise verurteilt werde, dass bis zu diesem Zeitpunkt erbrachte Leistungen mit dem vollen Vertragspunktwert vergütet würden, während auf die übrigen Leistungspositionen der Rest der verbleibenden Gesamtvergütung entfalle und lediglich die vom Vorstand definierten Notfallpositionen ausgenommen seien.

Hinsichtlich der Rückzahlungsbeträge für 1996 in Höhe von 10,336 Mio. DM an die VdAK/AEV-Krankenkassen habe aufgrund der durch die Vertreterversammlung am 15.11.1997 beschlossenen Ergänzung des § 4 Abs. 1 b HVM der Vorstand den Zeitraum, auf welchen durch Absenkung des Punktwertes der Rückzahlungsbetrag umgelegt werde, auf das Quartal IV/97 festgelegt.

Der Rückzahlungsbetrag sei im Primärkrankenkassenbereich in Höhe von 2.291,69 DM, im VdAK/AEV-Krankenkassenbereich in Höhe von 5.371,03 DM korrekt ermittelt worden, das seien insgesamt 7.662,72 DM.

Die durch die Schiedssprüche vom 27.08.1997 (Primärkrankenkassen), zugestellt am 14.10.1997, und 03.12.1997 (VdAK/AEV-Krankenkassen), zugestellt am 22.12.1997, verfügten Rückzahlungen für 1996 und Mengenbegrenzung für 1997 seien unter Berücksichtigung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 15.11.1997 und des Beschlusses des Vorstandes nur mit der laufenden Abrechnung, also im IV. Quartal 1997, realisierbar gewesen. Begründet werde diese Regelung damit, dass der Punktwert für bereits abgelaufene Quartale keiner Veränderung unterzogen werden sollte.

Die Ausführungen betreffend die Rechtsansicht, die Ergänzung des § 4 Abs. 1 HVM genüge nicht dem Bestimmtheitsfordernis, seien nicht relevant. Die für die Berechnung der Höhe des Punktwertes zugrundeliegenden Parameter ergäben ein umfangreiches Zahlenmaterial. Nach höchstrichterlicher Ansicht sei es nicht erforderlich, dieses umfangreiche Zahlenmaterial jedem einzelnen Honorarbescheid beizulegen. Die

wesentlichen der Berechnung zugrundeliegenden Erwägungen seien den Zahnärzten in den Informationsdiensten der Beklagten bekanntgegeben worden.

Gemäß § 3 Abs. 1 des HVM würden die auf den Abrechnungsunterlagen eingetragenen Leistungen von der Verwaltung nach den Bestimmungen der Verträge geprüft und berechnet. Die Verwaltungstätigkeit erstreckte sich demzufolge nicht nur auf die an die Zahnärzte vergüteten Leistungen, sondern auf alle in den Abrechnungsunterlagen eingetragenen Leistungen. Entsprechend § 4 Abs. 3 würden vor der Verteilung der Gesamtvergütung die von der Vertreterversammlung beschlossenen Verwaltungskostenbeiträge abgezogen. Aufgrund des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 15.11.1997 erhebe die Beklagte ab dem 01.01.1998 (Abrechnungsquartal IV/97) einen Verwaltungskostenbeitrag von 1,27 %. Berechnungsgrundlage seien die verbleibenden - nicht von der Direktabrechnung betroffenen - über die Beklagte abgerechneten vertragszahnärztlichen Leistungen einschließlich der Material- und Laborkosten sowie die über die Beklagte gezahlten Erstattungsbeträge.

Entsprechend der Rückbelastung in Höhe von 7.662,74 DM betrage der Verwaltungskostenbeitrag für diese Summe 97,32 DM.

Hiergegen richtete sich die Klage S 2 KA 305/98 SG Düsseldorf. Beide Klagen des Klägers sind zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem neuen Aktenzeichen [S 2 KA 26/99](#) verbunden worden. Dazu hat der Kläger vorgetragen, dass Klagebegehren stütze sich auf die Tatsache, dass die Änderung des § 4 Abs. 1 HVM durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 15.11.1997 unwirksam gewesen und im übrigen die Regelung des § 4 Abs. 1 HVM auch im vorliegenden Fall nicht richtig angewendet worden sei.

1.

Mit der Klage wurde zum einen gerügt, dass die Berechnung der Verwaltungskosten in Höhe von 97,32 DM aus der Summe der zunächst ungekürzten Honorare berechnet worden sei, obwohl tatsächlich die hier streitbefangene Kürzung durch die streitbefangene Rückbelastung vorgenommen worden sei. Dies hätte zumindest zur Folge haben müssen, dass sich die Verwaltungskosten aus dem gekürzten und damit auch letztendlich ausgezahlten Honoraren berechnet hätten.

2.

Die Rückbelastungen beruhen erkennbar - auch - auf einer fehlerhaften Auslegung des in der Vertreterversammlung vom 15.11.1997 geänderten HVM. Im Informationsdienst 10/97 werde diese Tatsache unterstützt und belegt durch die Behauptung, die Vertreterversammlung habe "für den Bereich der Primärkassen" beschlossen, dass der Punktwert im Sachleistungsbereich (Kons./Chir; PAR; KG/KB im IV Quartal 1997) floaten werde. Der Wortlaut der Beschlussfassung der Vertreterversammlung der Beklagten vom 15.11.1997 - also zu einem Zeitpunkt, in welchem der Schiedsspruch für die Primärkassen bereits bekannt gewesen sei - nehme auf den bekannten Schiedsspruch überhaupt nicht Bezug, sondern bewege sich hinsichtlich der Anwendbarkeit des geänderten § 4 Abs. 1 HVM in Konjunktiv und regele den "Fall", dass eine Mengenbegrenzung durch Vertrag oder Schiedsspruch erfolge und Einzelleistungen von der Krankenkasse nicht mehr voll vergütet würden.

Eine zulässige Regelung eines "floatenden Punktwertes" in einem Honorarverteilungsmaßstab setze zunächst voraus, dass der entsprechende Honorarverteilungsmaßstab vor dem möglichen Abrechnungsquartal erlassen werde. Da die hier in Frage stehende Beschlussfassung der Vertreterversammlung am 15.11.1997 auf die "für das Jahr verbleibende Gesamtvergütung" abstelle und in seiner weiteren Regelung für PAR-Behandlungen auf das "betroffene Quartal" abstelle, könne die Neuregelung des § 4 Abs. 1 des HVM nur als Honorarverteilungsmaßstab für das IV. Quartal 1997 verstanden werden. Damit der einzelne Zahnarzt aber erkennen könne, wie sich seine Vergütung bei der Budgetierung berechne, müsse der Honorarverteilungsmaßstab gemäß dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 03.12.1997 - [6 RKa 21/97](#) - den maßgeblichen Rechenvorgang für die Berechnung des Punktwertes in dem HVM selbst nachvollziehbar darstellen, wobei im entschiedenen Fall auch noch vor dem Zeitpunkt der Wirksamkeit des HVM in Rundschreiben der maßgebliche Rechenvorgang erläutert worden sei. Diese notwendigen Voraussetzungen seien im vorliegenden Fall nicht gegeben und machten den HVM in der Fassung vom 15.11.1997 unwirksam. Hier sei der "Bestimmtheitsgrundsatz" verletzt worden.

Begrifflich setze im übrigen die Regelung eines "floatenden Punktwertes" in einem Honorarverteilungsmaßstab voraus, dass sich der Punktwert durch die für das konkrete Abrechnungsjahr ergebende Gesamtvergütung, geteilt durch die tatsächlich abgerechnete Gesamtpunktmenge, bestimme. Dies sei hier begrifflich in der Quartalsabrechnung IV/97 ebenfalls nicht realisiert worden, da die Gesamtvergütung für das Jahr 1997 sachlich nicht bestimmt werde durch Rückforderungen für das vorangegangene Abrechnungsjahr, wie dies im vorliegenden Falle zur Einbeziehung in die Gesamtvergütung für das Jahr 1997 unzulässigerweise vorgenommen worden sei.

3.

Die Rückbelastung für kieferchirurgische Leistungen einmal im Bereich der Primärkassen und einmal im Bereich der VdAK/AEV-Kassen in der Quartalsabrechnung IV/97 werde in der Belastungsanzeige damit begründet, dass nach Maßgabe des § 4 Abs. 1 HVM in der Fassung vom 15.11.1997 eine Reduzierung der Punktwerte "für die Leistungen des 4. Quartals 1997" geregelt sei.

Diese Rechtsansicht sei falsch. Der Beschluss der Vertreterversammlung vom 15.11.1997 regele im Gegenteil hierzu ausdrücklich, dass die bis zu einem vom Vorstand zu bestimmenden Termin erbrachten Leistungen "möglichst mit dem vollen Vertragspunktwert vergütet werden" sollten und eine Reduzierung erst auf den Zeitpunkt danach hinsichtlich der verbleibenden Gesamtvergütung erfolgen solle. Dass eine entsprechende volle Punktabrechnung bis zu dem fraglichen Zeitpunkt hier nicht möglich gewesen wäre, sei sachlich nicht ersichtlich. Grundsätzlich dürfte eine solche "Ermessensentscheidung" ("möglichst") hinsichtlich der sachlichen Ausfüllung nicht in die Entscheidungskompetenz des Vorstandes übertragen werden. Hier müsse der Honorarverteilungsmaßstab schon selbst definitiv regeln, ob und bis wann welcher Punktwert abzusenken sei und ab welchem konkreten Zeitpunkt eben eine andere Berechnungsmethode, welche ebenfalls aber nachvollziehbar gestaltet und geregelt sein müsse, gelten solle. Diesen grundsätzlichen Bestimmtheitsvorgaben genüge die Neuregelung des § 4 Abs. HVM nicht, so dass sie insoweit unwirksam sei.

Die tatsächlich vorgenommene differenzierte Berechnung für den Primärkassenbereich einerseits mit einer pauschalen Kürzung des Punktwertes für das gesamte Quartal, hier also auch rückwirkend, und im Ersatzkassenbereich andererseits mit einer grundsätzlichen Kürzung mit Ausnahme der Notfallpunkte, jedoch differenziert für Behandlungen bis zum 11.12.1997 einerseits und ab dem 12.12.1997 andererseits,

führe in keiner der hier abgerechneten Alternativen zu einer zulässigen Form der Rückbelastung und Kürzung. Grundsätzlich greife hier das Rückwirkungserbot, welches der Vertreterversammlung die Möglichkeit nehme, durch eine HVM-Änderung am 15.11.1997 Regelungen für den Zeitraum vor dem 15.11.1997 zu treffen.

Für den Zeitraum zwischen dem 15.11.1997, genauer genommen sogar noch dem Datum der Verkündung des HVM, und dem 11.12.1997 könne auch nach dem Wortlaut des neu gefaßten HVM keine Punktwertkürzung erfolgen, da - die Wirksamkeit der Neuregelung des § 4 Abs. 1 HVM fiktiv unterstellt - nach Möglichkeit bis zu einem vom Vorstand zu bestimmenden Zeitpunkt die volle Vergütung des Punktwertes erfolgen sollte. Dass diese Möglichkeit nicht gegeben gewesen sei, sei zu keinem Zeitpunkt erläutert worden und begründet worden. Die Vorstandsentscheidung folge nicht den Vorgaben des HVM und verstoße gegen das "Willkürverbot".

Auch für die Zeit nach dem 12.12.1997 könne keine Punktwertkürzung erfolgen, da der Grundsatz der Berechenbarkeit der Budgetierung und der Grundsatz der Bestimmbarkeit der Budgetierung es erforderlich machten, dass der Honorarverteilungsmaßstab selbst die Zeitpunkte regelt, ab welchen eine volle und ab welchem Zeitpunkt nur eine reduzierte Punktwertvergütung erfolge. Die Delegation auf den Vorstand sei unzulässig.

4.

Gleiches gelte für die Rückbelastungen im Bereich KB/KG einmal für die Primärkassen und andererseits für die Ersatzkassen. Hier habe der HVM im übrigen wie auch im Bereich der Kieferchirurgie überhaupt keine definitiven Regelungen getroffen, welche eine rechtliche Handhabe dafür gäben, einerseits vor dem 15.11.1997 oder dem 11.12.1997 und andererseits ab dem 12.12.1997 Punktwertkürzungen vorzunehmen und diese sodann für das gesamte Quartal zurückzubelasten.

5.

Die Rückbelastungen im Bereich PAR erfolgten in der Quartalsabrechnung IV/97 bei den Primär- und Ersatzkassen in gleicher Weise dergestalt, dass grundsätzlich für das gesamte Quartal IV/97 eine Punktwertkürzung vorgenommen werde, welche dann als Rückbelastung in der Quartalsabrechnung IV/97 Niederschlag finde.

Grundsätzlich regelt zwar die Neufassung des § 4 Abs. 1 HVM gemäß Beschluss der Vertreterversammlung vom 15.11.1997 hinsichtlich der PAR-Behandlungen, dass hier nach einem Mischwert für das gesamte Quartal abgerechnet werde. Diese explizite Sonderregelung des neu gefaßten HVM sei jedoch faktisch nicht angewendet worden. Im Bereich der Primärkassen ergebe sich dies unschwer aus dem Vergleich der ermittelten Kürzungsbeträge je Punkt in DM, wobei hierbei undifferenziert zwischen den Bereichen KCH, dem Bereich PAR und dem Bereich KB/KG grundsätzlich ein Kürzungsbetrag von 0,1836 DM angenommen werde, ohne dass einerseits erkennbar werde, dass hier tatsächlich ein sogenannter "Mischpunktwert" ermittelt worden sei und andererseits hierbei eine besondere Differenzierung zwischen dem Bereich PAR einerseits und den Bereichen KCH und KB/KG vorgenommen worden sei.

Für den Ersatzkassenbereich sei vor allem im Bereich PAR nicht zulässig, dass die Frage der Kürzung abhängig gemacht werde von dem Genehmigungsdatum, soweit es im Quartal IV/97 liege, da der behandelnde Vertragszahnarzt auf den Genehmigungszeitpunkt keinen Einfluß habe. Er habe lediglich einen Einfluß auf die Antragstellung. Insoweit sei die Frage der Einbeziehung in die Kürzung in diesem Bereich willkürlich und damit unzulässig. Die Tatsache, dass hier im übrigen die Kürzungen das gesamte Quartal betreffen bzw. betreffen sollten, verstoße gegen das Rückwirkungsverbot, da die Vertreterversammlung bei der Beschlussfassung am 15.11.1997 nicht befugt gewesen sei, rückwirkende HVM-Regelungen für ein schon begonnenes Quartal zu treffen. Für den Ersatzkassenbereich sei auch nicht ersichtlich, dass die ermittelten Kürzungsbeträge je Punkt tatsächlich eine Berechnung nach einem sogenannten "Mischpunktwert" darstellten, wie dies die Regelung des HVM in der Fassung vom 15.11.1997 letztendlich vorgebe.

6.

Nach dem Vorstehenden gelte im übrigen hinsichtlich der - wie auch immer vorgenommenen - Punktwertkürzungen, dass durch die Einbeziehung der Rückzahlungen gemäß den Schiedssprüchen für das Jahr 1996 in die Gesamtvergütung für das Jahr 1997 die tatsächliche Gesamtvergütung unzulässig verfälscht werde.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Honorarabrechnungsbescheides vom 17.04.1998 für das Quartal IV/97 in Form des Widerspruchsbescheides vom 18.11.1998 zu verurteilen, an ihn 7.662,72 DM (ausgewiesene Rückbelastungen) sowie 97,32 DM (Verwaltungskosten) zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur generellen Zulässigkeit, einen Rückgang der Gesamtvergütung durch Umlegung des Fehlbetrages auszugleichen, habe das Bundessozialgericht bereits mit seinen Entscheidungen vom 19. Dezember 1984 - [6 RKA 8/83](#) und 9/83 - Stellung genommen.

Soweit der Kläger bemängelt, hier hätte die Vertreterversammlung selbst die Einzelheiten vorgeben müssen, werde das von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht getragen. Mit seiner Entscheidung vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - habe das Bundessozialgericht festgestellt, dass auch Honorarverteilungsbestimmungen derart ausgestaltet sein könnten, dass eine genaue Festlegung erst nach Ablauf des Quartales erfolge.

§ 4 Abs. 6 HVM sehe vor, dass Überzahlungen nach Feststellung zurückgezahlt werden müßten. Hiermit sei klargestellt, dass grundsätzlich Überzahlungen im Zahlungsverkehr zwischen der Beklagten und dem Vertragszahnarzt vermieden werden sollten. Schließlich verbiete § 4 Abs. 7 Satz 6 HVM die Leistung von Vorschüssen an einzelne KZV-Mitglieder.

Als Abschlags- und Restzahlung stehe der Betrag zur Verteilung an alle abrechnenden Vertragszahnärzte zur Verfügung, der nach

Anwendung der Vorgaben in § 4 Abs. 1 bis 3 HVM verbleibe. Für den Fall von Begrenzungen mit der Folge, dass nicht für alle abgeforderten Leistungen der einheitlich vereinbarte Einzelleistungspunktwert gezahlt werden könne, sei in § 4 Abs. 1 Satz 3 HVM das Procedere geregelt worden. Danach sei im IV. Quartal 1997 der Verteilungspunktwert gleichmäßig für alle Leistungen dieses Quartals abzusenken gewesen. Des weiteren sei in § 4 Abs. 1 Satz 3 lit. a HVM die Ermächtigung des Vorstandes geregelt. Dieser sei der Vorstand gezwungenermaßen nachgekommen, da der Spruch des Landesschiedsamtes im Bereich der VdAK-/AEV-Krankenkassen dieses notwendig gemacht habe.

Mit dem angefochtenen Urteil vom 19.01.2000 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, der Quartalsabrechnungsbescheid IV/1997 sei nicht rechtswidrig. Die Abrechnung stütze sich rechtsfehlerfrei auf den HVM der Beklagten in der rechtswirksam geänderten Fassung, wie sie von der Vertreterversammlung am 15.11.1997 beschlossen worden sei.

Im einzelnen hat das Sozialgericht die Entscheidung folgendermaßen begründet:

Die HVM-Änderung ist nicht wegen Verstoßes gegen das Rückwirkungsverbot rechtswidrig.

Das Rechtsstaatsprinzip des Grundgesetzes (GG) setzt der Befugnis des Gesetzgebers, den Eintritt nachteiliger Rechtsfolgen auf einen Zeitraum vor Verkündung des Gesetzes zu erstrecken, enge Grenzen. Auch außerhalb des Anwendungsbereichs des [Art. 103 Abs. 2 GG](#) (Rückwirkungsverbot für Strafbestimmungen) ist er nur unter strengen Voraussetzungen berechtigt, Rechtsfolgen für einen vor Verkündung der Norm liegenden Zeitpunkt eintreten zu lassen ([BVerfGE 72, 200](#), 242, 257 - st. Rspr.). Dabei ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes zu unterscheiden zwischen der nur in bestimmten Ausnahmefällen zulässigen echten (retroaktiven) Rückwirkung eines Gesetzes, bei der das Gesetz nachträglich ändernd in abgewinkelte, der Vergangenheit angehörende Sachverhalte eingreift, und der unechten (retrospektiven) Rückwirkung von Rechtsnormen, bei der die Norm auf gegenwärtig noch nicht abgeschlossene Sachverhalte für die Zukunft einwirkt und damit zugleich die betroffene Rechtsposition nachträglich entwertet. Unechte Rückwirkung von Normen ist unter leichteren Voraussetzungen zulässig, nämlich bereits dann, wenn das Vertrauen des Einzelnen auf den Fortbestand einer bestimmten gesetzlichen Regelung im Hinblick auf die Bedeutung des gesetzgeberischen Anliegens für das Wohl der Allgemeinheit nicht den Vorrang verdient (vgl. [BVerfGE 36, 73](#), 82; [40, 65](#), 75 f; [75, 246](#), 280). Belastende Gesetz hingegen, die sich echte Rückwirkung beilegen, sind wegen eines Verstoßes gegen das Gebot der Rechtssicherheit, die für den Einzelnen vor allem Vertrauensschutz bedeutet, grundsätzlich nichtig (vgl. zur Terminologie Papier, SGB 1994, 105, 107 sowie Fiedle, NJW 1988, 1624, 1625).

Diese Grundsätze sind im vorliegenden Fall entsprechend anzuwenden, denn bei dem HVM handelt es sich um eine autonome Satzung der Beklagten, die von deren Vertreterversammlung beschlossen wird, und damit um eine untergesetzliche Rechtsnorm (Jörg, Das neue Kassenarztrecht, 1993, Rdnr. 391).

Vorliegend ist ein Fall unechter Rückwirkung gegeben. Die zum 15.11.1997 geänderten Vorschriften des HVM greifen mit Wirkung für die Zukunft in die Abrechnung des Quartales IV/97 ein, das zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen war. Die unechte Rückwirkung ist auch zulässig, denn das Vertrauen des einzelnen Vertragszahnarztes auf den Fortbestand der bis zum 15.11.1997 geltenden Punktwerthöhe verdient im Hinblick auf die Bedeutung der HVM-Änderung für das Wohl der Allgemeinheit der Vertragszahnärzte nicht den Vorrang.

Durch die Schiedssprüche für das Jahr 1997 vom 27.08.1997 für den Bereich der Primärkrankenkassen und vom 03.12.1997 für den Bereich der VdAK/AEV-Krankenkassen wurden durch das Landesschiedsamt Mengengrenzungen für die zahnärztliche Vergütung festgelegt. Außerdem waren aufgrund der Schiedssprüche für das Jahr 1996 Rückzahlungen in Höhe von 10,0 Mio. DM an die Primärkrankenkassen und von 10,336 Mio. DM an die VdAK/AEV-Krankenkassen zu leisten. Da Rechtsmittel gegen diese Schiedssprüche keine aufschiebende Wirkung besitzen und Anträge der Beklagten auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes erfolglos geblieben sind, war die Beklagte gehalten, die als Gesamtvergütung für 1997 noch zur Verfügung stehende begrenzte Finanzmasse sachgerecht zu verteilen. Dies ist mit der Änderung des § 4 Abs. 1 HVM i.d.F. ab 15.11.1997 in rechtmäßiger Weise geschehen.

Nicht zu beanstanden ist hierbei zunächst, dass die Formulierungen in den geänderten Regelungen des HVM auf den konkreten Schiedsspruch für die Primärkassen nicht unmittelbar Bezug nehmen, sondern im Konjunktiv gefaßt sind. Rechtsnormen wie der streitbefangene HVM stellen abstrakt-generelle Regelungen dar, die zwar an einen singulären Sachverhalt anknüpfen können, grundsätzlich aber Geltung auch für Anwendungsfälle in der Zukunft haben und solange gültig sind, bis sie modifiziert oder aufgehoben werden.

Die HVM-Änderungen sind auch inhaltlich rechtmäßig.

Die Verwaltung eines Mangels in der Gesamtvergütung, wie sie durch die Schiedssprüche hervorgerufen worden ist, kann auf verschiedene Weise aufgefangen werden. Die Spannweite der Möglichkeiten reicht dabei von einem floatenden Punktwert (so regelmäßig bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein) bis zu einer Kappung jeglicher Vergütung für den Fall, dass die zur Verfügung stehenden Finanzmittel aufgezehrt sind. Dazwischen ist eine Vielzahl von Variationen denkbar (vgl. LSG NRW, Ur. v. 18.12.1996 - [L 11 Ka 201/95](#) -).

Vorliegend erfolgte für die Abrechnung der Leistungen im Bereich der nordrheinischen Primärkassen der Ausgleich der fehlenden Honorarvolumina durch gleichmäßige Absenkung des Verteilungspunktwertes im IV. Quartal 1997 in den Leistungsbereichen Kons./Chir. (KCH), Parodontos (PAR) und Kieferbruch/Kiefergelenk (KB/KG). Die Einführung dieses floatenden Punktwertes ist durch die Vertreterversammlung der Beklagten unmittelbar im Anschluß an die am 15.11.1997 beschlossene Ergänzung des HVM beschlossen worden. Sie stellt sich ihrer Rechtsnatur nach ebenfalls der Regelung der Honorarverteilung dar und ist insofern von dem hierfür zuständigen Organ der Beklagten erlassen worden.

Die Art des gewählten Honorarverteilungsmodus, nämlich die Einführung eines floatenden Punktwertes, schließt auch einen Verstoß gegen den Bestimmtheitsgrundsatz deswegen aus, weil der maßgebliche HVM nicht vor dem Abrechnungsquartal IV/97 erlassen worden ist. Zutreffend ist zwar, dass Regelungen in Honorarverteilungsmaßstäben, mit denen der übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit präventiv entgegengewirkt werden soll ([§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#)), vor Beginn des Abrechnungsquartales erlassen worden sein müssen (vgl. BSG, Ur. vom 26.01.1994 - [6 RKa 16/91](#) - und [6 RKa 33/91](#)). Dies folgt daraus, dass der Vertrags(zahn)arzt seine Behandlungsweise nur dann umstellen kann, wenn ihm von vornherein bekannt ist, von welchen Grenzbeträgen ab eine übermäßige Ausdehnung seiner Tätigkeit vorliegen soll. Darum geht es hier aber nicht. Abweichend von Mengengrenzungsregelungen soll § 4 Abs. 1

HVM sicherstellen, dass das begrenzte Jahresbudget sachgerecht verteilt wird. Hierbei wohnt der streitbefangenen Verteilungsweise des floatenden Punktwertes systematisch inne, dass sich der Auszahlungspunktwert für die einzelnen Leistungen erst nach der Abrechnung des Quartals aus der Relation der noch verbleibenden Gesamtvergütung zu der Gesamtpunktzahl des angeforderten Leistungsbedarfs errechnen läßt. Die Bestimmung einer Punktwertgröße vor Beginn des Quartals und damit etwas tatsächlich Unmögliches kann von der Beklagten rechtlich nicht verlangt werden.

Auch Begründungsmängel liegen nicht vor. Nach [§ 35 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 SGB X](#) ist ein Verwaltungsakt schriftlich zu begründen. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dem angefochtenen Abrechnungsbescheid nebst Anlagen konnte der Kläger die wesentlichen rechtlichen und tatsächlichen Gründe für die Rückzahlung entnehmen. Der Bescheid weist in den Belastungsanzeigen auf die der Abrechnung zugrundeliegenden Bestimmungen des HVM hin und erläutert diese noch einmal eingehend in einem beigefügten Informationsblatt; im übrigen waren allen Vertragszahnärzten die streitbefangenen HVM-Regelungen mehrfach in den Informationsdiensten der Beklagten bekanntgegeben worden, auf die der Widerspruchsbescheid vom 18.11.1998 zutreffend Bezug nimmt.

Der Bescheid enthält auch eine von den Leistungsanforderung des Klägers ausgehende rechnerisch nachvollziehbare Berechnung der Rückbelastungsbeträge, jeweils differenzierend nach den beiden Kassenarten und den drei Leistungsbereichen. Soweit der Kläger bemängelt, die besondere Regelung über die Abrechnung eines "Mischpunktwertes" der PAR-Behandlungen im Primärkassenbereich sei nicht beachtet worden, da undifferenziert ein Kürzungsbetrag von 0,1836 DM in allen Leistungsbereichen (KCH, PAR und KG/KB) verfügt worden sei, läßt dies außer Betracht, dass mit der weiteren HVM-Änderung über die Aussetzung der Ergänzung des HVM für die Primärkassen (vgl. ID 10/97, S. 2) eine gleichmäßige Absenkung des Verteilungspunktwertes für die Leistungen im Bereich der Primärkassen im IV. Quartal 1997 beschlossen worden war. Eben dies führt zu dem einheitlichen Kürzungsbetrag in allen drei Leistungsbereichen.

Weitergehende Rechenvorgänge waren in den Bescheidgründen nicht darzulegen. Der Mitteilung aller Berechnungsgrundlagenbedarf es nicht; es sind lediglich die wesentlichen Gründe mitzuteilen, um dem Bescheidempfänger eine Beurteilungsgrundlage zu bieten (vgl. LSG NRW, Urte. v. 10.01.1996 - L 11 Ka 112/95 -). Im übrigen hat der Gesetzgeber die Begründungspflicht mit guten Gründen auf die "wesentlichen Gründe" beschränkt. Anderenfalls müßte jede im Bescheid mitgeteilte Tatsache näher begründet werden, ohne dass hierzu eine sinnvolle Begrenzung möglich wäre. Dies würde im Ergebnis darauf hinauslaufen, dass die Beklagte nicht nur darlegen müßte, wie sie die Kürzungsbeträge ermittelt hat, sie müßte darüber hinaus alle dem zugrundegelegten Tatsachen belegen. Dass dies die Begründungsanforderungen angesichts des Gesetzeswortlautes überspannt, bedarf keinen weiteren Darlegungen.

Auch die Rückforderungen bei den VdAK/AEV-Kassen sind rechtmäßig.

Soweit der Kläger hierzu bei den PAR-Leistungen moniert, es sei unzulässig auf das Genehmigungs- und nicht auf das Antragsdatum abgestellt worden, haben der Prozeßbevollmächtigte und die Vertreterin der Beklagten in der mündlichen Verhandlung am 19.01.2000 diesen Einwand zur Überzeugung der Kammer beseitigen können. Danach ist - wie sich aus der vorgelegten Rechentabelle (S. 3 Mitte) ergibt - Grundlage der kürzbaren Punktmenge PA IV/1997 bei den Nicht-Neugründern das Antragsdatum gewesen. Diesen Vortrag hält die Kammer aus der Erfahrung der selbst betroffenen ehrenamtlichen Richter, die beide Vertragszahnärzte sind, für zutreffend.

Ebensowenig ist rechtswidrig, dass die Vertreterversammlung der Beklagten die Verteilung der Gesamtvergütung nicht selbst abschließend im HVM festgelegt, sondern den Vorstand ermächtigt hat, einen Termin zu ermitteln und zu bestimmen, ab dem die unter Berücksichtigung der verfügbaren Mengenbegrenzung für das Jahr 1997 verbleibende Gesamtvergütung in der Weise verteilt wird, dass bis zu diesem Zeitpunkt erbrachte Leistungen mit dem vollen Vertragspunktwert vergütet werden, während auf die übrigen Leistungspositionen der Rest der verbleibenden Gesamtvergütung entfällt und lediglich Notfallpositionen ausgenommen sind. Damit wird der Umfang der Kompetenzen, die die Vertreterversammlung dem Vorstand einräumen kann, nicht überschritten. Die Kompetenz ermöglicht es dem Vorstand, entsprechend dem errechenbaren Verhältnis von abgerechneter Gesamtpunktzahl und Gesamtvergütungsvolumen kurzfristig den relevanten Zeitpunkt zu bestimmen. Das Bundessozialgericht hat vergleichbare Ermächtigungen an den Vorstand in unterschiedlichen Konstellationen als rechtmäßig angesehen (vgl. Urte. v. 03.12.1997 - [6 RKA 21/97](#) - = [BSGE 81, 213](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#) zur Befugnis des Vorstandes der Beklagten, den Grenzwert gem. § 4 Abs. 1 a HVM a.F. festzusetzen; ebenso Urte. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 60/97 R](#)-; vgl. auch Urte. v. 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) -; v. 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) -; v. 20.01.1999 - [B 6 KA 77/97 R](#) - und - [B 6 KA 78/97 R](#) -). Nach der Judikatur des BSG müssen die wesentlichen Elemente der Honorarverteilung in ihren Grundzügen im HVM selbst geregelt sein, während im übrigen der Vorstand im HVM zu den konkretisierenden Regelungen und Einzelfallentscheidungen ermächtigt werden kann. Diese Grenzen sind vorliegend eingehalten.

Nicht zu beanstanden ist schließlich der Umstand, dass die Berechnung der Verwaltungskosten aus der Summe der zunächst ungekürzten Honorare berechnet wurde, obwohl durch die Rückbelastungen Kürzungen vorgenommen wurden. Berechnungsgrundlage für die gemäß § 4 Abs. 3 HVM vor der Verteilung der Gesamtvergütung abzuziehenden Verwaltungskostenbeiträge sind die - nicht von der Direktabrechnung betroffenen - über die Beklagte abgerechneten vertragszahnärztlichen Leistungen einschließlich der Material- und Laborkosten sowie die über die Beklagten gezahlten Erstattungsbeträge (vgl. ID 10/97, S. 2 zu Ziffer 4). Da die Abrechnung zunächst nach dem vollen Punktwert erfolgte und sich erst durch die Rückbelastung reduzierte, durfte die Berechnung der Verwaltungskostenbeiträge an der Brutto-Abrechnungssumme anknüpfen. Damit entspricht diese Verfahrensweise derjenigen bei sachlich-rechnerischen Berichtigungen; die Rückforderung von Honoraranteilen aufgrund solcher Berichtigungen wirkt sich auf den Verwaltungskostenbeitrag ebenfalls nicht aus.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers. Zu deren Begründung wiederholt und vertieft er sein erstinstanzliches Vorbringen und macht im wesentlichen - nach Erledigung einzelner Punkte - noch geltend, die von der Beklagten vorgenommene Honorarberechnung verstoße gegen das Rückwirkungs- und Willkürverbot. Das Berechnungsverfahren für das Honorar müsse vor Quartalsbeginn und damit vor Behandlungsbeginn bestimmt sein. Die Übertragung einzelner Entscheidungen auf den Vorstand sei unzulässig. Auch der Rechenvorgang für das Honorar müßte im HVM selbst geregelt werden. Für den Primärkassenbereich sei für das ganze Quartal in floatender Punktwert zugrundegelegt worden, obwohl der erste Beschluss der Vertreterversammlung vom 15.11.1997 dies erst ab einem bestimmten bekanntzugebenden Termin vorgesehen habe. Der zweite Beschluss der Vertreterversammlung vom 15.12.1997 sei nicht ordnungsgemäß im Rheinischen Zahnärzteblatt oder einem Sonderdruck oder ähnlichem bekanntgemacht worden. Letztlich verbleibt der Kläger dabei, dass die Verwaltungskosten nur aus den gekürzten und tatsächlich ausgezahlten Honoraranteilen berechnet werden dürften.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 19.01.2000 abzuändern und die Bescheide der Beklagten vom 17.04.1998 und 18.11.1998 aufzuheben, soweit darin Rückbelastungen ausgesprochen worden sind und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger weitere 7.662,72 DM Honorar zu zahlen sowie Verwaltungskosten in Höhe von 97,32 DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor, der Kläger differenziere nicht ausreichend zwischen den Änderungen des HVM einerseits und den Beschlüssen der Vertreterversammlung andererseits. Der zweite Beschluss der Vertreterversammlung vom 15.11.1997 sei zum einen zeitnah mit dem Informationsdienst 10/97 zur Kenntnis gebracht worden, im übrigen im Rheinischen Zahnärzteblatt 12/97 veröffentlicht worden. Die Sonderregelung im zweiten Beschluss der Vertreterversammlung vom 15.11.1997 für den Primärkassenbereich sei von dem hierfür gemäß der Satzung der Beklagten zuständigen Organ getroffen worden und inhaltlich nicht zu beanstanden. Entgegen der Auffassung des Klägers sei der entsprechende Rechenweg in der Regelung des § 4 Abs. 1 HVM dargelegt und im Ersatzkassenbereich auch so umgesetzt worden. Entgegen der Ansicht des Klägers seien Verwaltungskosten nicht lediglich ein Annex des Auszahlungsbetrages.

Verwaltungskosten dürften zur Durchführung der Aufgaben der Beklagten von allen Mitgliedern erhoben werden. Aufgabe der Beklagten sei es, die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen durchzuführen, die sachlich-rechnerische Prüfung derselben und die Rechnungslegung gegenüber den Kostenträgern. Deswegen sei der zutreffenderweise ermittelte Auszahlungsbetrag zunächst Parameter für die Ermittlung des Verwaltungskostenbeitrages. Die Schlußfolgerung, bei späteren Honorarrückforderungen z.B. wie hier aufgrund gesamtvertraglicher Regelungen müsse eine Korrektur der Verwaltungskosten erfolgen, trage dem Hintergrund der Erhebung der Verwaltungskosten nicht ausreichend Rechnung.

Weitere Einzelheiten, auch des Vorbringens der Beteiligten, ergeben sich aus den Prozeßakten und Verwaltungsakten der Beklagten, auf die Bezug genommen wird. Weiterhin lagen vor und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 05.06.2002 und der Entscheidungsfindung die Prozeßakten S 2 KA 269/97 und S 2 KA 2/98 SG Düsseldorf, auf die ebenfalls Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 19.01.2000 ist statthaft und zulässig, aber unbegründet. Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide der Beklagten nicht beschwert, denn sie sind rechtmäßig. Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf die oben beschriebenen zutreffenden Gründe der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen, weil der Senat die Berufung aus den Gründen dieser Entscheidung zurückweist, [§ 153 Abs. 2 SGG](#).

Das Berufungsvorbringen führt zu keinem anderem Ergebnis. Auch der Senat sieht keinen Verstoß gegen den Bestimmtheitsgrundsatz, das Rückwirkungs- oder das Willkürverbot. Angesichts der Unsicherheit der zur Honorarverteilung zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung bis in das Jahr 2000 hinein konnte naturgemäß die genaue Honorarhöhe unter dem Gesichtspunkt des Verteilungspunktwertes bis zum Quartalsanfang oder Quartalsende nicht feststehen.

Entgegen der Auffassung des Klägers sind die Berechnungsverfahren und -alternativen in den zwei Beschlüssen der Vertreterversammlung vom 15.11.1997 exakt beschrieben und somit vorher bestimmt. Nach dem unwidersprochenen Vortrag der Beklagten lag zwar im Dezember 1997 ein verbindlicher Vertrag mit den Primärkassen über die Gesamtvergütung 1998 noch nicht vor, jedoch im ersten Quartal 1998 mit solcher Gewißheit, dass die Honorarberechnung entsprechend dem zweiten Beschluss der Vertreterversammlung vorgenommen wurde.

Nach den Feststellungen des Senates nach der Vertagung der mündlichen Verhandlung ist dieser zweite Beschluss auch ordnungsgemäß im Rheinischen Zahnärzteblatt 12/97 veröffentlicht worden, siehe dazu Seite 8. Hierbei handelt es sich um das gemäß § 18 der Satzung vorgesehene Bekanntmachungsorgan der Beklagten ([§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 8 SGB V](#)). Entgegen der Auffassung des Prozeßbevollmächtigten des Klägers handelt es sich nicht um einen namentlich gekennzeichneten Artikel eines Dr ... S ..., vielmehr ist dieser Zahnarzt als Antragsteller - wie auch für andere fünf angenommene Anträge - namentlich benannt. Damit ist der genaue Beschlusswortlaut mit dem genauen Abstimmungsergebnis ordnungsgemäß bekanntgemacht worden.

Im übrigen hat der Kläger nicht einmal eine Beschwerde durch die Art und Weise der Honorarberechnung im angefochtenen Bescheid vortragen können. Die Auswirkungen einer andersartigen Berechnung gemäß dem ersten Beschluss der Vertreterversammlung sind auch für den Senat nicht feststellbar. Vergleichsberechnungen liegen nicht vor.

Letztlich sieht der Senat keinen Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, dass die Beklagte den Budgetausgleich 1997 und die Rückzahlung für 1997 allein auf im Quartal IV/1997 abrechnende Zahnärzte umgelegt hat. Die Honorarverteilung und -abrechnung für die drei vorangegangenen Quartale war bereits abgeschlossen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#) in der Fassung bis zum 01.01.2002.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-21