

L 5 KA 4277/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KA 6147/04
Datum

27.06.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 4277/07
Datum

01.07.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 27. Juni 2007 insoweit aufgehoben, als die Beklagte verpflichtet wird, an den Kläger 2.789,99 EUR zu zahlen, und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten beider Rechtszüge.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 35.886,33 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die Rückforderung vertragszahnärztlichen Honorars für das Jahr 2001 wegen Überschreitung der individuellen Bemessungsgrundlage (IBG) im Bereich Kieferorthopädie (KfO) bzw. die Berücksichtigung der Honorarkürzung auf Grund der Degressionsregelung in [§ 85 Abs. 4](#) b bis 4 f Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) im Streit.

Der Kläger war als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie im Jahr 2001 in Sindelfingen niedergelassen und nahm an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil.

Mit als vorläufig bezeichnetem Bescheid vom 27.3.2003 teilte die Rechtsvorgängerin der Beklagten (Kassenzahnärztliche Vereinigung Stuttgart - KZV S-) dem Kläger mit, die IBG könnten gem. § 4 Nr. 3 der Anlage 2 ihres Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) für das Jahr 2001 durch Vorstandsbeschluss verändert werden, wenn bei einem Honorartopf die Summe der einzelnen IBG aller Zahnärzte die von den Kostenträgern zu zahlende Gesamtvergütung über- oder unterschreite. Im Bereich KfO liege für das Jahr 2001 eine deutliche Überschreitung der Gesamtbudgets sowohl im Primär- wie im Ersatzkassenbereich vor. Außerdem habe die Summe der einzelnen IBG aller Zahnärzte in diesen Bereichen die zu zahlenden Gesamtvergütungen im Primär- und Ersatzkassenbereich überschritten. Die im Verhältnis zur Gesamtvergütung zu hohe Summe aus den einzelnen IBG resultiere in der Hauptsache aus der HVM-Regelung. Für die Bewertung der IBG für das Jahr 2001 habe die bessere Alternative zwischen den vorhandenen IBG-Werten 1999 und den tatsächlichen Abrechnungswerten aus 1999 herangezogen werden müssen. Darüber hinaus sei die Abrechnung im Bereich KfO nochmals deutlich höher als die schon bestehende Überschreitung in Jahr 2000. Der Vorstand sei daher auf der Grundlage des HVM gezwungen gewesen, alle IBG 2001 nachträglich im Bereich KfO Primärkassen um zwei Prozent und im Bereich KfO Ersatzkassen um 23 Prozent abzusenken. Der auf den Kläger entfallende Rückzahlungsbetrag belaufe sich auf insgesamt 38.166,45 EUR. Ergänzend werde auf die dem Bescheid beigefügte Anlage Bezug genommen. Diese enthielt u.a. folgende Aufstellung:

IBG 2001 bisher IBG 2001 neu abgerechnetes Honorar Überschreitung Rückforder- ungssatz Rückforderung absolut 637.347,71 638.372,78 716.271,89 77.899,11 95,63% bzw.96,24 % 76.647,08 DM

Der Rückforderungsbetrag wurde in der Folgezeit mit Honoraransprüchen des Klägers gegen die damalige KZV S verrechnet.

Hiergegen erhob der Kläger im Wesentlichen mit der Begründung Widerspruch, die höchstrichterliche Rechtsprechung bzgl. gleichzeitigem Honorarabzug für Degressionen und Budget sei nicht berücksichtigt worden.

Mit bestandskräftigen Bescheid vom 18. Juni 2003 (LSG-Akte Bl. 19) setzte die Beklagte den mit vorläufigen Bescheid über Honorarkürzung

gem. § 85 Abs. 4 b bis 4 f SGB V "degressiver Punktwert" für das Jahr 2001 auf 53.055,53 DM (27.126,86 EUR) festgesetzten Betrag endgültig auf 47.598,80 DM (24.336,88 EUR) fest und zahlte dem Kläger die Gutschrift in Höhe von 5.456,73 DM (2.789,98 EUR) mit der dritten Abschlagszahlung für das Quartal I/03 aus (Bl. 19 Senatsakte). Dieser Bescheid wurde bestandskräftig.

Die bei der Beklagten (bzw. deren Rechtsvorgängerin) gebildete Widerspruchsstelle wies mit Widerspruchsbescheid vom 23. August 2004 den Widerspruch gegen den Bescheid vom 27. März 2003 zurück. Zur Begründung führte sie aus, sie sei an die gesetzlichen Vorgaben sowie an die Regelungen des HVM für Jahr 2001 gebunden. Durch die hohen Budgetüberschreitungen im Bereich KfO hätten Budgetkürzungen erfolgen müssen. Die Honorarrückforderung für das Jahr 2001 sei gemäß den für diesen Zeitraum gültigen Regelungen berechnet worden. Diese Budgetrückforderung sei bei der Degressionskürzung für das Jahr 2001 berücksichtigt worden. Diese Berechnungssystematik finde bei allen im Jahr 2001 von dieser Problematik betroffenen Vertragszahnärzten gleichermaßen Anwendung. Die nachträgliche Umsetzung des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 21. Mai 2003 für das Jahr 2001 würde zudem zu einer Reduzierung der IBG 2001 führen. Eine rückwirkende Änderung der Berechnungssystematik erfolge daher nicht. Die Berechnung des Kürzungsbetrages sei korrekt erfolgt.

Dagegen hat der Kläger am 15. September 2004 Klage vor dem Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Zur Begründung hat der Bevollmächtigte u. a. vorgetragen, auf Grund des angewandten Zuteilungsmodus innerhalb des HVM sei die Chancengleichheit der einzelnen Kieferorthopäden durch erhebliche Budgetunterschiede nicht gewahrt, weshalb insoweit eine Verletzung sowohl von Art. 3 Abs. 1 als auch von [Art. 12 Grundgesetz \(GG\)](#) gerügt werde. Der angegriffene Zuteilungsmodus führe dazu, dass derjenige, der im ersten Bemessungszeitraum eine hohe Honorarabrechnung gehabt habe, auf dieser Basis für die folgenden Jahre im Zwei-Jahres-Rhythmus eine Budgetzumessung erhalte und demnach für die folgenden Jahre besser bewertet werde als ein Kollege, der zum Zeitpunkt des ersten Bemessungszeitraums möglicherweise zufällig (auf Grund Krankheit, Strukturbestellung der Praxis etc.) eine niedrigere Honorarabrechnung gehabt habe. Diese Regelung widerspreche dem Gleichbehandlungsprinzip. In der Sache sei es nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen ein Kieferorthopäde zusätzliche Patienten honorarbezogen praktisch umsonst behandeln müsse, nur weil er ein ungünstiges Budgetbemessungsjahr gehabt habe. Weiter führe eine nachträgliche Gesamtbudgetkürzung auch dann zu einer Budgetkürzung in der Einzelpraxis, wenn diese Einzelpraxis ihr individuelles Budget nicht überschritten habe. Da diese Kürzung weder vorhersehbar noch einschätzbar sei, bestehe überhaupt keine Möglichkeit, eine wirtschaftlich tragbare Kalkulation über die erbrachten Leistungen vorzunehmen. Da kieferorthopädische Behandlungen regelmäßig Langzeitbehandlungen mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von vier bis fünf Jahren seien, sei es unumgebar, zumindest über einen solchen Zeitraum Budgetsicherheit zu erhalten, da selbst bei Bestehen der Budgetsicherheit es nahezu unmöglich sei, über einen Zeitraum von vier bis fünf Jahren die zu erwartenden notwendigen Behandlungsmaßnahmen und die damit einhergehenden Kosten abzuschätzen. Selbst bei Einhalten des persönlichen Budgets würden nachträgliche Budgetänderungen zu völlig unkalkulierbaren Situationen führen, sodass eine Verteilung der budgeterlaubten Leistungen auf die Patienten überhaupt nicht vorhersehbar sei. Zudem dürfe nach [Art. 12 Abs. 2, Abs. 3 GG](#) niemand zu einer bestimmten Arbeit gezwungen werden, außer im Rahmen einer herkömmlichen allgemeinen, für alle gleichen öffentlichen Dienstleistungspflicht. Dieses Freiheitsgrundrecht von Arbeitszwang und Zwangsarbeit stehe auch im engen Zusammenhang mit dem hier zu beurteilenden anstehenden Sachverhalt. Durch erhöhte Nachfrage von Patientenseite seit 1996 hätten sich zwangsläufig die mit der Beklagten abgerechneten Kassenleistungen erhöht, was heute durch eine nachträgliche Neuberechnung der einzelnen Budgets dadurch sanktioniert werde, dass der Kläger hier faktisch umsonst Leistungen zu erbringen habe, dies im Moment der Erbringung der Leistung jedoch nicht abschätzen könne.

Mit dem während des Klageverfahrens ergangenen Bescheid vom 14. Juni 2007 (SG-Akte S. 40) änderte die Beklagte ihren Bescheid vom 27. März 2003 dahingehend ab, dass der Rückzahlungsbetrag in Höhe von 38.166,45 EUR um 2.280,12 EUR auf 35.886,33 EUR reduziert wurde. Der Betrag in Höhe von 2.280,12 EUR wurde dem Honorarkonto des Klägers gutgeschrieben.

Die Beklagte ist im Übrigen der Klage entgegen getreten und hat darauf verwiesen, dass die Regelungen im HVM durch mehrere Gerichtsentscheidungen des SG Stuttgart wie auch des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg für rechtmäßig erklärt worden seien. Das SG Stuttgart habe festgestellt, dass die Anknüpfung an frühere Abrechnungsergebnisse eine Verteilungsweise darstelle, die für den Zahnarzt mit den geringsten Eingriffen verbunden sei, da erfahrungsgemäß die Umsätze etablierter Praxen nur geringen jährlichen Schwankungen unterliegen würden. Die Anknüpfung an die in früheren Jahren ausbezahlten Abrechnungsvolumina werde vom Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung gebilligt. In § 6 der Anlage 2 zum HVM für das Jahr 2001 seien für Ausnahmetatbestände und Härtefällen Regelungen getroffen worden. Im Hinblick darauf, dass der HVM der Beklagten (bzw. deren Rechtsvorgängerin) im Gesamten für rechtswirksam erklärt worden sei, sei auch die vom Kläger angegriffene Regelung der Budgetgestaltung bei Gemeinschaftspraxen nicht beanstandet worden. Jedem zugelassenen Vertragszahnarzt stehe sein individuelles Budget zu. Dies sei unabhängig von seiner Tätigkeit in einer Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis. Somit sei es nicht zutreffend, dass durch diese Budgetregelung das Gesamtbudget auf Kosten der Einzelpraxen zusätzlich belastet werde. Soweit der Kläger die Basiswertabsenkungen gem. § 4 Ziff. 3 dritter Absatz und letzter Absatz der Anlage 2 zum HVM für das Jahr 2001 anspreche, habe hierzu das SG Stuttgart festgestellt, dass beide Modalitäten zur Basiswertabsenkung keinen rechtlichen Bedenken begegnen würden. Auch das BSG habe in seinem Urteil vom 8. Februar 2006 ([B 6 KA 25/05 R](#)) zum wiederholten Mal festgestellt, dass HVM-Bestimmungen nicht deshalb beanstandet werden könnten, weil der Grenzwert, bis zu dem die Leistungen zum vollen Punktwert vergütet würden, und die Restvergütungsquote nicht von vornherein feststehen würden. Soweit der Kläger vortrage, es dürfe niemand zu einer bestimmten Arbeit gezwungen werden, habe das BSG hierzu im Urteil vom 14. März 2001 ([B 6 KA 54/00 R](#)) ausgeführt, dass mit dem Erwerb des besonderen Status eines Vertragsarztes verschiedene Begünstigungen verbunden seien. Im Gegenzug unterliege der ärztliche Leistungserbringer dafür bei seiner Berufsausübung bestimmten Pflichten, die über diejenigen eines nur privatärztlich tätigen Behandlers hinausgingen. Die Erfüllung seiner Behandlungspflichten dürfte nicht von Erwägungen zur Höhe der Vergütung abhängig gemacht werden.

Die Umsetzung der Berechnungsmethode des BSG, wie sie sich aus dem Urteil vom 21. Mai 2003 ergebe, führe beim Kläger zu einem Differenzbetrag von 5.070,11 EUR, der im Rahmen der Budgetkürzung in Abzug zu bringen wäre. Des Weiteren wäre aber im Rahmen der Degressionsberechnung eine Mehrbelastung in Höhe von 2.789,99 EUR in Ansatz zu bringen, da bei der bisherigen Degressionsberechnung die Budgetierung Berücksichtigung gefunden habe. Es verbleibe somit unter dem Strich allenfalls ein Rückforderungsanspruch des Klägers in Höhe von 2.280,12 EUR, der ihm gutgeschrieben werde. Hinsichtlich der Einzelheiten hat die Beklagte auf die von ihr durchgeführte Gutschriftsberechnung/Doppelbelastung Budget/Degression 2001 verwiesen (SG-Akte Bl. 41).

Mit Urteil vom 27. Juni 2007 hat das SG die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 27. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. August 2004 und unter Abänderung des Bescheides vom 14. Juni 2007 verurteilt, an den Kläger 2.789,99

EUR zu zahlen. Im Übrigen hat das SG die Klage abgewiesen. Das SG hat hierbei die Auffassung vertreten, der Bescheid der damaligen KZV S vom 27. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. August 2004 und der Bescheid vom 14. Juni 2007 seien insoweit rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinen Rechten, als von ihm zu Unrecht ein Betrag in Höhe von 2.789,99 EUR zurückgefordert worden sei. Auch im Übrigen seien die hier streitgegenständlichen Bescheide zwar rechtswidrig. Hierdurch werde der Kläger jedoch nicht in seinen Rechten verletzt, da sich diese Entscheidung insoweit nicht als für ihn nachteilig erweise, weshalb im Übrigen die Klage abzuweisen sei. Die von der Beklagten auf der Grundlage des von ihr unter Beachtung der im Gesetz vorgegebenen Vorgaben zur Budgetierung der Gesamtvergütung beschlossenen HVM für das Jahr 2001, insbesondere dessen Anlage 2, getroffenen Entscheidungen, u. a. auch auf Grundlage der gem. § 4 Ziff. 3 letzter Absatz der Anlage 2 zum HVM beschlossenen nachträglichen Absenkung aller IBG im Bereich KfO im Primärkassenbereich um 2 % und im Ersatzkassenbereich um 23 % und die auf dieser Grundlage berechnete Überzahlung von 38.166,45 EUR sei rechtswidrig, da sie gegen die vom BSG in seinen Urteilen vom 21. Mai 2003 ([B 6 KA 24/02 R](#), [B 6 KR 25/02 R](#) = [SozR 4 - 2500 § 85 Nr. 2](#), [B 6 KA 35/02 R](#)) aufgestellten Grundsätze verstoße. Das BSG gelange darin zu dem zutreffenden Ergebnis, dass die gem. [§ 85 Abs. 4](#) b ff. SGB V vorgegebenen Kürzungen des Honoraranspruchs des Vertragszahnarztes bei überschreiten bestimmter Punktemengen im Wege von Punktwertminderungen (sog. Punktwertdegression) von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung vor der Durchführung der Honorarverteilung vorzunehmen sei. Die Abschöpfung der Degressionsbeträge und ihre Weitergabe an die Krankenkasse sei vorrangig vor der Verteilung der Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte. Zwar schließe die Punktwertdegression gem. [§ 85 Abs. 4](#) b ff. SGB V nach der Ansicht des BSG eine weitere Beschränkung der Honoraransprüche der Vertragszahnärzte durch Regelungen in einem HVM, beispielsweise im Wege individueller Bemessungsgrenzen, nicht generell aus. Allerdings erfordere die für die Honorarverteilung maßgebende Bestimmung des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. dem aus Art. 12 i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, dass bei HVM-Begrenzungsmaßnahmen die Verringerung des Honoraranspruchs auf Grund der Punktwertdegression berücksichtigt werde. Es sei sachwidrig, von einem Honoraranspruch, der bereits durch die Degression vermindert sei, ohne Rücksicht hierauf zusätzlich einen Honorarabzug durch eine HVM-Begrenzung vorzunehmen. Die KZV müsse bei der Anwendung von HVM-Honorarbegrenzungen beachten, ob bzw. inwieweit sie hierdurch die honorarmäßige Grundlage für einen Degressionsabzug beseitige, und gegebenenfalls den Degressionsabzug mit dem HVM-Honorarabzug verrechnen, das hieße diesen vermindern. Diesen Vorgaben entspreche die getroffene Entscheidung der damaligen KZV S nicht. Unstreitig habe sie die Kürzung des dem Kläger zu gewährenden Honorars in Anwendung der Anlage 2 zu ihrem HVM vor der Punktwertdegression vorgenommen. Außerdem habe die Beklagte bzw. deren Rechtsvorgängerin ihrer Kürzung nach Anlage 2 zu ihrem HVM zu Unrecht einen "ungekürzten" Honoraranspruch zu Grunde gelegt, ohne zu berücksichtigen, dass dieser Honoraranspruch bereits durch die Punktwertdegression vermindert werde. An der Rechtswidrigkeit dieser Entscheidung könne auch die Berücksichtigung der Budgetkürzung bei der von der Beklagten anschließend durchgeführten Degressionsberechnung nichts ändern, da eine solche Verrechnung nicht den oben dargestellten Vorgaben des BSG entspreche. Die Entscheidung der Beklagten bzw. ihrer Rechtsvorgängerin (KZV S) sei somit auf Grund der nichterfolgten Beachtung der Vorgaben des BSG in seinen Urteilen vom 21. Mai 2003 rechtswidrig. Weitere Gründe, die - abgesehen von der zu Unrecht erfolgten Rückforderung gegenüber dem Kläger in Höhe von 2.789,99 EUR - zur Rechtswidrigkeit der getroffenen Entscheidung führen würden, lägen nicht vor. [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der hier anzuwendenden Fassung des GKV-Gesundheitsreform-gesetzes 2000 stelle eine verfassungsgemäße - insbesondere ausreichend bestimmte - Ermächtigungsgrundlage für Beschlüsse der Vertreterversammlungen der KZVen über Honorarverteilungsmaßstäbe dar (Urteil des BSG vom 19. Juli 2006 - [B 6 KA 9/05 R](#) - m.w.N.). Die Aufteilung der Gesamtvergütung in verschiedene Honorartöpfe - wie in Anlage 2 zum HVM der Beklagten bzw. ihrer Rechtsvorgängerin für das Jahr 2001 geschehen - sei nicht zu beanstanden (Hinweis auf Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 26. Februar 2003 - [L 5 KA 1909/00](#) m.w.N. -, z. B. BSG-Urteil vom 11. September 2002 - [B 6 KA 30/01 R](#) - und SG Stuttgart, Urteil vom 20. November 2002 - [S 10 KA 3101/00](#) -). Es sei in dem Zusammenhang auch nicht zu beanstanden, dass u. a. die Anlage 2 zum HVM der KZV S für das Jahr 2001 eine Verrechnung zwischen den einzelnen Töpfen mit einem damit möglichen Ausgleich einer etwaigen Über- mit einer etwaigen Unterschreitung nicht vorsehe. Des Weiteren sei auch die Zuerkennung eines für jeden Zahnarzt unterschiedlichen individuellen Budgets ebenso wenig zu beanstanden, wie die Tatsache, dass bei der Ermittlung der IBG die KZV S auf die Abrechnungsergebnisse des vorvergangenen Abrechnungsjahres, hier des Jahres 1999 zurückgegriffen habe. Dies sei nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 11. September 2002 - [B 6 KA 30/01 R](#)) ebenso rechtmäßig wie die Anknüpfung an die in früheren Jahren ausbezahlten Abrechnungsvolumina (BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 26](#)). Angesichts dieser Rechtsprechung könne der Kläger mit seinem Vorbringen, durch die Anknüpfung an Abrechnungsergebnisse vergangener Berechnungszeiträume werde die Chancengleichheit des einzelnen Kieferorthopäden durch erhebliche Budgetunterschiede nicht gewahrt, nicht durchdringen. Soweit Budgetunterschiede zwischen einzelnen kieferorthopädischen Praxen bestünden, sei dies die Folge der jeweiligen Abrechnungsergebnisse des vorvergangenen Abrechnungsjahres und damit Folge der jeweiligen Praxisausrichtung und - Struktur, die je nach Praxis sehr unterschiedlich ausgestaltet sein könne. Im Übrigen enthalte § 6 der Anlage 2 zum HVM für das Jahr 2001 Regelungen für Ausnahmetatbestände und Härtefälle, durch die den erheblichen atypischen Veränderungen gegenüber dem Basisjahr Rechnung getragen werden könne. Die Zuerkennung individueller Budgets auf der Grundlage der Abrechnungsergebnisse des vorvergangenen Abrechnungsjahres führe ebenso wenig zu einer Benachteiligung der Einzelpraxis gegenüber einer Gemeinschaftspraxis. Vielmehr erhalte nämlich jeder Zahnarzt entsprechend den Honorartöpfen sechs individuelle Bemessungsgrundlagen und zwar unabhängig davon, ob er seine vertragszahnärztliche Tätigkeit nun in einer Einzelpraxis, Praxismgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis ausübe. Des Weiteren begegne auch die in § 4 Ziff. 3 dritter Absatz der Anlage 2 zum HVM vorgesehene Absenkung der Basiswerte für den Bereich KfO um 15 % keinen rechtlichen Bedenken. Diese Regelungen habe u. a. auch das LSG Baden-Württemberg (Urteil vom 26. Februar 2003 - [L 5 KA 1909/00](#) -) im Hinblick darauf gerechtfertigt, dass hier nach wie vor freie Mittel benötigt würden, um wachsende Praxen neu niedergelassener Zahnärzte sowie Ausnahmeregelungen und Härtefälle im Rahmen einer budgetierten Gesamtvergütung finanzieren zu können. Auch die in § 4 Ziff. 3 letzter Absatz der Anlage 2 zum HVM dem Vorstand der KZV S eingeräumte Möglichkeit, die IBG zu verändern, sei vor dem Hintergrund der budgetierten Gesamtvergütungen nicht zu beanstanden. Die nachträgliche Absenkung der zuerkannten IBG durch den Vorstand der KZV S könne zwar durchaus zu Budgetkürzungen in Praxen führen, die ihre zunächst zuerkannten IBG nicht überschritten hätten. Durch diese nachträgliche Absenkung der IBG werde zudem gerade bei den auf eine Dauer von vier bis fünf Jahren angelegten kieferorthopädischen Behandlungen die Möglichkeit erschwert, eine wirtschaftlich tragbare Kalkulation über die erbrachten Leistungen vorzunehmen. Insoweit habe der Kläger zu Recht hierauf hingewiesen. Der allerdings von ihm gezogene Schluss, dies führe zur Rechtswidrigkeit der hier im Streit befindlichen Regelungen, sei jedoch unzutreffend. Das BSG habe in seinem Urteil vom 8. Februar 2006 ([B 6 KA 25/05 R](#) - [SozR 4 - 2500 § 85 Nr. 23](#)) nochmals betont, dass Regelungen eines HVM, die darauf ausgerichtet seien, Honoraranforderungen in Übereinstimmung mit dem Gesamtvergütungsvolumen zu bringen, wenn dieses nicht ausreiche, um die von den Vertragszahnärzten erbrachten Leistungen mit den vollen Punktwerten zu vergüten, nicht zu beanstanden seien. Auch mit seinem Vorbringen, er werde durch die Ausübung wirtschaftlichen Zwanges zu einer bestimmten Arbeit gezwungen, die er bei nachträglicher Neuberechnung der einzelnen Budgets möglicherweise umsonst erbringen müsse, könne der Kläger nicht durchdringen. Das BSG habe in seinem Urteil vom 14. März 2001 ([B 6 KA 54/00 R](#) = [SozR 3 - 2500 § 75 Nr. 12](#)) zu Recht darauf hingewiesen, dass mit der Zulassung zur

Teilnahme an der vertragsärztlichen Tätigkeit einerseits verschiedene Vergünstigungen verbunden seien, andererseits der zugelassene Vertragsarzt jedoch damit bestimmten Pflichten bei seiner Berufsausübung unterliege und er insbesondere die wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tatsächlich anzubieten und zu erbringen habe und er die Erfüllung seiner Behandlungspflichten nicht von Erwägungen zur Höhe der Vergütung abhängig machen dürfe. Würden wie hier IBG eingeführt, so müsse im Übrigen nach der Rechtsprechung des BSG (z. B. [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 31](#)) der Vorstand im HVM zur Prüfung und Entscheidung ermächtigt werden, bei sogenannten atypischen Fällen die Voraussetzungen für eine auszugsweise Freistellung von Obergrenzen zu prüfen. Es müssten nicht nur Ausnahmen für "echte Härten", sondern vielmehr Ausnahmen generell für atypische Versorgungssituationen möglich sein. Insbesondere müsse Praxisanfängern erlaubt sein, den Durchschnitt der Fachgruppe zu erreichen (BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 28](#)). Dieser Rechtsprechung habe Anlage 2 zum HVM der damaligen KZV S für das Jahr 2001 durch die Regelungen in § 6 Rechnung getragen. Einer etwaigen nachträglichen Korrektur bereits ergangener Honorarbescheide stehe auch ein möglicher Schutz des Vertrauens des Klägers auf den Bestand dieser Bescheide nicht entgegen. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 31. Oktober 2001 - [B 6 KA 16/00 R](#) - = [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 42](#)) richte sich die Korrektur von Honorarbescheiden nicht nach [§ 45](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X), sondern nach den bundesmantelvertraglichen Bestimmungen über die sachlich-rechnerische Berichtigung (hier § 19 BMV-Z, § 17 Abs. 1 EKV-Z). Diese der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eingeräumte Korrekturmöglichkeit erfasse alle Unrichtigkeiten der Honorarbescheide und sei daher auch dann gegeben, wenn die Unrichtigkeit eines Honorarbescheides auf Gründen beruhe, die nicht dem Verantwortungsbereich des Vertragszahnarztes zuzurechnen seien. Die in dem Zusammenhang zu beachtende vierjährige Ausschlussfrist (siehe BSG [SozR 4 - 2500 § 85 Nr. 22](#) und Urteil vom 6. September 2006 - [B 6 KA 40/05 R](#)) sei hier durch den Erlass des streitgegenständlichen Bescheides vom 27. März 2003, unabhängig davon, wann diese Frist zu laufen beginne (ab Bekanntgabe des Honorarbescheides oder erst nach Ablauf des Kalenderjahres) auf jeden Fall rechtzeitig gehemmt worden. Weiter führt das SG aus, dass die Entscheidung der damaligen KZV S daher allein wegen Nichtbeachtung der vom BSG in seinen Urteilen vom 21. Mai 2003 aufgestellten Grundsätze rechtswidrig sei. Trotz dieser Rechtswidrigkeit werde der Kläger jedoch nur insoweit in seinen Rechten verletzt, als von ihm die Rückzahlung von insgesamt 5.070,11 EUR begehrt werde. Im Übrigen erweise sich die getroffene Entscheidung für ihn als nicht nachteilig. Insoweit werde er daher nicht in seinen Rechten verletzt. Dies belege die von der Beklagten in Anlehnung an die vom BSG aufgestellten Grundsätze und Berechnungsvorgaben durchgeführte "Gutschrift zur Berechnung - Doppelbelastung Budget/Degression 2001". Die vom BSG geforderte Vorgehensweise bei der Doppelbelastung durch Punktwertdegession und HVM-Budgetkürzung werde verdeutlicht durch den in den Urteilen vom 21. Mai 2003 dargelegten Rechenweg. Die Beklagte habe bei der von ihr vorgenommenen "Gutschriftsberechnung - Doppelbelastung Budget/Degression 2001" die Vorgaben des BSG in seinen Urteilen vom 21. Mai 2003, insbesondere die dort vorgegebenen Rechenschritte, zutreffend umgesetzt. Letztlich habe hier dann auch der Vergleich mit dem ursprünglich ermittelten Degressionskürzungsbetrag in Höhe von 24.336,88 EUR und dem fiktiven Degressionskürzungsbetrag in Höhe von 19.266,77 EUR eine (positive) Differenz zu Gunsten des Klägers in Höhe von 5.070,11 EUR ergeben. Dieser Differenzbetrag sei als Gutschrift vom geltend gemachten Rückforderungsbetrag abzuziehen, also dem Kläger zu vergüten. Die Beklagte habe jedoch ausweislich ihres Bescheides vom 14. Juni 2007 den Differenzbetrag in Höhe von 5.070,11 EUR um 2.789,99 EUR gekürzt und den ursprünglichen Rückzahlungsbetrag in Höhe von 38.166,45 EUR lediglich um 2.280,12 EUR reduziert. Diese Kürzung habe die Beklagte damit begründet, dass auf Grund des allgemeinen Rechtsgrundsatzes von Treu und Glauben die ursprünglich bei der Berechnung der Degressionskürzung vorgenommene Anrechnung der HVM-Kürzung berücksichtigt werden müsse. Diese Vorgehensweise der Beklagten sei jedoch rechtswidrig, da es an einer Rechtsgrundlage für die von ihr vorgenommene Verrechnung fehle. Die Entscheidung über die Punktwertdegession einschließlich der dort vorgenommenen Anrechnung der HVM-Kürzung in Höhe von 2.789,99 EUR sei bestandskräftig geworden. Insoweit genieße der Kläger Vertrauensschutz. Eine Rücknahme dieser getroffenen Entscheidung mit der sich hieraus ergebenden Rückzahlungsforderung sei bislang nicht erfolgt. Es verbleibe daher bei der bestandskräftig gewordenen Anrechnung der HVM-Kürzung in Höhe von 2.789,99 EUR bei der Berechnung der Degressionskürzung. Ein Abzug bei dem dem Kläger zu erstattenden Differenzbetrag in Höhe von 5.070,11 EUR sei somit nicht vorzunehmen. Der von der Beklagten in Abzug gebrachte Betrag in Höhe von 2.789,99 EUR sei daher dem Kläger noch auszuführen, insoweit sei der Klage stattzugeben gewesen. Über den Differenzbetrag von 5.070,11 EUR hinaus ergebe sich bei Anwendung der vom BSG in seinen Urteilen vom 21. Mai 2003 aufgestellten Grundsätze unter Beachtung des dort vorgegebenen Rechenweges im Falle des Klägers kein für ihn weitergehender positiver Saldo. Damit erweise sich insoweit die getroffene Entscheidung der damaligen KZV S für ihn als nicht nachteilig. Trotz gegebener Rechtswidrigkeit verletze die getroffene Entscheidung ihn insoweit nicht in seinen Rechten und sei die Klage daher insoweit abzuweisen gewesen.

Der Kläger hat gegen das seinem Bevollmächtigten am 31. Juli 2007 mit Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil am 31. August 2007 und die Beklagte hat gegen das ihr mit Empfangsbekanntnis am 2. August 2007 zugestellte Urteil am 3. September 2007 (Montag) Berufung eingelegt.

Zur Begründung hat der Bevollmächtigte des Klägers vorgetragen, der Zuteilungsmodus innerhalb des HVM sei durch erhebliche Budgetunterschiede nicht gewahrt, mithin eine Chancengleichheit der einzelnen Kieferorthopäden nicht gegeben und [Art. 3 Abs. 1](#) und [Art. 12 GG](#) verletzt. Ausgangspunkt des HVM bilde ein im Bemessungszeitraum erzielter Umsatz, welcher die Grundlage für künftige im Zweijahresrhythmus vorzunehmende Budgetbemessungen enthalte. Insoweit liege eine Benachteiligung dann vor, wenn zufälligerweise in diesem ersten Bemessungszeitraum eine niedrigere Honorarabrechnung vorgelegen habe. Zudem werde nachträglich eine Gesamtbudgetkürzung vorgenommen, sodass für den behandelnden Arzt keine Planungssicherheit bestehe, in welchem Zeitpunkt er sein individuelles Budget überschritten habe, folglich faktisch umsonst arbeite. Im Übrigen wiederholt der Bevollmächtigte im Ergebnis insoweit seine Ausführungen aus dem Verfahren vor dem SG. Im Weiteren führt er noch aus, dass das SG zutreffend zu der Würdigung gekommen sei, dass es sachwidrig wäre, von einem Honoraranspruch, der bereits durch die Degression vermindert sei, ohne Rücksicht hierauf zusätzlich einen weiteren Honorarabzug durch eine HVM-Begrenzung vorzunehmen. Zumindest der doppelte Abzug sei zwar vorstehend aufgehoben, jedoch ändere dies nichts an der gerügten Verfassungswidrigkeit der Regelung. Zwar sehe auch der Bevollmächtigte das Problem, dass die Beklagte keine Mitteilung von vornherein geben könne, ab wann die Vertragszahnärzte den vollen Punktwert vergütet bekämen, doch müsse es der Beklagten angesichts der bei ihr laufenden Tendenzen möglich sein, zumindest eine Grobschätzung abzugeben.

Der Kläger beantragt,

unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Stuttgart vom 27. Juni 2007 die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 27. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 23. August 2004 und unter Abänderung des Bescheides vom 14. Juni 2007 sowie des Bescheides vom 30. Juni 2009 zu verurteilen, an ihn 31.428,76 EUR zu zahlen und die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 27. Juni 2007 insoweit aufzuheben, als die Beklagte zur Zahlung von 2.789,99 EUR an den Kläger verpflichtet wird und die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist die Beklagte darauf, dass zunächst mit vorläufigem Bescheid vom 27. März 2003 der Kürzungsbetrag auf 38.166,44 EUR festgesetzt worden sei und mit Bescheid vom 14. Juni 2007 auf 35.886,33 EUR reduziert worden sei. Bei dem Kürzungsbetrag habe es sich um eine Honorarrückforderung nach dem HVM der Beklagten betreffend das Jahr 2001 gehandelt. Durch den Bescheid vom 14. Juni 2007 sei der ursprüngliche Bescheid der Beklagten unter Beachtung der Rechtsprechung des BSG in seinen Urteilen vom 21. Mai 2003 geändert worden. Eine Berücksichtigung der Kürzung nach [§ 85 Abs. 4](#) b SGB V sei vor Veröffentlichung dieses Urteils des BSG vom 21. Mai 2003 durch die damalige KZV S im Bescheid vom 27. März 2003 nicht berücksichtigt worden. Deshalb sei der streitgegenständliche Bescheid nunmehr zu Gunsten des Klägers unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG abgeändert worden. Der Kläger habe für das Jahr 2001 auf Grund der gesetzlichen Regelungen in [§ 85 Abs. 4](#) b SGB V eine weitere Kürzung des Honorars in Höhe von 47.598,80 DM (24.336,88 EUR) auf Grund des Bescheides vom 18. Juni 2003 erhalten. Die damalige KZV S hatte bei der Berechnung der Kürzungsbeträge nach [§ 85 Abs. 4](#) b SGB V vor Veröffentlichung der Urteile vom 21. Mai 2003 des BSG Kürzungen nach dem HVM bei der Berechnung der Kürzungen nach [§ 85 Abs. 4](#) b SGB V berücksichtigt und damit den umgekehrten Weg, wie nunmehr vom BSG vorgegeben, gewählt. Bei einer Anwendung der Vorgaben des BSG ergebe sich nunmehr anders als zunächst von der Beklagten berechnet - bei Nichtberücksichtigung der Kürzungen nach dem HVM - eine Kürzung nach [§ 85 Abs. 4](#) b SGB V in Höhe von 53.055,54 DM (27.126,86 EUR). Die Differenz zwischen der ursprünglichen (nicht den Vorgaben des BSG entsprechenden) Berechnung und der neuen (den Vorgaben des BSG entsprechenden) Berechnung sei bei der Neubescheidung der HVM-Kürzung in Abzug gebracht worden, da diese entsprechend den Vorgaben des BSG berechnet worden sei und hierbei auch die Höhe der Kürzung nach [§ 85 Abs. 4](#) b SGB V eine maßgebliche Rolle spiele. Das SG halte dies für rechtswidrig, da es an einer Rechtsgrundlage für diese Verrechnung fehle. Das Urteil des SG sei jedoch rechtswidrig, soweit die Beklagte zur Zahlung von (weiteren) 2.789,99 EUR verurteilt werde und ihr die Kosten des Verfahrens auferlegt würden. Unstrittig komme das SG zu dem Zwischenergebnis, dass die ursprüngliche Entscheidung durch die KZV S mit den Grundsätzen der Rechtsprechung des BSG nicht vereinbar sei. In der Folge ergebe sich - unter Anwendung dieser Grundsätze - ein Gutschriftsbetrag zu Gunsten des Klägers in Höhe von 5.070,11 EUR (Änderungsbescheid vom 14. Juni 2007). Hiervon sei dem Kläger bereits vor der Verhandlung vor dem SG auch ein Betrag in Höhe von 2.280,12 EUR gutgeschrieben worden. Das SG habe im Übrigen auch die Richtigkeit der von der Beklagten vorgelegten "Gutschriftsberechnung - Doppelbelastung Budget/Degression 2001" bestätigt. Das BSG habe aber keineswegs eine vollständige Anrechnung der Degressionskürzung auf die Kürzung nach dem HVM verlangt. Es müsse lediglich berücksichtigt werden "inwieweit sie (die KZV) hierdurch die honorarmäßige Grundlage für den Degressionsabzug beseitigt hat und deshalb einen Degressionsabzug - ganz oder teilweise - mit dem HVM-Honorarabzug verrechnen muss" (BSG-Urteil vom 21. Mai 2003 - [B 6 KA 35/02 R](#) -). Der Kläger stütze sich im Wesentlichen in seiner Berufungsbegründung auf eine vermeintliche Rechtswidrigkeit des HVM der Beklagten. In ständiger Rechtsprechung seien jedoch die von Klägerseite angeführten Zweifel an der Honorarverteilung bereits durch die Gerichte in Baden-Württemberg sowie das Bundessozialgericht allesamt ausgeräumt. Die Beklagte wiederholt hier im Weiteren insoweit schon wie vor dem SG die Hinweise auf die entsprechende BSG Rechtsprechung wie auch die Entscheidung des erkennenden Senats vom 26. Februar 2003 - [L 5 KA 1909/00](#) -. Das BSG habe diese Rechtsprechung auch bestätigt. Rechtsfehlerhaft sei jedoch die Auffassung des SG in Bezug auf die Verrechnung von 2.789,99 EUR, wie sie von der Beklagten vorgenommen worden sei. Zunächst sei darauf hinzuweisen, dass eine Rücknahme dieser Honorarkürzung bislang nicht erfolgt sei, zum jetzigen Zeitpunkt auch nicht mehr möglich sei, insoweit nämlich der Kläger Vertrauensschutz genieße und die Vierjahresfrist bei Verkündung des Urteils am 27. Juni 2007 bereits abgelaufen sein dürfte. Richtigerweise müsse aber eine Anrechnung des oben genannten Betrages auch ohne Aufhebung des Bescheides erfolgen. Die Beklagte verkenne nicht, dass der ursprüngliche Bescheid über die Kürzung nach [§ 85 Abs. 4](#) b SGB V bestandskräftig worden sei. Auszugehen sei zunächst davon, dass bei Kürzungen nach dem HVM sowie nach den Vorschriften des [§ 85 Abs. 4](#) b ff. SGB V ein Zusammenhang bestehe. Zwar sei nach der dargestellten Rechtsprechung des BSG die Degression vor Kürzungen nach dem HVM durchzuführen, jedoch seien die Kürzungen im Rahmen der Vorschriften über den degressiven Punktwert bei Kürzungen nach dem HVM insoweit zu berücksichtigen, wenn hierdurch die honorarmäßige Grundlage entzogen werde. Beide Kürzungen würden somit unmittelbar zusammenhängen und könnten nur auf Grund einer einheitlichen Rechtslage durchgeführt werden. Soweit der Kläger in seinem Schreiben vom 2. Juli 2003 auf die oben genannte Rechtsprechung des BSG verweise, sei ihm im Hinblick auf die Kürzungen nach dem HVM zuzustimmen. Wenn er sich auf diese Rechtslage berufe, könne er sich nicht bei der Berechnung der Kürzung nach den Vorschriften der [§ 85 Abs. 4](#) b ff. SGB V auf eine andere Rechtslage berufen. Beide Berechnungen seien voneinander abhängig und setzten eine einheitliche Rechtslage voraus. Eine korrekte Berechnung beider Kürzungen bedinge, dass das Verhältnis dieser Kürzungsinstrumente einheitlich gehandhabt werde. Nach Auffassung der Beklagten erfolge die Notwendigkeit der Berücksichtigung bereits aus dem Grundsatz von Treu und Glauben. Der Kläger könne sich nicht auf eine Rechtslage nach den oben genannten Urteilen des BSG bei der Berechnung der HVM-Kürzung berufen und gleichzeitig die dabei zu berücksichtigende Kürzung nach [§ 85 Abs. 4](#) b ff. SGB V nach einem widersprüchlichen Berechnungsmodus herleiten. Dies stelle ein widersprüchliches Verhalten dar und würde zu einer doppelten Begünstigung des Klägers führen, auf die er keinen Anspruch habe. Auch die sogenannte "Rosinentheorie" führe zu dem von der Beklagten vertretenen Ergebnis. Das Urteil des Bundesgerichtshof (BGH) vom 1. Dezember 1975 ([II ZR 62/75](#)) sei Ausgangslage dieser Theorie und sei von der Literatur heftig kritisiert worden, da sich niemand innerhalb der Geltendmachung eines Anspruchs auf zwei unterschiedliche Rechtslagen stützen könne. Entwickelt worden sei diese Theorie im Zusammenhang mit [§ 15 HGB](#). Danach könne sich jemand entweder auf die wahre Rechtslage oder auf den Rechtsscheinschutz des [§ 15 HGB](#) berufen. Wie die Rechtsprechung des BSG belege, finde die Rosinentheorie auch im Rahmen des Sozialgesetzbuches Anwendung (z. B. BSG-Urteil vom 15. Juli 2007 - [B 4 RA 15/04 R](#), Urteil vom 16. November 2000 - [B 4 RA 72/00 R](#) -). Wenn also der Kläger sich bei einer Kürzung nach dem HVM auf die Rechtsprechung des BSG zum Verhältnis von Degression und HVM-Kürzungen stütze, folge daraus, dass er diese auch im Rahmen der Degressionskürzungen, die im Rahmen der Berechnung der HVM-Kürzung Berücksichtigung finde, gegen sich gelten lassen müsse. Der oben genannte Betrag sei deshalb bei der Neuberechnung in Abzug zu bringen. Die Klage wäre daher in vollem Umfang abzuweisen gewesen. Im Übrigen sei die Kostenentscheidung auch dann abzuändern, wenn das LSG das Urteil des SG bestätige. Denn jedenfalls sei auch nach Auffassung des SG die ursprünglich ausgesprochene Kürzung nur in Höhe von 5.070,11 EUR rechtswidrig gewesen, dieser Betrag mache aber bezogen auf die ursprüngliche Kürzung von 38.166,45 EUR nur 13,28 % aus. Die Auffassung des SG als richtig unterstellt, hätte daher eine Kostenzahlungspflicht der Beklagten maximal in dieser Höhe bestanden.

Die Beklagte hat am Tag vor der mündlichen Verhandlung des Senats den Bescheid vom 30. Juni 2009 erlassen, mit dem sie den Bescheid vom 27. März 2003 in der Form des Änderungsbescheids vom 14. Juni 2007 dahingehend abgeändert hat, dass der Rückzahlungsbetrag von 35.886,33 EUR um 1.667,58 EUR auf 34.218,75 EUR reduziert wird. Der Betrag von 1.667,58 EUR wurde dem Honorarkonto des Klägers

gutgeschrieben. Die jetzige Berechnung unterscheidet sich nach den Erläuterungen der Beklagten dadurch, dass der Neuberechnung nunmehr der nach dem HVM verminderte Betrag in Ansatz gebracht wurde (wohl: Auszahlungspunktwert). Dabei sei zu berücksichtigen gewesen, dass ausweislich des Änderungsbescheids vom 14. Juni 2007 bereits ein Betrag von 2.280,12 dem Honorarkonto gutgeschrieben worden sei. Ebenso sei von dem Betrag der Doppelbelastung nach wie vor der im Rahmen der Degression erlangte Vorteil in Höhe von 2.789,99 EUR in Abzug zu bringen, so dass sich ein weiterer Gutschriftsbetrag in Höhe von 1.667,58 EUR ergeben habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufungen des Klägers und der Beklagten sind gem. §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch sonst zulässig.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 27. März 2003 (Widerspruchsbescheid vom 23. August 2004) über die Festsetzung einer HVM-Honorarkürzung bzw. die Rückforderung von Honorar in Höhe von 38.166,45 EUR in der Gestalt des Bescheides vom 14. Juni 2007, mit dem der Rückzahlungsbetrag in Höhe von der 38.166,45 EUR und 2.280,12 EUR auf 35.866,33 EUR reduziert wurde, sowie der Bescheid vom 30. Juni 2009, mit dem nach Zugrundelegung des Auszahlungspunktwerts der Rückzahlungsbetrag nochmals um 1.667,58 EUR auf 34.218,75 EUR reduziert wurde.

II.

Die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet. Der Kläger hat unter Berücksichtigung der hier maßgeblichen gesetzlichen Regelungen wie auch der Rechtsprechung des BSG keinen Anspruch auf eine volle Berücksichtigung bzw. Anrechnung der Degressionskürzung auf die HVM-Kürzung. Auch kann er mit seinen rechtlichen Bedenken gegen den HVM und die dort näher ausgestalteten Regelungen zu den individuellen Bemessungsgrundlagen nicht durchdringen.

Die Berufung der Beklagten ist hingegen begründet. Entgegen der Auffassung des SG ist die Beklagte berechtigt, bei der Neuberechnung der HVM-Kürzungen auch den unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG nunmehr zutreffend berechneten (höheren) Degressionskürzungsbetrag gegenzurechnen. Soweit sich der Kläger insoweit auf die Bestandskraft des (endgültigen) Degressionsbescheides vom 18. Juni 2003 beruft, bei dem unter Verstoß gegen die Rechtsprechung des BSG die HVM-Kürzung bei der Berechnung der Degression fehlerhaft berücksichtigt wurde, verstößt dies gegen die Grundsätze von Treu und Glauben, wenn an anderer Stelle der Kläger begehrt, bezüglich des von ihm angefochtenen Bescheides über die Rückforderung von Honorar im Zusammenhang mit Kürzungen nach dem HVM die in soweit für ihn günstigere Berechnung nach der Rechtsprechung des BSG aber zu beachten.

Die im vorliegenden Fall einschlägigen Rechtsgrundlagen für die Kürzung des Vertragszahnarzthonorars finden sich im für das Jahr 2001 geltenden HVM der Beklagten (HVM-Kürzung) sowie in § 85 SGB V (Degressionskürzung). Der HVM enthält in der Anlage 2 folgende Regelungen:

§ 2 Geltungsbereich

Die in einem Abrechnungsjahr abgerechneten Vergütungsansprüche aller Zahnärzte aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in den Leistungsbereichen

- konservierend-chirurgische Behandlungsleistungen ohne Individualprophylaxe (KCH) - Parodontosebehandlungsleistungen (PAR) - Behandlungsleistungen für Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels (KBR) - Zahnersatz (ZE) - Kieferorthopädie (KFO)

sind begrenzt auf die Höhe der von den jeweiligen Kostenträgern für das jeweilige Abrechnungsjahr bezahlten Gesamtvergütung.

§ 3 Aufteilung der Gesamtvergütungen

Die Gesamtvergütungen werden wie folgt in sechs Honorartöpfe aufgeteilt:

Für Primär- und Ersatzkassen wird jeweils nach den drei Leistungsbereichen Zahnerhaltung (KCH, PAR, KBR), Zahnersatz und Kieferorthopädie unterschieden. Zu den Primärkassen zählen die eigenen Ortskrankenkassen die Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und die Bundesknappschaft.

§ 4 Individueller Vergütungsanspruch

1. Bei Überschreitungen eines Honorartopfes um bis zu 1.v.H. reduzieren sich die Vergütungsansprüche der Zahnärzte aus diesem Honorartopf entsprechend linear.

2. Bei Überschreitung eines Honorartopfes um mehr als 1.v.H. hat der Zahnarzt zunächst ungekürzte Vergütungsansprüche nur bis zu seiner individuellen Bemessungsgrundlage aus diesem Honorartopf. Verbleibt danach noch ein Teil der Gesamtvergütung, erfolgt eine Vergütung entsprechend dem Anteil des einzelnen Zahnarztes an der Summe der Überschreitung der individuellen Bemessungsgrundlagen (Gesamtüberschreibungsvolumen).

3. Jeder Zahnarzt erhält entsprechend den Honorartöpfen sechs individuelle Bemessungsgrundlagen in Euro. Abweichend hiervon werden die Bemessungsgrundlagen für das Jahr 2001 noch in DM erstellt. Die individuelle Bemessungsgrundlagen errechnen sich aus den Basiswerten. Basiswerte sind die aus den abgerechneten, anerkannten und nach den Vorschriften über die Honorarverteilung zu

vergütenden Leistungen des vorvergangenen Abrechnungsjahres (Basisjahr). Erstmals ist die Basis für das Jahr 2001 das Jahr 1999. Für die Berechnung der individuellen Bemessungsgrundlagen für die Jahre 2002 und 2003 werden die noch in DM ermittelten Basiswerte in Euro umgerechnet.

Die Basiswerte können aufgrund der Sondertatbestände durch den Vorstand jährlich verändert werden. Eine solche Veränderung gilt fort, bis der Vorstand eine erneute Veränderung beschließt.

Für das Jahr 2001 werden die Basiswerte wie folgt verändert: - Zahnerhalt: - 8 % - ZE: + 15 % - KfO: - 15 %

Diese Veränderung der Basiswerte gilt nach Maßgabe des Satzes 8 fort.

Für das Jahr 2001 gilt darüber hinaus: Überschreiten die den individuellen Bemessungsgrundlagen aus dem Jahr 1999 entsprechenden Werte die Basiswerte nach den Sätzen 3 bis 5 und 9, dann bilden diese Werte die Basiswerte für das Jahr 2001.

Für das Jahr 2002 gilt darüber hinaus: Überschreiten die den individuellen Bemessungsgrundlagen aus dem Jahr 2000 entsprechenden Werte die Basiswerte nach den Sätzen 3, 4, 6, 9 und 10, dann bilden diese Werte die Basiswerte für das Jahr 2002.

Die individuellen Bemessungsgrundlagen können durch Vorstandsbeschluss verändert werden, wenn bei einem Honorartopf die Summe der einzelnen individuellen Bemessungsgrundlagen aller Zahnärzte die von den Kostenträgern zu zahlenden Gesamtvergütungen über- oder unterschreitet.

§ 6 Ausnahmeregelungen/Härtefälle

Die individuellen Bemessungsgrundlagen gemäß § 4 Abs. 3 ändern sich in den nachfolgenden Fällen:

1. Bei einer Erhöhung der Zahl der von einem Zahnarzt behandelten Patienten, dessen individuelle Bemessungsgrundlagen in der Summe unter der durchschnittlichen Summe der individuellen Bemessungsgrundlagen aller Zahnärzte liegen (KZV-Durchschnitt), erhöhen sich die individuellen Bemessungsgrundlagen bis maximal zum KZV-Durchschnitt entsprechend der Zunahme der Patienten in den einzelnen Honorartöpfen. Die Erhöhungen ergeben sich aus der Zahl der Mehrpatienten multipliziert mit dem jeweiligen Durchschnittsfallwert. Für Behandlungsleistungen in den Honorartöpfen Zahnerhaltung gilt der jeweilige gemäß § 4 Abs. 3 veränderte KZV-Durchschnittsfallwert im Bereich KCH des jeweiligen Basisjahres. Für Behandlungsleistungen in den Honorartöpfen ZE und KfO gilt der jeweilige gemäß § 4 Abs. 3 veränderte individuelle Durchschnittsfallwert des jeweiligen Basisjahres. Entsprechendes gilt für Zahnärzte, für Kieferorthopäden und Mund-, und Kiefer- und Gesichtschirurgen.

2. Bei Aufnahme oder Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis während eines Abrechnungsjahres erfolgt die Berechnung der jeweiligen Bemessungsgrundlagen zeitanteilig.

3. Wird die vertragszahnärztliche Tätigkeit weniger als fünf Jahre vor Beginn eines Abrechnungsjahres aufgenommen, so erhält der Zahnarzt den KZV-Durchschnitt, es sei denn, die Berechnung nach § 4 Abs. 3 wäre günstiger.

Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgen und Zahnärzte für Kieferorthopäde erhalten den KZV-Durchschnitt ihrer Fachgruppe. Wird der KZV-Durchschnitt überschritten, erfolgt die Aufteilung auf die einzelnen individuellen Bemessungsgrundlagen im Verhältnis der insgesamt abgerechneten und anerkannten Leistungen in den einzelnen Honorartöpfen wie der Zahnarzt individuell abgerechnet hat.

4. Bei Übernahme einer Praxis übernimmt der Erwerber die individuellen Bemessungsgrundlagen des Praxisübergebers. Würde der Erwerber dadurch schlechter gestellt als bei einer Praxisneugründung, gilt für den Erwerber Ziffer 3 entsprechend.

5. Bei Gemeinschaftspraxen errechnen sich die individuellen Bemessungsgrundlagen jeweils aus den Summen der individuellen Bemessungsgrundlagen der einzelnen zahnärztlichen Mitglieder der Gemeinschaftspraxis.

Bei Beendigung einer Gemeinschaftspraxis können die Zahnärzte einvernehmlich eine den tatsächlichen Verhältnissen entsprechende Aufteilung der der Berechnung der individuellen Bemessungsgrundlagen zugrunde liegenden Basiswerte vornehmen. Sofern darüber keine Mitteilung vorliegt, erfolgt die Aufteilung der der Berechnung der individuellen Bemessungsgrundlagen zugrunde liegenden Basiswerte zu gleichen Teilen auf die zahnärztlichen Mitglieder.

6. Bei ununterbrochener, zumindest zeitweise im Abrechnungsjahr stattfindender Beschäftigung von Assistenten über eine Gesamtdauer von mehr als sechs Monaten erfolgt ein Zuschlag auf die individuelle Bemessungsgrundlagen, wenn die Beschäftigungsdauer im Abrechnungsjahr länger ist als im Basisjahr. Dieser Zuschlag errechnet sich aus der Differenz der Beschäftigungsdauer im Abrechnungsjahr im Vergleich zum Basisjahr in Tagen, dividiert durch 360, multipliziert mit 30.v.H. des KZV-Durchschnitts der jeweiligen Fachgruppe. Bei Teilzeit verringert sich der Zuschlag entsprechend der Beschäftigungsdauer.

7. Wenn die Festlegung der individuellen Bemessungsgrundlagen im Einzelfall zu einer besonders schweren Härte führen würde; die Festlegung der individuellen Bemessungsgrundlagen erfolgt in diesen Fällen nach pflichtgemäßem Ermessen.

§ 7 Zuständigkeit und Verfahren

1. Die Festlegung der individuellen Bemessungsgrundlagen in den Fällen gemäß § 6 Ziffer 7 erfolgt durch die HVM-Ausschüsse auf Antrag.

2. Ein HVM-Ausschuss besteht aus drei Vertragszahnärzten.

3. Die Bestellung und Abberufung der Mitglieder eines HVM-Ausschusses sowie deren Vertreter in gleicher Anzahl erfolgt durch die

Vertreterversammlung.

4. Über Widersprüche gegen Entscheidungen eines HVM-Ausschusses entscheidet der Vorstand.

Die Regelungen in [§ 85 Abs. 4b](#) ff. SGB V (in der im Jahr 2001 geltenden Gesetzesfassung) haben folgenden Wortlaut:

[§ 85 Abs. 4b SGB V:](#)

Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung von 350.000 Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 450.000 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 550.000 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert. Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte entsprechend. Die Punktmengengrenzen bei Gemeinschaftspraxen richten sich nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Mitglieder. Bei nicht gleichberechtigten Mitgliedern gilt die Regelung für angestellte Zahnärzte entsprechend. Eine Gleichberechtigung der zahnärztlichen Mitglieder liegt vor, wenn vertraglich gleiche Rechte und Pflichten der Teilhaber in Berufsausübung und Praxisführung vereinbart sind. Der Nachweis der gleichberechtigten Teilhaberschaft ist gegenüber dem Zulassungsausschuß durch Vorlage des notariell beglaubigten Vertrages zu erbringen. Die Punktmengen erhöhen sich um 70 vom Hundert je ganztägig angestelltem Zahnarzt im Sinne des § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte und um 25 vom Hundert für Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten. Bei Teilzeit oder nicht ganzjähriger Beschäftigung verringert sich die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge entsprechend der Beschäftigungsdauer. Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2. In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. Diese werden den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt.

[§ 85 Abs. 4c SGB V:](#)

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und krankenkassenbezogen nach dem Leistungsquartal zu erfassen und mit den abgerechneten Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 1, 3, 7, 9 und den gemeldeten Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 zusammenzuführen und die Punktmengen bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge nach Absatz 4b zugrunde zu legen.

[§ 85 Abs. 4d SGB V:](#)

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 4b überschreiten. Dabei ist für diese Zahnärzte die Punktmenge sowie der Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Überschreitung der Punktmengengrenzen eingetreten ist. Die Zahl der angestellten Zahnärzte nach § 32b Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Zahnärzte und der Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen.

[§ 85 Abs. 4e SGB V:](#)

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben die Honorareinsparungen aus den Vergütungsminderungen nach Absatz 4b an die Krankenkassen weiterzugeben. Die Durchführung der Vergütungsminderung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt durch Absenkung der vertraglich vereinbarten Punktwerte ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Grenzwertüberschreitungen nach Absatz 4b. Die abgesenkten Punktwerte nach Satz 2 sind den auf dem Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitungen folgenden Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen zugrunde zu legen. Überzahlungen werden mit der nächsten Abrechnung verrechnet. Weitere Einzelheiten können die Vertragspartner der Vergütungsverträge (§ 83) regeln.

[§ 85 Abs. 4f SGB V:](#)

Die Krankenkasse hat ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 vom Hundert gegenüber jeder Forderung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, solange die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihren Pflichten aus den Absätzen 4c bis 4e nicht nachkommt. Der Anspruch auf Auszahlung der nach Satz 1 einbehaltenen Beträge erlischt, wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung bis zur letzten Quartalsabrechnung eines Jahres ihre Verpflichtungen für dieses Jahr nicht oder nicht vollständig erfüllt.

III.

Zur Anwendung der Kürzungsregelungen des HVM und der Kürzungsregelungen in [§ 85 Abs. 4b](#) ff. SGB V hat das BSG in seinem (den Beteiligten bekannten und auch der Rechtsprechung des Senats zugrunde zu legenden) Urteil vom 21. Mai 2003 (- [B 6 KA 25/02 R](#) -) ausgeführt:

Entgegen der Auffassung der Beklagten sind die gemäß [§ 85 Abs 4b](#) ff SGB V vorgegebenen Kürzungen des Honoraranspruchs des Vertragszahnarztes bei Überschreiten bestimmter Punktmengen im Wege von Punktwertminderungen (sog Punktwertdegression) von der KZÄV vor der Durchführung der Honorarverteilung vorzunehmen. Die Abschöpfung der Degressionsbeträge und ihre Weitergabe an die KKV ist vorrangig vor der Verteilung der Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte. Aus Inhalt, Systematik, Sinn und Zweck sowie Entstehungsgeschichte der Degressionsbestimmungen folgt, dass die mit der Punktwertdegression vorgesehene Begünstigung der KKV nicht durch Regelungen auf der HVM-Ebene vermindert werden darf.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)) sind die die Punktwertdegression regelnden Bestimmungen des [§ 85 Abs 4b](#) ff SGB V eingeführt worden. Durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#)) sind sie zum 1. Juli 1997 aufgehoben und durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998 ([BGBl I 3853](#)) mit Wirkung zum 1. Januar 1999 im Wesentlichen unverändert wieder eingeführt worden.

Nach [§ 85 Abs 4b Satz 1 SGB V](#) verringert sich ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie kieferorthopädischer Behandlung von 350.000 Punkten je Kalenderjahr der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des [§ 73 Abs 2 Nr 2 SGB V](#) um 20 vH, ab einer Punktmenge von 450.000 je Kalenderjahr um 30 vH und ab einer Punktmenge von 550.000 je Kalenderjahr um 40 vH, indem die vertraglich vereinbarten Punktwerte abgesenkt werden. Die Degressionschwellen liegen bei Gemeinschaftspraxen und bei Beschäftigung von angestellten Zahnärzten und/oder Assistenten höher ([§ 85 Abs 4b Satz 6](#) ff aF bzw Satz 3 ff nF iVm Abs 4e SGB V). Der Abzugsbetrag ist an die KKn weiterzugeben ([§ 85 Abs 4e Satz 1](#) nF SGB V; sinngemäß ebenso schon die bis zum 30. Juni 1997 geltende Fassung, s [§ 85 Abs 4e Satz 3 SGB V](#) und dazu BSG USK 96 150 S 901 f und [BSGE 80, 223](#), 227 f = [SozR 3-2500 § 85 Nr 22](#) S 138; - zur bloßen Klarstellungsfunktion des neuen Satz 1 s auch [BT-Drucks 14/157 S 34](#) f). Das Bundessozialgericht (BSG) und das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) haben diese Regelungen als verfassungsgemäß beurteilt (grundlegend [BSGE 80, 223](#), 229 ff = [SozR 3-2500 § 85 Nr 22](#) S 140 ff; zuletzt Urteile vom 28. April 1999, [MedR 2000, 49](#), 50, und vom 15. Mai 2002, [SozR 3-2500 § 85 Nr 46](#) S 383; vgl auch die Nichtannahme einer Verfassungsbeschwerde durch BVerfG (Kammer), Beschluss vom 12. Juli 2000, [NJW 2000, 3413](#)).

Bereits aus dem Wortlaut der Degressionsbestimmungen folgt, dass die Degressionskürzung vor Durchführung der Honorarverteilung zu berechnen und ihre Weitergabe an die KKn vorrangig vor der Verteilung der Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte einer KZÄV ist. Die Regelungen - insbesondere [§ 85 Abs 4b Satz 1 SGB V](#) - stellen auf die - rechtmäßig - abgerechneten Punktmengen und nicht auf die zu vergütenden Punktzahlen ab, die durch Punktzahlobergrenzen im HVM begrenzt sein können (s hierzu BSG, Urteil vom 11. September 2002, [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 410 f mwN). Das ergibt sich zum einen aus der Vorschrift des [§ 85 Abs 4b Satz 12](#) aF bzw Satz 9 nF SGB V. Danach umfassen die Punktmengen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des [§ 73 Abs 2 Nr 2](#) (nunmehr: Abs 2 Satz 1 Nr 2) SGB V. Hierzu ergänzend regelt [§ 85 Abs 4b Satz 13](#) aF bzw Satz 10 nF SGB V, dass in die Ermittlung der Punktmengen die Kostenerstattungen nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) einzubeziehen sind. Demgemäß sind nach [§ 85 Abs 4c SGB V](#) die nach [§ 28 Abs 2 Satz 1](#), 3, 7 und 9 SGB V abgerechneten - und nicht die nach dem Eingreifen von HVM-Regelungen zu vergütenden - Leistungen mit den anderen Leistungen zusammenzuführen und bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge zu Grunde zu legen. Mit dieser Regelung wiederum korrespondiert die Vorschrift des [§ 85 Abs 4d Satz 1 SGB V](#), nach der die KZÄV den KKn bei jeder Rechnungslegung mitzuteilen hat, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen des Abs 4b aaO überschritten haben.

Auch aus systematischen Gesichtspunkten ergibt sich, dass die Degressionskürzung vor der Verteilung der Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte einer KZÄV zu berechnen ist. Die vom Gesetz in [§ 85 Abs 4b](#) ff SGB V vorgesehene Umsetzung der Degressionsregelung bestätigt, dass ihr die vom Zahnarzt rechtmäßig abgerechneten Punktzahlanforderungen zu Grunde zu legen sind. Danach hat die KZÄV ua die genannten abgerechneten Leistungen zu erfassen (Abs 4c aaO) und den KKn bei jeder Rechnungslegung mitzuteilen, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Abs 4b aaO überschritten haben (Abs 4d Satz 1 aaO). Ausgehend hiervon ist ab dem Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitung eine Vergütungsminderung nach den Regelungen des Abs 4e aaO bei der Abrechnung gegenüber den KKn zu berücksichtigen. Kommt die KZÄV dieser Pflicht bis zur letzten Quartalsabrechnung eines Jahres nicht oder nicht vollständig nach, hat die KK nach Abs 4f aaO ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 vH gegenüber jeder Forderung der KZÄV. Diese kurz bemessenen Fristen sowie der weitere Ablauf belegen gleichfalls, dass die Degression vor Eintritt in die Honorarverteilung abzuschließen ist.

Der Vorrang der Weitergabe der Degressionskürzungen an die KKn vor der Verteilung der Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte einer KZÄV entspricht auch dem Ziel der gesetzlichen Regelungen. Nach den den Gesetzgeber leitenden Vorstellungen (zu den Motiven für die Regelungen und zur Entwicklung des Gesetzgebungsverfahrens s [BSGE 80, 223](#), 226 f = [SozR 3-2500 § 85 Nr 22](#) S 136 ff) sollten die KKn an Stelle der ursprünglich vorgesehenen globalen Absenkung der Punktwerte für die zahnärztlichen Leistungen bei Zahnersatz um 20 vH durch die Degressionsregelung - mit einem Volumen von rund 300 Millionen DM im Jahr 1993 - entlastet werden (vgl dazu [BSGE 80, 223](#), 226 f = [SozR 3-2500 § 85 Nr 22](#) S 137 f). Daraus folgt, dass es nicht zulässig ist, die durch die gesetzlichen Bestimmungen vorgesehene Begünstigung der KKn durch Regelungen des HVM zu verhindern oder zu vermindern. Die Beträge, die sich auf Grund der vorzunehmenden Punktwertabsenkungen ergeben, sind an die KKn weiterzugeben ([§ 85 Abs 4e SGB V](#)). Die an die KKn abzuführenden Beträge verringern die zur Verteilung an die Vertragszahnärzte zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungen (s BSG, Urteil vom 15. Mai 2002, [SozR 3-2500 § 85 Nr 46](#) S 383). Bei der auf Grund der Degressionsregelungen erfolgenden Berechnung der an die KKn abzuführenden Beträge ist daher von der Punktmenge auszugehen, die von dem Vertragszahnarzt vor dem Eingreifen von HVM-bedingten Punktzahlobergrenzen, die das zu vergütende Punktzahlvolumen reduzieren, rechtmäßig abgerechnet worden sind.

Der Anwendung der Degressionsregelung des [§ 85 Abs 4b SGB V](#) mit Anknüpfung an das Überschreiten von Punktmengen steht nicht entgegen, dass nach [§ 85 Abs 4e SGB V](#) die KZÄV die Degressionsberechnung ab den jeweiligen Punktmengenüberschreitungen nach Abs 4b Satz 1 aaO durch Absenkung der "vertraglich vereinbarten Punktwerte" vornimmt. Daraus wird die dem Gesetz zu Grunde liegende Vorstellung deutlich, dass die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen ([§ 85 Abs 1 SGB V](#)) nach festen Punktwerten vereinbart würden. Diese Annahme ist allerdings in Frage gestellt, wenn das vertragszahnärztliche Honorar infolge gesetzlicher Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütungen hinter den Leistungsanforderungen zurückbleibt und deshalb die Abrechnung bestimmter Punktmengen keine Gewähr für ein entsprechendes höheres Honorar mehr bieten kann. Solche Begrenzungen des Gesamtvergütungsanstiegs bestehen seit Einführung der Degressionsregelung auf unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen. Zunächst wurde der Anstieg der Gesamtvergütungen zugleich mit der Einführung der Degressionsregelung durch das GSG durch [§ 85 Abs 3-3c SGB V](#) begrenzt (vgl zu den Einzelheiten [BSGE 81, 213](#), 218 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 23](#) S 153). Nach der Wiedereinführung der Regelung begründete Art 15 GKV-SolG eine ähnliche Begrenzung für das Jahr 1999. Seit dem 1. Januar 2000 werden die Erhöhungen der Gesamtvergütungen durch [§ 71 Abs 2 SGB V](#) idF des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I 2626](#)) budgetiert. Im Ergebnis führt das dazu, dass unabhängig von der Menge der abgerechneten Punkte eine Gesamtvergütung in einer bestimmten Höhe vereinbart wird. Da die Zugrundelegung aller abgerechneten Punkte je KZÄV unter Anwendung eines festen Punktwertes aber regelmäßig das vereinbarte Gesamthonorarvolumen überschreitet, kann bei der Verteilung der Gesamtvergütung an die Zahnärzte nicht mehr ein gesamtvertraglich genannter Punktwert zur Anwendung kommen, sondern nur ein Auszahlungspunktwert, der geringer ist als der vereinbarte Punktwert.

Im Verhältnis zum vereinbarten Punktwert niedrigere Auszahlungspunktwerte führen bei der Degressionsregelung des [§ 85 Abs 4b SGB V](#), bei der die Schwellenwerte von 350.000, 450.000 und 550.000 Punkten unverändert geblieben sind, dazu, dass die Degression - abhängig von der Höhe des Auszahlungspunktwertes - schon bei Umsätzen greift, die niedriger als bei Einführung der Regelung sein können. Dies steht einer Anwendung der Degressionsregelung mit den unveränderten Schwellenwerten aber nicht entgegen, sondern wird durch die mit

ihr ebenfalls verbundene Zielvorstellung gedeckt, nach der durch die Punktwertdegression auch Fehlentwicklungen bei der Qualität der zahnärztlichen Versorgung entgegengesteuert werden sollte. Ein hohes Leistungsaufkommen einer Praxis spiegelt sich regelmäßig in der abgerechneten Punktmenge wider. Praxen mit einem Leistungsaufkommen oberhalb der Degressionssschwellenwerte sollte durch die Punktwertdegression der Anreiz vermittelt werden, Patienten an andere, die Punktmengengrenzen nicht erreichende Praxen abzugeben und so die mit übermäßiger Leistungserbringung uU verbundenen Qualitätsdefizite zu vermeiden (vgl zum Ganzen schon [BSGE 80, 223](#), 229 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 22](#) S 139 f). Hinzu kommt, dass die angesprochenen Auswirkungen der unverändert gebliebenen Degressionssschwellenwerte begrenzt sind und im Ergebnis vernachlässigt werden können, weil der Degressionsberechnung durch die KZÄV auch nur der Auszahlungspunktwert zu Grunde gelegt wird. So verringert sich der Degressionsbetrag in entsprechendem Umfang, und zwar sowohl der Punktwert, nach dem der an die KKn abzuführende Betrag berechnet wird, als auch derjenige, der im Falle eines Degressionsabzuges gegenüber dem Vertragszahnarzt zur Anwendung kommt. Es hält sich im Rahmen zulässiger Regelungen weiterer Einzelheiten gemäß [§ 85 Abs 4e Satz 5 SGB V](#), der Degression den Punktwert zu Grunde zu legen, der sich als Mischpunktwert aus der Anwendung der HVM-Honorarbegrenzungen ergibt, wie dies in der in Niedersachsen zwischen der KZÄV und den KKn-Verbänden abgeschlossenen Degressionsvereinbarung (Nr 3 iVm Anlage 1 Buchst a) vorgesehen ist (aA LSG Niedersachsen, Urteil vom 30. Mai 2001 - L 3/5 KA 65/99 -, (Juris); zu [§ 85 Abs 4e Satz 5 SGB V](#) s BSG, Urteil vom 15. Mai 2002, [SozR 3-2500 § 85 Nr 46](#) S 386-388). Auf diese Art der Bemessung hat der Senat schon im Urteil vom 15. Mai 2002 Bezug genommen (s BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 46](#) S 387-389; vgl auch BSG, Urteil vom 13. Mai 1998, USK 98 151 S 902, zur Zulässigkeit der Degressionsberechnung nach vereinheitlichten Punktwerten).

Zur Regelung weiterer Einzelheiten iS des [§ 85 Abs 4e Satz 5 SGB V](#) können im Übrigen auch Bestimmungen darüber gehören, ob und ggf in welchem Umfang sich nachträglich ergebende Korrekturen der Berechnungsgrundlage - zB durch spätere Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise und/oder durch sachlich-rechnerische Richtigstellungen - zu neuen Degressionsberechnungen im Verhältnis zu den KKn und/oder zu den Vertragszahnärzten führen sollen (zur Problematik Harneit, Gesundheitsrecht 2002, S 73 ff). Da mithin in dem Zeitpunkt, in dem die KZÄV den Degressionsbetrag zu berechnen und ggf gegenüber dem Vertragszahnarzt festzusetzen hat, noch nicht alle Berechnungselemente für die Höhe des endgültigen Honorarabzugs feststehen, führt dies verwaltungsverfahrenrechtlich dazu, dass die KZÄV entsprechende Bescheide nach den Grundsätzen der Entscheidungen des Senats vom 31. Oktober und 12. Dezember 2001 ([BSGE 89, 62](#), 67 ff = [SozR 3-2500 § 85 Nr 42](#) S 346 ff und [BSGE 89, 90](#), 93 ff = [SozR 3-2500 § 82 Nr 3](#) S 6 ff) als teilweise vorläufig erlassen kann. Soweit das Senatsurteil vom 15. Mai 2002 (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 46](#) S 385) dahin zu verstehen sein könnte, zum gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkt der Degressionsberechnung stünden sämtliche dafür erforderlichen Berechnungselemente stets bereits abschließend fest, ist klarzustellen, dass das nicht zutreffen muss.

Die Punktwertdegression gemäß [§ 85 Abs 4b](#) ff SGB V schließt eine weitere Beschränkung der Honoraransprüche der Vertragszahnärzte durch Regelungen in einem HVM, die die gesetzlich vorgegebenen Begrenzungen des Anstiegs der Gesamtvergütungen bei der Honorarverteilung umsetzen sollen, nicht generell aus.

Nach [§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) sind bei der Verteilung der Gesamtvergütungen Art und Umfang der Leistungen des Vertrags(zahn)arztes zu Grunde zu legen. Dies bedeutet zwar nicht, dass die Leistungen nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig honoriert werden müssten (s zusammenfassend BSG, Urteil vom 11. September 2002, [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 410 f mwN). Nach ständiger Rechtsprechung des Senats lässt die Gesetzeslage die Einführung von Vergütungsbeschränkungen - sei es im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche bzw vertragszahnärztliche Leistungen (EBM-Ä bzw BEMA-Z) oder im HVM - zu. Der Senat hat insbesondere entschieden, dass die Beschränkung von Honoraransprüchen auf HVM-Ebene im Wege individueller Bemessungsgrenzen grundsätzlich zulässig ist, weil die KZÄV mit diesen Maßnahmen einerseits den begrenzten Anstieg der Gesamtvergütungen umsetzt, andererseits den Vertragszahnärzten mit der Absicherung einer bestimmten Vergütungshöhe die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit verbessert (vgl BSG, Urteil vom 13. März 2002, [BSGE 89, 173](#), 177 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 45](#) S 372 mwN).

Honorarbegrenzungen werden durch die Regelungen über die Punktwertdegression nicht ausgeschlossen. Allerdings erfordert die für die Honorarverteilung maßgebende Bestimmung des [§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm dem aus [Art 12](#) iVm [Art 3 Abs 1](#) Grundgesetz abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, dass bei HVM-Begrenzungsmaßnahmen die Verringerung des Honoraranspruchs auf Grund der Punktwertdegression berücksichtigt wird. Es ist sachwidrig, von einem Honoraranspruch, der bereits durch die Degression vermindert ist, ohne Rücksicht hierauf zusätzlich einen Honorarabzug durch eine HVM-Begrenzung vorzunehmen. Die KZÄV muss bei der Anwendung von HVM-Honorarbegrenzungen beachten, ob bzw inwieweit sie hierdurch die honorarmäßige Grundlage für einen Degressionsabzug beseitigt, und ggf den Degressionsabzug mit dem HVM-Honorarabzug verrechnen, dh diesen vermindern.

Dies hat die Beklagte mit ihrer Vorgehensweise, den Honorarabzug wegen Überschreitens der individuellen Bemessungsgrenze unabhängig von den Honorarbegrenzungen auf Grund der Punktwertdegression durchzuführen, nicht beachtet. Sie hatte zum einen gegenüber dem Kläger einen Abzug von 8.458,53 DM wegen einer Gesamtpunktmenge von 477.767 und daraus resultierenden Überschreitens der Degressionssschwelle festgesetzt. Zum anderen hat sie in ihrem Honorarbescheid gegenüber dem Kläger, ausgehend von einem Abrechnungsvolumen von 581.470,14 DM, die individuelle Bemessungsgrenze von 412.504,12 DM angewendet, die sich auf die budgetierten Leistungsbereiche konservierend-chirurgische, Parodontose- und Kieferbruch-Behandlungen bezog, und ihm insoweit einen Betrag von 168.966,02 DM abgezogen. Sie hat hierbei aber nicht berücksichtigt, dass der bereits vorgenommene Degressionsabzug zu einem Teil dieses Leistungsaufkommen zur Grundlage hatte.

Der auf 8.458,53 DM festgesetzte Degressionsabzug, dem die Gesamtpunktmenge von ca 478.000 Punkten zu Grunde lag, beruhte ausweislich der im Revisionsverfahren vorgelegten Unterlagen zur Degressionsberechnung zu einem Anteil von ca 371.000 Punkten = ca 78 % auf Leistungen in den durch den HVM budgetierten Bereichen der konservierend-chirurgischen, Parodontose- und Kieferbruch-Behandlungen und zu einem Anteil von ca 106.000 Punkten = ca 22 % auf den Leistungen in nicht budgetierten Bereichen (Kieferorthopädische und Zahnersatzbehandlungen). Der Punkteanteil aus den budgetierten Bereichen, für die der Kläger 581.470,14 DM angefordert hatte, unterlag nach dem HVM der Begrenzung auf 412.504,12 DM, wurde also um 168.966,02 DM = ca 29 % gemindert. Diese Verringerung um ca 29 %, die die budgetierten Bereiche betraf und sich also nur auf den Anteil von ca 78 % des Gesamtabrechnungsvolumens (ca 478.000 Punkte) bezog, ergab berechnet auf dieses Gesamtvolumen eine Verminderung um ca 23 % (29 % von 78 % = ca 23 %). Damit stand der Kläger honorarmäßig so, als hätte er von seinen ca 478.000 Punkten einen Anteil von ca 23 % = ca 110.000 Punkte nicht vergütet erhalten bzw insgesamt nur Honorar für ca 367.000 Punkte bekommen (vgl zu einem ähnlichen Berechnungsmodell BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr 30](#) S 185 (für das Verhältnis von Praxisbudget und Honorarkürzung wegen

Unwirtschaftlichkeit)).

Mit dieser rechnerischen Verringerung der zu vergütenden Punktmenge auf Grund der HVM-Regelungen verminderte die Beklagte die Vergütung für den Kläger so sehr, dass er kein Honorar mehr für die Punkte erhielt, die der Degression gemäß § 85 Abs 4b und 4e SGB V unterlagen und für die sie den Degressionsabzug um 20 vH festgesetzt hatte. Diesen Abzug hatte sie nämlich bezogen auf die Punktmenge vorgenommen, die über 437.500 Punkte hinausging; bei dieser Punktzahl lag im Jahr 1995 für den Kläger, der einen Assistenten beschäftigt hatte, gemäß § 85 Abs 4b Satz 1 iVm Satz 10 SGB V aF die erste Degressionsschwelle. Gewährte die Beklagte ihm aber kraft der HVM-Regelungen kein über diese Schwelle hinaus gehendes Honorar und hatte sie zuvor schon einen Degressionsabzug festgesetzt, für den es infolge des HVM-Honorarabzugs keine reale honorarmäßige Grundlage mehr gab, so musste sie dies zur Wahrung der Honorarverteilungsgerechtigkeit bei der Honorarverteilung im Wege der Anrechnung des Degressionsbetrages zu seinen Gunsten berücksichtigen. Das LSG hat daher den Bescheid der Beklagten zu Recht in Höhe des über 160.507,49 DM hinausgehenden Abzugsbetrages aufgehoben (168.966,02 DM - 8.458,53 DM = 160.507,49 DM).

IV.

Hiervon ausgehend erweist sich der angefochtene Bescheid vom 27. März 2003 zwar insoweit als rechtswidrig, als die Beklagte unter Verstoß gegen den nach der Rechtsprechung des BSG zu beachtenden Vorrang der Degressionskürzung vor der HVM-Kürzung die Rückforderungsbeträge errechnete. Die Beklagte hat diesen Rechtsfehler inzwischen mit den Bescheiden vom 14. Juni 2007 und 30. Juni 2009 korrigiert und ein Guthaben des Klägers in Höhe von 6.737,69 EUR errechnet. Der Kläger steht damit nach Auffassung der Beklagten so, wie er stünde, wenn von vornherein die Rechtsprechung des BSG in dem o.a. Urteil vom 21. Mai 2003 zu Grunde gelegt worden wäre. Der Senat teilt diese Auffassung. Ein Anspruch auf eine darüber hinaus gehende weitere Reduzierung des Rückforderungsbetrages nach den Kürzungsregelungen des HVM auf Grund der (vollständigen) Verrechnung mit dem Kürzungsbetrag auf Grund der Degressionsregelungen besteht jedoch nicht.

Das ergibt sich aus folgenden Erwägungen des Senats:

1. Maßgeblich für die rechtliche Beurteilung des Honorarkürzungsbescheids ist allein, ob die Beklagte den Kürzungsbetrag (im Ergebnis) in zutreffender Höhe festgesetzt hat oder nicht. Dagegen kommt es auf die im Einzelfall angewandte Berechnungsmethode nicht an. Diese kann lediglich zur Begründung des im Verfügungssatz des Kürzungsbescheids ausgesprochenen Kürzungsergebnisses dienen, nimmt an der Regelungswirkung des Kürzungsbescheids jedoch nicht teil. Da die Honorarkürzung als gebundene Entscheidung ergeht und Ermessenserwägungen deshalb nicht anzustellen sind, führt eine fehlerhafte Berechnungsmethode, die zu einem richtigen Kürzungsbetrag führt, auch unter diesem Gesichtspunkt nicht zu einem Rechtsfehler; entsprechendes gilt für den Fall, dass eine fehlerhafte Berechnungsmethode zu einem geringeren Kürzungsbetrag als bei richtiger Berechnungsweise führt.

2. Unter den Beteiligten ist nicht streitig, dass die Degressionskürzung vor Durchführung der Honorarverteilung zu berechnen gewesen wäre und ihre Weitergabe an die Krankenkassen vorrangig vor der Verteilung der Gesamtvergütung an die Vertragszahnärzte ist, und dass die Beklagte dies bei Erlass des angefochtenen Kürzungsbescheids vom 27. März 2003 nicht beachtet hat. Dies führt nach dem Gesagten jedoch nicht per se zur Rechtswidrigkeit des angefochtenen Kürzungsbescheids. Vielmehr ist ausschlaggebend, ob der im Kürzungsbescheid festgesetzte Kürzungsbetrag - zumindest - nicht höher ausgefallen ist, als der Kürzungsbetrag, der sich bei zutreffender Vorgehensweise, also Vornahme der Degressionskürzung vor Durchführung der Honorarverteilung, ergibt. Dies war nach der von der Beklagten vorgelegten Berechnung zum Bescheid vom 14. Juni 2007 (Bl. 40/42 SG-Akte) und zuletzt im Bescheid vom 30. Juni 2009 (LSG-Akte Bl. 76/77) allerdings der Fall. Der Gutschrift im Bereich der HVM-Kürzung (nach der Gutschriftsberechnung-Doppelbelastung Budget/Degression 2001) in Höhe von 5.070,11 EUR steht danach eine Mehrbelastung in Höhe von 2.789,99 EUR im Zusammenhang mit der Degressionskürzung gegenüber. Hieraus ergibt sich ein für den Kläger positiver Saldo in Höhe von 2.280,12 EUR, der nach Berücksichtigung des tatsächlichen Auszahlungspunktwerts in der dem Bescheid vom 30. Juni 2009 zugrundeliegenden Berechnung sich noch um 1.667,58 EUR erhöht hat. Diese Beträge sind auch bereits dem Honorarkonto des Klägers gutgeschrieben worden.

Die Beklagte hat bis zum Ergehen des auszugsweise wiedergegebenen BSG-Urteils vom 21. Mai 2003 ([a. a. O.](#)) offensichtlich die beiden Honorarkürzungsmechanismen "HVM-Kürzung" und "Degressionskürzung" in der Weise angewandt, dass sie zunächst die HVM-Kürzung errechnet und nur das danach bereits entsprechend gekürzte Honorar der Degressionskürzung unterworfen hat. Dadurch sind die Zahnärzte und damit auch der Kläger aber nicht benachteiligt, sondern im Gegenteil - zu Lasten der Krankenkassen - begünstigt worden. Hätte die Beklagte, wozu sie nach der Rechtsprechung des BSG verpflichtet ist, die Degressionsbestimmungen auf das (noch) ungekürzte Honorar angewandt, wäre der Degressionskürzungsbetrag, der an die Krankenkassen zurückfließen soll, von vornherein höher ausgefallen, wie dies im Falle auch des Klägers der Fall gewesen wäre. Denn er hätte an Stelle des bestandskräftigen Degressionsbetrags von 47.598,80 DM richtigerweise eine Kürzung von 53.055,54 DM hinzunehmen gehabt (vgl. Berechnung der Beklagten Bl. 42 SG-Akte).

Freilich muss die Beklagte bei der ihr aufgetragenen kumulativen Anwendung der beiden Kürzungsmechanismen - vorrangige Degressionskürzung, sodann nachrangige HVM-Kürzung - den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art 12](#) i. V. m. [3 Abs. 1 GG](#)) wahren. Danach ist bei HVM-Begrenzungsmaßnahmen die Verringerung des Honoraranspruchs auf Grund der Punktwertdegression zu berücksichtigen. Es ist sachwidrig, von einem Honoraranspruch, der bereits durch die Degression vermindert ist, ohne Rücksicht hierauf zusätzlich einen Honorarabzug durch eine HVM-Begrenzung vorzunehmen. Bei Anwendung von HVM-Honorarbegrenzungen ist zu beachten, ob und inwieweit dadurch die "honorarmäßige Grundlage" für einen Degressionsabzug beseitigt wird (BSG, Ur. v. 21. Mai 2003, [a. a. O.](#)).

Bewirkt die HVM-Kürzung, dass die "honorarmäßige Grundlage" der - zuvor ohne Berücksichtigung der HVM-Kürzung aus dem noch ungekürzten Honorar errechneten - Degressionskürzung im Nachhinein (wieder) beseitigt bzw. verändert wird, namentlich weil bei Berücksichtigung der HVM-Kürzung mit dem auf diese Weise (HVM-)gekürzten Honorar die Degressionsschwellen des [§ 85 Abs. 4b ff.](#) SGB V nicht in gleichem Maße erreicht bzw. überschritten werden wie das unter Ansatz des noch (HVM-)ungekürzten Honorars der Fall gewesen war, muss die Beklagte dies beachten und ggf. den Degressionsabzug mit dem HVM-Honorarabzug verrechnen, d.h. diesen entsprechend vermindern. Dieser Verpflichtung ist die Beklagte in den Bescheiden vom 14. Juni 2007 und 30. Juni 2009 nachgekommen. Sie ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass die HVM-Kürzung unter Beachtung der Rechtslage, wie sie im Urteil des BSG vom 21. Mai 2003 vorgegeben ist, um 6.737,69 EUR zu hoch ausgefallen ist. Das Rechenwerk selbst wird dabei vom Kläger nicht bestritten. Für die Frage, ob die im

angefochtenen Bescheid (vom 27. März 2002 /Widerspruchsbescheid vom 23. August 2004) festgesetzte HVM-Kürzung deshalb in rechtswidriger Weise zu hoch ausgefallen ist, weil sie um eine "honorargrundlagenlose Degressionskürzung" hätte vermindert werden müssen, kommt es auf den sich bei rechtlich einwandfreier Berechnung aus dem Gesetz ergebenden Degressionsbetrag an; hierfür ist nicht maßgeblich, welchen Degressionskürzungsbetrag die Beklagte (später) durch Verwaltungsakt (hier durch Bescheid vom 18. Juni 2003) festgesetzt hat.

In diesem Zusammenhang führt auch der Umstand, dass hier der Degressionsbescheid vom 18. Juni 2003 bestandskräftig ist, entgegen der Auffassung des SG zu keinem für den Kläger günstigeren Ergebnis. Die Beklagte durfte vielmehr, da die Degressionskürzung und die HVM-Kürzung im gegenseitigen Zusammenhang stehen und keine Berechnung ohne die andere letztlich bei Beachtung der Rechtsprechung des BSG durchgeführt werden kann, auch sehr wohl hier trotz der Bestandskraft des Bescheides vom 18. Juni 2003 bei der Berechnung des tatsächlich nunmehr maßgeblichen Rückforderungsbetrages nach den Regelungen des HVM im Gegenzug den richtig berechneten höheren Degressionsbetrag gegenrechnen. Soweit hier der Kläger geltend macht, hinsichtlich der Berechnung der Degressionskürzung müsse es bei der fehlerhaften, aber für ihn günstigeren ursprünglichen Berechnung (mit einem niedrigeren Degressionsbetrag) verbleiben, andererseits aber bei der HVM-Kürzung müsse nunmehr die richtigerweise zuvor durchzuführende Degressionskürzung berücksichtigt werden, verstößt dies gegen den Grundsatz von Treu und Glauben, denn insoweit verhält sich der Kläger widersprüchlich. Wenn der Kläger hier letztlich in diesem Verfahren begehrt, dass die Beklagte unter Beachtung der Rechtsprechung des BSG zunächst die Degressionskürzung berechnet, mit der Folge, dass sich der ursprüngliche HVM-Kürzungsbetrag reduziert, gehört aber zu einer rechtmäßigen Berechnung der Kürzungsbeträge auch umgekehrt die Berücksichtigung des nunmehr tatsächlich höheren Degressionskürzungsbetrages.

3. Ein Anspruch auf eine darüber hinausgehende weitere Reduzierung des Rückforderungsbetrags nach den Kürzungsregeln des HVM auf Grund der (vollständigen) Verrechnung mit dem Kürzungsbetrag auf Grund der Degressionsregelung besteht jedoch nicht. Der Bescheid vom 30. Juni 2009 ist nach Auffassung des Senats nicht zu beanstanden. Die ihm zu Grunde liegende vorgenommene Berechnung entspricht der vom BSG in dem o.a. Urteil vorgegebenen Berechnungsweise.

Entgegen der von dem Kläger zur Begründung seiner Berufung geäußerten Rechtsauffassung ist vorliegend die HVM-Kürzung von (noch) 33.096,34 EUR nicht um den vollen Kürzungsbetrag der Degressionsminderung von 27.126,87 EUR (bestandskräftiger Degressionskürzungsbetrag von 24.336,88 EUR zuzüglich des Degressionsbetrags von 2.789,99 EUR bei richtiger Berechnung) weiter zu verringern. Dies hätte die von dem Kläger erwünschte Folge, dass er im Ergebnis mit der Degressionskürzung von 24.336,88 EUR überhaupt nicht belastet würde und lediglich die HVM-Kürzung hinnehmen müsste. Zwar ist einzuräumen, dass das genannte BSG-Urteil vom 21. Mai 2003 auf den ersten Blick eine solche Anrechnung nahelegt, weil in jenem Fall der gesamte Degressionsbetrag von der HVM-Kürzung abgezogen wurde, auf der anderen Seite entspricht die von der Beklagten zu Grunde gelegte Rechenmethode der vom BSG in jenem Fall beschriebenen Vorgehensweise. Daraus ist abzuleiten: Wenn das BSG im Urteil vom 21. Mai 2003 - [B 6 KA 24/02](#) den Degressionsbetrages in voller Höhe von der Honorarkürzung abgezogen hat, so erfolgte dies nicht auf Grund eines (nicht näher ausformulierten) Rechtsgrundsatzes, sondern ist schlicht zufällige Folge der Zahlenverhältnisse der vom BSG entschiedenen Sachverhaltskonstellation.

Dieses Ergebnis folgt auch aus folgenden Kontrollüberlegungen: Die Rechtsauffassung des Klägers hätte zur Folge, dass der Degressionsabzug - wie im vorliegenden Fall - immer dann keinerlei finanzielle Belastungen für den Zahnarzt zur Folge hätte, wenn er geringer bliebe als der HVM-Abzug. Umgekehrt wäre der HVM-Abzug ohne Bedeutung, wenn er von der Degressionskürzung übertroffen würde.

Nach Auffassung des Senates müssen HVM-Kürzung und Degressionskürzung nebeneinander zur Anwendung kommen und dürfen sich nicht in ihrer Wirkung gegenseitig neutralisieren. Sowohl die Degressionskürzung als auch die HVM-Kürzung haben Lenkungsfunktion: Die Degressionskürzung soll die Qualität zahnärztlicher Behandlung sichern und Fehlentwicklungen bei der Qualität der zahnärztlichen Versorgung entgegen wirken. Auf der anderen Seite haben HVM-Kürzungen die Aufgabe einer unerwünschten Ausweitung der Leistungsmenge entgegen zu wirken. Je nach Höhe von Degressionskürzung oder HVM-Kürzung würde bei Zugrundelegung der Auffassung des Klägers die eine oder die andere Lenkungsfunktion entfallen. Hinzu kommt, dass die Degressionskürzungen das Honorar der die Überschreitung verursachenden Zahnärzte verringern müssen. Würde eine Anrechnung erfolgen - wie sie dem Kläger vorschwebt - wären die Degressionskürzungen insgesamt aus der Gesamtvergütung zu entrichten mit der Folge, dass durch die Verringerung der Gesamtvergütung auch die Zahnärzte in ihrem Honoraranspruch betroffen wären, die unterhalb der Degressionsschwelle abrechnen. Die Folgen der Überschreitung der Degressionsschwellen würden damit der Gesamtheit der Zahnärzte aufgelastet.

Der vollständige Abzug der Degressionskürzung von der HVM-Kürzung würde weiterhin Ungerechtigkeiten bei denjenigen Zahnärzten nach sich ziehen, die unterhalb der Degressionsschwelle abrechnen. Sie wären in vollem Umfang von der jeweiligen HVM-Kürzung betroffen, während sich bei Zahnärzten, die oberhalb der Degressionsschwelle abrechnen, die HVM bedingten Kürzungen entsprechend verringern würden bzw. vollständig zum Wegfall kämen. Eine Ungleichbehandlung von unterhalb der Degressionsschwelle abrechnenden Zahnarztpraxen mit denen, die oberhalb der Degressionsschwelle abrechnen, wäre die Folge.

Diese Überlegungen legen es zwingend nahe, das Gesamtleistungsvolumen des Zahnarztes sowohl um die Degressionskürzungen als auch um die HVM bedingten Kürzungen jeweils zu mindern. Nur soweit ein Degressionsabzug aus Punkten errechnet wird, die dem Zahnarzt wegen des HVM-Abzugs nicht vergütet worden sind, muss eine entsprechende Berücksichtigung des Degressionsabzugs beim HVM-Abzug erfolgen. Denn sonst würde ein und derselbe Punkt zuerst HVM bedingt vollständig gestrichen, die aus diesem Punkt bereits zuvor errechnete Degressionskürzung aber aufrecht gehalten, was im Ergebnis zur Folge hätte, dass der Leistungsanspruch des Zahnarztes bezüglich dieses Punktes um mehr als den Punktwert verringert würde. Eine Degressionsminderung ohne honorarmäßige Grundlage hat das BSG zurecht als mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar erklärt. Dies hat aber zur Folge, dass lediglich bezüglich der Punkte, bei denen ein Degressionsabzug vorgenommen wurde und die später als Folge der HVM-Kürzungen zum Wegfall gekommen sind, ein Ausgleich in der Weise vorzunehmen ist, dass der HVM-bedingte Kürzungsbetrag um den auf diese Punkte entfallenden Degressionsbetrag zu reduzieren ist, oder anders gesagt, sich die dem Kläger zustehende Leistungsmenge um die Degressionskürzung ohne honorarmäßige Grundlage erhöht. Dass dieser Differenzbetrag in Höhe der Degressionskürzung ohne honorarmäßige Grundlage letztlich zu Lasten der Gesamtvergütung (und damit zu Lasten aller Zahnärzte) geht, ist vom BSG offensichtlich wegen des vorrangigen Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit in Kauf genommen worden. Auch dies spricht gegen die von dem Kläger vertretene, in ihren Auswirkungen sehr viel weitreichendere Auslegung.

4. Die Berufung des Klägers ist auch unbegründet, soweit er die Rechtmäßigkeit der Regeln des HVM über die IGB abstreitet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 27. März 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. August 2004 ist ebenso wie die Änderungsbescheide vom 14. Juni 2007 und 30. Juni 2009 rechtmäßig, da die maßgebliche Regelung im HVM der Beklagten nicht zu beanstanden ist und der Kläger auch keinen Anspruch auf Erhöhung der IGB hat.

Der Senat hatte bereits mit Urteil vom 26. Februar 2003 ([L 5 KA 1909/00](#)) zur Rechtmäßigkeit des HVM der damaligen KZV für den Regierungsbezirk Tübingen und die Anlage hierzu zu entscheiden gehabt, damals betreffend die IGB für 1999. Der Senat hat hierzu ausgeführt:

Die Festsetzung der IGB ist auf der Grundlage des HVM i. d. F. des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 27. Februar 1999 erfolgt. Um die einzelnen IGB zu ermitteln, sieht der HVM die Aufteilung der Gesamtvergütung in Honorartöpfe für Primär- und Ersatzkassen vor, die ihrerseits in die drei Töpfe für Zahnerhaltung (konservierend-chirurgische Behandlungsleistungen, Parodontosebehandlungsleistungen und Behandlungsleistungen für Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels), Zahnersatz und Kieferorthopädie unterteilt sind. Für jeden dieser Töpfe erhält der Zahnarzt ein individuelles Budget, das von der Vertreterversammlung hier als individuelle Bemessungsgrundlage bezeichnet wurde. Grundlage dieser Budgets sind wiederum die Abrechnungsergebnisse des Zahnarztes im Jahre 1997, wobei die Basiswerte zwischen 10% und 15% reduziert wurden. Diese Regelungen sind grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Wie das BSG mehrfach (vgl. zuletzt BSG Urteil vom 11.09.02 - [B 6 KA 30/01 R](#)) entschieden hat, erlaubt [§ 85 Abs. 4](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V), der gem. [§ 72 Abs. 1 SGB V](#) für Zahnärzte entsprechend gilt, iVm dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus [Art. 12](#) iVm [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz herleitet, die Gesamtvergütung durch Regelungen im HVM in Teilbudgets (Honorartöpfe) aufzuteilen, auch wenn dies dazu führt, dass vertrags(zahn)ärztliche Leistungen nach verschiedenen Punktwerten, die auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen in den einzelnen Bereichen beruhen können, vergütet werden. Die Bildung der Honorartöpfe kann nach Arztgruppen, Versorgungsgebieten oder - wie hier - Leistungsbereichen erfolgen ([BSGE 83, 1, 2 f](#); [BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Die Bildung von Honorartöpfen steht allerdings nicht im freien Ermessen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, vielmehr bedarf es wegen der möglichen unterschiedlichen Punktwerte einer sachlichen Rechtfertigung. Es gilt insoweit das Gebot der sachgerechten Differenzierung. Hiergegen wurde im vorliegenden Fall nicht verstoßen. Die Aufteilung der Töpfe nach Primär- und Ersatzkassen sowie nach zahnärztlichen Leistungsbereichen ist sachgerecht und verhindert, dass durch eine Mengenausweitung einzelne Zahnarztgruppen ihre Anteile an der Gesamtvergütung zu Lasten der anderen Zahnärzte vergrößern können.

Auch die Zuerkennung eines für jeden Zahnarzt unterschiedlichen individuellen Budgets ist nicht zu beanstanden. Ausgangspunkt der rechtlichen Überlegungen hat dabei Art. 15 Abs. 1 GKV-SolG zu sein, wonach für das Jahr 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 darf. Bei dieser Sachlage ist die Beklagte nach ständiger Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG Urteil vom 11.09.02 - [B 6 KA 30/01 R](#) mwN) berechtigt, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung im Rahmen der Honorarverteilung an die Vertragsärzte weiterzugeben und das zur Verteilung stehende Honorar in den einzelnen Leistungsbereichen zu begrenzen. Soweit dabei an die früheren individuellen Abrechnungsergebnisse des Arztes angeknüpft wird, ist dies - etwa im Vergleich zu den im ärztlichen Bereich zulässigen Praxisbudgets - eine Verteilungsweise, die für den Zahnarzt mit den geringsten Eingriffen verbunden ist, da erfahrungsgemäß die Umsätze etablierter Praxen nur geringen jährlichen Schwankungen unterliegen.

Rechtlich nicht zu beanstanden ist auch, dass bei der Ermittlung des individuellen Budgets die Beklagte auf die Abrechnungsergebnisse des Jahres 1997 zurückgegriffen hat. Die Zulässigkeit der Anknüpfung an in früheren Jahren ausbezahlte Abrechnungsvolumina wurde vom BSG in ständiger Rechtsprechung gebilligt (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#) S 185). Da in Art. 15 GKV-SolG die der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zur Verteilung gegebene Gesamtvergütung auf dem Niveau des Jahres 1997 festgeschrieben wird, ist es folgerichtig, auch auf die Abrechnungsergebnisse des Jahres 1997 für die Ermittlung des Budgets des einzelnen Zahnarztes abzustellen.

Schließlich bestehen auch keine rechtlichen Bedenken gegen die Absenkung der Basiswerte um 10% bis 15%. Dies beruht auf zwingenden rechtlichen Gründen, weil der Gesetzgeber beim Zahnersatz und den Kieferorthopädiebehandlungen Honorarabsenkungen vorgeschrieben hatte (vgl. Art. 15 Abs 1 S 2 GKV-SolG). Zu Recht hat die Beklagte auch darauf hingewiesen, dass sie freie Mittel benötigt, um wachsende Praxen neu niedergelassener Zahnärzte sowie Ausnahmeregelungen und Härtefälle finanzieren zu können.

Die Rechtmäßigkeit der dem angefochtenen Bescheid zu Grunde liegenden Regelungen des HVM wird vom Kläger nicht in Frage gestellt. Bestritten wird von ihm auch nicht die rechnerische Richtigkeit der in der Mitteilung vom 27. April 1999 festgelegten IGB. Entgegen seiner Auffassung liegen bei ihm jedoch nicht die Voraussetzungen für die Erteilung einer Ausnahme vor.

Werden - wie hier - individuelle Bemessungsgrenzen eingeführt, so muss nach der Rechtsprechung des BSG (z.B. [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) S.241) der Vorstand im HVM zur Prüfung und Entscheidung ermächtigt werden, ob bei sogenannten atypischen Fällen die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen erfüllt sind. Dabei beschränkt sich die Kompetenz des Vorstandes nicht nur auf die Statuierung von Ausnahmen für "echte Härten", vielmehr müssen Ausnahmen generell für atypische Versorgungssituationen möglich sein. Insbesondere muss es Praxisanfängern erlaubt sein, den Durchschnitt der Fachgruppe zu erreichen (vgl. dazu BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)).

Dieser Rechtsprechung hat der HVM der Beklagten durch die Regelungen in § 6 Rechnung getragen. Die Voraussetzungen der einzelnen Vorschriften werden vom Kläger hier jedoch nicht erfüllt.

§ 6 Abs. 1 HVM ist nicht einschlägig, weil diese Regelung Zahnärzte betrifft, die unterdurchschnittlich abrechnen, was beim Kläger nicht der Fall ist.

Auch unter die Vorschrift in § 6 Abs. 3 HVM fällt der Kläger nicht. Durch sie wird eine erforderliche Sonderregelung insoweit getroffen, als Vertragszahnärzten mit kleinen - im Allgemeinen erst vor kürzerer Zeit gegründeten - Praxen die Chance belassen wird, durch Steigerung der Zahlen der von ihm behandelten Patienten das durchschnittliche Umsatzniveau der Zahnarztgruppe zu erreichen (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)).

Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, die bereits 1984 gegründete Praxis lediglich aufgrund eines zusätzlichen Leistungsangebotes einer neugegründeten Praxis nach § 6 Abs. 3 HVM gleichzustellen. Denn der Kläger betreibt seit langen Jahren eine gut eingeführte Praxis. Bei der Erbringung von kieferorthopädischen Behandlungen durch seine Ehefrau seit dem Jahre 1998 handelt es sich nicht um die teilweise Neugründung einer Praxis, sondern um die Erweiterung des Behandlungsangebotes einer bereits bestehenden Praxis. Als Inhaber einer Praxis mit weit überdurchschnittlichen Umsätzen kann der Kläger nicht mit einem Zahnarzt verglichen werden, der eine Praxis neu gegründet hat und noch unterdurchschnittliche Umsätze erzielt. Der Grund für die Erteilung einer Ausnahmeregelung für Anfängerpraxen ist, dass damit den neu niedergelassenen Zahnärzten die Chance gegeben werden soll, ihren Beruf in wirtschaftlich vertretbarer Weise ausüben zu können. Diese Chance benötigt der Kläger gerade nicht.

Die Beklagte hat es auch zu Recht abgelehnt, die individuelle Bemessungsgrundlage des Klägers aufgrund der Härtefallregelung des § 6 Nr. 7 der Anlage zum HVM zu erhöhen. Zum einen fehlt es dafür bereits an dem Vorliegen einer atypischen Versorgungssituation (vgl. hierzu auch BSG, Urteil vom 28. April 1999 - [6 KA 63/98 R - SGB 1999, 403](#)), denn der Kläger macht geltend, er behandle lediglich seine Patienten auch auf kieferorthopädischem Gebiet, so dass eine ansonsten erforderliche Überweisung an einen Kieferorthopäden entfalle. Dies verdeutlicht, dass der Versorgungsbedarf in der Vergangenheit auch anderweitig durch andere Kieferorthopäden abgedeckt worden ist und daher keine atypische Versorgungssituation besteht. Der Kläger möchte lediglich seine Umsätze durch Leistungen im KFO-Bereich zu Lasten anderer Kieferorthopäden ausweiten.

Schließlich tritt auch durch die Ausweisung einer IBG von 0 für kieferorthopädische Leistungen bei dem Kläger kein wirtschaftlicher Härtefall ein. Bei der überdurchschnittlichen Praxis des Klägers wurden nach Angaben der Beklagten lediglich insgesamt DM 3.868,69 nicht vergütet bzw. individuell gekürzt. Dies sind bezogen auf das zugebilligte Budget von DM 535.094,82 lediglich 0,72 % des Gesamthonorars, so dass die zahnärztliche Praxis des Klägers in ihrer Existenz durch die Regelung in keiner Weise gefährdet wird. Legt man die Zahlen des Klägers zu Grunde, wonach ihm insgesamt DM 16.590,64 gekürzt worden seien, beliefe sich der unvergütete Anteil auf lediglich ca 3,1%. Die wirtschaftliche Situation des Klägers wird dadurch, dass erbrachte kieferorthopädische Leistungen nicht vergütet worden sind, insgesamt somit nur unwesentlich beeinträchtigt. Eine Härtefall, den der Senat regelmäßig erst bei Honorarminderungen von 20% des Gesamtumsatzes in Betracht zieht (vgl dazu Urteil des Senats vom 5.2.2003 - [L 5 KA 3172/02](#)), liegt daher nicht vor. Der Umstand, dass der Kläger seine Umsätze nicht über das ihm zuerkannte Budget hinaus ausdehnen darf, ist rechtlich gewollt und rechtmäßig und kann daher ebenfalls keine Härte darstellen.

Der Senat hält an dieser Rechtsprechung fest, zumal sie im Ergebnis auch durch zwischenzeitlich ergangene neuere Rechtsprechung des BSG (siehe Urteile vom 10. Dezember 2003 in [BSGE 92, 19 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#), vom 31. August 2005 in [BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 21](#) und vom 8. Februar 2006 in [BSGE 96, 53 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#)) bestätigt wurde. Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen hinsichtlich der weiteren Einwendungen des Klägers gegen den HVM und die dort vorgesehenen IBG auf die zutreffenden Ausführungen des SG in seinem Urteil von S 13 unten bis S. 18 Mitte Bezug genommen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Auch ein Härtefall im Sinne des § 6 Nr. 7 der Anlage zum HVM liegt nicht vor. Zum einen fehlt es dafür bereits an dem Vorliegen einer atypischen Versorgungssituation (vgl. hierzu auch BSG Urteil vom 28. April 1999 - [6 KA 63/98 R - SGB 1999, 403](#)), denn im Jahr 2001 bestand keine Unterversorgung. Damit konnte der Versorgungsbedarf ohne Weiteres auch durch die anderen Kieferorthopäden abgedeckt werden und bestand keine atypische Versorgungssituation. Ebenso wenig liegt eine Konstellation dahingehend vor, dass hier etwa der Kläger die Patienten eines anderen Kieferorthopäden, der ausgeschieden ist, hat zum maßgeblichen Zeitpunkt übernehmen müssen. Der Kläger ist in gleicher Weise von den sein Honorar mindernden Faktoren betroffen worden wie alle anderen Kieferorthopäden. Hinweise für eine individuelle Härte, die nur ihn treffen, nicht aber andere Kieferorthopäden, fehlen.

Aus diesen Gründen ist auf die Berufung der Beklagten das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 27. Juni 2007 insoweit aufzuheben, als die Beklagte verpflichtet wurde an den Kläger 2.789,99 EUR zu zahlen. Die Berufung des Klägers ist hingegen zurückzuweisen.

V.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§160 Abs. 2 SGG](#)) bestehen nicht.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Abs. 3 GKG](#). Der Streitwert war hier in Höhe der nunmehr nach dem im Bescheid vom 14. Juni 2007 ausgewiesenen Rückforderungsbetrag im Bereich HVM in Höhe von (noch) 35.886,33 EUR festzusetzen, da letztlich das Begehren des Klägers darauf gerichtet war, dass der Rückforderungsbetrag im Zusammenhang mit einer HVM-Kürzung komplett entfallen soll.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-08-09