

L 12 KA 5012/06

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 43 KA 5014/05

Datum

24.01.2006

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 5012/06

Datum

26.11.2008

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 24. Januar 2006 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig die Rechtmäßigkeit der Honorarverteilung im 1. bis 4. Quartal 2001 in den Leistungsbereichen Zahnersatz (ZE), Parodontologie (PAR) und Kieferbruch (KB).

Der Kläger war im streitigen Jahr 2001 als Vertragszahnarzt zugelassen.

Nachdem die Beklagte unter entsprechendem Vorbehalt für die Quartale des Jahres 2001 Honorar ausgeschüttet hatte, kürzte sie mit "Lastschriftanzeige 2001 ZE" vom 12. Juni 2002 und 8. Dezember 2003 nachträglich das Honorar im Leistungsbereich ZE um 964,25 DM, mit "Lastschriftanzeige 2001 PAR" vom 10. Juni 2002 das entsprechende Honorar um 406,23 DM sowie mit "Lastschriftanzeige 2001 KB" vom 12. Juni 2006 das auf Aufbisshilfen entfallende Honorar 2001 um 109,96 DM. Im Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen (KCH) kam es zu einer Honorarminderung von (zunächst) 2.322,00 DM

Die Lastschriftanzeigen knüpfen hinsichtlich der Bestimmung eines Honorarteilbudgets und der Berechnung der Mehrleistungsvergütung an die "Jahresaufstellungen/ Zusammensetzung der Abrechnungswerte ZE/PAR/KB" alle vom 10. Dezember 2003 an. Daraus ergibt sich, dass die Beklagte bei der Berechnung der Mehrleistungs(vergütungs)quote an die auf die Kassenverbände und nicht an die auf die Kassenbereiche (RK/EK) bezogenen Leistungsvolumina anknüpfte.

Die Beklagte begründete die Honorarkürzungen mit dem Vollzug ihres Honorarverteilungsmaßstabs vom 5. Dezember 1987 i.d.F. der Änderung vom 27. Mai 2000 nebst dessen Anlagen 1-7/2000 (gültig für die Jahre 2000-2002).

Die Honorarverteilungsregelungen unterscheiden nach den Leistungsbereichen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs-Zahnärzte:

Anlage 1/2000 Allgemeine Regelungen

Anlage 2/2000 KZH,

Anlage 3/2000 ZE,

Anlage 4/2000 KFO und KFO-Begleitleistungen

Anlage 5/2000 PAR

Anlage 6/2000 Kieferbruchbehandlungen und Aufbisshilfen

Das Gesamtvergütungssystem sieht einerseits eine bezogen auf alle Leistungsbereiche einheitliche und budgetierte Gesamtvergütung vor,

die nach Maßgabe der Anlage 1 Ziff. I. Nr. 2 HVM getrennt nach RK-Verbänden und EK-Verbänden und nach Maßgabe der vorjährigen (2000) Leistungsanteile zur Gesamtvergütung in einzelne Honorartöpfe/-unter-töpfe (kassenverbandsspezifische Aufteilung bei weiterer Unterteilung des jeweiligen Verbandsfonds in Leistungsbereichsunterfonds) unterteilt werden. Trotz budgetierter Gesamtvergütung ist für die einzelnen Leistungsbereiche mit den Kassenverbänden jeweils ein "fester" Punktwert vereinbart worden, so dass für den gleichen Leistungsbereich zum Teil mehrere Punktwerte anzuwenden sind (z.B. KB fünf Punktwerte; dagegen einheitliche RK/EK-Punktwerte in ZE: 1/01 PK 1,3766 DM/EK 1,4420 DM; 2-4 2001 1,3949 DM;).

Für den Fall der Unterdeckung in den Honorarunterfonds im ZE-Bereich trifft die Anlage 3/2000 HVM folgende Verteilungsregelungen: Jeder Zahnarztpraxis wird für ZE-Leistungen (Kassenleistungen) ein Budgetvolumen zur Verfügung gestellt (vgl. Anlage 3 Ziff. I. Nr. 1 HVM). Das Budgetvolumen bestimmt sich als Produkt eines zuvor ermittelten Budgetbetrags und der im aktuellen Quartal abgerechneten und anerkannten Anzahl der Leistung der BEMA-Ziffer 01 - jeweils getrennt nach Primär- und Ersatzkassen. Der HVM begründet die Anknüpfung an die BEMA-01 damit, dass eine eingehende Untersuchung unverzichtbare Grundlage für eine vertragsgemäße prothetische Versorgung sei (vgl. Anlage 3 Ziff. I. Nr. 1 letzter Satz HVM). Der sog. Budgetbetrag berücksichtigt die zur Verfügung stehende Gesamtvergütung -getrennt nach Regionalkassen und Ersatzkassen -, die Zahl der (von allen Zahnärzten) abgerechneten Leistungen nach BEMA 01 und die erwartete Zahl an Neuzulassungen. Innerhalb des Budgetvolumens ist eine 100%tige Vergütung nach dem jeweiligen festen Punktwert garantiert (vgl. Anlage 3 Ziff. I. Nr. 2 HVM).

Für die das Budgetvolumen übersteigende Punkteanforderung sieht Anlage 3. Ziff. I. Nr. 4 HVM vor, dass für das überschreitende Abrechnungsvolumen zunächst kein Vergütungsanspruch besteht. Verbleibt nach Erfüllung der Vergütungsansprüche noch verteilungsfähige Gesamtvergütung für prothetische Behandlungen, werden die zunächst ausgeschlossenen Vergütungsansprüche anteilig in dem Verhältnis dieser Vergütungsansprüche zu der verbleibenden Gesamtvergütung erfüllt (sog. Mehrleistungsvergütung). Nicht ausdrücklich bestimmt wird, ob insoweit an die einzelnen Kassen, an Kassenarten oder an den Regional- bzw. Ersatzkassenbereich anzuknüpfen ist.

Für den Bereich der PAR-Leistungen trifft Anlage 5 eine im Wesentlichen inhaltsgleiche Regelung. Nach der Anlage 6/2000 finden sich Kieferbruchleistungen nur bzgl. sog. Aufbisshilfen (Positionen K1 bis K9 BEMA-Z) budgetiert; wobei in gleicher Weise an die Fallzahl der insgesamt eingehend untersuchten Patienten (BEMA-Nr.01) angeknüpft wird.

Die Beklagte hatte zunächst alle Leistungen (unter insoweitigem Vorbehalt) vergütet und mit den Lastschriftanzeigen die Differenz zwischen der Mehrleistungsquote und den zunächst voll vergüteten Mehrleistungen nachträglich abgesetzt.

In seinem Widerspruch, den der Kläger noch persönlich erhoben hat, nennt er als Widerspruchsgegenstand nur die Lastschriftanzeigen KCH, ZE und KB (mit Geschäftszeichen und Bescheiddatum), nicht jedoch die Lastschriftanzeigen PAR und KFO.

Im Laufe des weiteren Verfahrens trat hinsichtlich der KCH-Kürzung Erledigung ein. Die Anlage 2/2000 KCH sah keine Fallwertbudgetierung, sondern eine sog. "Stichtagsregelung" vor. Nach seinem Ermessen durfte der Vorstand bestimmen, ab welchen Kalendertagen eines Quartals Behandlungen für Versicherte einzelner Krankenkassen nicht mehr an der Honorarverteilung teilnehmen. Nach kontroversen sozialgerichtlichen Entscheidungen zu dieser Stichtagsregelungen kam auf Anregung des damals zuständigen 3. Senats des Bayerischen Landessozialgerichts in diesem und in weiteren Fällen ein Vergleich zustande, der eine Halbierung der KCH-Kürzungsbeträge zum Inhalt hatte. Der Rechtsstreit wurde daraufhin hinsichtlich der Kürzung im KCH-Bereich für erledigt erklärt.

Der Kläger erhielt im Jahre 2001 - bezogen auf alle Leistungsbereiche - ein Gesamthonorar GKV von 455.735,00 DM (nach Lastschrift). Die Summe erhöhte sich um 1.150,00 DM aufgrund der vergleichsweisen Halbierung der Honorarkürzung im Leistungsbereich KCH. Der Löwenanteil des Gesamthonorars entfiel auf den KCH- Bereich (338.000,00 DM).

Im KB-Bereich wurde 2001 ein Teilhonorar von 6.653,00 DM (nach streitgegenständlicher Kürzung von 109,00 DM; Kürzungsquote 1,6 %) bezahlt. Im ZE-Bereich betrug das Jahreshonorar 77.696,00 DM (nach Kürzung i.H.v. 964,00 DM; Kürzungsquote 1,2 %). Unter Einschluss der weiteren Bereiche umfassten die Kürzungen 0,7 % des Gesamthonorars (PAR 3,2 %, KFO 0,9 %)

Die durchschnittliche Zahnarztpraxis in Bayern (Bayerischer Landesdurchschnitt) betreute (im hier beispielhaft dargestellten) 2. Quartals 2001

404,9 Patienten/Qu. im KCH-Bereich bei einem durchschnittlichen Fallwert von 141,00 DM/F.,
6,4 Patienten/Qu. im KB-Bereich bei einem durchschnittlichen Fallwert von 325,00 DM/F.,
58,2 Patienten im ZE-Bereich bei einem durchschnittlichen Fallwert von 981,00 DM/F. (Kassenanteil und Eigenanteil des Versicherten; Kassenanteilquote nicht dokumentiert),
5,0 Patienten im PAR-Bereich bei einem durchschnittlichen Fallwert von 1.317,00 DM/F. und
29,8 Patienten im KFO-Bereich bei einem durchschnittlichen Fallwert von 321,00 DM/F.

Im Vergleich mit der Statistik des Klägers fallen überdurchschnittliche Fallzahlen in den Bereichen KCH und ZE und erhöhte Fallwerte im ZE-Bereich (1.028,00 DM/F. = + 5 % Wert mit Eigenanteil) und im PAR-Bereich (nur 1 abgerechneter Fall) bei erhöhtem Rentneranteil auf. Im Übrigen besteht eine Neigung zu unterdurchschnittlichen Fallwerten.

Der Kläger verweist in seinem Widerspruch (insoweit wohl noch zum Leistungsbereich KCH) auf die Versorgung von behinderten Patienten in einer großen Behinderteneinrichtung hin.

Der Widerspruch wurde durch Bescheid vom 14. Dezember 2004 unter Hinweis auf die Verteilungsregelungen des HVM zurückgewiesen. Dem Widerspruchsbescheid ist zu entnehmen, dass folgende Prozentsätze der Budgetvolumenüberschreitung als Mehrleistungsvergütung

(MehreLeistungsquote) noch honoriert werden konnten: ZE = AOK 88,95 %, IKK 84,02 %, BKM 83,99 %, VdAK 95,46 %, AEV 95,67 %, BKK und LKK 100 %; KB = 58,49 % (AOK), 93,51 % (BK n), i.Ü. 100%.

Dagegen hat der Kläger Klage zum Sozialgericht München erhoben, die auch die Lastschriftanzeige PAR nennt. Nach seiner Ansicht sind die Lastschriftanzeigen und inzident die Honorarverteilungsregelungen aus folgenden Gründen rechtswidrig:

Die Anknüpfung an die BEMA-Nr. 01 sei ein ungeeignetes, gegen [Art. 3 GG](#) verstoßendes Kriterium. Auf ein abweichendes Praxisklientel werde nicht Rücksicht genommen. Die Anknüpfung produziere zufällige Ergebnisse. Sie begünstige die durchschnittliche Zahnarztpraxis mit vielen Patienten. Dadurch, dass sozusagen an die allgemeine Praxisfallzahl eingehend untersuchter Patienten angeknüpft werde, kämen Zahnärzte, die einen erhöhten Zahnersatzanteil oder einen erhöhten Kieferbruchanteil hätten, schlecht weg. Gerade Praxen, die Altenheime bzw. viele alte Menschen betreuten, bei denen naturgemäß weniger Füllungen und viel Zahnersatz anfielen, unterfielen hier der Kürzung sehr stark. Es wäre sehr einfach gewesen, auf die in jeder KZVB-Praxisstatistik ermittelten ZE- und KB-Fälle aufzusetzen. Härtefallpatienten mit Anspruch auf 100 % Kassenzuschuss belasteten das ZE-Budget umfangreicher als Normalpatienten mit 50 % Eigenbeteiligung.

Gerade die zahnärztlichen Leistungen seien durch die Zustimmung der Kasse zum Heil- und Kostenplan bereits genehmigt und der Leistungsumfang durch Verwaltungsakt festgelegt. Nun werde entgegen dieser Regelungswirkung ein gewisser Teil weggekürzt. Der Eigenanteil des Versicherten berechne sich als Prozentsatz der Zahnarztvergütung. Müsse jetzt der Zahnarzt, wenn er auf Grund der Honorarverteilung ein geringeres Entgelt erhalte, etwas an den Patienten zurückerstatten?

Die Beklagte habe die zur Verfügung stehenden Budgetvolumina nur getrennt nach Regionalkassen- und Ersatzkassenbereich berechnet. Dagegen habe man bei der Ermittlung der MehreLeistungsvergütung, mithin demjenigen, was von der Budgetvolumenüberschreitung letztlich doch noch vergütet werde, auf die einzelnen Kassenverbände abgestellt.

Im Leistungsbereich Kieferbruch würden nur die Leistungen K1 bis K9 des BEMA-/Teil 2 bzw. Gebührtarif B budgetiert, während die übrigen Leistungen dieser Abrechnungstarife zum regulären Vertragspunkt wert vergütet würden. Die Versorgung der Patienten mit Aufbisshilfen stelle einen sehr kleinen, begrenzten Leistungsausschnitt dar. Auf Funktionstherapie spezialisierte Praxen würden durch die Budgetierung in besonderer Weise getroffen.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 24. Januar 2006 abgewiesen. Die Budgetvolumenüberschreitung führe hier nicht zu einem Honorartotalverlust, sondern nur zu einer eingeschränkten Garantie der Vergütung der Leistungen zu 100 %. Angesichts der getroffenen niedrigen Bemessung des Garantiebereichs und der damit erreichten großzügigen Dotierung des ungarantierten Leistungsbereichs könne eine Überschreitung der Gestaltungsfreiheit und eine Honorarverteilungsungerechtigkeit durch die Anknüpfung des Garantiebetrages an die BEMA 01 nicht erkannt werden.

Dagegen Berufung des Klägers zum Bayerischen Landessozialgericht. Er verfolgt sein Begehren auch in der Berufungsinstanz weiter.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts München vom 24. Januar 2006 und die Bescheide der Beklagten bezüglich der Lastschriften für ZE, PAR, KB für das Jahr 2001 vom 10. Juni 2002, 8. Dezember bzw. 10. Dezember 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. Dezember 2004 einschließlich aller Folge- und Aktualisierungsbescheide aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 756,79 EUR einbehaltenes Honorar auszus zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Für die weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte, der Streitakte des Sozialgerichts München sowie der Verfahrensakte des Bayerischen Landessozialgerichts Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig aber nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Soweit der Kläger mit seiner Klage auch die Aufhebung der Lastschriftanzeige PAR begehrt, erweist sich dies bereits mangels fristgerechter Widerspruchserhebung als unzulässig. Der Kläger hat im Schriftsatz vom 11. Juli 2002 eindeutig nur hinsichtlich der Lastschriftanzeigen ZE, KB und KCH (insoweit Erledigung erklärt) Widerspruch erhoben.

Der inzident angegriffene HVM begegnet, soweit dessen Regelungen hier entscheidungserheblich waren (Vergütung KB, ZE, PAR), keinen rechtlichen Bedenken. Insbesondere ist eine Verletzung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 12 GG](#)) i.V.m. [Art. 3 GG](#) nicht zu erkennen (dazu BSG vom 14. Februar 2005, [B 6 KA 17/05 R](#), [BSGE 96, 1](#)). Die Beklagte hat zumindest im Fall des Klägers ihren HVM auch zutreffend umgesetzt.

[§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in der hier anwendbaren Fassung des GKV-SolG stellt, wie das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung ausgeführt hat, eine verfassungsgemäße, insbesondere ausreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage für Beschlüsse der Vertreterversammlungen der KZÄVen über Honorarverteilungsmaßstäbe dar (BSG vom 9. Dezember 2004, [B 6 KA 44/03](#), [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#); BSG vom 22. Juni 2005, [B 6 KA 5/04 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#))

Der Verteilungsmechanismus des HVM der Beklagten in der für das Jahr 2001 gültigen Fassung begegnet in seiner Grundstruktur keinen Bedenken. Diese Grundstruktur sieht einerseits die Aufteilung der Gesamtvergütung in verbands- und leistungsbereichsspezifische

Honorar(unter)fonds, bei Schaffung jeweils eines geschützten Abrechnungsvolumens andererseits vor, dessen Bemessung nach der Anzahl anerkannter Leistungen der BEMA Nr. 01, mithin eingeschränkt fallzahlabhängig erfolgt, wobei das überschießende Abrechnungsvolumens (Mehrleistungsbereich) nicht geschützt wird und einer potentiell geringeren Honorierung unterliegt.

Angesichts des vorherrschenden Systems verbandsdifferenzierter und fester Punktwerte erscheint es aus Honorarverteilungsgerechtigkeitsgründen sogar geboten, wie in Anlage 1 Ziffer I Nr. 2. Satz 1 HVM geschehen, die einheitliche Gesamtvergütungen nach Kassenverbänden und nicht nur nach Kassenbereichen aufzuteilen. Die weitere Aufteilung dieser Honorarfonds in bereichsspezifische Unterfonds entspricht der Befugnis der Beklagten, die auch nach der Gebührenordnung getrennten Leistungsbereiche, die unterschiedliche Mengenentwicklungen aufweisen können, verteilungsspezifisch getrennt zu behandeln.

Einer der Hauptaufgaben jeder Honorarverteilungssatzung besteht darin, die nach (hier festen) Punktwerten vergüteten Honoraranforderungen in Übereinstimmung mit dem begrenzten Gesamtvergütungsvolumen zu bringen und wenn dieses nicht ausreicht, den Umfang der Honorierung der Zahnärzte zu flexibilisieren. Dafür stehen verschiedene Gestaltungen zur Verfügung. Nicht zu beanstanden ist es einerseits, diese Flexibilisierung durch Schaffung eines geschützten Bereichs zu vollziehen, der den überwiegenden Anteil der Gesamtvergütungsanteile für eine Honorierung zu vollen Punktwerten verwendet, und für die restlichen Leistungen eine quotierte Honorierung "nach verbliebener Restvergütung" vorzusehen (BSG vom 8. Februar 2006, [B 6 KA 25/05 R](#), [BSGE 96, 53](#) ff.). Auch für die Ermittlung des geschützten Bereichs stehen unterschiedliche Gestaltungsoptionen offen. Eine sachgerechte Gestaltungsmöglichkeit ist die Anknüpfung an ein Fallwertbudget und die aktuelle Fallzahl des Zahnarztes, was eine Fallzahlkappungsproblematik nicht entstehen lässt (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#) Nr. 45, Nr. 48 4-2500 § 85 Nr. 9, Nr. 10).

Trotz dieser Rechtmäßigkeit der Grundstruktur kann sich eine Ungleichbehandlung aus der konkreten Ausgestaltung der Einzelheiten der Verteilung, insbesondere einer unsachgerechten oder willkürlichen Ermittlung des geschützten Bereichs ergeben. So würde sich eine Fallwertbudgetbildung nach solchen Regeln als gleichheitswidrig darstellen, die allein die Praxen begünstigt, welche in den wichtigen Leistungsbereichen höchst durchschnittliche Verhältnisse aufweisen, aber umgekehrt einen erheblichen Teil von Praxen wegen einer nicht vollen Übereinstimmung mit den Durchschnittsverhältnissen mit erheblich höheren Honoraranteilen in den ungeschützten Abrechnungsbereich und in erhebliche Honorarkürzungen treibt. Ein HVM, der darauf angewiesen ist, bei einem erheblichen Anteil der Praxen das Verteilungsergebnis über die allgemeine Härtefallregelung zu korrigieren, entspricht den Anforderungen an die Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht.

In der Gesamtschau trägt das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit die konkrete Ausgestaltung der Honorarverteilungsregelungen des Jahres 2001 noch. Der Senat weist ausdrücklich darauf hin, dass im Rahmen des Streitgegenstands keine Aussage zur Rechtmäßigkeit der sog. "Stichtagsregelung" der Anlage 2 HVM zu treffen war (vgl. dazu BayVerfGH vom 14. November 2003, Vf8-VII-02, a.A. SG B-Stadt vom 16.05.2003, [S 33 KA 5129/01](#); [NZS 2003, 547](#)).

Der angegriffene HVM knüpft für die Bemessung des geschützten Budgetvolumens in jedem Leistungsbereich nicht an die jeweilige Fallzahl dieses Leistungsbereichs an, sondern an die Gesamtfallzahl der Patienten, für die die BEMA-Nr. 01 leistungslegendengerecht abgerechnet wurde. Die BEMA-Nr. 01 setzt eine "eingehende Untersuchungen zur Feststellung von Zahn-, Mund-, und Kieferkrankheiten" - einmal im Kalenderhalbjahr (frühestens nach vier Monaten erneut abrechenbar) voraus. Zwei Aspekte erscheinen wesentlich:

Einerseits erfüllen im nächsten Quartal angesetzte Nachschautermine die Leistungslegende nicht. Dies schützt vor einer künstlichen Fallzahlsteigerung durch Recall- bzw. Wiederholungstermine, macht die Anknüpfung zu einem Gradmesser für die "echte Fallzahl" und erhöht die Verteilungsgerechtigkeit gegenüber einer Anknüpfung an die leicht steigerungsfähige, nominale Fallzahl.

Andererseits differenziert die Zahl der BEMA-01-Leistungen nicht nach unterschiedlichen Patientenanteilen in den einzelnen Leistungsbereichen, die zum Teil ganz erheblich differierende Durchschnittsfallwerte aufweisen. Die eingehende Untersuchung fällt unabhängig davon an, ob nachfolgend konservierend-chirurgische, parodontologische, prothetische Maßnahmen oder KB-Leistungen durchzuführen sind. Die Schutzbereiche werden insoweit undifferenziert anhand einer "echten" Gesamtfallzahl ermittelt, ohne auf individuelle Praxisausrichtungen einzugehen. So ergibt sich rechnerisch ein völlig unterschiedliches Ergebnis, ob von 200 BEMA 01-Leistungen 150 auf KCH-Patienten oder 150 auf PAR-Patienten entfallen.

Letztlich unterfällt es dem Gestaltungsspielraum des Normgebers zu bestimmen, ob die Differenzierung von Sachverhalten nach einem allgemeineren oder einem spezielleren Maßstab vorgenommen wird. Das Gleichheitsgebot ist erst verletzt, wenn die aus der gröberen Anknüpfung folgenden Differenzierungsverwerfungen ein nicht mehr hinnehmbares Ausmaß erreichen.

Eine Berechnung anhand des Landesdurchschnitts (Quartal 2/2001) ergibt unter der Annahme der BEMA 01-Abrechnung in 50 % der nominalen Fallzahl (F01) folgendes Bild:

490 Patienten (alle Leistungsbereiche) und damit geschätzt ca. 245 BEMA 01-Ansätze

ZE 245 F01. x 53,00 DM = 12.985,00 DM ZE-Budgetvol.

KB 245 F01. x 2,00 DM = 900,00 DM KB-Budgetvol.

PAR 245 F01.x 20,00 DM = 4.900,00 DM PAR-Budgetvol.

Die KCH-Fälle werden nicht nach der BEMA-01- Zahl, sondern nach der sog. "Stichtagsregelung" budgetiert.

Unter Zugrundelegung der Bereichsfallzahlen/-fallwerte ergibt sich für die dem Landesdurchschnitt entsprechende Praxis folgendes gerundetes Gesamtanforderungsvolumen:

ZE: 58 Pat. x 630,00 DM ZE-Fallwert = 36.540,00 DM Volumen (einschl. Versicherten-Eigenanteile)

KB: 6 Pat. x 325,00 DM KB-Fallwert = 1.950,00 DM Anforderungsvolumen

PAR: 5 Pat. x 1317,00 DM PAR-Fallwert = 6.585,00 DM Anforderungsvolumen.

Damit ergibt sich für die landesdurchschnittliche Praxis, dass die im ungeschützten Bereich liegenden Anforderungsvolumina KB/PAR zumindest nicht überwiegen (ZE-Sondersituation). Der Löwenanteil des Gesamthonorars entspringt ohnehin dem nach anderen Regeln flexibilisierten KCH-Bereich. Hier entfällt eine Budgetierung ganz, soweit die Behandlung vor den Stichtagen erfolgt (z.B. Urlaub bis Quartalsende). Da nur geringe Leistungsanteile in den 01-Leistungsbereichen abgerechnet werden, kommt es bei der Durchschnittspraxis zu äußerst geringen Lastschriften, solange sich die Mehrleistungsquote nicht extrem erniedrigt. Das Ergebnis des ZE-Bereichs hängt zusätzlich vom der durchschnittlichen Kassenanteilquote der Praxisklientel (50 % - 100 % -Härtefall-) ab.

Bei zunehmender Abweichung von den durchschnittlichen Verhältnissen verändert sich das Ergebnis jedoch rasch. Denn verschieben sich die Bereichsfallzahlen von KCH in Richtung der Bereiche ZE/KCH/PAR, werden automatisch größere Anteile in den Mehrleistungsbereich abgeschoben. Deutlich zeigt sich das Problem bei beispielhafter Annahme einer ggü. der landesdurchschnittlichen Praxis leichten Erhöhung der PAR-Patienten um 50 Versicherte bei spiegelbildlicher Verminderung der KCH-Patienten. Hier errechnet sich ein Anforderungsvolumen PAR von $(1.317,00 \text{ DM} \times 55,00 \text{ DM} =) 72.435,00 \text{ DM}$, dem ein gleichbleibender geschützter Bereich von 6.585,00 DM gegenübersteht. Bereits eine ggü. den durchschnittlichen Verhältnissen nicht außergewöhnliche Erhöhung der Fallzahlanteile in den Leistungsbereichen ZE/KB/PAR führt zu signifikanten Budgetvolumenüberschreitungen.

Gründe für die Budgetüberschreitung können demnach sein überdurchschnittliche Fallwerte ZE/PAR/KB (z.B. Praxisbesonderheit, hohe ZE-Härtefallrate), erhöhter Fallzahlanteile in einem o. mehrere dieser Leistungsbereiche aufgrund Praxisbesonderheit (z.B. hoher Rentneranteil, dann viele ZE-Leistungen bei eingeschränkter Möglichkeit insoweit die BEMA 01 anzusetzen) oder aufgrund von durchschnittsabweichender Praxisausrichtung (z.B. PAR-Spezialisierung). die Behandlung eines hohen Anteils an Patienten, deren Kasse vergleichsweise hohe Punktwerte vergütet (geringere Relevanz, da für 2001 alle Ersatzkassen und alle Regionalkassen jeweils gleich hohe ZE-Punktwerte).

Der Umstand der Überschreitung des geschützten Budgets (auch) durch die landesdurchschnittliche Praxis relativiert sich auch durch die hohe Mehrleistungsquotierung. Insbesondere im Jahr 2001 wurde Quoten von durchschnittlich weit über 90 % als Mehrleistungsvergütung bezahlt. Dies kann - bei Annahme gleichbleibender Leistungsverhältnissen im Vergleich zu früheren Zeiträumen - durch Steuerung der Höhe des Budgetbetrags (Fallwertbudget) erreicht werden. Wird dieser niedriger gehalten, bleibt mehr Verteilungsmasse für den ungarantierten Bereich übrig. Es steht grundsätzlich im Gestaltungsspielraum des Normgebers, den ungarantierten Bereich zu Lasten des garantierten Bereichs mittels Bemessung des Budgetvolumens kleiner oder größer auszugestalten, sofern nicht besondere Umstände der Leistungsausweitung in einem Leistungssegment zu Lasten anderer Segmente normative Schutzmaßnahmen erfordern. Ist der garantierte Bereich zu Gunsten des Mehrleistungsbereichs sehr dürtig dotiert, nähert sich bei Erschöpfung der Gesamtvergütung die Budgetierung dem System gleichförmiger Budgetierung aller Leistungen an.

In Zusammenschau der Gesichtspunkte, insbesondere angesichts der üppigen Ausgestaltung des ungarantierten Bereichs mit Gesamtvergütungsanteilen, die zu einer hohen Mehrleistungsvergütung führen, sieht der Senat das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit insgesamt noch nicht als verletzt an. Der Senat weist im Hinblick auf die in der mündlichen Verhandlung geführte Diskussion zu Entwicklung in den Folgejahren darauf hin, dass im Falle einer wider Erwarten eingetretenen, objektiv nicht verständlichen partiellen Leistungssteigerung durch mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit nicht zu vereinbarende Ausweitung des Leistungsverhaltens, die zu einer Verminderung der Mehrleistungsquote führen muss, eine Reaktions- und Anpassungspflicht des Normgebers nicht ausgelöst würde.

Im Hinblick auf die strikte Ausrichtung der Budgetvolumenbemessung am Leitbild der durchschnittlichen Zahnarztpraxis (überwiegende Tätigkeit im KCH-Bereich, untergeordnete Tätigkeit im ZE-Bereich, Randtätigkeit in den Bereichen PAR/KB) ist zudem darauf hinzuweisen, dass in der Tat die Zahl der Praxen, in denen von der durchschnittlichen Praxis abweichende Verhältnisse zu einer signifikanten Honorarabsetzung geführt haben, sehr gering ist, was in 2001 zum einen auf die hohe Zahl von Durchschnittspraxen und zum andern auf die hohe Mehrleistungsquote rückführbar ist. Die Absetzungen entsprechen in 2001 homöopathischer Dosierung. Gerade durch den tendenziell niedrigeren Budgetbetrag verbunden mit der Zahlung einer sehr hohen Quote an Mehrleistungsvergütung erscheint die getroffene größere Anknüpfung des Budgetierungstatbestands hier noch hinnehmbar, weil auch eine speziellere Anknüpfung kein wesentlich anderes Ergebnis gezeigt hätte. Insoweit erscheint der Gestaltungsspielraum hinsichtlich einer generelleren oder spezielleren Anknüpfung der Honorarverteilung noch nicht überschritten, wenngleich eine bereichsfallzahlspezifische Anknüpfung, die die Beklagte ab 2004 vorgenommen hat, als differenzierungsgenauer bezeichnet werden darf.

Im Einzelfall entstehende Gerechtigkeitsdefizite sind über die allgemeine Härtefallklausel zu lösen. Im Falle eines durch die gröbere Anknüpfung ausgelösten, nicht mehr hinnehmbaren Maß an Differenzierungsungenauigkeit, die im Einzelfall auch erst durch eine in den Folgejahren sich ereignende Minderung der Mehrleistungsquote in Erscheinung treten mag, hat der betroffenen Zahnarzt einen Anspruch auf zusätzliche Honorierung über die allgemeine Härtefallklausel der Anlage 1/2000 Ziff. I. Nr. 6. HVM.

Ein nicht mehr hinnehmbares Maß an Differenzierungsverwerfung (Härtefall) aber besteht nicht allein aufgrund eines statistisch abweichenden Leistungsbildes. Vielmehr muss dieses durch ein wirtschaftliches Leistungsverhalten getragen sein. Durch bestimmte Vergütungsänderungen o. dgl. induzierte, leistungssteigernde Vorzieheffekte in einem Leistungsbereich stellen keinen Härtefall dar. Dagegen spricht eine sich statistisch seit vielen Quartalen zeigende Besonderheit (z.B. kontinuierlich hohe PAR-Fallzahl) für eine über die Härtefallregelung auszugleichende Praxisbesonderheit (Spezialausrichtung).

Hinzu treten muss eine gewisse Höhe der Absetzungen in einem Leistungsbereich sowie ein gewisser Umfang der Kürzungen im Verhältnis zur Gesamtanforderung. Kürzungen von unter 5 % des Gesamthonorars stellen keinen Härtefall dar. Von der Stellung eines Härtefallantrages wird im Wege der Auslegung des Widerspruchs gegen die Lastschriftanzeige häufig auszugehen sein.

Angesichts der hier vorliegenden Kürzungen (0,7 % der Honorarsumme von 455.000,00 DM; auf PAR/ZE/KB entfallen 756,00 EUR) ist im Falle des Klägers das Vorliegen eines Härtefalls eindeutig zu verneinen.

Auch die Genehmigung des Heil- und Kostenplans führt nicht zur Rechtswidrigkeit der Lastschriften. Der Heil- und Kostenplan genehmigt den

Umfang der vom Vertragszahnarzt zu erbringenden Zahnersatzleistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (BEMA). Nach [§ 30 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (in der ab 1. Januar 2000 bis zum 31. Dezember 2004 des GKV-SolG vom 22. Dezember 1999) bedarf die im Heil- und Kostenplan vorgesehene Versorgung mit Zahnersatz vor Beginn der Behandlung der Genehmigung. Die Krankenkasse hat den Versichertenanteil an diesen Kosten zu bestimmen.

Die dem Zahnarzt zustehenden Leistungen ergeben sich damit aus dem Heil- und Kostenplan nur insofern, als der Umfang der genehmigten Leistungen nach Anwendung der Punktwerte der BEMA und der Honorarverteilungsmaßstäbe zu einem bestimmten Honorar führt. Nur die BEMA-Leistungen und nicht der sich daraus ergebende Honorarbetrag ist Regelungsgegenstand. Zusätzlich wird der Eigenanteil kraft der zu Gunsten und zu Lasten des Versicherten wirkenden Genehmigung bestimmt. An dieser Bestimmung erscheint eine Änderung nicht veranlasst, solange der Umfang der erbrachten Leistungen nicht hinter dem der genehmigten Leistungen zurückbleibt.

Keine Bedenken begegnen die Regelungen in Anlage 3 Ziff. I Nr. 2 bzw. Anlage 6 Ziff. I Nr. 2 HVM, mit der die Beklagte die Höhe der Fallbudgets nicht nach Kassenverbänden, sondern nach Kassenbereichen (RK/EK) differenzierte. Die hiermit in seltenen Einzelfällen denkbaren Verwerfungen durch einen ungünstigen "Kassenmix" sind hinzunehmen. Durch einen solchen unvoreilhaften Kassenmix kann es bei exakt gleichen Behandlungen zweier Zahnärzte zu ungleichen Budgetüberschreitungen kommen (Beispiel: ZA A behandelt 100 EK-Patienten von Kassen mit Punktwert 1,50 DM, Zahnarzt B 100 EK-Patienten mit identischen Leistungen für 1,40 DM/Punkt; Zahnarzt A wird sein Budgetvolumen stärker überschreiten). Dies ist Ergebnis der kassenverbandsspezifischen Ausrichtung des zahnärztlichen Honorierungssystems.

Im Hinblick auf Parallelverfahren weist der Senat in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich die Beklagte bei ihrer verwaltungsmäßigen Umsetzung an die selbst aufgestellte normative Anknüpfung der Budgetvolumenermittlung nach Kassenbereichen festhalten lassen muss.

Im Rahmen der Umsetzung des HVM und der Berechnung der Absetzungsbeträge hat die Beklagte in der Zusammenstellung/Lastschriftanzeige nämlich wieder kassenverbandsspezifisch gerechnet. Dies ist für sich betrachtet noch nicht zu beanstanden. Die Befugnis ergibt sich nicht aus Anlage 3 Ziff. I Nr. 4 HVM, gleichwohl aus Anlage 1/2000 HVM. Danach hat eine Aufteilung der RK-Gesamtvergütung und der EK-Gesamtvergütung nach Kassenverbänden zu erfolgen. Dann erscheint es jedoch folgerichtig, trotz Budgetvolumenberechnung anhand nur zweier Fallbudgetbeträge (RK/EK), die dieses Volumen jeweils überschießende Honoraranforderung des einzelnen Zahnarztes nach dem jeweilig verbleibenden Verbandsgesamtvergütungsteil (Honorarunterfonds) zu verteilen. Denn ein Mehrleistungsvergütungsanspruch setzt voraus, dass im jeweiligen Honorarunterfonds noch verteilungsfähige Gesamtvergütung verblieben ist (vgl. Anlage 3/2000 Ziff. I Nr. 4 Satz 2 und Anlage 6/2000 Ziff. I Nr. 4 Satz 2 HVM).

Allerdings muss das gesamte Budgetvolumen eines Kassenbereichs als geschützter Bereich angesetzt werden, ohne dass nicht ausgeschöpfte Budgetvolumina einzelner Kassenverbände verloren gehen dürfen.

Geht man beispielweise (zur Verdeutlichung mit fiktiven Zahlen) im Leistungsbereich ZE von einem RK-Budgetbetrag von 50,00 DM bei 320 BEMA 01-RK-Fällen aus, errechnet sich ein geschütztes Volumen RK von 16.000,00 DM. Teilen sich (beispielweise) die 320 RK-Fälle auf 200 AOK-Fälle, 100 IKK-Fälle und 20 LKK-Fälle auf und wurden im Leistungsbereich ZE für die AOK 20.000,00 DM, für die IKK 12.000,00 DM abgerechnet, an den LKK-Patienten aber nur Leistungen anderer Bereiche erbracht, ergibt sich nach der durch die Beklagte vorgenommenen Umsetzung (bei gedachter Mehrleistungsquote von 90 %) folgende Berechnung (vereinfachte Darstellung):

AOK:

20.000,00 DM angefordertes Honorar
10.000,00 DM AOK-Budgetvolumen (200 x 50,00 DM)

= 10.000,00 DM Honoraranforderung im Mehrleistungsbereich
davon 90 % MLV
= 1.000,00 DM Lastschrift

IKK:

12.000,00 DM angefordertes Honorar
5.000,00 DM IKK-Budgetvolumen (100 x 50,00 DM)

= 7.000,00 DM Honoraranforderung im Mehrleistungsbereich
davon 90 % MLV
= 700,00 DM Lastschrift

LKK:

0 DM angefordertes Honorar
1.000,00 DM LKK-Budgetvolumen (20 x 50,00 DM)

= 0 DM Honoraranforderung im Mehrleistungsbereich; keine Lastschrift

Die kassenbereichsspezifische Anknüpfung erfordert es aber, das angeforderte Honorar für Versicherte aller bereichszugehörigen Kassen bis zur Überschreitung des Kassenbereichs-Budgetvolumens vor Kürzungen zu schützen. Die Umsetzung der Beklagten führt aber zur Verpuffung von solchen auf die Kassenverbände umgerechneten Budgetvolumina, die nicht ausgeschöpft werden konnten. Im obigen Beispiel kommt es zur Verpuffung des auf die LKK-Patienten entfallenden Budgetvolumenteils von 1.000,00 DM. Dieser müsste auch für die AOK- und IKK-Leistungen zur Verfügung stehen. Im RK-Budgetvolumen von 16.000,00 DM darf keine Quotierung erfolgen.

Die nicht satzungskonforme Umsetzung wirkt sich nur dann aus, wenn der auf einen Kassenverband heruntergerechnete Teil des Kassenbereichsbudgets nicht (voll) ausgeschöpft ist. Ausweislich der angefochtenen Bescheide war dies im Fall des Klägers im Jahr 2001 in

den Leistungsbereichen ZE/KB nicht der Fall.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht erkennbar.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2009-04-23