

## L 5 KA 4805/10

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 10 KA 6385/04  
Datum  
-

2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KA 4805/10  
Datum  
29.08.2012

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 16.5.2007 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 69.133,75 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die Rückforderung von für das Jahr 2001 gezahltem Honorar für kieferorthopädische Leistungen im Ersatzkassenbereich.

Der Kläger nahm im Jahr 2001 als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie mit Vertragsarzt in L. an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil.

Mit vorläufigem Bescheid vom 19.09.2002 kürzte die Beklagte den Vergütungsanspruch des Klägers aus vertragszahnärztlicher Behandlung nach Anwendung der Degressionsbestimmungen um insgesamt 257.488,02 DM. Sobald die Degressionsabstimmung mit den Krankenkassen erfolgt sei, werde die endgültige Degressionsabrechnung vorgenommen. Letztere erfolgte mit endgültigem Degressionsbescheid für das Jahr 2001 vom 18.06.2003 (vgl. Bl. 42-44 LSG-Akte) und ergab eine Reduzierung des Kürzungsbetrags auf insgesamt nur noch 226.654,12 DM, weswegen dem Kläger eine Gutschrift über 30.833,90 DM (= 15.765,12 EUR) erteilt wurde.

Mit als vorläufig bezeichnetem Bescheid vom 27.3.2003 forderte die Beklagte Honorar in Höhe von 69.133,75 EUR zurück. Zur Begründung wurde ausgeführt, gem. § 4 Nr. 3 Anlage 2 zum Honorarverteilungsmaßstab (HVM) für das Jahr 2001 könnten die individuellen Bemessungsgrundlagen durch Vorstandsbeschluss verändert werden, wenn bei einem Honorartopf die Summe der einzelnen individuellen Bemessungsgrundlagen (IBG) aller Zahnärzte die von den Kostenträgern zu zahlende Gesamtvergütung über- oder unterschreite. Im Bereich KfO/Ersatzkassen liege für das Jahr 2001 eine deutliche Überschreitung der Gesamtbudgets vor. Außerdem habe die Summe der einzelnen individuellen Bemessungsgrundlagen aller Zahnärzte in diesem Bereich die zu zahlende Gesamtvergütung im Primärkassenbereich um 156.486 EUR und im Ersatzkassenbereich um 1.374.634 EUR überschritten. Die im Verhältnis zur Gesamtvergütung zu hohe Summe aus den einzelnen IBGs resultiere in der Hauptsache aus der HVM-Regelung. Für die Berechnung der IBGs für das Jahr 2001 habe man die bessere Alternative zwischen den vorhandenen IBG-Werten 1999 und den tatsächlichen Abrechnungswerten aus 1999 heranziehen müssen (§ 4 Nr. 3 Anlage 2 zum HVM für das Jahr 2001). Darüber hinaus sei die Abrechnung im Bereich KfO nochmals deutlich höher als die schon bestehende Überschreitung im Jahr 2000. Damit die erforderlichen Rückzahlungsbeträge an die Krankenkassen gewährleistet werden könnten, sei der Vorstand auf der Grundlage des HVM gezwungen gewesen, alle IBGs 2001 nachträglich im Bereich KfO/Primärkassen um 2 % und im Bereich KfO/Ersatzkassen um 23 % abzusenken. Der Rückforderungsbetrag wurde in der Folgezeit mit Honoraransprüchen des Klägers verrechnet.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs trug der Kläger vor, nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. vom 21.5.2003, - [B 6 KA 25/02 R](#) - u.a.) müssten die Degressionsabzüge bei der Berechnung der Budgetüberschreitung berücksichtigt werden. Es sei nicht zulässig, an Stelle des tatsächlichen Honoraranspruchs auf einen fiktiven Honoraranspruch abzustellen, der sich unter Außerachtlassung der gesetzlich vorgegebenen Degressionsbestimmungen ergebe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23.8.2004 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie (u. a.) aus, die Budgetrückforderung sei, wie auch bereits in den Vorjahren, bei der Degressionskürzung des Jahres 2001 berücksichtigt worden. Diese

Berechnungssystematik werde bei allen im Jahr 2001 von der Problematik betroffenen Vertragszahnärzten gleichermaßen angewendet. Die nachträgliche Umsetzung des BSG-Urteils vom 21.5.2003 ([a. a. O.](#)) für das Jahr 2001 würde zudem zu einer Reduzierung der IBG 2001 führen. Eine rückwirkende Änderung der Berechnungssystematik erfolge daher nicht.

Am 22.9.2004 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart. Zur Begründung trug er vor, bei der Berechnung der Budgetüberschreitung müssten die Degressionsabzüge berücksichtigt werden (vgl. BSG, Urt. v. 21.5.2003, - [B 6 KA 25/02 R](#) - u.a.). Es sei nicht zulässig, anstelle des tatsächlichen auf einen fiktiven Honoraranspruch abzustellen, der sich unter Außerachtlassung der gesetzlichen Degressionsbestimmungen in [§ 85 Abs. 4b](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ergebe. Mit dieser Vorschrift sollten die Krankenkassen an den Rationalisierungsgewinnen großer Praxen beteiligt werden. Die Degressionsbeträge fließen daher an die Krankenkassen zurück und seien nicht Gegenstand der nach dem HVM zu verteilenden Gesamtvergütung. Bei der Anwendung des HVM müsse demzufolge die gesetzlich festgelegte und vorrangige Degression berücksichtigt werden. Zuerst seien die Auswirkungen der Degression zu ermitteln. Die sich danach ergebenden Honoraransprüche müssten in einem weiteren Schritt daraufhin überprüft werden, ob eine weitere Kürzung auf Grund einer Überschreitung der nach Maßgabe des HVM festgelegten individuellen Bemessungsgrundlage geboten sei. Insgesamt dürfe nicht mehr Honorar abgeschöpft werden als dem Arzt zustehende. Die Beklagte sei bei der Berechnung der Budgetüberschreitung für das Jahr 2001 von einem fiktiven, tatsächlich nicht gezahlten Honorar ohne Berücksichtigung der Degressionsabzüge ausgegangen.

Die Beklagte trug vor, die Umsetzung der Berechnungsmethode im Urteil des BSG vom 21.5.2003 (- [B 6 KA 24/02 R](#) -; Parallelentscheidung zu - [B 6 KA 25/02 R](#) -) ergebe keinen Rückforderungsanspruch des Klägers. Dessen Annahme, die Berücksichtigung der Degressionskürzung bei der Berechnung der Budgetkürzung würde zu einem Entfallen der Budgetkürzung führen, treffe nicht zu. Im vom BSG zu beurteilenden Fall sei bei einer Gesamtpunktmenge von 878.662 ein Abzug auf Grund der Degression in Höhe von 17.670,02 DM vorgenommen worden. Gleichzeitig sei das Abrechnungsvolumen in Höhe von 863.968,12 DM wegen der Honorarverteilungsregelungen auf 759.379,62 DM begrenzt worden (Kürzung: 104.588,50 DM). Das BSG berechne aus dem Honorarkürzungsbetrag auf Grund des HVM, in welcher Höhe die Grundlage wegen der vorrangig durchzuführenden Degressionskürzung entfallen sei. Dazu habe das BSG zunächst die Schnittmenge aus den sowohl der Degression wie der Budgetierung nach HVM unterliegenden Punkten berechnet; dies seien 64 % der abgerechneten Punkte gewesen. Dann sei der Prozentsatz errechnet worden, den die Budgetierung in Bezug auf das abgerechnete Honorar ausmache (12 %). Hierzu habe das BSG festgestellt, dass dieser Prozentsatz nur die Schnittmenge, also den budgetierten Bereich betreffe. Bezogen auf das Gesamtvolumen habe sich damit eine Verminderung um 8 % (12 % von 64 %) ergeben. Damit stünde der Kläger in dem vom BSG zu beurteilenden Fall so, als ob 8 % von 878.000 Punkten, also 70.500 Punkte, nicht vergütet worden wären. Unter Zugrundelegung der im BSG-Fall maßgeblichen Degressions-Punktmengen-Grenze von 794.791 Punkten sei sodann ein neues Überschreitungs-Volumen von etwa 13.500 Punkten (etwa 808.369 - 794.791 Punkte) errechnet worden. Nur in Höhe dieser fiktiven Überschreitungspunktmenge hätte dann die Degressionskürzung nach [§ 85 Abs. 4b](#) - f SGB V eine Basis. Dabei habe das BSG bei einem Kürzungsprozentsatz von 20 % eine Kürzungspunktmenge von ca. 2700 Punkten ermittelt. Nur die Differenz zwischen der realen Degressionsberechnung und der fiktiven neuen Degressionsberechnung sei zur Wahrung der Honorarverteilungsgerechtigkeit bei der Honorarzuteilung zu Gunsten des Klägers zu berücksichtigen, d. h. von der ursprünglich ermittelten (Budget-)Kürzung abzuziehen.

Übertrage man das auf den vorliegenden Fall ergebe sich Folgendes: die maßgebliche Honorarkürzung im Rahmen der Budgetierung habe sich auf 69.133,75 EUR (135.213,86 DM) belaufen. Da es sich nur um eine Kürzung des abgerechneten Honorars im Bereich KfO/Ersatzkassen handle und diese Honorare vollständig sowohl der Degression wie der HVM-Begrenzung unterlägen, entfalle der zuvor gestellte erste Rechenschritt (Schnittmengenberechnung). Die Honorarkürzung von 69.133,75 EUR stelle 9,8 % des Gesamtabrechnungsvolumens von 1.379.295,74 DM dar, was einer Punktmenge von 96.474 Punkten entsprechen würde (9,8 % von 989.118 Punkten). Im Rahmen der Degression würde sich durch den Abzug dieser Punktmenge die ursprüngliche Überschreitungspunktmenge des Klägers von 634.118 Punkten auf 537.644 Punkte verringern. Hieraus ergäbe sich, dass eine Degressionskürzung anstatt der bisher errechneten 115.886,41 EUR (226.654,12 DM) sogar in Höhe von 120.677,58 EUR (236.024,84 DM) eine reale honorarmäßige Grundlage hätte. Der Kläger würde damit nicht besser gestellt (Negativsaldo: 4.791,17 EUR). Außerdem wäre im Rahmen der Degressionsberechnung noch eine Mehrbelastung in Ansatz zu bringen, da bei der bisherigen Degressionsberechnung die Budgetierung berücksichtigt worden sei. Der Kläger könne aber nicht nur die rechnerischen Vorteile einer Umstellung der Berechnung in Anspruch nehmen; dies widerspräche dem Grundsatz von Treu und Glauben.

Mit Urteil vom 16.5.2007 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es nach Darstellung der - für rechtlich unbedenklich erachteten - Gesetzesvorschriften und Regelungen des HVM aus, die Beklagte habe die einschlägigen Bestimmungen angewendet und die gem. § 4 Nr. 3 Anlage 2 HVM durch den Vorstand beschlossene nachträgliche Absenkung aller IBGs im Bereich KfO im Primärkassenbereich um 2 % und im Ersatzkassenbereich um 23 % berücksichtigt und danach eine Überzahlung zugunsten des Klägers in Höhe von 69.133,75 EUR errechnet. Dies sei rechtswidrig, da die Berechnung gegen die vom BSG aufgestellten Grundsätze verstoße (Urt. vom 21.5.2003, - [B 6 KA 25/02 R](#) - u.a.). Das BSG sei zum Ergebnis gekommen, dass die gem. [§ 85 Abs. 4b](#) ff. SGB V vorgegebenen Kürzungen des Honoraranspruchs bei Überschreiten bestimmter Punktmengen durch Punktwertdegression vor der Honorarverteilung vorzunehmen sei. Die Abschöpfung der Degressionsbeträge und ihre Weitergabe an die Krankenkassen sei vorrangig vor der Verteilung der Gesamtvergütung an die Vertragszahnärzte. Das folge (u.a.) bereits aus dem Wortlaut der Degressionsbestimmungen, die auf die rechtmäßig abgerechneten Punktmengen und nicht auf die zu vergütenden Punktzahlen, die durch Punktzahlobergrenzen im HVM begrenzt sein könnten, abstellten. Nach Ansicht des BSG schließe die Punktwertdegression gem. [§ 85 Abs. 4b](#) ff. SGB V zwar eine weitere Beschränkung der Honoraransprüche durch Regelungen des HVM, etwa über individuelle Bemessungsgrenzen, nicht aus. Allerdings erfordere die für die Honorarverteilung maßgebende Bestimmung des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 12](#) und [3 GG](#)), 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 Beklagte müsse bei der Anwendung von HVM-Honorarbegrenzungen beachten, ob bzw. inwieweit sie hierdurch die honorarmäßige Grundlage für einen Degressionsabzug beseitige, und ggf. den Degressionsabzug mit dem HVM-Honorarabzug verrechnen, diesen also vermindern.

Diesen Vorgaben entspreche der angefochtene Bescheid nicht. Die Beklagte habe unstreitig die Kürzungen des Honorars nach Maßgabe der Anlage 2 ihres HVM vor der Punktwertdegression vorgenommen. Ferner habe sie der HVM-Kürzung zu Unrecht einen "ungekürzten" Honoraranspruch zugrundegelegt, ohne zu berücksichtigen, dass dieser Honoraranspruch bereits durch die Punktwertdegression vermindert werde. An der Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides würde die anschließend durchgeführte Degressionsberechnung nichts

ändern, da sie nicht den Vorgaben des BSG entspreche.

Die genannten Rechtsvorschriften, die Aufteilung der Gesamtvergütung in unterschiedliche Honorartöpfe und die Zuerkennung eines für jeden Zahnarzt geltenden individuellen Budgets unter Ansatz der Abrechnungsergebnisse (hier) des Jahres 1999 seien im Übrigen ebenso wenig zu beanstanden wie die in § 4 Nr. 3 Anlage 2 des HVM vorgesehene Absenkung der Basiswerte für den Bereich KfO um 15 % (vgl. etwa LSG Baden-Württemberg, Urt. vom 26.2.2003, - [L 5 KA 1909/00](#) -). Während sich die Absenkung der Basiswerte im Jahr 1999 unmittelbar aus dem Gesetz (Art. 15 Abs. 1 Satz 2 GKV-SolG) ergeben habe, beruhe die Absenkung der Basiswerte vorliegend darauf, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung nach wie vor freie Mittel benötige, um wachsende Praxen neu niedergelassener Zahnärzte sowie Ausnahmeregelungen und Härtefällen im Rahmen einer Budgetierung finanzieren zu können (LSG Baden-Württemberg, a. a. O.). Auch die dem Vorstand der Beklagten in § 4 Nr. 3 Anlage 2 HVM eingeräumte Möglichkeit, die IBG zu verändern, sei rechtmäßig. Würden, wie hier, IBG eingeführt, müsse der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung nach der Rechtsprechung des BSG im HVM zur Prüfung und Entscheidung ermächtigt werden, ob bei atypischen Fällen die Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen erfüllt seien; dem sei mit § 6 Anlage 2. HVM für das Jahr 2001 Rechnung getragen worden. Gegen die nachträgliche Korrektur bereits ergangener Honorarbescheide könne sich der Kläger nicht auf Vertrauensschutz berufen; Insoweit seien die Vorschriften über die sachlich-rechnerische Berichtigung von Honorarbescheiden maßgeblich. Für den Kläger sei auf Grund der Vorschrift in § 5 Anlage 2 des HVM ersichtlich gewesen, dass die ihm gegenüber ergangenen Honorarbescheide nur vorläufigen Charakter hätten und eine nachträgliche Korrektur bis zum Ende der vierjährigen Ausschlussfrist in Betracht komme. Die genannte Ausschlussfrist sei hier durch den angefochtenen Bescheid vom 27.3.2003 gehemmt worden (vgl. BSG, Urt. v. 6.9.2006, - [B 6 KA 40/05 R](#) -).

Obgleich der angefochtene Bescheid danach wegen Nichtbeachtung der vom BSG in seinen Urteilen vom 21.5.2003 ([a. a. O.](#)) aufgestellten Grundsätze rechtswidrig sei, sei der Kläger in seinen Rechten nicht verletzt, da der Bescheid ihm nicht zum Nachteil gereiche. Das belege die von der Beklagten unter Beachtung der Grundsätze des BSG durchgeführte (Vergleichs-)Berechnung. Die vom BSG geforderte Vorgehensweise bei einer Doppelbelastung durch Punktwertdegression und HVM-Budgetkürzung werde in den Urteilen vom 21.5.2003 ([a. a. O.](#)) hinsichtlich des Rechenweges näher verdeutlicht. Das BSG berechne zunächst die Schnittmenge zwischen den Punkten, die der Punktwertdegression unterfielen, und den Punkten, die auch der HVM-Budgetkürzung unterlägen. In einem weiteren Rechenschritt werde sodann der prozentuale Anteil der HVM-Budgetkürzung am gesamten Punkteanteil aus dem budgetierten Bereich errechnet. Danach werde der prozentuale Anteil der Kürzung, der allein den budgetierten Bereich betreffe, auf das Gesamtvolumen, also auf die Gesamtpunktmenge, berechnet. Unter Zugrundelegung der jeweils maßgeblichen Degressions-Punktmenge-Grenzen errechne das BSG in einem weiteren Schritt danach ein neues Überschreitungs-volumen. Nur in Höhe dieser fiktiven Überschreitungspunktmenge bestehe nach Ansicht des BSG für eine Degressionskürzung gem. [§ 85 Abs. 4b](#) ff. SGB V eine "honorarmäßige" Grundlage.

Die Beklagte habe bei der durchgeführten Alternativberechnung diese Rechenschritte zutreffend umgesetzt. Die in dem ersten Rechenschritt vorzunehmende Berechnung der Schnittmenge zwischen den Punkten, die sowohl der Punktwertdegression als auch der HVM-Budgetierung unterlägen, entfalle hier, da allein eine Kürzung des abgerechneten Honorars im Bereich KfO/Ersatzkassen erfolgt sei. Insoweit unterlägen die Honorare vollständig sowohl der Punktwertdegression wie auch der Begrenzung nach Anlage 2 zum HVM für das Jahr 2001. Im zweiten Rechenschritt habe die Beklagte den prozentualen Anteil der HVM-Budgetkürzung in Höhe von 69.133,75 EUR am Gesamtabrechnungsvolumen in Höhe von 1.379.295,74 DM errechnet. Mit der HVM-Budgetkürzung erfolge damit eine Kürzung von 9,8 % des Gesamtabrechnungsvolumens, entsprechend einer Punktmenge von 96.474 Punkten, berechnet auf die abgerechneten Istpunktmenge von 989.118 Punkten. Im nächsten Rechenschritt habe die Beklagte ermitteln müssen, ob und inwieweit durch die HVM-Budgetkürzung in Höhe von 96.474 Punkten die honorarmäßige Grundlage für einen Degressionsabzug beseitigt werde. Dazu sei eine neue fiktive Überschreitungspunktmenge für die Punktwertdegression ermittelt worden. Von der ursprünglichen Überschreitungspunktmenge von 634.118 Punkten seien daher die der HVM-Budgetkürzung unterfallenden 96.474 "Punkte ohne Honorargrundlage" abgezogen worden. Das habe eine neue Überschreitungspunktmenge von 537.644 Punkten ergeben. Im nächsten Rechenschritt sei hieraus ein neuer fiktiver Abzugsprozentsatz in Anwendung der Degressionsregelung ermittelt worden. Der sich ergebende fiktive Abzugsprozentsatz von 20,848174 % (neue Überschreitungspunktmenge 100.000 x 20 % bzw. 100.000 x 30 % und 337.644 x 40 %; fiktive Istpunktmenge 887.644) sei sodann mit dem Kassenanteil von 1.132.112,73 DM multipliziert worden, um die fiktive Degressionskürzung in Höhe von 236.024,84 DM (120.677,58 EUR) festzulegen. Anschließend sei dieser fiktive Degressionskürzungsbetrag mit dem ursprünglich ermittelten Degressionskürzungsbetrag von 115.886,41 EUR verglichen worden. Im Falle des Klägers habe sich ein negativer Differenzbetrag von 9.370,72 DM (4.791,17 EUR) ergeben. Bei strikter Befolgung der Vorgaben des BSG hätte das Honorar des Klägers also noch weiter gekürzt werden können.

Auf das ihm am 31.5.2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21.6.2007 Berufung eingelegt. Ergänzend trägt er vor, in einem endgültigen Bescheid über die Honorarkürzung gem. [§ 85 Abs. 4b](#) - f SGB V vom 18.6.2003 (Senatsakte S. 42) sei der Degressionskürzungsbetrag für das Jahr 2001 auf 226.654,12 DM geändert worden; dieser Bescheid sei bestandskräftig. Die Berechnung der Beklagten entspreche nicht den Vorgaben des BSG. Sie habe beim Honorarabzug wegen Überschreitung der individuellen Bemessungsgrenze in Höhe von 69.133,75 EUR nicht berücksichtigt, dass auf Grund der vorrangig durchzuführenden Punktwertdegression nach Abzug des Degressionskürzungsbetrags in Höhe von 226.654,12 DM von dem in Höhe von 1.000.169,55 DM angeforderten Kassenanteil (budgetrelevantes Honorar) mit den verbleibenden 773.515,43 DM keine Überschreitung der IBG 2001 in Höhe von 890.057,71 DM vorgelegen habe. Das Sozialgericht habe die Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheids bestätigt. Die Beklagte vertrete die unzutreffende Ansicht, nur die Differenz zwischen einem "fiktiven neuen Degressionskürzungsbetrag und der alten Degressionskürzung" sei vom Rückforderungsbetrag abzuziehen; dabei habe sie die Detailberechnungen des BSG falsch ausgelegt. Bei richtigem Verständnis der Berechnungsweise des BSG müsse die festgesetzte Honorarkürzung in Höhe von 104.588,50 DM um den vollen Degressionskürzungsbetrag von 17.674,02 DM vermindert werden. Nach der Rechtsprechung des BSG sei die Punktwertdegression bei Überschreiten der Degressions-schwellenwerte des [§ 85 Abs. 4b SGB V](#) im Verhältnis zur Honorarbegrenzung nach Maßgabe des HVM insoweit vorrangig, als sie die zu verteilende Gesamtvergütung mindere. Der Degressionsabzug sei bei der Honorarverteilung in der Weise zu berücksichtigen, dass das geltend gemachte Abrechnungsvolumen zunächst um den Degressionsbetrag reduziert werde. Erst danach dürften die HVM-Begrenzungsregelungen angewendet werden. Soweit die HVM-Regelung (wie in den vom BSG entschiedenen Fällen) durch Kumulation von Punktwertdegression und HVM-Honorarbegrenzung dazu führe, dass der Zahnarzt weniger Honorar erhalte, als er ohne diese Regelungswirkung und ohne Eingreifen der Degression hätte erhalten können, sei der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzt. Die Berechnung auf der Grundlage eines fiktiven Abzugprozentsatzes von 20,848174 % führe zu einem Kürzungsbetrag von 236.024,84 DM und damit zu einem höheren Kürzungsbetrag, als im bestandskräftigen Bescheid vom 18.6.2003 festgesetzt (226.654,12

DM). Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts sei er damit doch in seinen Rechten verletzt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 16.5.2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 27.3.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.8.2004 zu verurteilen, ihm Honorar in Höhe von 69.133,75 EUR zu zahlen,

hilfsweise,

seinen Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor, die streitige Honorarkürzung sei zum einen mit der deutlichen Überschreitung des Gesamtbudgets sowohl im Primär- wie im Ersatzkassenbereich des Jahres 2001 begründet worden. Zudem habe die Summe einzelner individueller Bemessungsgrundlagen aller Vertragszahnärzte in diesem Bereich die zu zahlenden Gesamtvergütungen überschritten. Alle individuellen Bemessungsgrundlagen seien durch Vorstandsbeschluss für das Jahr 2001 nachträglich - im Bereich KfO/Ersatzkassen - um 23 % abgesenkt worden. Der Kläger habe für das Jahr 2001 gemäß [§ 85 Abs. 4b SGB V](#) eine weitere Kürzung des Honorars in Höhe von 115.886,41 EUR (226.654,12 DM) erhalten. Bei der Berechnung dieses Kürzungsbetrags habe man zu Gunsten des Klägers die Kürzungen nach dem HVM berücksichtigt. Vom Honorar sei auf Grund des Kassenanteils (in %) der Kassenanteil in DM berechnet worden. Dieser sei um den Betrag reduziert worden, der bereits bei der Budgetberechnung gekürzt worden sei. Auf dieser Grundlage sei sodann der Kürzungsbetrag in DM errechnet worden. Zwischenzeitlich habe das BSG in seinem Urteil vom 21.5.2003 (- [B 6 KA 25/02 R](#) - u.a.) jedoch festgestellt, dass der umgekehrte Weg gewählt werden müsse, also die Punktwertdegression nach [§ 85 Abs. 4b SGB V](#) gegenüber der Honorarbegrenzung nach HVM-Vorschriften vorrangig sei. Der Kläger vertrete die Auffassung, dass der volle Degressionskürzungsbetrag von den Kürzungen nach dem HVM in Abzug zu bringen sei. Unstreitig sei der angefochtene Bescheid mit den vom BSG aufgestellten Rechtsgrundsätzen nicht vereinbar. Allerdings erleide der Kläger dadurch keinen Nachteil. Das BSG habe keineswegs eine vollständige Anrechnung der Degressionskürzung auf die Kürzungen nach dem HVM gefordert. Sie bleibe dabei, dass sich durch die den Vorgaben des BSG entsprechende Berechnung kein positiver Saldo für den Kläger ergebe. Hierfür gelte Folgendes:

1. Ursprüngliche Degressionsberechnung

$996.898,87 \text{ DM} \times 22,72 \% \text{ (Kürzungsprozentsatz)} = 226.654,12 \text{ DM}$  (um Budgetüberschreitung reduziertes (ursprüngliche Honorar) Degressionskürzung)

2. Neuberechnung

$1.132.112,73 \text{ DM}$  (Honorar ohne Budgetabzug)  $\times 20,85 \% \text{ (fiktiver Kürzungsprozentsatz)} = 236.024,84 \text{ DM}$  (fiktive Degressionskürzung)

Bei der Neuberechnung ergebe sich eine gravierende Erhöhung des Honorarbetrags, aus dem sich die Degressionskürzung errechne. Außerdem ergebe sich der (fiktive) Kürzungsprozentsatz, was sich aber nicht so auswirke, dass die neue (fiktive) Degressionskürzung geringer ausfalle. In den Fällen, in denen relativ hohe Budgetkürzungen Anrechnung fänden, und der fiktive Kürzungsprozentsatz nicht gravierend vom ursprünglichen Kürzungsprozentsatz abweiche, könne es zu einer höheren fiktiven Degressionskürzung kommen. Dadurch entstehe jedoch ein negativer Saldo. Die bislang errechnete (niedrigere) Degressionskürzung habe damit in voller Höhe eine reale honorarmäßige Grundlage gehabt. Eine Berücksichtigung der Degression bei der Honorarkürzung könne somit nach den Vorgaben des BSG nicht erfolgen. Im Vergleich zu anderen Zahnärzten, bei denen im Rahmen der Doppelbelastung eine Korrekturberechnung betreffend die HVM-Honorarkürzung vorgenommen worden sei und bei denen sich Gutschriften ergeben hätten, beruhe die Besonderheit im Fall des Klägers auf einer verhältnismäßig hohen Honorarberechnung für das Jahr 2001. Dies bewirke eine besonders hohe Degressionskürzung gem. [§ 85 Abs. 4b SGB V](#). Bei Befolgung der Maßgaben des BSG hätte das Honorar des Klägers um einen noch höheren Betrag gekürzt werden können. Das BSG sei in den vom Kläger herangezogenen Fallgestaltungen zur vollständigen Berücksichtigung der Kürzungen nach [§ 85 Abs. 4b ff. SGB V](#) deshalb gekommen, weil durch eine hohe Budgetkürzung von 168.966,02 DM (entsprechend 110.000 Punkten) die Rechtsgrundlage für die relativ geringe Degressionskürzung von nur 8.458 DM vollständig weggefallen sei. Diese Konstellation liege hier jedoch nicht vor. Entgegen der Auffassung des Klägers habe sie sich (bei der zur Verdeutlichung dienenden Alternativberechnung) an die vom BSG verlangten Rechenschritte gehalten.

Mit Schriftsatz vom 23.4.2009 hat die Beklagte eine korrigierte Degressionsberechnung vorgelegt:

1. Ursprüngliche Degressionsberechnung

$997.597,40 \text{ DM} \times 22,72 \% \text{ (Kürzungsprozentsatz)} = 226.654,12 \text{ DM}$  (um Budgetüberschreitung reduziertes (ursprüngliche Honorar) Degressionskürzung)

2. Neuberechnung

$1.132.112,73 \text{ DM}$  Honorar ohne Budgetabzug)  $\times 20,85 \% \text{ (fiktiver Kürzungsprozentsatz)} = 236.024,84 \text{ DM}$  (fiktive Degressionskürzung)

Der Kläger hat sich auch gegen diese Berechnung der Beklagten gewandt. Die Beklagte ziehe wiederum von der eingereichten Punktmenge die der Budgetkürzung in Höhe von ca. 135.000 DM entsprechende Punktmenge von ca. 96.000 Punkten ab, errechne daraus einen neuen Kürzungsprozentsatz von 20,84 %, nehme aber jetzt, um ein negatives Ergebnis zu erhalten, den ursprünglichen ungekürzten höheren Kassenanteil (ohne Abzug der ca. 96.000 Punkte, die den ca. 135.000 DM entsprächen) als Basiswert, den sie nun (anstatt mit 22,72 %) mit

20,84 % multipliziere. So komme sie durch Verwendung eines nicht dem Rechengang entsprechenden zu hohen Kassenanteils als Basiswert zu einem negativen Saldo. Bei der ersten Berechnung habe die Beklagte zuerst den Abzugsprozentsatz errechnet und dann vom ursprünglichen Kassenanteil den Budgetabzug vorgenommen. Bei der zweiten Berechnung habe sie zwar zuerst die Budgetkürzung von der Überschreitungspunktmenge abgezogen und daraus einen neuen Kürzungsprozentsatz errechnet, den Kürzungsbetrag sodann aber von dem nicht um den Budgetabzug verringerten, sondern von dem ursprünglichen Kassenanteil abgezogen. Nach wie vor würden damit die Vorgaben der Rechtsprechung nicht beachtet, die sicherstellen sollten, dass die Honorarkürzung nur aufgrund des tatsächlich ausgezahlten Honorars erfolgen dürfe. Von dem angeforderten Honorar von 1.000.169,55 DM sei ein Degressionsbetrag von 226.654,12 DM abzuziehen, so dass ein Betrag von 773.515,43 DM verbleibe. Dieser liege unterhalb der Honorarverteilungsgrenze von 890.057,71 DM, weshalb eine weitere HVM-Kürzung (Budgetkürzung) nicht vorzunehmen sei. Er wende sich nicht gegen die - bestandskräftige - Degressionsberechnung vom 18.6.2003, sondern gegen die von der Beklagten so genannte Honorarrückforderung aufgrund IBG-Überschreitung, obwohl das ausgezahlte Honorar weit unter der IBG-Grenze gelegen habe.

Die Beklagte bekräftigt abschließend, es treffe nicht zu, dass zur Berechnung der HVM-Kürzung zunächst die Degressionskürzung vollständig vom angeforderten Honorar abzuziehen sei. Die vorgelegten Berechnungen sollten als fiktive Degressionsberechnungen nur verdeutlichen, ob sich bei einer Berechnung nach den Vorgaben des BSG überhaupt eine Minderung oder der Wegfall der Rückforderung infolge der HVM-Kürzung ergebe. Geklärt werde, inwieweit bei der Kürzung nach HVM durch die reale Degressionskürzung die honorarmäßige Grundlage beseitigt werde. Bei der Berechnung des fiktiven Degressionskürzungsbetrags (4. Berechnungsschritt) sei zu Recht der Kassenanteil von 1.132.112,73 DM zugrunde gelegt worden; dabei handele es sich um den Kassenanteil des abgerechneten Honorars des Klägers. Außerdem habe man für die fiktive Degressionsberechnung auch einen fiktiven Abzugsprozentsatz von 20,85 % errechnet. Die Rechenschritte seien grundsätzlich dieselben wie bei jeder Degressionsberechnung. Der ursprüngliche Kassenanteil habe laut Rechenschritt eins 1.379.295,74 DM (= degressiertes Gesamthonorar) betragen.

Am 1.7.2009 hat eine erste mündliche Verhandlung vor dem Senat stattgefunden; der Vertreter der Beklagten übergab eine Gutschriftsberechnung für das Jahr 2001 und eine Doppelbelastungsberechnung. Die mündliche Verhandlung wurde auf Antrag des Klägersvertreterers vertagt. Der Beklagten wurde aufgegeben, die gesamte endgültige Berechnung abschließend nachvollziehbar darzutun.

Im Hinblick auf das beim BSG anhängige Revisionsverfahren [B 6 KA 40/08 R](#) ist mit Beschluss vom 16.7.2009 das Ruhen des Verfahrens angeordnet worden.

Am 11.10.2010 hat der Kläger das Verfahren wieder angerufen. Es wird unter dem Aktenzeichen [L 5 KA 4805/10](#) weitergeführt.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 1.3.2011 ihre Berechnungsweise - die der Senatsrechtsprechung entspreche (Senatsurteil vom 1.7.2009, - [L 5 KA 5414/07](#) -) - weiter verdeutlicht und ausgeführt:

### 1. Berechnung der Doppelbelastung für das Jahr 2001

Der erste Rechenschritt des BSG entfalle im vorliegenden Fall, da hier keine Schnittmenge zwischen degressiertem und budgetiertem Gesamthonorar zu bilden gewesen sei. In den vom BSG beurteilten Fällen seien nicht alle Leistungsbereiche budgetiert gewesen. Hier seien jedoch das degressierte und das budgetierte Honorar identisch. In dem unter Ziff. 1 vollzogenen Rechenschritt werde das degressierte Gesamthonorar durch die vom Kläger abgerechnete Punktmenge geteilt. Dadurch ergebe sich ein Betrag je Punkt. Die Umrechnung, die auch das BSG in dieser Form vornehme, sei notwendig, da sich die Kürzungen nach dem degressiven Punktwert auf der Grundlage von Punktmengen vollzögen, während Begrenzungen nach dem Honorarverteilungsmaßstab auf der Grundlage von D-Mark- bzw. Eurobeträgen erfolgten. Um eine Gegenüberstellung dieser Beträge zu erreichen, müssten diese auf die gleiche Basis gestellt werden.

Auf der Grundlage dieses Punktwertes werde errechnet, wie vielen Punkten die durch den Honorarverteilungsmaßstab gekürzte Honorarsumme entspreche. Im Fall des Klägers habe dies im Jahr 2001 eine Summe von 96.386 Punkten ausgemacht. Da diese Summe im Rahmen der Honorarverteilung gekürzt worden sei, bilde dies die Punktsumme ohne Honorargrundlage, da für diese Honorar faktisch nicht ausgezahlt worden sei.

Um die Auswirkungen der Kürzung nach dem Honorarverteilungsmaßstab auf die Degression zu überprüfen, werde nunmehr anhand eines Abzuges dieser Punktsumme eine neue (fiktive) Überschreitungsmenge ermittelt (hier: 537.328 Punkte). Auf der Grundlage dieser Überschreitungspunktmenge werde unter Ziff. 3 (der Anlage 1) ein neuer (fiktiver) Abzugsprozentsatz für die Degression ermittelt. Dieser betrage vorliegend 20,841363 %. Um nun zur fiktiven Degressionskürzung zu gelangen, werde dieser Prozentsatz auf den Kassenanteil bezogen und man erhalte somit die fiktive Degressionskürzung. Bei der Berechnung vom 23.4.2009 habe hierin der einzige Rechenfehler gelegen. Ursprünglich sei hier unter Ziff. 4 der Kassenanteil in Ansatz gebracht worden, der nicht um die Kürzung nach dem Honorarverteilungsmaßstab gemindert gewesen sei. Richtigerweise sei hier jedoch der verminderte Kassenanteil in Ansatz zu bringen, da sich auch der fiktive Abzugsprozentsatz aus einer Degressionspunktmenge errechne, bei der die wegen der HVM-Kürzung abgezogenen Punkte ohne Honorargrundlage herausgerechnet worden seien.

Werde nunmehr diese fiktive Degressionskürzung mit der ursprünglichen Degressionskürzung verglichen, ergebe sich der Kürzungsbetrag der Degression, der sich aus dem Honorarteil errechne, der aufgrund der Kürzung nach dem HVM nicht ausbezahlt worden sei. Aufgrund des fehlerhaft in Ansatz gebrachten Kassenanteils (s. o.) ergebe sich hierbei für das Jahr 2001 nicht wie zunächst angenommen ein negativer Betrag, sondern eine Gutschrift i. H. v. 6.107,73 EUR.

### 2. Betrag der Doppelbelastung in der Degression

Anders als bei den Sachverhalten, die den Urteilen des BSG vom 21.5.2003 zugrunde gelegen hätten, habe man bereits damals erkannt, dass eine doppelte Belastung durch die Kürzungsinstrumentarien des [§ 85 Abs. 4](#) b ff. SGB V und den Honorarverteilungsmaßstab möglich sei. Um diese grundsätzliche Problematik zu lösen, habe es zwei verschiedene Wege gegeben. Entweder werde die Degressionskürzung bei der Honorarverteilung berücksichtigt oder umgekehrt. Die Entscheidung des BSG aus dem Jahr 2003 hierzu sei bekannt. Man habe sich seinerzeit jedoch für den anderen Weg entschieden.

Bei der Berechnung der Degression für das Jahr 2001 sei somit die Kürzung nach dem Honorarverteilungsmaßstab berücksichtigt worden. Hierzu habe man den Betrag der Kürzung von dem zu degressierenden Honorar abgezogen. Diese Vorgehensweise entspreche dem Gedanken der BSG-Rechtsprechung; es werde hierbei berücksichtigt, wie sich die HVM-Kürzung auf die Kürzung nach den Vorschriften über den degressiven Punktwert auswirke. Fälschlicherweise — zumindest nach Rechtsprechung des BSG — sei dieser Betrag jedoch bei der Degression angerechnet worden. Dies gehe jedoch nicht zulasten der Vertragszahnärzte, sondern zulasten der Krankenkassen und betreffe den vorliegenden Rechtsstreit daher nicht. Festzuhalten sei jedenfalls, dass der Kläger durch Berücksichtigung dieser Kürzung im Rahmen der Degression einen Vorteil erlangt habe, den er sich nunmehr anrechnen lassen müsse.

Aus dem bestandskräftigen Degressionsbescheid vom 18.6.2003 ergebe sich für das Jahr 2001 ein Degressionskürzungsbetrag i. H. v. 115.886,41 EUR (226.654,12 DM). Um den Vorteil darzustellen, den der Kläger im Rahmen dieser Degressionsberechnung erlangt habe, müsse dieser Betrag mit dem Ergebnis einer Degressionsberechnung verglichen werden, in der der Abzug nach dem Honorarverteilungsmaßstab nicht berücksichtigt werde. Diese Berechnung finde sich in Anlage 2. Hier sei von dem zu degressierenden Honorar des Klägers der Kürzungsbetrag nach dem Honorarverteilungsmaßstab in Abzug gebracht worden. Es ergebe sich damit ein Kürzungsbetrag i. H. v. 131.593,60 EUR (257.374,72 DM). Die Differenz zwischen diesem Degressionsbetrag und dem ursprünglich festgesetzten Betrag i. H. v. 15.707,19 EUR (30.720,60 DM) entspreche dem Betrag einer Doppelbelastung. Das, was der Kläger im Rahmen dieser Berechnung bereits an Vorteil durch die doppelte Berücksichtigung der Kürzungsinstrumentarien erlangt habe, könne er jedoch nunmehr nicht nochmals im Rahmen der Doppelbelastungsberechnung in der Honorarverteilung verlangen. Hier wäre ihm ein Betrag i. H. v. 6.107,73 EUR gutzuschreiben, jedoch habe er bereits einen Vorteil von 15.707,19 EUR bekommen, was den neuen Gutschriftsbetrag um 5.811,76 EUR übersteige. Im Ergebnis habe der Kläger nach der von ihr vorgenommenen Berechnungsmethode, die auch durch den Senat mit Urteil vom 1.7.2009 (Az.: [L 5 KA 5414/07](#)) bestätigt worden sei, im Rahmen dieses Verfahrens durch die Neuberechnung keinen Vorteil. Er stehe nach der bisherigen Berechnung durch die Beklagte, die im Widerspruch zur Rechtsprechung des BSG erfolgt sei, sogar besser.

Hinzuweisen sei im Rahmen der Degressionsberechnung darauf, dass man zwar eine Berücksichtigung der HVM-Kürzung bei dem zu degressierenden Honorar vorgenommen habe, den Abzugsprozentsatz, der auf das Honorar anzuwenden sei, jedoch aus dem ursprünglichen, nicht abgesenkten Honorar, errechnet habe. Der Ansatz sei daher zutreffend gewesen, wenngleich die Umsetzung der Berücksichtigung der Doppelbelastung nicht in letzter Konsequenz durchgehalten worden sei.

Diese Berechnungsweise habe der erkennende Senat im Urteil vom 1.7.2009 (- [L 5 KA 5414/07](#) -) für rechtens befunden. Sie entspreche auch der neueren Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 16.12.2009, - [B 6 KA 39/08 R](#) -).

Die Beklagte hat abschließend vorgetragen, die hier einschlägigen HVM-Regelungen seien rechtmäßig und in sozialgerichtlichen Verfahren bestätigt worden (Senatsurteile vom 26.2.2003, - [L 5 KA 1909/00](#) - und v. 1.7.2009, - [L 5 KA 1977/07](#) -).

Der Kläger hat abschließend darauf verwiesen, die Beklagte müsse nach der Rechtsprechung des BSG (zuletzt Urt. v. 19.10.2011, - [B 6 KA 21/10 R](#) -) die HVM-Kürzungen bei der Berechnung der Degressionskürzung berücksichtigen. Im Hinblick auf HVM-Kürzungen müsse sie berücksichtigen, ob und inwieweit die der Degression unterliegenden Punkte teilweise rechnerisch nicht honoriert worden seien. In entsprechendem Umfang dürfe kein Degressionsabzug erfolgen bzw. sei ein Ausgleich vorzunehmen. Substantiierte Einwendungen gegen die Vergleichsberechnung der Beklagten im Schriftsatz vom 1.3.2011 sind nicht erhoben worden.

Am 14.2.2012 ist der Kläger verstorben. Sein Prozessbevollmächtigter führt das Verfahren – für den (bislang unbekannt, aber von einer Nachlasspflegerin vertretenen) Rechtsnachfolger des Klägers – weiter.

Die Beteiligten haben sich mit einer Senatsentscheidung ohne mündliche Verhandlung gem. [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I. Im Einverständnis der Beteiligten entscheidet der Senat ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) SGG).

Die Vollmacht des Prozessbevollmächtigten des (verstorbenen) Klägers hat mit dem Tod des früheren Klägers nicht geendet ([§ 73, 202](#) Sozialgerichtsgesetz, SGG, i. V. m. [§ 86](#) Zivilprozessordnung, ZPO). Eine Unterbrechung des Verfahrens ist im Hinblick auf die Fortgeltung dieser Prozessvollmacht nicht eingetreten ([§ 202 SGG](#) i. V. m. [§ 246 Abs. 1](#) ZPO). Prozesspartei ist mithin, der (noch unbekannt) Rechtsnachfolger des Klägers geworden (vgl. BSG, Urt. v. 2.2.2012, - [B 8 SO 15/10 R](#) -).

Die gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthafte und auch sonst zulässige Berufung des Klägers (bzw. seines Rechtsnachfolgers) ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid vom 27.3.2003 (Widerspruchsbescheid vom 23.8.2004) über die Festsetzung einer HVM-Honorarkürzung bzw. die Rückforderung von Honorar in Höhe von 69.133, 75 EUR ist rechtmäßig; er steht mit den hierfür maßgeblichen Rechtsvorschriften in Einklang.

II. Die im vorliegenden Fall einschlägigen Rechtsgrundlagen für die Kürzung des Vertragszahnarzt Honorars finden sich im für das Jahr 2001 geltenden HVM der Beklagten (HVM-Kürzung) sowie in [§ 85 SGB V](#) (Degressionskürzung). Der HVM enthält 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 (Gesamtüberschreitungs-volumen).

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 Gesamtvergütung 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 Kieferorthopädie 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 Berechnung der individuellen Bemessungsgrundlagen zugrunde liegenden Basiswerte vornehmen. Sofern darüber keine Mitteilung vorliegt, erfolgt die Aufteilung 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.

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 21.5.2003 (- [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 KKn 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 KKn 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](#) einzu beziehen 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 entsprechend höheres Honorar mehr bieten kann. Solche Begrenzungen des Gesamtvergütungsanstieges 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](#) iF 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 Degressionsschwellenwerte 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 Degressionsschwellenwerte 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 Honorarabzuges 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 Vergütungsbegrenzungen - 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 Degressionschwelle 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 Honorarzuteilung 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).

Das BSG hat seine Rechtsprechung in jüngerer Zeit bestätigt (vgl. etwa BSG, Urt. v. 16.12.2009, - [B 6 KA 39/08 R](#) -; Urt. v. 19.10.2011, - [B 6 KA 21/10 R](#) -).

III. Hiervon ausgehend erweist sich der angefochtene Kürzungsbescheid nicht als rechtswidrig. Dabei streiten die Beteiligten ersichtlich allein über die richtige Berechnung von HVM-Kürzungen bei (zusätzlichen) Degressionskürzungen bzw. den sich bei der Kombination beider Honorarbegrenzungsmechanismen ergebenden Kürzungsbetrag. Rechtsfehler sind der Beklagten hierbei nicht vorzuwerfen. Das Sozialgericht hat die Klage daher zu Recht abgewiesen. 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 und ihre Weitergabe an die Krankenkassen vorrangig vor der Verteilung der Gesamtvergütung an die Vertragszahnärzte ist (vgl. zuletzt. BSG, Urt. v. 19.10.2011, - [B 6 KA 21/10 R](#) -), und dass die Beklagte dies bei Erlass des angefochtenen Kürzungsbescheids 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 unter Anwendung der HVM-Honorarbegrenzungsmechanismen, ergibt. Das ist, wie das Sozialgericht in seinem Urteil unter Heranziehung der von der Beklagten vorgelegten Alternativberechnung dargelegt hat, hier der Fall. Die ergänzenden Berechnungen, die die Beklagte im Berufungsverfahren vorgelegt hat, haben dieses Ergebnis bestätigt.

Die Beklagte hat bis zum Ergehen des auszugsweise wiedergegebenen BSG-Urteils vom 21.5.2003 ([a. a. O.](#)) offensichtlich die beiden Honorarbegrenzungsmechanismen "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.

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-Honorarbegrenzungsmaßnahmen 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, Urt. v. 21.5.2003, [a. a. O.](#)). Die HVM-Kürzung muss berücksichtigen, ob bzw. inwieweit sie dazu führt, dass gegenüber dem Zahnarzt ein Degressionsabzug nicht oder jedenfalls teilweise nicht gerechtfertigt ist, weil die von ihm in Ansatz gebrachte und der Degression zugrunde liegende Punktmenge aufgrund von HVM-Bemessungsgrenzen rechnerisch teilweise nicht honoriert wird. In entsprechendem Umfang darf ihm gegenüber kein Degressionsabzug erfolgen bzw. ist, falls dieser schon durchgeführt wurde, - spätestens im Zusammenhang mit der Honorargewährung für das letzte Jahresquartal - ein Ausgleich bzw. eine Gutschrift vorzunehmen. Im Ergebnis kann der Degressionsabzug gegenüber dem Zahnarzt nicht in der Höhe des an die Krankenkassen abgeführten Betrags erfolgen, sondern im Umfang der Honorarbegrenzung durch den HVM vermindert werden, wodurch ein Teil der Degressionslast von der Gesamtzahnärzteschaft getragen wird (BSG, Urt. v. 19.10.2011, - [B 6 KA 21/10 R](#) -).

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. Die wegen ihres Vorrangs zuerst vollzogene und nach dem Gesagten richtigerweise um die nachrangige HVM-Kürzung nicht "bereinigte" Degressionsberechnung erweist sich dann im Nachhinein insoweit als rechtlich fehlerhaft, als ihr eine "honorarmäßig" fehlerhafte Anwendung der gesetzlich festgelegten Degressionsschwellenwerte zugrunde gelegt worden war.

Die Beklagte hat in der im sozialgerichtlichen Verfahren vorgelegten und im angefochtenen Urteil wiedergegebenen Neuberechnung des Degressionsabzugs sowie in den im Berufungsverfahren vorgelegten Neuberechnungen (zuletzt im Schriftsatz vom 1.3.2011) unter Beachtung der zuvor dargestellten, aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit folgenden Anforderungen dargetan, dass sich hier ein geringerer Degressionskürzungsbetrag nicht ergibt, dieser vielmehr hätte höher ausfallen müssen. Gegen die Berechnungen der Beklagten im Berufungsverfahren ist zuletzt nichts Substantiiertes mehr eingewendet worden; Berechnungsfehler zu Lasten des Klägers sind nicht ersichtlich. Für die Frage, ob die im angefochtenen Bescheid (vom 27.3.2003/Widerspruchsbescheid vom 23.8.2004) 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 genauen Degressionsbetrag nicht an; hierfür ist nicht maßgeblich, welchen Degressionskürzungsbetrag die Beklagte (später) durch Verwaltungsakt (hier durch Bescheid vom 18.6.2003) festgesetzt hat. Im Ergebnis ist jedenfalls für eine Verminderung des sich hier aus der Kumulation von Degressions- und HVM-Kürzung ergebenden Kürzungsbetrags kein Raum.

IV.

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](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-10-04