

L 5 KA 3228/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

5

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 10 KA 3617/11

Datum

21.06.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KA 3228/12

Datum

26.11.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Vergütungsbestimmungen über die individuellen Bemessungsgrundlagen im HVM 2008 sind rechtlich nicht zu beanstanden.

Der HVM 2008 der KZV BW gewährleistet durch die uneingeschränkte Berücksichtigung von Mehrpatienten, dass unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die Möglichkeit haben, durch Steigerung ihrer Fallzahlen zumindest den Durchschnitt der Arztgruppe zu erreichen. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21.06.2012 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 4.160,57 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen eine Honorarkürzung im Rahmen des Budgetausgleichs für das Jahr 2008 in Höhe von 4.160,57 EUR.

Der Kläger nimmt seit 1989 in M. an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil.

Für das Jahr 2008 beschloss die Vertreterversammlung der Beklagten im Honorarverteilungsmaßstab u.a. folgendes:

§ 2 Aufteilung der Gesamtvergütung: Die von der KZV BW mit den KVen vereinbarten höchstzulässigen Gesamtvergütungen werden in folgende vier Honorartöpfe aufgeteilt: -Primärkassen Zahnerhaltung (KCH, PAR,KBR) -Ersatzkassen Zahnerhaltung -Primärkassen Kieferorthopädie -Ersatzkassen Kieferorthopädie ...

§ 3 Vergütungsanspruch bei Überschreitung der höchstzulässigen Gesamtvergütung Bei Überschreitung der Gesamtvergütung in einem Honorartopf gelten die nachfolgenden Regelungen: 1. Bei Überschreitung der Gesamtvergütung um bis zu 1 v.H. reduzieren sich die Vergütungsansprüche aller Zahnärzte entsprechend linear. 2. Bei Überschreitung eines Honorartopfes über 1 v.H. haben die Zahnärzte Vergütungsansprüche nur bis zu ihrer individuellen Bemessungsgrundlage, mit Ausnahme ... Verbleibt dann noch ein Teil der Gesamtvergütung dieses Honorartopfes, erfolgt eine Restvergütung entsprechend dem Überschreitungsanteil des einzelnen Zahnarztes an der Summe der Überschreitungen der individuellen Bemessungsgrundlagen durch alle Zahnärzte. 3. Jeder Zahnarzt erhält entsprechend den Honorartöpfen vier individuelle Bemessungsgrundlagen. Die individuellen Bemessungsgrundlagen errechnen sich aus den Basiswerten. Basiswerte sind die aus den abgerechneten und nach den Vorschriften über die Honorarverteilung vergüteten Leistungen des Abrechnungsjahres 2006 (Basisjahr).

... Für das Jahr 2008 werden die Basiswerte wie folgt verändert: Zahnerhaltung: Primärkassen - 5 % Ersatzkassen: - 5% Kieferorthopädie ...- 5% ...

§ 5 Ausnahmeregelung/Härtefälle Die individuellen Bemessungsgrundlagen gem. § 3 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 der KZV BW (KZV-Durchschnitt) liegen, erhöhen sich die individuellen Bemessungsgrundlagen bis maximal zum KZV-Durchschnitt, entsprechend der Zunahme der Patienten im jeweiligen Honorartopf. Die Erhöhungen ergeben sich aus der Zahl der Mehrpatienten multipliziert mit dem analog veränderten individuellen Fallwert

des Basisjahres, mindestens jedoch mit dem analog § 3 Abs. 3 veränderten jeweiligen KZV-Durchschnittsfallwert des Basisjahres 2006 ... 2 ... 3. Wird die vertragszahnärztliche Tätigkeit bzw. die Beschäftigung von AGZ weniger als fünf Jahre vor Beginn eines Abrechnungsjahres aufgenommen, so erhält der Zahnarzt zunächst den KZV-Durchschnitt ... 4 ... 5. Bei Übernahme einer Praxis übernimmt der Erwerber die individuellen Bemessungsgrundlagen des Praxisübergebers, im Falle ... 6. 7 ... 8. 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.

Mit Bescheid vom 30.04.2010 setzte die Beklagte eine Honorarkürzung im Rahmen des Budgetausgleichs 2008 auf insgesamt 4.160,57 EUR fest. Sie ging dabei von folgenden Abrechnungswerten aus:

Leistungs-bereich Kürzungsart IBG Ist-Honorar Überschreitung Kürzungssatz Rückforderungsbetrag ZEH-PK Individuell 56.430,32 EUR 66.194,52 EUR 9.764,20 EUR 42,61 % 4.160,57 EUR ZEH-EK 22.560,72 EUR 19.551,15 EUR -3.009,57 EUR 0 % 0,00 EUR Summe 85.745, 67 EUR 4.160,57 EUR Von der Überschreitungssumme von 9.764,20 EUR im Leistungsbereich ZEH sind dem Kläger somit 5.603,63 EUR verblieben. Für die IBG 2010 ist für den Leistungsbereich ZEH-PK von einem Betrag von 62.033,95 EUR auszugehen. Die Berechnung der individuellen Bemessungsgrundlage des Klägers beruhte auf folgenden Daten:

Primärkassen Ersatzkassen Zahnerhaltung Fallzahl IBG Fallzahl IBG Vorläufige IBG 1.121 52.230,23 EUR 464 22.560,72 EUR Mehrfallzuschlag 57 4.200,09 EUR 0 0 EUR Berechnete IBG 1.178 56.430,32 EUR 464 22.560,72 EUR Der durchschnittliche Fallwert für die IBG im Bereich der Primärkassen beträgt danach 46,59 EUR, im Bereich der Ersatzkassen 48,62 EUR und für die Mehrfälle 73,68 EUR. In dem Bescheid ist ein KZV-Durchschnitt 2008 für Neugründer mit einer Fallzahl von 1.734 und einem Honorar von 128.214,69 EUR ausgewiesen; der rechnerische Durchschnittsfallwert beträgt 73,94 EUR.

Gegen den Honorarkürzungsbescheid erhob der Kläger am 20.05.2010 Widerspruch, zu dessen Begründung er am 03.12.2010 geltend machte, der Bescheid sei kaum nachvollziehbar. Die vorläufigen individuellen Bemessungsgrundlagen (IBG) 2008 seien zu niedrig angesetzt. Dies lasse sich insbesondere daran ersehen, dass seine Fallzahlen sich erhöht hätten, aber seine gesamte Honorarsumme sich weit unterdurchschnittlich gesteigert habe (um 15% statt um 37 %). In Zahlen ausgedrückt: Fallzahlen KZV-Durchschnitt Fallzahlen Kläger Fallwert KZV Durchschnitt Fallwert Kläger Honorar KZV-Durchschnitt Eigenes Honorar 1999 1728 1427 55,02 EUR 44,11 EUR 95.198 EUR 62.661 EUR 2008 1734 1642 73,94 EUR 54,98 EUR 128.214 EUR 85.745 EUR Steigerung: 34,39 % 24,64 % 35 % 37 %

Die Honorarkürzung sei ein Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung. Im Gegensatz zu einer Neugründerpraxis, die sich ohne weiteres bis zum KZV-Durchschnitt entwickeln dürfe, sei es ihm nicht möglich, sich durch realistische Fallzahlsteigerungen bis zum KZV-Umsatzdurchschnitt zu entwickeln. Sein Gesamtbudget liege weit unterhalb des KZV-Durchschnittsbudgets. Das Urteil des BSG vom 28.01.2009 - [B 6 KA 5/08 R](#) bestätige seine Auffassung, dass ein Wachstum bis zum Durchschnitt auch nach der Neugründungsphase möglich sein müsse. Auf der anderen Seite könnten Praxen, die überdurchschnittlich abrechneten trotz sinkender Fallzahlen durch Steigerung des Fallwerts ihre Umsätze behalten. Am 08.12.2010 wurde der Widerspruch anwaltlich weiter begründet. Das BSG leite aus [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit [Art. 3](#) und [Art. 12 GG](#) den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ab. Dieser werde durch die Regelungen in § 3 und 5 HVM zum Budgetausgleich verletzt. Diese Vorschriften stellten über dem KZV-Durchschnitt und unter dem KZV-Durchschnitt abrechnende Praxen ohne zwingenden Grund gleich und ließen die Fallzahlentwicklung einer Praxis außer Betracht. So komme es dazu, dass im Fall einer - vermutlich unwirtschaftlichen - Fallwertsteigerung das Honorarvolumen unangetastet bleibe, aber andere sich durch Steigerung der Fallzahl entwickelnde Praxen an dem im Basisjahr erzielten Honorarumsatz festgehalten würden. Es sei daher geboten diese Gruppen unterschiedlich zu behandeln. Eine Bereicherung der überdurchschnittlich abrechnenden Zahnärzte auf Kosten der unterdurchschnittlich abrechnenden Kollegen verstoße ganz offensichtlich gegen [Art. 3](#) und [Art. 12 GG](#). Der HVM hätte deswegen zwingend ein Korrektiv in Form von IBG-Abstaffelungen bei Fallzahlverlusten für über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe abrechnende Praxen aufnehmen müssen. Allen Praxen stünde dann eine höhere Restvergütung vor Verteilung zu. Ohne eine solche Abstaffelung würden die Abrechnungs- und Honorarergebnisse auf Dauer unwirtschaftlich verzerrt. Auch der Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung sei verletzt. Wachstumsraten seien in einer Größenordnung zuzulassen, die es gestatteten, den durchschnittlichen Umsatz in absehbarer Zeit zu erreichen. Dazu gehöre, dass nicht nur durch Fallzahlsteigerungen eine Erhöhung des Honorars möglich sein müsste, sondern auch durch eine medizinisch begründete Fallwertsteigerung. Die Erhöhung der IBG helfe nicht weiter. Denn insoweit hänge die Möglichkeit der Weiterentwicklung nicht primär vom eigenen Abrechnungsverhalten ab, sondern richte sich maßgeblich nach dem der anderen Zahnärzte. Jedenfalls sei es dem Kläger mit seiner seit mehr als 5 Jahren etablierten, aber unterdurchschnittlich abrechnenden Praxis nicht möglich den Durchschnittsumsatz der Fachgruppe zu erreichen. Dem könne man auch nicht entgegenhalten, dass § 3 Abs. 2 S. 3 HZM nur einen bestimmten Prozentsatz zurückfordere, aber die IBG auf Dauer erhöht werde. Eine Statistik des Jahres 2007 belege, dass mehr als die Hälfte der Praxen unter dem KZV-Durchschnitt von 100.150 EUR liege. Dem Kläger sei solange die Erhöhung seiner IBG zuzugestehen, bis er den KZV-Durchschnittswert erreicht habe.

Die Beklagte legte den Widerspruch als Antrag auf Erhöhung der IBG im Wege des Härtefall-ausgleichs aus und ihrem Härtefall-Ausschuss zur Beurteilung und Entscheidung vor. Dieser lehnte den Antrag mit Bescheid vom 03.01.2011 ab. Die Kürzung erreiche die relevante Marke von 20 % nicht, sodass kein Härtefall vorliege. Eine atypische Versorgungssituation liege nicht vor. Der Kläger habe auch die Entwicklungsmöglichkeit, durch Mehrfälle zum KZV-Durchschnitt aufzuschließen. Aufgrund dessen habe er im Honorartopf Zahnerhaltung/Primärkassen (ZEH-PK) für 57 Mehrfälle einen Budgetzuschlag in Höhe von 4.200,09 EUR erhalten. Eine weitere Steigerung sei auch über die Resthonorarverteilung möglich.

Auch hiergegen richtete sich ein Widerspruch des Klägers vom 26.01.2011. Er vertiefte das Argument, dass durch die beanstandete Regelung des HVM alteingesessene Praxen, die erhebliche Fallzahlrückgänge hinnehmen müssten, bei erheblichen Fallwertsteigerungen begünstigt würden, weil deren IBGs perpetuiert würden. Er werde durch die Honorarverteilung der Beklagten unabhängig von seiner jeweiligen Fallzahlentwicklung auf dem bisherigen Stand eingefroren. Mitverantwortlich dafür sei auch der in § 3 Ziffer 3 2. Absatz HVM geregelte Vorwegabzug von 5% der IBG des Basisjahres, der die Fallzahlsteigerung wieder nivelliere.

Die Beklagte wies die Widersprüche gegen den Bescheid vom 30.04.2010 und den Bescheid des Härtefall-Ausschusses vom 03.01.2011 mit Widerspruchsbescheid vom 18.05.2011 zurück. Bei Überschreitung des Kassenbudgets eines Honorartopfes von über 1 % müsse nach § 3 Abs. 2 HVM eine individuelle Kürzung durchgeführt werden. Im Jahr 2008 hätten in den Honorartöpfen Zahnerhaltung und Kieferorthopädie

bei den Primärkassen Überschreitungen über 1 % vorgelegen, so dass nach § 3 Abs. 2 HVM in diesen Töpfen eine individuelle Kürzung habe durchgeführt werden müssen. Die Berechnungen seien bei der Beklagten zentral für ganz Baden-Württemberg erfolgt und korrekt durchgeführt worden. Der Honorarverteilungsmaßstab sei bislang durch die damit befassten Gerichte nicht beanstandet worden. Soweit der Kläger der Auffassung sei, etablierte Praxen verfolgten die Möglichkeit, Patientenzahlen abzubauen, um gleichzeitig die Fallwerte künstlich zu erhöhen und budgetkonforme Umsätze zu erzielen, bestehe dafür kein Anhaltspunkt. Auch bei unterdurchschnittlich etablierten Praxen werde nicht überprüft, ob weniger Fälle als im Basisjahr abgerechnet wurden. Das BSG habe mehrfach entschieden, dass eine Resthonorarverteilung bis zu einer individuellen Bemessungsgrundlage sowie mit einer Restvergütung zulässig sei und dass die Individualbudgets an vergangene Zeiträume anknüpfen dürften. Sonderfälle setzten eine individuelle, nicht vorhersehbare besonders schwere Härte voraus. Eine solche Härte sei nicht vorgetragen und nicht ersichtlich. Die Kürzung erreiche nicht die 20%-Grenze, sondern stelle sich als Minderung um 4,85 % dar. Der Kläger habe auch in den vergangenen Jahren konstant sowohl seine Fallzahlen als auch seine Umsätze und Fallwerte steigern können. Auch Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz müssten nicht von jeder Begrenzung des Honorarwachstums ausgenommen werden. Dem Kläger sei die Mehrfallentwicklungsmöglichkeit zugute gekommen. Die Kürzung beruhe außerdem auch teilweise auf der Absenkung der Basiswerte nach § 3 Abs. 3 HVM, die bei allen Vertragszahnärzten vorgenommen worden sei. Der geforderten Möglichkeit, dass kleine Praxen sich zumindest bis zum durchschnittlichen Umsatz entwickeln können müssten, sei durch § 5 Abs. 1 HVM hinreichend Rechnung getragen. Die Frage der Fallwertsteigerung werde bei Auffälligkeiten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung geklärt. Eine Benachteiligung wirtschaftlich arbeitender Ärzte sei nicht ersichtlich. Neugründern werde durch § 5 Abs. 3 HVM die Möglichkeit gegeben, sich in der Aufbauphase zu entwickeln und den individuellen Fallwert aufzubauen. Der Kläger habe hierfür schon erheblich länger als 5 Jahre Zeit gehabt. Eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung des Klägers gegenüber Neugründern liege nicht vor, da unterschiedliche Ausgangssituationen vorlägen. Alle Vertragsärzte hätten die Möglichkeit, an der Resthonorarverteilung teilzunehmen. Hierdurch werde ebenfalls über den KZV-Durchschnitt hinaus die Möglichkeit gegeben, die Praxis sukzessive zu vergrößern. Der Widerspruchsführer profitiere davon, dass es bei Kollegen zu Unterschreitungen gekommen sei, sodass 57,39% seiner Budgetüberschreitung vergütet worden sei und sich seine Basiszahlen für das folgende Jahr erhöhten. Der Vertragszahnarzt könne grundsätzlich nur von einer ungefähren Höhe seines zu erwartenden Honorars ausgehen.

Gegen den ihm am 20.05.2011 zugestellten Widerspruchsbescheid erhob der Kläger am 20.06.2011 Klage zum Sozialgericht Stuttgart. Der Kläger legte dazu Tabellen (vgl. Bl. 32 und 84 bis 108 SG-Akte) vor, die ihm als Mitglied der Vertreterversammlung überlassen worden waren. Daraus soll zu ersehen sein, dass sämtliche der aufgelisteten Praxen zwischen dem Basisjahr und dem maßgeblichen Jahr 2008 teilweise beträchtliche Fallzahlrückgänge zu verzeichnen hätten, gleichzeitig aber erhebliche Fallwertsteigerungen aufweisen könnten. Im extremsten Fall seien die Fallzahlen im laufenden Jahr um 35 % zurückgegangen, der Fallwert sei jedoch um 137 % gestiegen. Die Tabelle bewiese zugleich, dass es sich entgegen der Auffassung der Beklagten nicht um absolute Ausnahmefälle handle. Eine weitere Auflistung zeige, dass von 3084 ZEH-Abrechnern 1132 (36,7 %) eine verringerte Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr gehabt hätten. Sämtliche dieser Abrechner wiesen gleichzeitig zum Fallzahlrückgang eine Fallwertsteigerung auf, sodass von einer systematischen Fallwertsteigerung auszugehen sei. Der Bedarf etablierter Praxen unterliege erfahrungsgemäß keinen großen Schwankungen (Hinweis auf LSG Baden-Württemberg Urte. v. 26.06.2003 - [L 5 KA 1909/00](#)). Eine etablierte Praxis behandle aber im Grunde einen sanierten Patientenstamm, der nicht alle Jahre wieder umfangreich behandelt werden müsse. Vor diesem Hintergrund seien die Fallwertsteigerungen umso weniger nachvollziehbar. Gleiches gelte auch für Jungpraxen. Die Annahme, dass die dort behandelten Patienten zunächst einmal kernsaniert werden müssten, gehe sicherlich fehl. Trete gleichwohl bei Fallzahlrückgang bei einer Jungpraxis eine Fallwertsteigerung ein, deute dies auf eine Unwirtschaftlichkeit hin. Dies alles gehe im Ergebnis zu Lasten der unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen. Er vertiefte seine Argumente, dass der HVM gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung verstoße. Alteingesessene Praxen, die unterdurchschnittlich abrechneten, würden "eingefroren". Die vorläufigen IBG seien zu niedrig angesetzt. Nach der Rechtsprechung des BSG müsse der HVM Praxen mit unterdurchschnittlichem Gesamtumsatz die Möglichkeit einräumen, durch eine Steigung der Fallzahl mindestens den KZV-Durchschnittsumsatz zu erreichen. Hierfür bestehe nach dem HVM für ihn praktisch keine Möglichkeit. Eine effektive Steigerungsmöglichkeit bestehe nicht. Erforderlich sei, bei Fallzahlverlusten Kürzungen durchzuführen, damit den anderen Praxen eine höhere Restvergütung zur Verfügung stehe. Nach § 3 Ziff. 3 Abs. 2 habe eine 5%ige Vorwegkürzung des Budgets sich gerade mit der durch 57 Mehrfälle erreichten Steigerung ausgeglichen. Durch die 5% ige Budgetminderung seien ihm 4188,00 EUR verloren gegangen, trotz 57 Mehrfällen habe er sein Honorar nur um 4200,09 EUR steigern können. Ein Aufschluss seiner Praxis zum Durchschnitt sei nicht möglich. Der Durchschnittswert sei ohne nennenswerte Fallzahlsteigerung zwischen 1999 und 2008 um 34% gestiegen, während er trotz 215 weiterer Fälle bei einer Fallwertsteigerung von 24 % sein Honorarvolumen nur um ca. 37% habe steigern können. Wirtschaftlichkeitsprüfungen seien nicht geeignet die beschriebenen Missstände zu beseitigen. Durch die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis werde jedem Zahnarzt ein gewisser Spielraum eingeräumt. Das Institut der Wirtschaftlichkeitsprüfung entbinde die Beklagte nicht von ihrer Beobachtungspflicht und hindere sie nicht an den erforderlichen Änderungen des HVM.

Die Beklagte hielt dem entgegen, der HVM sei rechtmäßig. Die Annahme des Klägers, überdurchschnittlich abrechnende Praxen würden von den derzeitigen HVM-Regelungen bevorzugt, sei unzutreffend. Da die IBG auf der Grundlage der Abrechnungsergebnisse des vorvergangenen Jahres ermittelt würden, sinken die IBG, wenn eine Praxis über die Jahre immer weniger abrechne. Dem HVM liege kein Fallzahlen-Modell zu Grunde. Wenn der Kläger bei einer Fallzahlreduktion eine entsprechende Reduktion der IBG einfordere, so müsse er versuchen, dies über eine Mehrheit der Vertreterversammlung zu erreichen. Abgesehen davon seien in der Regel die Abrechnungswerte rückläufig, wenn die Fallzahlen rückläufig seien. Was die von ihm vorgelegten Vergleichszahlen anderer Praxen betreffe, sei anzumerken, dass eine Steigerung der Fallwerte um 137% sicherlich eine Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der betreffenden Praxis nach sich ziehen werde. Dass die anderen Zahnärzte gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) verstießen, könne der Kläger nicht generell unterstellen. Das Korrektiv bei unwirtschaftlichen Fallwertsteigerungen liege mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung bereits vor. Durch die in § 5 Abs. 1 HVM eingeräumte Möglichkeit für unterdurchschnittliche Praxen, sich entlang einer Mehrfallentwicklung bis höchstens zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe zu steigern, sei der Forderung des BSG nach einer Entwicklungsmöglichkeit für Zahnärzte mit unterdurchschnittlichen Bemessungsgrundlagen Rechnung getragen. Diese Entwicklungsmöglichkeit sei beim Kläger zum Tragen gekommen. Auch der Kläger habe schließlich seine Fallwerte gesteigert (vgl. Bl.116) und zwar um immerhin 16 % innerhalb von 2 Jahren. Dies könne äußeren Umständen geschuldet sein, die ein Arzt nicht beeinflussen könne. Der Umstand, dass er bei einer Fallwertsteigerung von 24 % sein Honorarvolumen um 37 % habe steigern können zeige, dass eine Honorarsteigerung tatsächlich möglich sei. Auch die aktuelle Weiterentwicklung der Praxis des Klägers zeige im Jahr 2009 noch einmal eine Steigerung gegenüber 2008 und zwar um 17 %. 2009 seien bereits 95.658,23 EUR erwirtschaftet worden. Auch das IBG habe sich im Jahr 2009 gegenüber dem Basisjahr 2007 um 11 % gesteigert. Im gleichen Zeitraum 2005 bis 2009 habe der Kläger seinen Umsatz um 24% gesteigert, der KZV-Durchschnitt dagegen um lediglich 2,3%. Nachdem der Durchschnittswert der KZV anhand aller Zahlen gebildet werde, wäre zu erwarten, dass bei einer ausgewogenen Verteilung auch die Hälfte

der Praxen über und die Hälfte der Praxen unter dem Wert liege. In der Tat seien es 50,42% der Praxen, die unter dem Wert lägen, also etwas mehr als die Hälfte. Es sei nicht ersichtlich, dass überdurchschnittliche Praxen bevorzugt würden und unterdurchschnittlichen die Weiterentwicklung versperrt werde.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 21.06.2012 abgewiesen. Das Begehren des Klägers auf Festsetzung einer höheren IBG entspreche dem Verlangen nach einem höheren Honorar für das Jahr 2008. Rechtsgrundlage für die Zahlung höheren vertragszahnärztlichen Honorars sei [§ 72 Abs. 1 Satz 2](#) i. V. m. [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ((SGB V)); in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, [BGBl. I 2190](#)). Danach stehe dem Vertragszahnarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbarten Verteilungsregelungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zu (BSG, Urt. v. 29.11.2006, [B 6 KA 42/05 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 30). Die Grundlagen der Honorarverteilung im HVM der KZV Baden-Württemberg für das Abrechnungsjahr 2008 seien rechtlich nicht zu beanstanden. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung verteile nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) i. V. m. [§ 72 Abs. 1 SGB V](#) die Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte und vereinbare hierfür mit den Landesverbänden der Krankenkassen einen Verteilungsmaßstab. Die Beklagte sei dabei nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urt. v. 11.09.2002, [B 6 KA 30/01 R](#); Urt. v. 14.12.2005, [B 6 KA 17/05 R](#), [BSGE 96, 1](#)) berechtigt, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung im Rahmen der Honorarverteilung an die Vertragszahnärzte weiterzugeben und das zur Verteilung stehende Honorar in den einzelnen Leistungsbereichen zu begrenzen. Die dabei erfolgende Aufteilung der Töpfe nach Primär- und Ersatzkassen sowie nach zahnärztlichen Leistungsbereichen sei sachgerecht und verhindere, dass durch eine Mengenausweitung einzelne Zahnarztgruppen ihre Anteile an der Gesamtvergütung zu Lasten der anderen Zahnärzte vergrößern könnten (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 26.02.2003, [L 5 KA 1909/00](#) zum Budgetausgleich 1999; zum Budgetausgleich 2001: Urt. v. 09.07.2008, [L 5 KA 5146/05](#); zum Budgetausgleich 2003: Urt. v. 01.07.2009, [L 5 KA 70/07](#)). Auch die Zuerkennung eines für jeden Zahnarzt unterschiedlichen individuellen Budgets sei nicht zu beanstanden (BSG, Urt. v. 10.12.2003, [B 6 KA 54/02 R](#), [BSGE 92, 10](#); [BSGE 94, 50](#); Urt. v. 08.02.2006, [B 6 KA 25/05 R](#), [BSGE 96, 53](#); Urt. v. 31.08.2005, [B 6 KA 6/04 R](#), [BSGE 95, 86](#)). Soweit dabei an die früheren individuellen Abrechnungsergebnisse des Zahnarztes angeknüpft werde, sei dies eine Verteilungsweise, die für den Zahnarzt mit den geringsten Eingriffen verbunden sei, da erfahrungsgemäß die Umsätze etablierter Zahnarztpraxen nur geringen jährlichen Schwankungen unterliegen würden. Rechtlich nicht zu beanstanden sei auch, dass bei der Ermittlung des individuellen Budgets 2008 die Beklagte auf die Abrechnungsergebnisse des Jahres 2006 zurückgegriffen habe. Die Zulässigkeit der Anknüpfung an in früheren Jahren ausbezahlte Abrechnungsvolumina habe das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung gebilligt (z.B. BSG, Urt. v. 28.01.2009, [B 6 KA 5/08 R](#), juris Rn. 17). Dabei sei die Anknüpfung an die Zahlen des vorvergangenen anstatt des vergangenen Jahres praktischen Gründen geschuldet. Es bestünden auch keine rechtlichen Bedenken gegen die Absenkung der Basiswerte um 5 %. Während sich die Absenkung der Basiswerte im Jahr 1999 unmittelbar aus dem Gesetz (Art. 15 Abs. 1 Satz 2 GKV-SolG) ergeben habe, beruhe vorliegend die Absenkung der Basiswerte darauf, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung - unabhängig von der nunmehr in [§ 71 SGB V](#) in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 festgelegten Budgetierung - nach wie vor freie Mittel benötige, um wachsende Praxen neu niedergelassener Zahnärzte sowie Ausnahmeregelungen und Härtefälle im Rahmen einer budgetierten Gesamtvergütung finanzieren zu können (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 26.02.2003, [L 5 KA 1909/00](#)). Da die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilung nur den Betrag unter den Vertragszahnärzten verteilen könnten, den sie von den Krankenkassen als Gesamtvergütung erhalte, sei sie zudem berechtigt, den Vorstand zur nachträglichen Veränderung der IBG zu ermächtigen (vgl. § 3 Ziff. 3 HVM; SG Stuttgart, Urt. v. 27.06.2007, S 10 KA 3096/03). Schließlich werde mit den Regelungen des HVM dem aus [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Art. 3, Art. 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) abgeleiteten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit genüge getan (BSG, Urt. v. 02.10.1997, [6 RKA 21/97](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#); Urt. v. 09.09.1998, [B 6 KA 55/97 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#); Urt. v. 03.03.1999, [B 6 KA 15/98 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Das Bundessozialgericht verlange, dass umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die Möglichkeit haben müssten, zumindest den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Dem Vertrags(zahn)arzt müsse die Chance bleiben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimer Weise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern. Die grundsätzliche Verpflichtung zur Gewährleistung einer gewissen Wachstumsmöglichkeit beschränke sich dabei nicht allein auf Praxen, die sich "im Aufbau" befänden, sondern erfasse alle Praxen, deren Umsatz den durchschnittlichen Umsatz der Fachgruppe unterschreite. Alle kleinen Praxen mit unterdurchschnittlicher Patientenzahl dürften nicht gehindert werden, durch Erhöhung der Patientenzahl zumindest einen durchschnittlichen Umsatz zu erzielen (BSG, Urt. v. 28.01.2009, [B 6 KA 5/08 R](#), juris-Rd. 24 m. w. N.). Diesen vom BSG aufgestellten Grundsätzen habe die Beklagte durch die Regelungen in § 5 Ziff. 1 und Ziff. 3 des HVM ausreichend Rechnung getragen. § 5 Ziff. 1 des HVM ermögliche unterdurchschnittlichen Praxen eine Steigerung ihrer IBG bis maximal zum KZV-Durchschnitt entsprechend der Zunahme der Patienten in den einzelnen Honorartöpfen. Dabei habe die Beklagte zutreffend den IBG-Durchschnitt auf Basis der Summe der abgerechneten, anerkannten und nach den Vorschriften über die Honorarverteilung zu vergütenden Leistungen des vorvergangenen Abrechnungsjahres 2006 in Einklang mit den Vorgaben des § 3 Ziff. 3 Abs. 1 HVM bestimmt. Denn nach § 5 Ziff. 1 HVM seien die IBG des Zahnarztes mit der Summe der IBG aller Zahnärzte, die sich wiederum gem. § 3 Ziff. 3 Abs. 1 HVM aus dem Basiswerten des Basisjahres 2006 errechneten, zu vergleichen. Der vom Kläger gewünschte Vergleich seiner IBG (auf Grundlage des Basisjahres 2006) mit der durchschnittlichen Summe der IBG aller Zahnärzte aus dem Jahr 2008 würde dieser Systematik des HVM widersprechen und dem vorzunehmenden Vergleich die verbindende Grundlage, nämlich das gleiche Basisjahr i.S. des § 3 Ziff. 3 HVM, entziehen. Der IBG-Durchschnitt entspreche zwar nicht dem Durchschnittsumsatz, da sich die IBG nach § 3 Ziff. 3 des HVM aus der um 5 % abgesenkten Vergütung des Basisjahres errechne. Darin sei aber kein Verstoß gegen die Vorgaben des Bundessozialgerichts zu sehen, da die Absenkung gleichermaßen alle Vertragszahnärzte betreffe und kleine Zahnarztpraxen bis zum Erreichen des um 5 % abgesenkten Durchschnittsumsatzes an den dadurch zur Verfügung gestellten Mitteln partizipieren würden. Die Durchschnitts-IBG könne auch in absehbarer Zeit erreicht werden. Das Bundessozialgericht halte einen Zeitraum von fünf Jahren für absehbar (BSG, Urt. v. 28.01.2009, [B 6 KA 5/08 R](#), juris-Rd. 24 m. w. N.). Innerhalb von fünf Jahren könne ein Vertragszahnarzt durch eine Steigerung seiner Patientenzahlen den IBG-Durchschnitt erreichen. Für Vertragszahnärzte, die weniger als fünf Jahre vor Beginn des Abrechnungsjahres ihre Tätigkeit aufgenommen hätten, sehe § 5 Ziff. 3 des HVM vor, dass diese zunächst den IBG-Durchschnitt erhielten, es sei denn die Berechnung anhand der eigenen Werte des Vertragszahnarztes des Basisjahres falle günstiger aus. Damit würden junge Praxen von Honorarkürzungen freigestellt, um eine Entwicklung jedenfalls bis zum IBG-Durchschnitt zu ermöglichen. Der Zeitraum von fünf Jahren sei angemessen, da die Zeit des Aufbaus einer Praxis üblicherweise nach fünf Jahren abgeschlossen sei. Darüber hinaus bestehe kein Anspruch, unterdurchschnittliche Praxen von einer Honorarbegrenzung ganz oder teilweise auszunehmen. Das BSG habe in seinem Urteil vom 10.03.2004 ([B 6 KA 13/03 R](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 10](#)) zutreffend entschieden, dass eine Freistellung von der Honorarbegrenzung bei Fallzahlzuwächsen auch nicht für den Fall vorgesehen oder im Wege einer Ausnahmewilligung zuerkannt werden müsse, dass der Vertrags(zahn)arzt zwar große Fallzahlsteigerungen habe, mit seinen Fallwerten und seinen Gesamthonoraranforderungen aber unter dem

Durchschnitt der Fachgruppe liege. Ein bundesrechtliches Gebot, ihn zusätzlich von fallzahlbezogenen Honorarbegrenzungen auszunehmen, bestehe nicht und sei insbesondere nicht aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ableitbar. Ein Anspruch unterdurchschnittlicher Praxen auf Bevorzugung gegenüber durchschnittlichen oder überdurchschnittlichen Praxen bestehe somit nach der eindeutigen Rechtsprechung des BSG nicht. Sonstigen Härtefällen sei durch die Regelung in § 5 Ziff. 8 des HVM Rechnung getragen, wonach sich die individuellen Bemessungsgrundlagen ändern würden, wenn die Festlegung im Einzelfall zu einer besonders schweren Härte führen würde. Schließlich könne sich nicht der Kläger darauf berufen, dass der HVM ein Korrektiv für die IBG-Abstaffelungen nicht enthalte. Dies liege im Rahmen des Gestaltungsspielraums der Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Eine unverhältnismäßige Gestaltung sei für die Kammer nicht erkennbar. Die IBG entwickle sich auf der Grundlage der im vorvergangenen Jahr abgerechneten Leistungen und entwickle sich daher sowohl nach oben als auch nach unten. Ein Bestreben der Regelungen im HVM, die Praxen in ihrem Status Quo zu erhalten sei nicht erkennbar. Unwirtschaftliche Fallwertsteigerungen seien zu überprüfen, was zu Honorarkürzungen führe, die wiederum die Basiswerte korrigierten. Zwar habe der Kläger eine Liste, deren Herkunft er nicht offengelegt habe, vorgelegt, in denen erhebliche Auffälligkeiten beschrieben seien. Dies könne aber nicht als repräsentativ für ca. 7000 Vertragszahnärzte angesehen werden. Unter Anwendung dieser Regelungen sei die Honorarkürzung im Rahmen des Budgetausgleichs für das Jahr 2008 vorliegend zu Recht erfolgt. Die IBG des Klägers seien zutreffend berechnet und bedürften keiner (weiteren) Änderung nach § 5 des HVM. Dem Kläger sei für seine Mehrfälle ein Zuschlag gewährt worden. Damit werde es dem Kläger ermöglicht, den Durchschnitt zu erreichen. Der Kläger habe keinen Anspruch darauf, seine IBG über den KZV-Durchschnitt hinaus zu erhöhen. Anhaltspunkte für einen Härtefall im Sinne des § 5 Ziff. 8 des HVM bestünden nicht. Die Härtefallregelung des § 5 Ziff. 8 des HVM sei eng auszulegen. Dies ergebe sich bereits aus Sinn und Zweck der Regelungen des HVM, die vom Gesetzgeber geforderte Budgetierung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung und auch der Planungs- und Kalkulationssicherheit der Zahnärzte durch eine Begrenzung in plausibler Mengenausweitungen umzusetzen und dadurch einen möglichst stabilen Punktwert für den größten Teil der notwendigen zahnmedizinischen Leistungen zu erzielen. Auch die Formulierung des § 5 Ziff. 8 des HVM spreche eindeutig für eine sehr enge Auslegung der Ausnahmetatbestände, da nicht etwa bei einer "Härte", bei einer "besonderen Härte" oder bei einer "schweren Härte", sondern nur bei einer "besonders schweren Härte" die Möglichkeit der Erhöhung der IBG bestehe. Ein wirtschaftlicher Härtefall sei nach der Rechtsprechung des LSG Baden-Württemberg (Urt. v. 26.02.2003, [L 5 KA 1909/00](#); Urt. v. 05.02.2003, [L 5 KA 3172/02](#)) regelmäßig erst bei Honorarminderungen von 20 % des Gesamtumsatzes in Betracht zu ziehen. Hierbei sei grundsätzlich der Gesamtumsatz unter Einbeziehung aller IBG zu berücksichtigen. Der Kläger erfülle diese Maßstäbe für einen wirtschaftlichen Härtefall bereits bei isolierter Betrachtung des Leistungsbereichs Zahnerhaltung nicht. Bei einem abgerechneten Honorar (Kassenanteil) im Jahre 2008 i. H. v. 66.194,52 EUR und einer Rückforderung i. H. v. 4.160,57 EUR ergebe sich lediglich eine Honorarminderung von 6,2 %, die deutlich unter der vom LSG Baden-Württemberg aufgestellten Grenze für die Annahme eines wirtschaftlichen Härtefalles von 20% liege. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 21.10.1998, [B 6 KA 65/97 R](#), [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#); Urt. v. 28.04.1999, [B 6 KA 63/98 R](#), [juris.de](#)) sei die Anwendung der Härteregelung allerdings nicht auf Fälle der wirtschaftlichen Härte begrenzt. Vielmehr müsse die Härteregelung, soweit der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit dies fordere, auf alle atypischen Versorgungssituationen angewandt werden. Anhaltspunkte hierfür fänden sich beim Kläger aber nicht und seien von ihm auch nicht geltend gemacht worden.

Gegen das seiner Bevollmächtigten am 26.06.2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 26.07.2012 Berufung eingelegt.

Er wiederholt und vertieft sein Vorbringen, dass §§ 3 und 5 HVM als Rechtsgrundlage für den Budgetausgleich gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung aus [§ 85 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) verstießen und gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Eine Ungleichbehandlung könne lediglich durch ein Korrektiv in Form von IBG-Abstaffelungen bei Fallzahlverlusten für über dem Durchschnitt abrechnende Praxen begegnet werden. Das Urteil des SG Stuttgart sei insoweit offensichtlich unrichtig, weil der vorliegende Fall des Klägers gerade belege, dass es nicht möglich sei, entsprechend der Forderung des BSG im Urteil vom 28.01.2009 - [B 6 KA 5/08 R](#) - durch Erhöhung der Patientenzahl einen durchschnittlichen Umsatz zu erreichen. Zum einen sei dies in alteingesessenen, aber unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen, wenn es nicht zu einer Praxisschließung komme, praktisch ausgeschlossen. Andererseits komme unterschiedslos die Kürzung nach § 3 Ziff 3 Abs. 2 zum Tragen und eine Angleichung an andere Praxen werde damit wieder nivelliert. Das Sozialgericht befasse sich mit den Daten des Klägers gar nicht. Der Verweis des SG Stuttgart auf die Möglichkeiten von Neuanfängern, verfangen nicht, da es diesen weitaus leichter falle, neue Patienten zu gewinnen. Diese könnten innerhalb von 5 Jahren bis zum KZV-Durchschnitt auch ihre Fallwerte uneingeschränkt steigern. Die Honorarrestverteilung sei auch kein angemessener Ausgleich. Dieser komme auch überdurchschnittlich abrechnenden Praxen überproportional zugute. Das SG Stuttgart habe sich nicht mit der Auflistung auseinandergesetzt, die belege, dass Praxen wegen des HVM durch eine Fallwertsteigerung dauerhaft am bisherigen Abrechnungsvolumen festhalten könnten. Das Instrument der Wirtschaftlichkeitsprüfung sei ungeeignet, dem entgegenzuwirken. Wenn das Sozialgericht darauf verweise, dass der Kläger mittels Restvergütung den Durchschnittsumsatz erreichen oder überschreiten könne, so handle es sich dabei weder um eine garantierte Entwicklung, noch um eine typisierte, vom Abrechnungsverhalten der übrigen Zahnärzte unbeeinflusste Umsatzentwicklung. Der HVM sei darauf angelegt, überdurchschnittlichen Praxen mit überdurchschnittlichen IBG zu privilegieren. Ein anderer Grund für die restriktive Einschränkung der Entwicklungsmöglichkeiten unterdurchschnittlicher Praxen sei nicht erkennbar.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21.06.2012 und die Bescheide der Beklagten vom 30.04.2010 und vom 03.01.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.05.2011 aufzuheben,

hilfsweise, das Honorar des Klägers für das Jahr 2008 neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Honorarverteilungsmaßstab sei rechtmäßig. Es seien auch in gerichtlichen Entscheidungen immer wieder Fälle dokumentiert, wonach unterdurchschnittlich abrechnende Praxen zum Durchschnitt in kürzester Zeit aufschließen oder weit über dem Durchschnitt liegende Bemessungsgrundlagen erreichen konnten (Urteil des Senats v. 01.07.2009, [L 5 KA 1977/07](#)). Es sei auch nicht ersichtlich, weshalb eine solche Steigerung über die Erhöhung der Patientenzahl nicht in Betracht komme. Es sei nicht ersichtlich, weshalb der Kläger nicht ebenso wie ein Berufsanfänger Patienten werben könnte. Im Gegenteil sei eher durch die alteingesessenen Praxen, die in der Regel die Patienten schon versorgten, eine praktische Begrenzung vorhanden. Auch die Basisanpassung des § 3 Abs. 3 HVM wirke sich auf den KZV-Durchschnitt aus. Insoweit entstehe kein Nachteil durch die Basiswertanpassung. Die Rechtsprechung des BSG beziehe sich insbesondere auf Steigerungsmöglichkeiten für Neuanfänger. Neuanfängern werde der KZV-Durchschnitt zuerkannt, weil bei neugegründeten Praxen eine Bezugnahme auf das vorvergangene Jahr naturgemäß nicht möglich sei. Die Vorstellung des Klägers, Kollegen würden uneingeschränkt

Fallwerte steigern, sei unzutreffend. Es werde in fragwürdiger Weise unterstellt, dass die vertragszahnärztliche Pflicht zu einer wirtschaftlichen Behandlung missachtet werde. Es habe für ihn stets eine Entwicklungsmöglichkeit auch faktisch gegeben. Die Überschreitungen der IBG seien in den vergangenen Jahren nie vollumfänglich gekürzt worden; das Gesamtvolumen habe sich damit kontinuierlich gesteigert. Die Entwicklung einer einzelnen Praxis, die den Durchschnitt nicht erreicht habe, könne nicht zum Beweis dafür herangezogen werden, dass dies nicht möglich sei, nachdem auch Gegenbeispiele vorliegen. Der HVM begünstige es nicht, dass Praxen dauerhaft an einem überdurchschnittlich hohen IBG festhalten könnten. Die Aufstellung des Klägers sage nichts darüber aus, ob Fallwertsteigerungen nachvollziehbare Ursachen hatten oder ob Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt wurden. Die Gruppenbildung des Klägers überzeuge nicht. Seine Aufstellung enthalte keine Auffälligkeiten, die seine These belegten. Der gesamte Vortrag beruhe darauf, dass der Kläger anderen Zahnärzten Pflichtverstöße unterstelle.

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:

Die zulässige, insbesondere gemäß [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) frist- und formgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist unbegründet.

Das SG hat die nach [§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) zulässige Anfechtungsklage zu Recht abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide der Beklagten vom 30.04.2010 und 03.01.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.05.2011 sind rechtmäßig und beschweren den Kläger nicht ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)). Die Beklagte hat in Anwendung des Honorarverteilungsmaßstabs 2008 zu Recht eine Kürzung für das Jahr 2008 errechnet.

Der Kläger wendet sich nicht gegen den Bescheid vom 03.01.2011, soweit darin das Vorliegen eines Härtefalls verneint wurde. Weiter erhebt der Kläger keine Bedenken gegen die zugrunde gelegten Zahlen und den Rechenweg der streitigen Honorarkürzung. Er ist vielmehr der Auffassung, dass das Zusammenspiel der Regelungen des HVM ihm ein Anwachsen auf den Durchschnittsumsatz der Fachgruppe praktisch unmöglich macht, weswegen der HVM der Beklagten gegen höherrangiges Recht, insbesondere den aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abgeleiteten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und den aus [Art. 3](#) und [Art. 12 GG](#) abgeleiteten Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung verstoße. Mit dieser Beurteilung kann der Kläger nicht durchdringen.

Honorarverteilungsregelungen sind in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben in [§ 85 Abs. 4 S. 1 bis 3 SGB V](#) zu messen. Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Kassenzahnarztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann aber nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert, honoriert werden. Das Gesetz schließt danach eine Aufteilung der Gesamtvergütung nicht grundsätzlich aus, bei der die vertragszahnärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem einheitlichen Bewertungsmaßstab im selben Verhältnis, sondern, abhängig von der Mengenentwicklung im Leistungsbereich, unterschiedlich hoch vergütet werden (vgl. [BSGE 73, 131](#), 134 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#)). Denn bei der Ausgestaltung ihres HVM haben die KZVen einen Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform der Satzung ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist (BSG [SozR 3-3 § 85 Nrn. 45 und 44](#)). Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften darf eine KZV die Verteilung allerdings nicht frei nach ihrem Ermessen gestalten. Der HVM muss mit der Ermächtigungsgrundlage in Einklang stehen und insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars (vgl. [BVerfGE 33, 171](#), 184 = [SozR Nr. 12 zu Art 12 GG](#) S Ab 15 R; [BSGE 81, 213](#), 217 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)) sowie den aus [Art 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl. hierzu BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#)) beachten. Daraus folgt, dass im vorliegenden Fall die zahnärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind ([BSGE 73, 131](#), 136 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#); vgl. auch [BSGE 75, 187](#), 191 = [SozR 3-2500 § 72 Nr. 5](#)). Der Beklagten bleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von dem genannten Grundsatz, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen gerecht zu werden (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)). Solche aner kennenswerten Zielsetzungen können beispielsweise in einer Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes durch die Begrenzung des Anstiegs der zu vergütenden Leistungsmenge liegen, weil auf diese Weise den Vertragszahnärzten für einen bestimmten Anteil des vertragszahnärztlichen Honorars eine gewisse Kalkulationssicherheit gewährleistet wird (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nrn. 5 und 6](#)).

Durch die Bestimmung der individuellen Bemessungsgrundlagen im HVM 2008 wird die Vergütung an individuelle Leistungsbudgets gekoppelt. Solche individuellen Leistungsbudgets sind vom Ansatz und wesentlicher Ausgestaltung her mit den von der Rechtsprechung des BSG entwickelten Grundsätzen vereinbar (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Ihnen liegt die berechtigte Annahme zu Grunde, dass der in der Vergangenheit erreichte Praxisumsatz bei typisierender Betrachtung ein maßgebendes Indiz für den Umfang ist, auf den der Vertragszahnarzt seine vertragszahnärztliche Tätigkeit ausgerichtet hat. Die sachliche Rechtfertigung für solche Honorarkontingente ergibt sich aus dem Ziel, die Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, dadurch die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und damit die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit zu verbessern sowie die Versorgungsqualität zu steigern (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) S 205 f).

Durch ihre Einführung hat der einzelne Zahnarzt für die Leistungsmenge in Höhe seines individuellen Budgets Kalkulationssicherheit in dem Sinne, dass er bei ungefähr gleich bleibender Fallzahl und ungefähr gleich bleibendem Fallwert den mit den Kassenverbänden vereinbarten Punktwert auch voll erhält und die Rückzahlungssumme begrenzt halten kann. Ausweitungen der Leistungsmenge durch andere Ärzte wirken sich in dem durch das individuelle Budget gesicherten Bereich praktisch nicht aus. Bei der von der Beklagten angestrebten Schaffung einer gewissen finanziellen Kalkulationssicherheit handelt es sich um ein im Rahmen des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit billigenswertes Ziel (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 44](#), sowie [SozR 4-2500 § 85 Nrn. 5 und 6](#)).

In der Rechtsprechung des BSG ist aber auch wiederholt betont worden, dass umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die Möglichkeit haben müssen, durch Steigerungen ihrer Fallzahlen zumindest den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen (ua [BSGE 83, 52](#), 58 f = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) S 206 ff; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#) S 195; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S 411; [BSGE 92, 10](#) =

[SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 19; zuletzt Urteile vom 28.1.2009, [B 6 KA 5/08 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 24 mwN sowie [B 6 KA 4/08 R](#) RdNr 12). Dem Vertragsarzt muss - wegen seines Rechts auf berufliche Entfaltung unter Berücksichtigung der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 32](#) RdNr 17 sowie das weitere Urteil vom 28.3.2007, [B 6 KA 10/06 R](#) - [MedR 2007, 560](#) = USK 2007-26) - die Chance bleiben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimerweise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern ([BSGE 92, 233](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 9](#), jeweils RdNr 18; [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 19; BSG, Urteile vom 28.1.2009 aaO). Daher ist allen Praxen mit unterdurchschnittlichen Umsätzen die Möglichkeit einzuräumen, durch Erhöhung der Patientenzahlen jedenfalls bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe aufzuschließen (ua [BSGE 83, 52](#), 58 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 28 S 206 f](#); BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 6](#) RdNr 19; [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 19; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 32](#) RdNr 16; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 28) und damit ihre Praxis zu einer mit typischen Umsätzen auszubauen (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 32](#) RdNr 17; BSG [MedR 2007, 560](#) = USK 2007-26). Die Vorgabe des Bundessozialgerichts, dass dem Vertragsarzt die Chance bleiben müsse, neue Patienten für sich zu gewinnen oder das Angebot und die Leistungen zu verbessern und hierdurch im Ergebnis seinen Umsatz zu steigern, zielt nicht auf bestimmte Honorarverteilungsregelungen, sondern auf das Ergebnis der Honorarverteilung. Es kommt daher nicht darauf an, wie jede Honorarverteilungsregelung im Einzelnen ausgestaltet ist und welchen (primären) Zweck sie verfolgt, sondern wie sich die Regelungen insgesamt letztlich auf den Honoraranspruch des Vertragsarztes auswirken. Das BSG hat in seinen Entscheidungen vom 28.1.2009 ([B 6 KA 5/08 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 30 und [B 6 KA 4/08 R](#) RdNr 16) darauf hingewiesen, dass "alle für die betroffene Praxis maßgeblichen HVM-Regelungen, insbesondere Honorarbegrenzungsregelungen" insgesamt so viel Spielraum zulassen müssen, dass der Durchschnittsumsatz der Fachgruppe innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren erreicht werden kann. Diese Aussage gilt für alteingesessene aber auch für die neu gegründeten Praxen in der Aufbauphase, denen die Möglichkeit einzuräumen ist, in angemessener Zeit den Durchschnittsumsatz zu erreichen.

Die Beklagte hat im hier anzuwendenden HVM diesen Grundsätzen hinreichend Rechnung getragen. Der Honorarverteilungsmaßstab beruht auf der Ermächtigungsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) und dient ausweislich seiner Präambel gerade auch gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) der Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit von Vertragsärzten. Bei Überschreitung eines Honorartopfs um über 1 v.H. haben die Zahnärzte Vergütungsansprüche gemäß [§ 3 Abs. 2 HVM](#) nur Anspruch bis zu ihrer individuellen Bemessungsgrundlage. Verbleibt danach noch ein Teil der Gesamtvergütung des Honorartopfs, erfolgt eine Restvergütung entsprechend dem Überschreitungsanteil des einzelnen Zahnarztes an der Summe der Überschreitungen der individuellen Bemessungsgrundlage durch alle Zahnärzte. Eine Änderung der individuellen Bemessungsgrundlagen legt [§ 5 Abs. 1 HVM](#) für den Fall fest, dass die Summe der individuellen Bemessungsgrundlagen unter der durchschnittlichen Bemessungsgrundlage liegt und mehr Patienten versorgt werden.

Die Beklagte hat in [§ 5 Abs. 3](#) eine Regelung für Vertragszahnärzte geschaffen, die ihre Tätigkeit weniger als 5 Jahre vor dem Beginn des Abrechnungsjahres aufgenommen haben. Dieser Personenkreis erhält den Durchschnitt der Fachgruppe. Sie hat jedoch nicht nur Ausnahmen für Neugründer bei der Festlegung der individuellen Bemessungsgrundlage geschaffen. Dem Kläger und anderen Zahnärzten mit unterdurchschnittlichen individuellen Bemessungsgrundlagen kommt vielmehr insbesondere die Regelung in [§ 5 Abs. 1 HVM](#) zugute. Die individuellen Budgets werden durch Mehrpatienten erhöht, indem die Zahl der Mehrpatienten mit dem individuellen Fallwert des Basisjahres, mindestens jedoch mit dem KZV-Durchschnittsfallwert des Basisjahres multipliziert wird. Ein seine Tätigkeit steigernder Zahnarzt bekommt durch diese Regelung ebenfalls eine gewisse Kalkulationssicherheit. Er kann ohne Weiteres errechnen, in welcher Höhe sich sein individuelles Budget pro weiterem Patienten mindestens erhöht. Die Erhöhung durch Mehrfälle führt zu einer Steigerung des individuellen Budgets in weiteren Jahren, sodass eine kontinuierliche Vergrößerung begünstigt wird. Mit dieser Regelung wird auch der Rechtsprechung des BSG Rechnung getragen, dass einer unterdurchschnittlichen etablierten Praxis das Wachstum bis zum KZV-Durchschnitt innerhalb angemessener Zeit möglich sein muss. Die Begrenzung durch die unter dem KZV-Durchschnitt liegenden individuellen Budgets werden deutlich abgemildert.

Der Kläger übersieht bei seiner Kritik an der Ausgestaltung des HVM und bei seiner Forderung, innerhalb von 5 Jahren müsse ihm ein Aufschließen bis zum Durchschnitt seiner Fachgruppe möglich sein, dass die oben zitierte Rechtsprechung des BSG vor dem Hintergrund von Fallzahlzuwachsbeschränkungen im ärztlichen Bereich entwickelt wurde, die lediglich eine jährliche Steigerung von 1% oder 2% der bisherigen Fallzahl zuließen. Solche Fallzahlzuwachsbeschränkungen enthält der HVM der Beklagten nicht. Der Kläger kann nach dem HVM der Beklagten seine Fallzahlen sogar unbegrenzt steigern und sämtliche Mehrfälle zumindest mit dem Durchschnitt der Fachgruppe abrechnen. Der streitige HVM steht somit einem Wachstum des Klägers über die Steigerung der Zahl seiner Patienten grundsätzlich nicht entgegen. Die Problematik im Falle des Klägers liegt darin, dass zwar seine Fallzahl nahe am Fachgruppendurchschnitt liegt (die von ihm behandelten 1642 Patienten entsprechen ca. 94,77 % des Fachgruppendurchschnitts von 1.734 Patienten), er aber beim Fallwert mit 46,59 EUR (Primärkassen) bzw 48,62 EUR (Ersatzkassen) deutlich hinter dem Fallwert der Fachgruppe von 73,94 EUR zurückbleibt, er also pro Patient um ca. 35 % weniger Leistungen erbringt als die Fachgruppe im Durchschnitt. Bei dieser Praxisstruktur ist abzusehen, dass der Kläger seine Patientenzahlen noch weit über den Fachgruppendurchschnitt hinaus steigern muss, wenn er das durchschnittliche Umsatzvolumen anderer Zahnärzte erreichen will.

Gegen die vom Kläger begehrte Honorarsteigerung über den Fallwertzuwachs bestehen schon im Ansatz grundsätzliche Bedenken. Bei limitierter Gesamtvergütung führt eine Fallwerterhöhung dazu, dass die zusätzlich erbrachten Leistungen entweder nicht oder nur teilweise vergütet werden können oder für alle Leistungen das Entgelt sinkt. Erhöhungen des Fallwerts ist entgegenzuhalten, dass auch in der Vergangenheit von der Gesamtheit der Zahnärzte die notwendigen Behandlungen in ausreichendem und wirtschaftlichem Maße erbracht worden sind. Erhöhungen können sich daher nur aus einer Änderung der Patientenstruktur oder durch neuartige, teurere Behandlungsmethoden ergeben. Andernfalls handelt es sich bei Fallwerterhöhungen um medizinisch nicht gerechtfertigte Mengenausweitungen. Der Kläger übersieht, dass das System der individuellen Bemessungsgrundlagen gerade dazu dient, die im Fall von Mengenausweitungen zu befürchtenden Ungerechtigkeiten bei der Honorarverteilung zu vermeiden. Ein Anspruch auf Abrechnung in Höhe des durchschnittlichen Fachgruppenfallwerts besteht nur dann, wenn tatsächlich Leistungen in Höhe des Fachgruppendurchschnitts auch erbracht werden. Ein Anspruch auf Mengenausweitung durch nicht gerechtfertigte Erhöhung der Fallwerte besteht hingegen grundsätzlich nicht. Da davon auszugehen ist, dass der Kläger unter Einhaltung der Grundsätze der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit seine Behandlungen erbringt, er also alle erforderlichen Behandlungsmaßnahmen vornimmt, medizinisch nicht veranlasste jedoch - zu Recht - unterlässt, liegt sein Problem darin, dass seine Patienten im Durchschnitt offenbar über eine bessere Zahngesundheit verfügen als der Durchschnitt der Patienten im Bezirk der Beklagten. Bei dieser Ausgangslage kommt seine Forderung nach einem Fallwertwachstum der Forderung gleich, im Interesse besserer Umsätze unwirtschaftlich und unnötig behandeln zu dürfen. Genau dieses Verhalten wollte der

Gesetzgeber mit der Regelung in [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) (Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit) aber im Grundsatz verhindert wissen.

Der Kläger möchte jedoch zumindest die Umsätze, die er in 2008 seiner Auffassung nach sachgerecht erbracht hat, vollständig, also ohne die hier streitige Honorarkürzung von 4.160,57 EUR, behalten dürfen. Das Begehren, die - seiner Auffassung nach - rein medizinisch begründeten Fallwertsteigerungen ungekürzt behalten zu dürfen, verstößt jedoch gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung. In gleicher Weise begründete Mengensteigerungen anderer Ärzte würden dann nur anteilig bzw. allenfalls mit einer deutlich geringeren Quote an der Restverteilung teilnehmen, blieben also unvergütet. Mit seiner Rechtsprechung zur Möglichkeit des Anwachsens auf den Durchschnitt der Fachgruppe wollte das BSG unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen eine Chance einräumen, im Wettbewerb mit anderen Praxen über eine Steigerung der Patientenzahl gleichziehen zu können. Eine Besserstellung unterdurchschnittlich abrechnender Praxen in dem Sinne, dass deren budgetüberschreitende Leistungen höher vergütet werden als die budgetüberschreitenden Leistungen anderer Praxen, war damit nicht intendiert.

Der erfolgten Kürzung von 4.160,57 EUR liegt auch kein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz zu Grunde. Die mit der Restvergütungsverteilung verbundene Kürzung von 4.160,57 EUR führt dazu, dass der Kläger sich im Vergleich zu anderen Praxen benachteiligt fühlt. Denn überdurchschnittlich abrechnende Praxen, bei denen ein Fallzahlrückgang eingetreten ist, hätten die Möglichkeit, durch Fallwertsteigerungen ihre IGB zu erreichen. Vergleichbare Fallwertsteigerungen blieben bei diesen Praxen ungekürzt, wohingegen bei Fallwertsteigerungen ohne Fallzahlrückgang, also bei zumindest gleichbleibender Patientenzahl, die zusätzlichen Umsätze in die Restvergütungsverteilung fielen und danach anteiligen Kürzungen unterlägen.

Bei seiner Kritik an den Regelungen des HVM übersieht der Kläger, dass die von ihm angenommene Manipulationsmöglichkeit, bei einem Rückgang der Fallzahlen den Umsatz durch eine sachlich nicht gerechtfertigte Erhöhung der Fallwerte den Umsatz in der Größenordnung der IGB zu halten, nicht nur überdurchschnittlich abrechnenden Praxen "zur Verfügung steht", sondern auch unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen bei Fallzahlrückgang. Mit seiner Argumentation unterstellt der Kläger zudem, dass überdurchschnittliche Praxen den Fallwert medizinisch nicht gerechtfertigt nach oben manipulieren, unterdurchschnittlich abrechnende Praxen mit Mehrfällen den Fallwert aber nur aus medizinisch notwendigen Gründen steigern. Diese Annahme ist nicht nachvollziehbar. Die Zahlentabellen, die der Kläger vorgelegt hat, beruhen seinerseits auf der Annahme, dass seine Kollegen konsequent die Fallwerte in missbräuchlicher Absicht erhöhten, um Honorarkürzungen zu vermeiden. Hierbei handelt es sich um eine Spekulation, die sich im Übrigen in gleicher Weise gegen seine eigenen Mehrleistungen richtet. Denn dann müsste auch der Steigerung seines Fallwerts der Einwand manipulativer Erhöhung entgegengehalten werden. Es ginge dann um eine (grundsätzlich unzulässige) Gleichbehandlung im Unrecht.

Da die Fallwerte bei der Beklagten seit 1999 insgesamt (und wohl stärker als die Gesamtvergütungen) angestiegen sind, ist von einer sachlich gerechtfertigten Intensivierung der Behandlung auszugehen. Die Schnittlinie der Kritik des Klägers kann somit ernsthaft nur die Frage betreffen, ob medizinisch nicht gerechtfertigtes Mengenwachstum bei den einen Praxen nur über die bloß anteilige Beteiligung an der Restvergütung verhindert wird, bei anderen aber unterhalb der zuerkannten IGB ungeahndet bleibt.

Für die Ausgestaltung des HVM ist davon auszugehen, dass die Abgrenzung von medizinisch gerechtfertigter Leistungsausweitung von medizinisch nicht gerechtfertigter Leistungsausweitung im Einzelfall indes nur schwer zu treffen ist. Erforderlich wären Einzelfallprüfungen in großer Zahl, die in der Praxis nicht zu leisten sind. Die Beklagte muss für die Abrechnung auch deshalb unterstellen, dass jeder Zahnarzt entsprechend den gesetzlichen Vorgaben wirtschaftlich behandelt und nur die notwendigen Behandlungen in der kostengünstigsten Weise vornimmt. Erst wenn Anhaltspunkte für unplausibles oder unwirtschaftliches Verhalten bestehen, sind Korrekturen im Einzelfall möglich und geboten. Einer unwirtschaftlichen Abrechnung anderer Zahnärzte ist durch die Wirtschaftlichkeitsprüfung ein Korrektiv entgegengesetzt. Andere Korrekturmöglichkeiten stellt der Gesetzgeber den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nicht zur Verfügung. Der HVM muss aber zusätzlich beachten, dass zahnärztliche Einkommen kalkulierbar bleiben. Ein nicht gerechtfertigtes Mengenwachstum soll darüber hinaus soweit als möglich verhindert werden. Es ist deshalb grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte ein System wählt, bei dem 95 % des bisherigen Honorars dem Zahnarzt garantiert werden und nur in einem Korridor von 5 % Änderungen im Mengenwachstum durch gerechtfertigte Fallwerterhöhungen Berücksichtigung finden und diese dann mit zeitlichem Abstand dem jeweiligen Zahnarzt in Form einer höheren IGB weitergegeben werden. Die IGB des Klägers können deswegen in Höhe des Anteils an der Restvergütung weiter anwachsen. Medizinisch gerechtfertigte Leistungsausweitungen sind bei beschränkter Gesamtvergütung auf alle Zahnärzte möglichst gleichmäßig zu verteilen. Auch sollen Anreize zur künstlichen Erhöhung der Fallzahlen nicht erfolgen. Ausweitungen über das Budget hinaus begegnet der HVM durch anteilige Vergütung im Rahmen der Restvergütungsverteilung. Vorgelagerte Maßnahmen innerhalb des HVM, die dem Kläger vorschweben - wie etwa ein Abschlag auf die IGB bei Fallzahlrückgang - , wären zwar möglich, sind indes nicht so geboten, dass ohne sie der HVM deswegen rechtswidrig wäre. Die Vertragspartner des HVM überschreiten ihren Gestaltungsspielraum nicht, wenn sie angesichts der Komplexität und Vielzahl der Vorgaben innerhalb des Budgets keine weiteren Differenzierungen einführen, sondern von rechtskonformen Verhalten ausgehen. Die Zahlen mögen den Verdacht auf Leistungsausweitung nahelegen, andererseits hat die gesamte Gruppe der Zahnärzte ihre Leistungen ausgeweitet, sodass nicht generell der Vorwurf des Rechtsmissbrauchs zu erheben ist. Die Zahlen des Klägers belegen zwar eine Mengenausweitung, nicht aber einen generellen Rechtsmissbrauch.

In der Summe zeigt der Kläger mit seiner Kritik an den derzeitigen Regelungen des HVM keine Gesichtspunkte auf, die sich als so gravierend erweisen, dass deswegen der Vorwurf der Benachteiligung unterdurchschnittlich abrechnender Praxen gerechtfertigt wäre. Es ist nicht erkennbar, dass er gerade durch die Abrechnungsmechanismen des § 3 und § 5 HVM gehindert wäre, zum Durchschnitt aufzuschließen. Es ist deshalb rechtlich auch nicht geboten, ihn von jeder Kürzung freizustellen, bis er den Durchschnitt erreicht hat. Allerdings wird der Kläger, solange er bei fast durchschnittlicher Fallzahl stark unterdurchschnittlich abrechnen muss, immer unter dem Durchschnitt seiner Kollegen liegen. Dies liegt aber nicht an den Mechanismen des HVM, sondern an der Struktur seiner Praxis. Eine willkürliche Steigerung der Fallwerte wird ihm aber zu Recht vom HVM verwehrt.

Dem Kläger würde es im Übrigen aber auch nicht weiterhelfen, wenn entsprechend seiner Anregung bei einem Fallzahlrückgang die IGB der entsprechenden Zahnärzte gekürzt würden. In diesem Fall würden die gleichwohl erbrachten Umsätze an der Restvergütungsverteilung teilnehmen mit der Folge, dass ein zwar größeres Volumen zur Verteilung zur Verfügung stünde, aber auch eine deutlich größere Zahl an Zahnärzten, die Anspruch auf Restverteilung hätten. Dies hätte wiederum zur Folge, dass die gekürzten Beträge den großen Praxen wieder anteilig zufließen würden, zugleich sich aber auch die Quote für die kleineren Praxen verringern würde. Wenn die Beklagte einen Abschlag

bei Fallzahlminderung nicht einführt, so liegt dies im Rahmen ihres Gestaltungsspielraums, zumal sie für diesen Fall auch berücksichtigen müsste, dass dann mit künstlichen Fallzahlsteigerungen zu rechnen wäre (z.B. mit sog. Verdünnerfällen - viele nur zur Kontrolle ins nächste Quartal einbestellte Patienten mit geringem Fallwert).

Ein Anspruch des Klägers auf Gleichstellung mit einem Neugründer entsprechend der in § 5 Abs. 3 HVM getroffenen Vorschrift besteht nicht. Bei Neugründern besteht die Sondersituation, dass noch keine Werte vorliegen, auf die zurückgegriffen werden kann. Sie müssen sich ihre Position erst erarbeiten, was bei etablierten Praxen geschehen ist und an früheren Umsätzen abzulesen ist. Die Ungleichbehandlung ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)) ist insoweit sachlich gerechtfertigt.

Die getroffene Regelung im HVM 2008 stellt sich insgesamt als angemessener Ausgleich der Interessen überdurchschnittlich und unterdurchschnittlich abrechnender Zahnärzte dar. Die Möglichkeiten kleinerer Praxen "aufzuschließen", wird zwar dadurch etwas gebremst, dass sie über die Restvergütungen nicht immer ihre sämtlichen Leistungen entlohnt werden, die sie einer durchschnittlichen Praxis annäherten. In Kombination mit § 5 Abs. 1 HVM ist aber insgesamt eine ausgewogene Lösung, die auch wachsenden Praxen Rechnung trägt, getroffen worden. Eine einseitige Begünstigung kleiner Praxen wäre demgegenüber vor dem Hintergrund der leistungsgerechten Vergütung, [Art. 3](#) und [Art. 12 GG](#) nicht zu rechtfertigen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Gründe, die Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen, sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-02-24