

## L 4 KA 7/05

Land  
Schleswig-Holstein  
Sozialgericht  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Sachgebiet  
Sonstige Angelegenheiten  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Kiel (SHS)  
Aktenzeichen  
S 13 KA 617/01  
Datum  
25.04.2003  
2. Instanz  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 7/05  
Datum  
20.06.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 25. April 2003 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die außergerichtlichen Kosten der Beklagten auch für das Berufungsverfahren. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die als Vertragszahnärztin zugelassene Klägerin wendet sich gegen Honorarkürzungen für kieferorthopädische Leistungen im Jahre 1999.

Nachdem der Gesetzgeber mit Art. 15 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1998 (GKV-SolG) eine Begrenzung des Gesamtvergütungsvolumens im zahnärztlichen Bereich für die Zeit ab dem 1. Januar 1999 geregelt hatte, änderte die beklagte Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 24. Februar 1999 (veröffentlicht im Zahnärzteblatt März 1999 sowie mit Rundschreiben vom 9. März 1999 und vom 15. März 1999) ihren Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung für die Zeit seit dem 1. Januar 1999. Die für das Jahr 1999 geltende Anlage 6 des HVM sah die Bildung von getrennten Etats vor und zwar u.a. für die kieferorthopädische Behandlung (BEMA Teil 3 bzw. Gebührentarif D), die von zugelassenen und ermächtigten Kieferorthopäden und von Zahnärzten erbracht wird, bei denen die kieferorthopädischen Leistungen mindestens 70 % des Gesamthonorarvolumens ausmachen sowie für die kieferorthopädische Behandlung (BEMA Teil 3 bzw. Gebührentarif D), die von Zahnärzten erbracht wird, bei denen die kieferorthopädischen Leistungen weniger als 70 % des Gesamthonorarvolumens ausmachen. Innerhalb jedes Etats wurde für jede der sechs Kassenarten ein getrennter Titel errichtet. Für jeden Etat wurde ein gesonderter Sockel ermittelt, bis zu dem die Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet wurden. Soweit der Sockel überschritten wurde, erfolgte die Vergütung zunächst vorläufig in Abhängigkeit von der voraussichtlichen Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel. Nach Ermittlung der endgültigen Gesamtvergütungen für das Jahr 1999 wurde der endgültige Punktwert für die den Sockel überschreitenden Leistungen ermittelt, indem die im Titel zur Verfügung stehenden Mittel durch die entsprechende Punktmenge dividiert wurden. Der Sockel, bis zu dessen Erreichung die Vergütung mit einem festen Punktwert erfolgte, wurde für jeden Etat auf der Grundlage der im Jahr 1997 über die KZV abgerechneten Leistungen ermittelt. In dem Etat für kieferorthopädische Behandlung, die von Zahnärzten erbracht wird, bei denen die kieferorthopädischen Leistungen weniger als 70 % des Gesamthonorarvolumens ausmachen, wurde der Sockelbetrag in Höhe des arithmetischen Mittels der Fallwerte bezogen auf die 1997 abgerechneten Leistungen festgesetzt. Bezogen auf die kieferorthopädische Behandlung, die von zugelassenen und ermächtigten Kieferorthopäden und von den Zahnärzten erbracht wird, bei denen die kieferorthopädischen Leistungen mindestens 70 % des Gesamthonorarvolumens ausmachen, wurde der Sockel nach dem Jahresmedian gebildet. Als Median war der mittlere Wert einer ungeraden Anzahl von Beobachtungswerten definiert, oberhalb und unterhalb dessen die gleiche Anzahl von Einzelbeobachtungswerten liegt. Liegt eine gerade Anzahl von Beobachtungswerten vor, ist das arithmetische Mittel aus den beiden mittleren Beobachtungswerten der Median.

Auf der Grundlage der dargestellten Regelung ermittelte die Beklagte für kieferorthopädische Leistungen, die von Kieferorthopäden und von Zahnärzten mit einem Honoraranteil für kieferorthopädische Behandlung von mehr als 70 % erbracht wurden, einen Sockel in Höhe von 82.937,11 DM, bis zu dessen Erreichen die abgerechneten Leistungen mit dem ungekürzten Basispunktwert vergütet wurden. Für kieferorthopädische Leistungen, die von Zahnärzten mit einem Honoraranteil für kieferorthopädische Behandlung von weniger als 70 % an Gesamthonorar erbracht wurden, ermittelte die Beklagte einen Sockel in Höhe von 2.648,88 DM.

Mit Honorarbescheid vom 7. Oktober 1999, geändert durch Bescheid vom 9. November 1999, setzte die Beklagte für die im Quartal I/1999 oberhalb des Sockelbetrags erbrachten kieferorthopädischen Leistungen einen Kürzungsbetrag in Höhe von 2.450,39 DM fest. Dabei legte die Beklagte einen praxisindividuellen Sockelbetrag von 2.648,88 DM zu Grunde. Mit weiterem Bescheid vom 7. Oktober 1999, geändert durch Bescheid vom 9. November 1999, setzte die Beklagte den Kürzungsbetrag für das Quartal II/1999 auf 638,33 DM fest. Die Bescheide

enthielten jeweils den Zusatz, dass die Abrechnung der Einbehalte unter dem Vorbehalt nachträglicher Berichtigungen sowie der Jahresendabrechnung mit den Krankenkassen erfolge.

Gegen die genannten Bescheide legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein und führte zur Begründung im Wesentlichen aus: Die in der Anlage 6 zum HVM der Beklagten getroffene Honorarverteilungsregelung stelle eine sachlich unbegründete und nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung zwischen denjenigen Zahnärzten mit einem Anteil für kieferorthopädische Leistungen von mehr als 70 % (Sockelbetrag in Höhe von etwa 83.000,00 DM) und den Zahnärzten mit einem Anteil kieferorthopädischer Leistungen unter 70 % (Sockelbetrag in Höhe von 2.648,88 DM) dar. Der Sockelbetrag für die erste Gruppe sei mehr als 30mal größer als der für die zweite Gruppe der Zahnärzte. Die unterschiedliche Behandlung könnte noch als gerechtfertigt angesehen werden, wenn sie an einer unterschiedlichen Qualifikation bzw. Weiterbildung anknüpfen würde. Das sei hier jedoch gerade nicht der Fall. Die Unterscheidung werde allein anhand des bisherigen Anteils der kieferorthopädischen Leistungen des Zahnarztes vorgenommen. Darin sei kein sachlicher Grund für eine unterschiedliche Verteilung zu sehen. Es sei auch nicht ersichtlich, warum die Grenze gerade bei einem 70 %igen Anteil kieferorthopädischer Leistungen gezogen werde. Darüber hinaus verstoße die Regelung gegen das Rückwirkungsverbot, weil der Honorarverteilungsmaßstab rückwirkend in Kraft getreten sei. Das sei regelmäßig unzulässig. Sie habe bei Erbringung der Leistungen in den Quartalen I/1999 und II/1999 nicht absehen können, dass ihr mit ihrem 40 %igen Anteil kieferorthopädischer Leistungen lediglich eine Vergütung zur Verfügung stehen würde, die ihre Aufwendungen bei weitem nicht decken würde. Dabei sei zu berücksichtigen, dass in den Quartalen I/1999 und II/1999 zu einem großen Teil Patienten kieferorthopädisch behandelt worden seien, deren Behandlung bereits im Jahre 1998 genehmigt worden sei. Sie habe keine Möglichkeit gehabt, ihr Abrechnungsverhalten auf die angegriffene Regelung des HVM einzustellen.

Mit Bescheid vom 21. September 2000 setzte die Beklagte die Kürzungsbeträge für die Quartale I/1999, II/1999, III/1999 und IV/1999 nach Durchführung der Jahresendabrechnung 1999 jeweils neu fest. Die Kürzung für die im Quartal I/1999 oberhalb des Sockels abgerechneten kieferorthopädischen Leistungen wurde auf insgesamt 1.485,23 DM reduziert und der Kürzungsbetrag für das Quartal II/1999 auf 968,68 DM erhöht.

Mit Widerspruchsbescheid vom 4. Juli 2001 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück und führte zur Begründung im Wesentlichen aus: Die Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs, die der Kürzung der Vergütung für die von der Klägerin erbrachten kieferorthopädischen Leistungen zu Grunde lägen, seien rechtmäßig. Die kieferorthopädischen Leistungen seien mit dem GKV-SolG vom 19. Dezember 1998 budgetiert worden. Vor diesem Hintergrund sei sie gezwungen gewesen, auch für diesen Leistungsbereich die bis zum 30. Juni 1997 praktizierte Einzelleistungsvergütung mit einheitlichen Punktwerten je Kassenart für alle Leistungen durch ein hiervon abweichendes Honorarverteilungsmodell zu ersetzen. Da das GKV-SolG erst am 28. Dezember 1998 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden sei, sei es nicht möglich gewesen, die erforderliche Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs vor Beginn des Quartals I/1999 zu beschließen. Eine Beschlussfassung sei jedoch zeitnah noch im Laufe des ersten Quartals am 24. Februar 1999 erfolgt. Bei der Umsetzung der Vorgaben aus dem GKV-SolG im HVM habe sie den ihr zustehenden Gestaltungsspielraum nicht überschritten. Das gewählte "Sockelbetragsmodell" besitze den Vorzug, dass es für die von den Vertragszahnärzten quartalsweise abgerechneten Leistungen bis zur Höhe des im Jahre 1997 durchschnittlich je Praxis abgerechneten Honorars eine Vergütung mit einem garantierten Punktwert sicherstelle. Auch nach Auffassung der Mitglieder der Widerspruchsstelle stelle dieses Modell eine intelligenter Form der Honorarverteilung dar als die Alternative der Vergütung sämtlicher Leistungen mit einem floatenden Punktwert. Das Sockelbetragsmodell trage den gesetzlichen Vorgaben Rechnung, wonach der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der vertragszahnärztlichen Leistungen zu Grunde zu legen seien. Grundlage der Vergütung blieben die von dem jeweiligen Vertragszahnarzt abgerechneten Einzelleistungen, wobei bei Überschreitung des Sockelbetrags eine Kürzung erfolge. Die Höhe der Kürzungsprozentsätze für oberhalb der Sockelbeträge abgerechnete Leistungen ergebe sich rechnerisch aus der Auslastung des zur Verfügung stehenden Budgets. Auf Grund der mit dem "Sockelbetragsmodell" verbundenen Garantie der ungekürzten Vergütung der innerhalb des Sockelbetrages abgerechneten Leistungen seien der Klägerin letztlich 98,27 % des abgerechneten Honorars und der Material- und Laborkosten vergütet worden. Eine unzumutbare Belastung sei mit den durchgeführten Kürzungen nicht verbunden. Eine wirtschaftliche Praxisführung sei noch möglich. Der im Vergleich zu dem für Kieferorthopäden geltenden niedrigeren Sockelbetrag, der auf einer gesonderten Gruppenbildung im HVM beruhe, sei sachlich gerechtfertigt. Die Gruppe der Kieferorthopäden dürfe - im Gegensatz zu den Zahnärzten mit einer allgemeinen zahnärztlichen Zulassung - mit Ausnahme der sog. Begleitleistungen ausschließlich kieferorthopädische Leistungen erbringen und abrechnen. Diese spezialisierte Zahnarztgruppe benötige daher für die Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen in wesentlich höherem Maße Planungs- und Kalkulationssicherheit. Dies rechtfertige die in der Anlage 6 zum HVM vorgesehene gesonderte Gruppenbildung mit der Folge unterschiedlich hoher Sockelbeträge. Gleiches gelte für die Grenzziehung innerhalb der Gruppe der Zahnärzte. Zahnärzte, deren Anteil kieferorthopädischer Leistungen am Gesamthonorarvolumen mehr als 70 % betrage, seien ebenso wie die zugelassenen Kieferorthopäden für diesen Leistungsbereich auf eine höhere Planungssicherheit angewiesen, da sie ihre Praxiskosten nahezu ausschließlich aus der Vergütung von kieferorthopädischen Leistungen bestreiten müssten. Einer Vertragszahnärztin mit einem Anteil kieferorthopädischer Leistungen von ca. 40 % sei es dagegen möglich, neben der Vergütung kieferorthopädischer Behandlungen in nennenswertem Umfang vertragszahnärztliche Einnahmen aus anderen Leistungsbereichen zu erzielen.

Dagegen wendet sich die Klägerin mit der am 1. August 2001 beim Sozialgericht Kiel erhobenen Klage, zu deren Begründung sie ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und vertieft.

Die Klägerin hat beantragt,

den Bescheid vom 21. September 2000 in der Fassung der Widerspruchsentscheidung vom 12. Februar 2001 (Bescheid vom 4. Juli 2001) aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über ihr Honorar für das Jahr 1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat auf die angefochtenen Bescheide Bezug genommen.

Mit Urteil vom 25. April 2003 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Aufgrund der bereits seit dem 1. Januar 1993 gesetzlich geregelten Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütung hätte die Beklagte die zahnärztlichen Leistungen nicht weiter nach einem festen Punktwert vergüten können. Entweder hätte eine Begrenzung der abrechenbaren Einzelleistungen vorgenommen werden müssen oder die Beklagte hätte auf feste Punktwerte verzichten müssen. Die Beklagte habe in ihrem HVM ein Modell gewählt, in dem beide Elemente modifiziert worden seien. Die Garantie eines festen Basispunktwerts für ein bestimmtes Kontingent kieferorthopädischer Leistungen pro Praxis sei der Vorzug vor einer Honorierung aller abrechenbarer Leistungen mit einem schwankenden Punktwert gegeben worden. Der Verzicht auf einen festen Basispunktwert würde dazu geführt haben, dass von Seiten der Zahnärzte ein Punktwertverfall in Kauf zu nehmen gewesen wäre, der mit jeder Mengenausweitung zugenommen hätte. Das von der Beklagten praktizierte Modell verschaffe dem einzelnen Vertragszahnarzt dagegen durch die Zuweisung eines Praxissockels mit einem festen Honorarvolumen eine gewisse Planungs- und Kalkulationsicherheit. Das gewählte Modell diene in geeigneter Weise dem Ziel, Begrenzungen der Gesamtvergütung im Verhältnis der Krankenkassen zur Beklagten in geeigneter Form an die einzelnen Vertragszahnärzte im Rahmen der Honorarverteilung weiterzugeben. Die von der Beklagten getroffenen Honorarverteilungsregelungen wirkten darüber hinaus einer übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit präventiv entgegen. Die in der Anlage 6 zum HVM von der Beklagten vorgenommene Differenzierung zwischen überwiegend kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten und Zahnärzten mit niedrigerem Anteil kieferorthopädischer Leistungen, beinhalte keinen Verstoß gegen den Gleichheitssatz aus [Art. 3](#) Grundgesetz. Ein solcher Verstoß würde nur dann vorliegen, wenn durch diese Regelung wesentlich gleiche Sachverhalte bzw. gleichartige Arztgruppen ohne rechtfertigenden Grund ungleich behandelt würden. Wie die Beklagte in ihrem Widerspruchsbescheid zu Recht ausgeführt habe, unterschieden sich die beiden Zahnarztgruppen nicht nur durch den jeweiligen Anteil an kieferorthopädischen Leistungen, sondern auch dadurch, dass den in geringerem Umfang kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten in aller Regel Einnahmen aus anderen Leistungsbereichen wie konservierend-chirurgische Behandlungen, Parodontosebehandlungen oder Zahnersatzversorgungen zufließen. Demgegenüber sei bei überwiegend kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten und insbesondere bei den ausschließlich als Fachärzte für Kieferorthopädie zugelassenen Mitgliedern der Beklagten eine solche Streubreite an Leistungen nicht gegeben. Dieser Aspekt rechtfertige eine unterschiedliche Behandlung der beiden Zahnarztgruppen. Die Klägerin weise zu Recht darauf hin, dass unter diesen Aspekten die Grenzziehung möglicherweise auch bei 65 % oder 75 % kieferorthopädischer Leistungen hätte erfolgen können. Wie bereits ausgeführt, unterlägen die Erwägungen, die die Vertreterversammlung der Beklagten zu einer Entscheidung für eine bestimmte Honorarverteilung bewogen hätten, jedoch nicht gerichtlicher Überprüfung. Ein Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot liege ebenfalls nicht vor. Rückwirkende Änderungen eines HVM unterlägen geringeren Anforderungen an ihrer Zulässigkeit als etwa Änderungen des Bewertungsmaßstabes, da der HVM nicht an die Leistungserbringung, sondern allein an die Verteilung der Gesamtvergütung anknüpfe. Von ihm gehe in sehr viel geringerem Maße eine steuernde Wirkung auf das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes aus. Die für die Höhe des Auszahlungspunktwerts maßgeblichen Parameter, insbesondere die Höhe der Gesamtvergütung und Umfang und Art der von allen Ärzten abrechneten Leistungen stünden regelmäßig erst längere Zeit nach Quartalsabschluss fest. Die rückwirkende Einführung von Honorarverteilungsregelungen zur sachgerechten Verteilung von Mindereinnahmen sei zulässig, da diese Regelungen nicht in schon abgewickelte Tatbestände eingriffen. Der Vertragsarzt habe mit der Leistungserbringung auch keinen feststehenden Vergütungsanspruch, sondern nur einen von der Höhe der gezahlten Gesamtvergütung abhängigen Anspruch auf Berücksichtigung dieser Leistungen bei der Verteilung der Gesamtvergütung erworben. Eine kurzfristige Inkraftsetzung eines neuen HVM, insbesondere eine Honorarbegrenzungsregelung sei jedenfalls dann unbedenklich, wenn sich die Änderung nicht auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken konnte oder mangels eines empfindlichen Eingriffs in das Recht der freien Berufsausübung die Grenze des Zumutbaren nicht überschritten habe. Eine für die Klägerin unzumutbare Härte sei angesichts des der Klägerin im Jahre 1999 kassenartübergreifend verbliebenen Honorars von 98,27 % der abgerechneten kieferorthopädischen Leistungen nicht zu erkennen.

Gegen das ihr am 21. Mai 2003 zugestellte Urteil wendet sich die Klägerin mit der am Montag, dem 23. Juni 2003 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangenen Berufung, zu deren Begründung sie ihr Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren sowie dem erstinstanzlichen Verfahren wiederholt und ergänzend im Wesentlichen ausführt: Die Honorarbegrenzung tangiere das Grundrecht jedes Vertragsarztes aus [Art. 12](#) i.V.m. [Art. 3](#) Grundgesetz, so dass eine strenge Verhältnismäßigkeitsprüfung erforderlich sei. Aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) und [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz folge das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit. Daran sei jeder HVM zu messen. Die Beklagte begründe die von ihr vorgenommene Grenzziehung mit dem Argument, dass die Gruppe der Kieferorthopäden im Grundsatz keine allgemeinen zahnärztlichen Leistungen abrechnen könne. Im Widerspruch dazu gelte der hohe Sockelbetrag von 82.937,11 DM jedoch nicht nur für die Gruppe der Kieferorthopäden, sondern auch für die Allgemeinzahnärzte, die einen Anteil kieferorthopädischer Leistungen von 70 % oder mehr haben. Diese durch den HVM privilegierte Gruppe dürfe alle allgemeinmedizinischen Leistungen abrechnen. Es handele sich deshalb um keine spezialisierte und abgrenzbare Zahnarztgruppe. Die angegriffene Regelung verstoße gegen den Gleichheitssatz aus [Art. 3 GG](#). Zwar sei eine Unterscheidung nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten im Honorarverteilungsmaßstab grundsätzlich nicht untersagt. Jedoch müsse dafür ein sachlicher Grund vorliegen. Daran fehle es. Insbesondere sei nicht zu rechtfertigen, dass Zahnärzten mit einem Anteil kieferorthopädischer Leistungen von mehr als 70 % ein Sockelbetrag in Höhe von 82.937,11 DM zugestanden werde, Zahnärzten mit einem Anteil kieferorthopädischer Leistungen unter 70 % dagegen lediglich ein Sockelanteil von 2.648,88 DM. Der Sockelbetrag der ersten Gruppe sei 30 mal größer als der der zweiten Gruppe der Zahnärzte. Die Differenzierung erfolge nicht auf Grund einer unterschiedlichen Qualifikation oder Weiterbildung. Ferner stelle sich die Frage, warum die Grenzziehung gerade bei 70 % vorgenommen werde und warum nicht eine größere Zahl von Grenzwerten in feinerer Abstufung eingeführt worden sei. Daneben liege ein Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot vor. Die Klägerin habe mit der schließlich getroffenen sehr weitgehenden Regelung nicht rechnen müssen, und sie habe auch keine Möglichkeit gehabt, ihr Abrechnungsverhalten auf die Regelung einzustellen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass es sich bei kieferorthopädischen Leistungen um solche handele, die im Vorfeld genehmigt würden. Aufgrund der Genehmigung habe sie davon ausgehen können, dass auch eine entsprechende Vergütung gewährt werde.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 25. April 2003 sowie die Bescheide der Beklagten vom 7. Oktober 1999 und vom 9. November 1999 sowie den Bescheid vom 21. September 2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 4. Juli 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über ihr Honorar für das gesamte Jahr 1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie nimmt zur Begründung auf den Inhalt des sozialgerichtlichen Urteils Bezug und führt ergänzend aus: Sie sei nicht verpflichtet, das in der Berufungsbegründung geforderte Stufenmodell einzuführen, sondern habe zunächst beobachten können, ob es aufgrund der getroffenen Regelung zu Verteilungsgerechtigkeiten komme. Dies sei nicht geschehen. Auch bei der Klägerin sei es im Jahre 1999 nur zu Kürzungen von 3,18 % des für kieferorthopädische Leistungen (ohne Material- und Laborkosten) abgerechneten Honorars gekommen. Unter diesen Umständen könne von einer Verletzung der Verteilungsgerechtigkeit keine Rede sein. Der HVM verstoße auch nicht gegen das Rückwirkungsverbot. Die am 24. Februar 1999 beschlossenen Anlagen zum HVM seien erst durch das GKV-SolG vom 19. Dezember 1998 erforderlich geworden. Darauf habe sie extrem schnell reagiert.

Die die Vergütung der Klägerin in den Quartalen I/1999 und II/1999 betreffenden Verwaltungsvorgänge der Beklagten und die Prozessakte haben dem Senat vorgelegen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf ihren Inhalt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Soweit die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung höheren Honorars für die Quartale III/1999 und IV/1999 begehrt, ist die Klage bereits unzulässig. Die Klägerin hat nach dem Inhalt der vorliegenden Verwaltungsvorgänge und ihrem Vorbringen in der mündlichen Verhandlung nur gegen die Honorarkürzungen für die Quartale I/1999 und II/1999 Widerspruch eingelegt. Gegen die Jahresendabrechnung für das Jahr 1999 hat die Klägerin nicht gesondert Widerspruch eingelegt. Zwar trifft die Beklagte mit dem Bescheid vom 21. September 2000 (Jahresendabrechnung 1999) auch Regelungen für die Quartale III/1999 und IV/1999. Dieser Bescheid ist jedoch nur insoweit gemäß [§ 86 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) Gegenstand des Verwaltungsverfahrens geworden, als damit die Vergütung für die Quartale I/1999 und II/1999, die Gegenstand des anhängigen Widerspruchsverfahrens war, geändert worden ist. Dem entsprechend hat die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 4. Juli 2001 auch nur über die Widersprüche der Klägerin bezogen auf die Quartale I/1999 und II/1999 entschieden. Damit sind die Honorarbescheide für die Quartale III/1999 und IV/1999 bestandskräftig geworden. Insoweit fehlt es an dem gemäß [§ 78 SGG](#) erforderlichen Vorverfahren als Klagevoraussetzung.

Die Klägerin kann nicht mit der Begründung höhere Vergütung für das Quartal II/1999 beanspruchen, dass der Bescheid vom 9. November 1999 (Kürzungsbetrag in Höhe von 638,33 DM) durch die Jahresendabrechnung vom 21. September 2000 (Kürzungsbetrag in Höhe von 968,68 DM) zu ihren Ungunsten geändert worden ist. Dass die Vergütung für die Quartale I/1999 bis IV/1999 erst nach Jahresende im Rahmen einer Jahresendabrechnung 1999 endgültig festgesetzt werden können, folgt bereits aus der Regelung des Art. 15 Abs. 1 Satz 6 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1998 (GKV-SolG). Danach haben die Vertragsparteien sicherzustellen, dass die jeweiligen Ausgabenvolumina gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Die Beklagte hat dieser Regelung Rechnung getragen, indem sie die Bescheide über die Kürzungsbeträge einschließlich des Bescheids vom 9. November 1999 bezüglich des Quartals II/1999 ausdrücklich unter den Vorbehalt der nachträglichen Berichtigung sowie der Jahresendabrechnung mit den Krankenkassen gestellt hat. Rechtsgrundlage der Korrektur des Honorarbescheids vom 9. Oktober 1999 für das Quartal II/1999 sind nicht [§§ 32, 45](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), sondern die bundesmantelvertraglichen Bestimmungen über die sachlich-rechnerische Berichtigung (hier - weil sich die Kürzungen allein auf Honorar für Versicherte der AOK und der IKK beziehen - § 19 Buchst. a BMV Z vom 13. November 1985 in der ab 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung sowie [§ 50 SGB X](#), vgl. BSG Urteil vom 31. Oktober 2001 - [B 6 KA 16/00 R](#) - [BSGE 89, 62](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 42](#); BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005 [B 6 KA 17/05 R](#) - zur Veröffentlichung vorgesehen für BSGE und SozR 4). Danach bestehen keine Zweifel an der Befugnis der Beklagten, den nur unter Vorbehalt erlassenen Bescheid vom 9. November 1999 für das Quartal II/1999 im Rahmen der Jahresendabrechnung (Bescheid vom 21. September 2000) zu Ungunsten der Klägerin zu ändern. Die Klägerin hat auch nicht geltend gemacht, dass durch die der Jahresendabrechnung vorangegangenen Honorarbescheide schutzwürdiges Vertrauen begründet worden sei.

Der Senat hat keine Zweifel daran, dass die Beklagte ihren HVM mit den angefochtenen Honorarbescheiden vom 7. Oktober 1999 und vom 9. November 1999 in der mit der Jahresendabrechnung vom 21. September 2000 geänderten Fassung zutreffend umgesetzt hat. Dies wird auch von der Klägerin nicht in Zweifel gezogen.

Entgegen der Auffassung der Klägerin ist die der Honorarkürzung für die Quartale I/1999 und II/1999 zu Grunde liegende Regelung in der Anlage 6 zum HVM der Beklagten nicht zu beanstanden.

Ermächtigungsgrundlage für Beschlüsse der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ist [§ 85 Abs. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V - in der hier anzuwendenden Fassung des GKV-SolG vom 19. Dezember 1998, [BGBl. I S. 3853](#)).

Die der streitgegenständlichen Kürzung zugrunde liegende Regelung in der Anlage 6 des HVM der Beklagten ist darauf ausgerichtet, die Honorarforderungen in Übereinstimmung mit der in Art. 15 GKV-SolG für das Jahr 1999 getroffenen Festlegung höchstzulässiger Ausgabenvolumina zu bringen, wenn diese nicht ausreichen, um die von den Vertragsärzten erbrachten Leistungen mit den vollen - in den Vereinbarungen mit den Krankenkassenverbänden vorgesehenen - Punktwerten zu vergüten. Solche Konzeptionen sind nach ständiger Rechtsprechung im Grundsatz nicht zu beanstanden (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005, [a.a.O.](#) sowie zuletzt BSG, Urteil vom 8. Februar 2006 [B 6 KA 25/05 R](#)). Um das für eine Verteilung zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen nicht zu überschreiten, muss der Umfang der Honorierung der Vertragszahnärzte in gewissem Ausmaß flexibel gehalten werden. Dies kann auf verschiedene Weise realisiert werden. Das Bundessozialgericht hat sich bereits mit unterschiedlichen Gestaltungen befasst und diese als grundsätzlich rechtmäßig angesehen. Nicht zu beanstanden ist danach auch eine Regelung, nach der Leistungen nach Maßgabe eines Budgets bzw. bis zu einem bestimmten Sockel für alle Zahnärzte gleich bemessen und mit dem vollen - vertraglich vorgesehenen - Punktwert vergütet werden und die darüber hinausgehenden Leistungsmengen entsprechend der verbliebenen Restvergütung nur noch quotiert vergütet werden (vgl. BSG, Urteil vom 8. Februar 2006, [a.a.O.](#), juris Rz. 23, m.w.N.).

Bei der Ausgestaltung solcher Honorarbegrenzungen ist allerdings die Vorgabe des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) (in der Fassung des GKV-SolG) zu beachten, nämlich dass die Honorierung sich an Art und Umfang der Leistungen der Vertragszahnärzte zu orientieren hat ([§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)), dass der HVM übermäßiger Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit entgegenwirken soll ([§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#)) sowie

dass die Honorierung gleichmäßig auf das gesamte Jahr zu verteilen, d.h. den Vertragszahnärzten gleichmäßig bis zum Jahresende Honorar zu gewähren ist (vgl. [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)). Über diese Vorgaben hinaus ist dem Ziel der Punktwertstabilisierung ein hoher Stellenwert beizumessen, um dem sog. Hamsterradeffekt entgegenzuwirken und damit zugleich den Vertragszahnärzten zu ermöglichen, ihr zu erwartendes vertragsärztliches Honorar sicher abzuschätzen (sog. Kalkulationssicherheit). Diesen verschiedenen Zielvorgaben kann ein HVM nicht gleichermaßen gerecht werden. Vielmehr muss die KZV in dem Konflikt unterschiedlicher Zielsetzungen einen angemessenen Ausgleich suchen. Dabei gibt es nicht nur eine richtige Kompromisslösung, sondern eine Bandbreite unterschiedlicher gleichermaßen rechtmäßiger Lösungsmöglichkeiten (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005, [a.a.O.](#), juris Rz. 28; BSG, Urteil vom 8. Februar 2006, [a.a.O.](#), juris Rz. 24, m.w.N.).

Die Klägerin hat in erster Linie beanstandet, dass nach dem HVM der Beklagten für die Vergütung kieferorthopädischer Leistungen unterschiedliche Regelungen für Kieferorthopäden und Zahnärzte mit einem Anteil von mindestens 70 % kieferorthopädischen Leistungen auf der einen Seite und Zahnärzte mit einem geringeren Anteil kieferorthopädischer Leistungen am Gesamthonorar auf der anderen Seite gelten würden und dass sich die Sockelbeträge, bis zu dem der garantierte Punktwert gezahlt werde, für beide Gruppen in einer sachlich nicht zu rechtfertigenden Weise voneinander unterscheiden würden. Damit ist insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars sowie der aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit angesprochen. Dieser Grundsatz bedeutet indessen nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssten. Die genannten Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden kann. Nach ständiger Rechtsprechung ist die Bildung von Honorarkontingenten im Grundsatz zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - SozR 4-2500 § 72 Nr. 2 = BSGE 94, 15, juris Rz. 63; BSG, Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Honorartöpfe können für Arztgruppen und auch für Versorgungsgebiete gebildet werden.

Die Bildung gesonderter Honorarkontingente für Kieferorthopäden und im Schwerpunkt kieferorthopädisch ausgerichtete Praxen mit einem wenigstens 70 %igen Anteil kieferorthopädischer Leistungen einerseits und Zahnärzten mit einem niedrigeren Anteil kieferorthopädischer Leistungen andererseits ist nach Auffassung des Senats jedenfalls bezogen auf die hier streitgegenständlichen Quartale I/1999 und II/1999 nicht zu beanstanden. Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass die gewählte Unterteilung zu sehr unterschiedlichen Sockelbeträgen führen musste und dass der sehr viel höhere Sockelbetrag für die kieferorthopädisch ausgerichteten Praxen nicht nur zu einem höheren Maß an Planungssicherheit führt, sondern von Anfang an absehbar auch zu einer höheren Vergütung, weil der Punktwert für Leistungen innerhalb der Sockelbeträge nicht nur garantiert wird, sondern regelmäßig auch höher ist als der Punktwert für die den Sockelbetrag übersteigende Vergütung. Allerdings hätte sich die Beklagte mit der Festsetzung eines einheitlichen Sockelbetrags für alle Kieferorthopäden und Zahnärzte dem Vorwurf auszusetzen, dass allein die im Schwerpunkt kieferorthopädisch ausgerichteten Praxen durch die Begrenzung des Honorars für kieferorthopädische Leistungen mit dem GKV SolG belastet werden. Denn bei einem Verzicht auf die Bildung getrennter "Töpfe" hätte sich ein Sockelbetrag für die Vergütung kieferorthopädischer Leistungen mit einem festen Punktwert ergeben, den allein die kieferorthopädischen Schwerpunktpraxen überschritten hätten, während alle Zahnärzte mit einem unterdurchschnittlichen Anteil kieferorthopädischer Leistungen von der in Art. 15 GKV-SolG vorgesehenen Budgetierung der Kieferorthopädie nicht betroffen gewesen wären. Die von der Beklagten gewählte Lösung mit der Bildung von zwei unterschiedlichen Sockelbeträgen, die sich an dem Durchschnitt der Gruppe (Median oder arithmetisches Mittel) ausrichten, führt dagegen dazu, dass die Zahnärzte bzw. Kieferorthopäden, die innerhalb ihrer Gruppe überdurchschnittlich viele kieferorthopädische Leistungen erbringen, vorrangig von den Kürzungen betroffen sind. Dies wird gerade bei der Berechnung des Kürzungsbetrages der Klägerin deutlich. Der am arithmetischen Mittel ihrer Gruppe (Zahnärzte mit einem Anteil von weniger als 70 % kieferorthopädischer Leistungen) orientierte Sockel betrug nur 2.648,88 DM. Diesen Sockel hat die Klägerin um 22.367,51 DM überschritten und damit kieferorthopädische Leistungen innerhalb ihrer Gruppe weit überdurchschnittlich abgerechnet. Der Klägerin ist zuzugestehen, dass sich dieses Ergebnis hätte abmildern lassen, wenn die Beklagte eine größere Zahl von Untergruppen gebildet hätte oder wenn die Beklagte die Grenze für die Gruppenbildung nicht bei einem Anteil kieferorthopädischer Leistungen von 70 %, sondern von 80 % angesetzt hätte, weil dies zu einer Erhöhung des Mittelwerts geführt hätte. Dazu war die Beklagte jedoch nach Auffassung des Senats nicht verpflichtet. Mit der getroffenen Regelung hält sich die Beklagte innerhalb des ihr zustehenden Gestaltungsspielraums.

Dass die Beklagte Allgemein Zahnärzte und Kieferorthopäden im HVM unterschiedlich behandeln darf, folgt bereits aus der Regelung des [§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#) i.d.F. des GKV-SolG. Danach dürfen Honorarregelungen eine nach Arzt- bzw. Zahnarztgruppen unterschiedliche Verteilung vorsehen (vgl. BSG, Urteil vom 8. Februar 2006, [a.a.O.](#), juris Rz. 42). Auch dass die Beklagte Zahnärzte mit einem Anteil kieferorthopädischer Leistungen an der Gesamtvergütung von mindestens 70 % der Gruppe der Kieferorthopäden zugeordnet und von den Zahnärzten mit einem geringeren Anteil kieferorthopädischer Leistungen abgegrenzt hat, ist bezogen auf die hier in Rede stehende Vergütung speziell kieferorthopädischer Leistungen nach Auffassung des Senats nicht zu beanstanden. Zwar haben Allgemein Zahnärzte, auch wenn sie zu einem überwiegenden Anteil kieferorthopädischer Leistungen erbringen, auch die Möglichkeit andere Zahnersatzleistungen zu erbringen und abzurechnen. Wie die Beklagte in der mündlichen Verhandlung für den Senat in jeder Hinsicht nachvollziehbar dargelegt hat, erbringen Zahnärzte mit einem Anteil von 70 % kieferorthopädischer Leistungen am Gesamthonorarvolumen aber tatsächlich fast ausschließlich kieferorthopädische Leistungen und die damit notwendig verbundenen Begleitleistungen. Vor diesem Hintergrund sprechen sachliche Gründe dafür, diese auf kieferorthopädische Leistungen spezialisierten Zahnärzte bezogen auf die hier vorzunehmende Bildung von Honorartöpfen für die Abrechnung gerade der kieferorthopädischen Leistungen der Gruppe der Kieferorthopäden zuzuordnen und von der Gruppe der übrigen Zahnärzte mit einem geringeren Anteil kieferorthopädischer Leistungen abzugrenzen.

Dass die Beklagte die Gruppe der Zahnärzte mit einem Anteil kieferorthopädischer Leistungen von weniger als 70 % nicht in weitere Untergruppen geteilt hat, ist jedenfalls bezogen auf die hier streitgegenständlichen Quartale I/1999 und II/1999 nicht zu beanstanden. Dabei war zu berücksichtigen, dass das erst am 28. Dezember 1998 im Bundesgesetzblatt veröffentlichte und bereits zum 1. Januar 1999 in Kraft getretene Art. 15 GKV-SolG mit der vorgesehenen Budgetierung auch kieferorthopädischer Leistungen kurzfristig von der Beklagten umzusetzen war. Bei der Umsetzung derartiger komplexer Sachverhalte ist es auch nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vertretbar, dem Normgeber zunächst eine angemessene Zeit zur Sammlung von Erfahrungen einzuräumen und ihm in diesem Anfangsstadium zu gestatten, sich mit gröberen Typisierungen und Generalisierungen zu begnügen, die unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität gerechtfertigt werden können (vgl. BSG, Urteil vom 13. November 1996 - [6 RKA 15/96](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 16](#), m.w.N.). Darüber hinaus erscheint eine weitere Untergliederung der Gruppe der Zahnärzte mit einem Anteil von weniger als 70 % kieferorthopädischer Leistungen am Gesamtbudget insbesondere unter Berücksichtigung der verhältnismäßig geringen Kürzungsbeträge,

die aus der Umsetzung des HVM folgen, nicht geboten. Dadurch, dass noch ein verhältnismäßig hoher Anteil der Vergütung für kieferorthopädische Leistungen oberhalb des Sockels zur Verfügung stand, unterschritt der floatende Punktwert oberhalb des Sockels den garantierten sog. Basispunktwert, der für Leistungen innerhalb des Sockels gezahlt wurde, in der Regel nicht erheblich (Basispunktwert: 1,4058 bzw. 1,41; floatender Punktwerte zwischen 0,9108 (IKK, erstes Quartal 1999) und 1,2341 (IKK, zweites Quartal 1999). Wie die Beklagte nachvollziehbar dargelegt hat, ergab sich auf dieser Grundlage lediglich eine Kürzung in Höhe von 3,18 % des für kieferorthopädische Leistungen im Jahr 1999 (ohne Material- und Laborkosten) abgerechneten Honorars der Klägerin. Angesichts dieser verhältnismäßig geringen Auswirkungen der unterschiedlichen Sockelbeträge hält der Senat eine in der Umsetzung aufwändige und möglicherweise schwer zu praktizierende Bildung weiterer Untergruppen in Abhängigkeit vom Anteil kieferorthopädischer Leistungen nicht für geboten.

Die zum 1. Januar 1999 in Kraft gesetzten Regelungen des HVM sind auch nicht deshalb rechtswidrig, weil sie erst am 24. Februar 1999 von der Vertreterversammlung beschlossen und im Zahnärzteblatt März 1999 sowie mit Rundschreiben vom 9. März 1999 sowie mit dem Versand der sog. Gelben Seiten am 15. März 1999 bekannt gemacht worden sind. Es handelt sich lediglich um eine unechte Rückwirkung, die den rechtlichen Anforderungen entsprach. Eine unechte Rückwirkung liegt dann vor, wenn eine Rechtsnorm auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft einwirkt, in dem sie Rechtspositionen nachträglich entwertet. Eine echte Rückwirkung liegt dagegen nur dann vor, wenn eine Rechtsnorm nachträglich ändernd in abgewickelte, der Vergangenheit angehörende Sachverhalte eingreift. In dem für die Beurteilung maßgebenden Zeitpunkt der Veröffentlichung der Änderung des HVM lag noch kein abgewickelter Sachverhalt vor, denn die Honorarbescheide für die Quartale I/1999 und II/1999 waren zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Anlage 6 zum HVM im Zahnärzteblatt März 1999 und den Rundschreiben der Beklagten vom 9. März 1999 und vom 15. März 1999 noch nicht ergangen. Ein konkreter Honoraranspruch ergibt sich erst nach Prüfung aller von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen und der darauf basierenden Errechnung der Verteilungspunktwerte (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, [a.a.O.](#), juris Rz. 59).

Die hier vorliegende unechte Rückwirkung ist bereits bei Vorhandensein ausreichender Gemeinwohlgründe im Verhältnis zum Vertrauensschutz der Betroffenen rechtmäßig. Schutzwürdiges Vertrauen der Klägerin konnte hier nicht entstehen. Dem Senat ist bekannt, dass über die Folgen des GKV-SolG auch bezogen auf die Vergütung der Ärzte Ende des Jahres 1998 in der Tagespresse ausführlich berichtet wurde. Zudem hat die Beklagte über die bevorstehende Verabschiedung des GKV-SolG und die damit verbundene Einführung der Budgetierung aller Abrechnungsbereiche im Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein vom November 1998 informiert.

Auf die Frage, ob der HVM der Beklagten möglicherweise auftretenden Härtesituationen in ausreichender Weise Rechnung trägt, kommt es vorliegend angesichts der verhältnismäßig geringen Kürzungen, von denen die Klägerin in den Quartalen I/1999 und II/1999 betroffen ist, nicht an.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1, Abs. 4 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anwendbaren Fassung (BSG, Urteil vom 30. Januar 2002 - [B 6 KA 12/01 R](#) - [SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2006-07-25