

S 2 KA 291/10

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
2
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 KA 291/10
Datum
14.11.2012
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 25/13
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit von Honorareinbehalten im Bereich der Primärkrankenkassen für das Jahr 2009.

Der Kläger ist als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie in N niedergelassen und zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. In Anwendung der Honorarverteilungsregelungen unter Kieferorthopäden (Rhein. Zahnärzteblatt 2008, S. 612 ff.) nahm die Beklagte mit der Quartalsabrechnung 4/2009 vom 18.04.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.05.2010 im Bereich der Primärkrankenkassen einen endgültigen Honorareinbehalt in Höhe von 27.423,27 EUR vor.

Im Widerspruchsbescheid wird u.a. ausgeführt, die sich im Jahr 2007 ergebende Entwicklung an kieferorthopädischen Leistungen sei in vollem Umfang in die Berechnungsgrundlagen des HVM eingeflossen, denn der HVM fuße auf den Abrechnungswerten des Kalenderjahres 2007. Seit 1997 hätten sich aus unterschiedlichen Gründen Veränderungen im Leistungsbedarf der Versicherten ergeben. Der Bedarf an Leistungen für Früherkennungsmaßnahmen und Individualprophylaxe habe zugenommen, insbesondere aber auch für Parodontosebehandlungen. In ganz besonderem Maße gestiegen sei der Bedarf an Behandlungen von Kiefergelenkskrankheiten. Darüber hinaus hätten sich seitens der Bundesebene vorgegebene Steuerungsmaßnahmen ausgewirkt. So seien z.B. die Leistungen der Prophylaxe und der konservierend-chirurgischen Behandlungsmaßnahmen deutlich höher bewertet worden, Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie hingegen deutlich abgewertet worden. Schließlich habe sich auch das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen dadurch verändert, dass leichte kieferorthopädische Erkrankungen (kieferorthopädische Behandlungsgruppen 1 und 2) seit dem 01.01.2002 nicht mehr in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen fielen. Sowohl die Anzahl als auch die Bedeutung dieser Änderungen hätten den Leistungsbedarf seit 1997 deutlich verändert. Insbesondere aufgrund des rasant wachsenden Bedarfs an Kiefergelenksbehandlungen sei es zu hohen Budgetüberschreitungen in diesem Bereich gekommen, der eine kostendeckende Behandlung in den Praxen der Vertragszahnärzte zumindest für den Bereich der Primärkassen unmöglich gemacht habe. Auf der anderen Seite hätten sich im Bereich der kieferorthopädischen Behandlungen deutliche Rückgänge und damit verbunden erhebliche Budgetunterschreitungen ergeben. Der Vorstand der Beklagten habe tätig werden müssen, um dem gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung über alle vertraglich geregelten Bereiche gerecht werden und die Gewähr dafür übernehmen zu können, dass alle Leistungsbereiche den vertraglichen Vorgaben entsprechend zur Verfügung stünden.

Eine Benachteiligung der Kieferorthopäden im Zuge der Umrelationierung des BEMA habe nicht stattgefunden. Die Einarbeitung der BEMA-Umrelationierung in den HVM sei sachgerecht erfolgt. Die Beklagte habe sich dabei an den Berechnungsergebnissen der Partner des Bundesmantelvertrages orientiert, die leicht divergierten. So seien die Spitzenverbände der Krankenkassen zu einer erforderlichen Absenkung der Gesamtvergütung bezüglich des Leistungsbereiches Kieferorthopädie um 20,2 %, die KZBZ hingegen zu einem Wert von 19,8 % gekommen. Zugunsten der Kieferorthopäden habe die Beklagte den günstigeren Wert von 19,8 % angesetzt und die HVM-Basis nur in dieser Höhe abgesenkt.

Hiergegen richtet sich die am 22.06.2010 über die Beklagte erhobene Klage.

Der Kläger wendet sich nicht (mehr) gegen die Neurelationierung des BEMA zum 01.01.2004. Rechtswidrig sei jedoch die Honorarverteilung.

Dies ergebe sich vor allem aus einer fehlerhaften Ermittlung des "für die Verteilung des auf die Kieferorthopäden entfallenden

Honorarvolumens" im Sinne von § 4 Abs. 1 Satz 1 HVM sowie aus einer rechtswidrigen Veränderung des Bezugsjahres von 1997 auf 2007.

Die Beklagte begründe die Anpassungsverpflichtung u.a. damit, dass das Honorarbudget für die Kieferorthopädie nicht ausgeschöpft worden sei, andererseits aber das Abrechnungsvolumen im Bereich der Leistungsart KB/KG um zweistellige Prozentsätze überschritten worden sei. Bereits nach bisheriger Systematik des § 2 Abs. 7 HVM 2005 hätte dies durch Neuaufteilung der Vergütungsvolumina innerhalb des anteiligen Honorarvolumens für die Honorarverteilung unter Zahnärzten gelöst werden müssen, bevor eine Anpassung des Honorartopfes der Leistungsart KFO hätte erfolgen können. Nur dann, wenn dauerhaft eine Leistungsminderung im Bereich des Honorartopfes der Leistungsart KFO aufgrund struktureller Veränderungen festzustellen wäre und die Leistungsentwicklung bei den übrigen Honorartöpfen im Vergleich zum Bemessungszeitraum gegenläufig wäre und dies im Vergleich zu Kieferorthopäden zu einer deutlich schlechteren Vergütungssituation führen würde, könnte eine Anpassungsverpflichtung bestehen. Daran fehle es, denn ab dem Jahre 2005 seien die Leistungsanforderungen der Gruppe der Kieferorthopäden kontinuierlich angestiegen, keine strukturell bedingten Leistungsausweitungen im Bereich KB/KG gegeben und eine deutlich schlechtere Vergütungssituation der Zahnärzte nicht ersichtlich.

Für die Veränderung des Bezugszeitraumes von 1997 auf 2007 fehlten sachliche Gründe. Der HVM 2005 habe sämtliche aktuellen Veränderungen ausgehend vom Bezugszeitraum 1997 erfasst, zuletzt in Form der BEMA-Neurelationierung 2004. Andere auf die Vergütungsvolumina Einfluss nehmende Veränderungen habe es danach nicht gegeben. Obwohl der Landesverband Nordrhein des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden die gegen die Anpassung sprechenden Gründe dargelegt habe, habe die Beklagte gleichwohl mit den Krankenkassen(-verbänden) den HVM geändert; das habe dazu geführt, dass der Kläger gemeinsam mit 2/3 der Kieferorthopäden von dem Honorareinbehalt betroffen worden sei.

Nach seinem Kenntnisstand hätten die Krankenkassen/-verbände bei der Bemessung der Gesamtvergütung die BEMA-Neurelationierung in der Weise berücksichtigt, dass das Gesamtvergütungsvolumen der Kieferorthopäden um 19,9 % gekürzt worden sei, ausgehend von den summierten tatsächlichen Punktzahlanforderungen im Bereich Kieferorthopädie. Hieraus ergebe sich eine seitens der gesetzlichen Krankenkassen vorgegebene Zwecksetzung der Zuteilung für kieferorthopädische Honorare und insbesondere für den kieferorthopädischen Honorartopf. Die Beklagte habe demgegenüber die aufgrund HVM-Begrenzung bereits reduzierten Honorarvolumina für die Kieferorthopädie mit 100 % angesetzt und hiervon 19,9 % in Bezug auf die BEMA-Neurelationierung abgezogen.

Zudem sei das gemäß § 2 Abs. 6 HVM 2005 für die KFO zu verteilende Honorarvolumen sowohl in Bezug auf die reinen KFO-Leistungen als auch in Bezug auf die KCH-Leistungen um 19,9 % gekürzt worden. Der bloße Hinweis auf die Ermittlungen der KZBV helfe bereits deshalb nicht weiter, weil die Datengrundlage insofern ungeklärt sei. Die auf Veranlassung der KZBV erstellte BAZ II-Studie habe letztlich die KFO-Leistungen und KFO-Begleitleistungen nicht abgebildet, anders als die von den Krankenkassen in Auftrag gegebene IFH-Studie und die vom Berufsverband der deutschen Kieferorthopäden (BDK) veranlasste BASYS-Studie.

Nach den Gesamtvergütungsverträgen erfolgten die Gesamtvergütungszahlungen der Krankenkassen an die Beklagte einzelleistungsbezogen zum Vertragspunktwert unterhalb einer Vergütungsobergrenze. Anderenfalls gebe es die von der Beklagten diskutierte Saldierungsproblematik nicht. Das heiße aber, dass von Seiten der Krankenkassen nur insoweit KFO-Honorar an die Beklagte fließe, als irgendwo im Bereich der Beklagten für die jeweilige Kasse auch KFO-Leistungen erbracht worden seien. Es könne keinesfalls richtig sein, Honorare, deren Zahlung die Erbringung von KFO-Leistungen voraussetzten, dann über eine rechtswidrige Topfbildung für andere Leistungen auszuschütten.

Besonders bedenklich erscheine unter diesem Gesichtspunkt § 2 Abs. 6 HVM 2005, dessen Auswirkung sich in die Honorarverteilung 2009 fortschreibe. Wenn die KFO-Budgets ab 2004 nicht ausgeschöpft worden seien, liege das sicherlich daran, dass mit der BEMA-Umrelationierung 2004 bei gleicher Leistungsmenge die Abrechnungsvolumina gesunken seien. Für die nicht ausgeschöpften KFO-Volumina fließe jedoch auch kein Geld seitens der Krankenkassen an die Beklagte, so dass es infolge der Nichtausschöpfung des KFO-Budgets nichts umzuverteilen gebe.

Die Gesamtvergütungsleistungen für den Leistungsbereich KFO hätten für die KFO-Punktzahlanforderungen für die Behandlung gesetzlich Krankenversicherter ausgereicht. Trotzdem habe die Beklagte die in anderen Bereichen zahnärztlicher Versorgung bestehenden Saldierungsprobleme zu Lasten der kleinen Gruppe der Kieferorthopäden eingesetzt.

Ferner seien bei der Ermittlung der Vergütungsvolumina gemäß HVM auf der Ebene der Gesamtvergütung sämtliche Kostenerstattungsleistungen vor Ermittlung der jeweils bereichsbezogenen Vergütungsvolumina in Abzug gebracht worden, unabhängig von der Verursachung durch Kieferorthopäden einerseits und Zahnärzte andererseits und unabhängig von den Relationen des kieferorthopädischen HVM-Vergütungstopfes zum zahnärztlichen Topf. Richtigerweise hätten jedoch die Kostenerstattungsleistungen bereichsbezogen und verursachungsgerecht bei der Ermittlung der HVM-Vergütungsvolumina berechnet werden müssen.

Rechtswidrig sei schließlich auch die Honorierung der Leistungen der Hochschulambulanzen aus der Gesamtvergütung, obwohl diese nach [§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) unmittelbar von den Krankenkassen zu zahlen seien.

Insgesamt sei der kieferorthopädische Honorartopf nach HVM ohne sachlichen Grund und ohne durch Gründe, die von der Gruppe der Kieferorthopäden beeinflusst seien, rechtswidrig reduziert worden.

Unter dem 18.07.2010 hat die Beklagte dem Kläger eine Gutschrift über 5.549,98 EUR aufgrund der Berücksichtigung der "Doppelbelastung" durch Honorareinbehalt und Vergütungsminderungen gemäß [§ 85 Abs. 4 b SGB V](#) sowie unter dem 18.10.2012 eine weitere Gutschrift über 485,- EUR erteilt, die daraus resultiert, dass die Honorargrenze für das Jahr 2009 nachträglich um 1,- EUR je Multibandfall angehoben worden war.

Der Kläger beantragt,

den Honorarbescheid für das Quartal IV/2009 vom 18.04.2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 21.05.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn das endgültig gemäß Schlussabrechnung für das Jahr 2009 einbehaltene Honorar in Höhe von

(nunmehr) 21.388,29 EUR zu zahlen,

hilfsweise,

die Beklagte zu verpflichten, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Bescheide insgesamt für rechtmäßig.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide nicht beschwert im Sinne des [§ 54 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG), da diese nicht rechtswidrig sind.

Die grundsätzliche Zulässigkeit von Honorarbegrenzungsregelungen im Bereich der Beklagten ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (erstmals BSG, Urteil vom 03.12.1997 - [6 RKA 21/97](#) -) als geklärt anzusehen.

Rechtsgrundlage für den HVM ist die Regelung des [§ 85 Abs. 4 Satz 2](#) Sozial-gesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) i.V.m. [§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Danach wendet die Kassenzahnärztliche Vereinigung bei der Verteilung der Gesamtvergütung den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an. Bei der Ausgestaltung des HVM haben nach der ständigen Rechtsprechung des BSG die Normgeber einen Gestaltungsspielraum; diese Gestaltungsfreiheit geht typischerweise mit Rechtssetzungssakten einher und wird erst dann rechtswidrig ausgeübt, wenn die jeweilige Gestaltung in Anbetracht des Zwecks der konkreten Ermächtigung unverhältnismäßig oder unverhältnismäßig ist. Der HVM muss jedoch mit der Ermächtigungsgrundlage in Einklang stehen und insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars sowie den aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beachten (zu-letzt BSG, Urteil vom 27.06.2012 - [B 6 KA 37/11 R](#) - m.w.N.).

Der Vorschrift des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) kann jedoch 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 nicht grundsätzlich aus, durch Regelungen im HVM die Gesamtvergütung in Teilbudgets aufzuteilen, auch wenn sich als deren Folge ergibt, dass vertrags(zahn)ärztliche Leistungen nicht mehr mit dem vollen Vertragspunktwert, sondern - aufgrund unterschiedlicher Punktwerte, die auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen in den verschiedenen Leistungsbereichen beruhen - unterschiedlich hoch vergütet werden.

Hierbei können Honorartöpfe für Arztgruppen und/oder Versorgungsgebiete gebildet werden. Insofern hat das BSG mehrfach ausgesprochen, dass für verschiedene Fachgruppen getrennte und honorarmäßig unterschiedlich bemessene Honorartöpfe festgelegt werden können (z.B. Urteil vom 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) - (zu unterschiedlichen Honorartöpfen für Allgemeinzahnärzte und Kieferorthopäden)). Insofern stellen sich die unterschiedlichen Regelungen der Honorarverteilung unter Zahnärzten, die nicht Kieferorthopäden sind, und der Honorarverteilung unter Kieferorthopäden als konsequente Vorsorge dagegen dar, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Zahnarztgruppen das Honorargefüge zu Lasten anderer Gruppen beeinflusst (vgl. BSG, Urteile vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - sowie vom 03.03.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -), und gewährleistet, dass die Folgen von Mengenausweitungen in diesen Gruppen auch dort verbleiben (vgl. BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -).

Dass im Bereich der kieferorthopädischen Leistungen Mengenzuwächse bestanden, geht aus den Veröffentlichungen der statistischen Basisdaten in den Jahrbüchern der KZBV deutlich hervor. Die bedeutsamsten Gebührensätze wurden (bundesweit) in folgender Häufigkeit abgerechnet:

2004

119c 1,562 Mio. 119d 1,233 Mio. 120b 543.000 120c 404.900

2005

119c 2,811 Mio. 119d 2,343 Mio. 120b 978.000 120c 733.700

2006

119c 2,848 Mio. 119d 2,420 Mio. 120b 985.600 120c 762.100

2007

119c 2,986 Mio. 119d 2,621 Mio. 120b 1,032 Mio. 120c 824.800

2008

119c 3,185 Mio. 110d 2,872 Mio. 120b 1,104 Mio. 120c 903.400

2009

119c 3,288 Mio. 119d 3,011 Mio. 120b 1,143 Mio. 120c 946.200

2010

119c 3,364 Mio. 119d 3,103 Mio. 120b 1,172 Mio. 120c 971.500

Dem entspricht die Mitteilung der Beklagten in ihrem Informationsdienst (ID) Nr. 4/2009, S. 4, die von Kieferorthopäden erbrachte Leistungsmenge für den Bereich kieferorthopädischer Leistungen und kieferorthopädischer Begleitleistungen sei im 1. Quartal 2009 im Vergleich zum 1. Quartal 2008 um 9,84 % gestiegen. Auch im ID Nr. 8/2009, S. 3, werden weiterhin überproportionale Leistungsmengenentwicklungen im Bereich der Kieferorthopädie durch Kieferorthopäden (und durch Zahnärzte) mitgeteilt. Dies zeigt - nach Beendigung des anfänglichen Bestrebens, den Versicherten die Kostenerstattung nahezubringen - ein stetiges Wachstum kieferorthopädischer Leistungen, welches prozentual über der Grundlohnsummensteigerung liegt und die Bildung separater Honorartöpfe für solche Leistungen rechtfertigt.

Soweit der Kläger hierbei auf von der Vertrags- und Finanzabteilung der Beklagten erstellte Unterlagen (Budgetabrechnung aller Krankenkassen und HVM-Vergleich, Echtwerte I-IV/2006, Echtwerte I-III/2007, Prognosewerte IV/2007) verweist und diesen entnimmt, dass die KFO-Budgets tatsächlich deutlich unterschritten worden sind, schließt dies die rechtliche Befugnis der Beklagten, bei der Honorarverteilung auch die Kieferorthopäden wegen der im Primärkassenbereich insgesamt aufgetretenen Budgetüberschreitung heranzuziehen, nicht aus. Das BSG hat es mehrfach als zulässig angesehen, die auf gesamtvertraglicher Ebene in den Vergütungsbeziehungen zwischen Kassen(zahn)ärztlicher Vereinigung und den Krankenkassen getroffenen strukturellen Entscheidungen zur Vergütung, insbesondere dort vereinbarte Leistungsmengenbegrenzungen, über die Honorarverteilung in geeigneter Weise an die betroffenen Ärzte weiterzugeben (BSG, Urteile vom 30.09.1983 - [6 RKa 29/82](#) -; vom 19.12.1984 - [6 RKa 8/83](#) -). Nicht ausgeschlossen sind aber außerdem auch andersgeartete Zielsetzungen, etwa eine Verhinderung überproportionaler Einkommenssteigerungen bei bestimmten Leistungsarten oder gar generelle Maßnahmen der Einkommenslenkung mit der Absicht, möglichst vielen Vertrags(zahn)ärzten einen angemessenen Anteil an der Gesamtvergütung zu sichern (vgl. BSG, Urteil vom 29.09.1993 - [6 RKa 65/91](#) - m.w.N.). Insofern dürfen durch den HVM umsatzstärkere Praxen mehr belastet werden als umsatzschwächere, was gerade für Kieferorthopäden gilt, die im allgemeinen insgesamt höhere Einnahmen als Allgemeinzahnärzte erzielen (BSG, Urteil vom 19.07.2006 - [B 6 KA 8/05 R](#) -; vgl. ferner Urteile vom 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R](#) -; vom 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) -).

Rechtsfehler liegen auch nicht in der Anwendung der Honorarverteilungsregelungen des HVM.

Nach § 2 Abs. 5 HVM erfolgt für Kieferorthopäden (kieferorthopädische Fachzahnärzte und Zahnärzte, die sich für die Honorarverteilung unter Kieferorthopäden entschieden haben) eine gesonderte Honorarverteilung derart, dass deren prozentualer Anteil an der Honorarverteilung im Jahre 2007 aus der Summe der zu verteilenden Honorarvolumina des Kalenderjahres von der allgemeinen Honorarverteilung abgetrennt und einer besonderen HVM-Regelung für Kieferorthopäden unterzogen wird. Soweit das Bezugsjahr von 1997 (wie in den HVM bis 2008) auf 2007 geändert worden ist, bestehen dagegen keine rechtlichen Bedenken.

Die Beklagte hat im Widerspruchsbescheid ausgeführt, die sich im Jahr 2007 ergebende Entwicklung an kieferorthopädischen Leistungen sei in vollem Umfang in die Berechnungsgrundlagen des HVM eingeflossen, denn der HVM fuße auf den Abrechnungswerten des Kalenderjahres 2007, und hat die zahlreichen Veränderungen im Leistungsbedarf der Versicherten seit 1997 dargestellt. Die Auswirkungen der Umrelationierung des BEMA und weitere Entwicklungen in den einzelnen Leistungsbereichen (z.B. auch Einführung der sog. "Festzuschussregelung" nach [§§ 55](#) f. SGB V, Änderung der kieferorthopädischen Behandlungsrichtlinien) gestatten es dem Normgeber im Rahmen seiner Gestaltungsfreiheit, die Grundlagen der Honorarverteilung zu vereinheitlichen und zu aktualisieren. Dies drückt sich im HVM 2009 neben der Ersetzung des überholten Bezugsjahres 1997 durch das aktuellere Jahr 2007 vor allem auch darin aus, dass die Gruppe der chirurgisch tätigen Vertragszahnärzte neu definiert wurde. Soweit in der Vergangenheit für die Ermittlung der Zugehörigkeit zu einer Fachgruppe grundsätzlich auf den zulassungsrechtlichen Status (Mund- Kiefer- Gesichtschirurg oder Oralchirurg) abgestellt wurde, wurde dieses Merkmal ab 2009 durch ein abrechnungsspezifisches Merkmal ersetzt (vgl. im Einzelnen ID Nr. 8/2008, S. 3 f.).

Rechtsfehlerfrei hat die Beklagte auch die Umrelationierung durch den BEMA im HVM 2009 fortgeschrieben. Diese Umrelationierung hatte sie in der Vergangenheit in folgender Höhe berücksichtigt: Reduzierung im Bereich KFO einschließlich KFO-Begleitleistungen -19,90 %. Dieser Prozentsatz ergebe sich aus einer Reduzierung der KFO-Leistungen um -22,80 % und einer Erhöhung der KFO-Begleitleistungen um +3,10 %.

Auch dies hält sich im Rahmen der normativen Gestaltungsfreiheit. Der Normgeber ist befugt zu pauschalieren, zu typisieren, zu generalisieren und zu schematisieren (z.B. BSG, Urteil vom 13.10.2010 - [B 6 KA 32/09 R](#) - m.w.N.). Mit der Umstrukturierung des BEMA zum 01.01.2004 sind die Punktzahlen für Zahnersatz- und kieferorthopädische Leistungen herabgesetzt und diejenigen für konservierend-chirurgische Leistungen angehoben worden. Hierauf abgestimmt, sind die degressionsfreien Punktmengen nach [§ 85 Abs. 4b Satz 1 SGB V](#) für Kieferorthopäden ab 01.01.2004 um 20 % abgesenkt worden (von 350.000/450.000/550.000 auf 280.000/360.000/440.000 Punkte; zur Rechtmäßigkeit dieser Absenkung vgl. im Einzelnen BSG, Urteile vom 16.12.2009 - [B 6 KA 9/09 R](#) - und - [B 6 KA 10/09 R](#) -). Um annähernd exakt diesen Betrag hat die Beklagte den Honorartopf für Kieferorthopäden auf der Basis von Ermittlungen der KZBV aus dem September 2003 korrigiert. Ungeachtet möglicher methodischer Bedenken gegen die Parameter, die den Feststellungen der KZBV zugrunde lagen, und der Frage, ob die Beklagte selbst erhobene Daten zur Abrechnungsfrequenz einzelner Leistungspositionen hätte heranziehen müssen, indiziert das Ergebnis jedenfalls, dass die Korrektur des unter die Kieferorthopäden zu verteilenden Honorarvolumens aufgrund der BEMA-Neurelationierung den rechtstatsächlichen Gegebenheiten signifikant entspricht. Die Kammer vermochte auch nicht zu erkennen, dass die Beklagte ein bereits auf Gesamtvergütungsebene für die Kieferorthopäden gekürztes Honorarvolumen durch Korrektur gemäß § 2 Abs. 6

HVM 2005 noch ein weiteres Mal gekürzt hätte. Aus § 7 der Honorarvereinbarung 2004 ("Auswirkungen der BEMA-Umstrukturierung") geht hervor, dass die Vertragspartner die Auswirkungen der BEMA-Umstrukturierung kostenneutral nachvollziehen würden. Die Berechnung erfolgte getrennt je Krankenkasse nach den individuellen Abrechnungswerten der Krankenkasse im Kalenderjahr 2003, und zwar getrennt nach den Leistungsbereichen KCH (inkl. Begleitleistungen bei KFO-Behandlung und ZE), KB/KG, PAR, ZE und KFO. Im Einzelnen verringerten sich die Abrechnungswerte für Kieferorthopäden um - 20,2 v.H., während sie für konservierend-chirurgische Behandlungen (inkl. Begleitleistungen) um + 11,3 v.H. anstiegen. Nach diesen prozentualen Veränderungen ergab sich je Krankenkasse ein neues Verhältnis der Abrechnungswerte der einzelnen Leistungsarten am gesamten (neuen) Abrechnungswert im Jahr 2003 und wurden die kumulierten Vergütungsobergrenzen des Jahres 2003 je Mitglied aufgeteilt. Das ist in den Folgejahren fortgeschrieben worden. Diese Regelungen auf der "Zuflussseite" im Rechtskreis zwischen der Beklagten und den Krankenkassen (Vereinbarungen über Gesamtvergütung) sind nicht spiegelbildlich auf der "Abflusseite" im Rechtskreis zwischen der Beklagten und ihren Vertragszahnärzten (Honorarverteilung) abgebildet und müssen es auch nicht. Der von 2005 bis 2008 geltende HVM regelt auf der "Abflusseite" in § 2 Abs. 5 eine gesonderte Honorarverteilung für kieferorthopädische Fachzahnärzte, indem deren prozentualer Anteil an der Honorarverteilung im Jahre 1997 abgetrennt wird. Im Jahre 1997 waren die kieferorthopädischen Leistungen aber noch höher bewertet gewesen, so dass notwendigerweise durch § 2 Abs. 6 HVM die Umrelationierung durch den BEMA berücksichtigt werden musste. Folgerichtig fehlt deshalb für das hier streitbefangene Jahr 2009, in welchem die Honorarverteilung unter Kieferorthopäden auf die prozentualen Anteile des Jahres 2007 gestützt wird, eine entsprechende Bestimmung, denn die Korrektur der BEMA-Umrelationierung war durch § 2 Abs. 6 HVM 2005-2008 bereits erfolgt. Dies zeigt insgesamt, dass eine doppelte Kürzung nicht vorgenommen wurde.

Hintergrund der zwischen den Beteiligten diskutierten "Saldierungsproblematik" sind die gesetzlichen Budgetvorgaben des [§ 71 Abs. 2, 3 SGB V](#) zur Sicherung der Beitragssatzstabilität, die für jede einzelne Krankenkasse anzuwenden sind und dazu führen, dass für alle Krankenkassen die Vergütungsobergrenzen (Budgets) individuell angesteuert werden. Als "Saldierungsproblematik" bezeichnen die Gesamtvertragspartner dabei die fehlende Möglichkeit einer Verrechnung ("Saldierung"), wenn budgetüberschreitende Krankenkassen prozentual ihre Gesamtvergütung kürzen, während budgetunterschreitende Krankenkassen nur die tatsächlichen Leistungsanforderungen vergüten, also mit ihren Zahlungen unterhalb der Vergütungsobergrenzen bleiben. Die in den vergangenen Jahren insbesondere im Bereich der Betriebskrankenkassen bestehende "Saldierungsproblematik" war nach Mitteilung der Beklagten in ihrem ID Nr. 6/2009, S. 2, durch mit den Betriebskrankenkassen geschlossene "Saldierungsvereinbarungen" im Jahre 2009 für diesen Kassenbereich nicht mehr zu verzeichnen. Die Rechtmäßigkeit der Honorarverteilung wird durch "Saldierungsproblematiken" im Übrigen nicht berührt, denn die Krankenkassen kürzen die Gesamtvergütung - unabhängig von einzelnen Leistungen oder Leistungsarten - im Ergebnis prozentual insgesamt und die "Abflusseite" ist - wie dargelegt - rechtlich von der "Zuflussseite" zu trennen.

Die Kammer hatte keine Veranlassung, an der mathematischen Richtigkeit der Berechnungen der Beklagten hinsichtlich der "Saldierungsproblematik" zu zweifeln, zumal substantiierte Einwendungen insofern nicht erhoben worden sind. Gleiches gilt für die bereichsbezogene Zuordnung der Kostenerstattungsleistungen. Es bestand daher kein Anlass, die Beklagte zur Vorlage entsprechender Zahlenmaterials zu verpflichten (vgl. BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 29/04 R](#) - (keine Ermittlungen ins Blaue hinein); BSG, Beschluss vom 28.01.2009 - [B 6 KA 53/07 B](#) - (kein Ausforschungsbeweis); LSG NRW, Urteil vom 12.08.2009 - [L 11 KA 52/07](#) - (unzulässiger Ausforschungsbeweis)). Im rechtlichen Ansatz zutreffend ist der Einwand des Klägers, die Leistungen der Hochschulambulanzen seien gemäß [§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) unmittelbar von den Krankenkassen zu vergüten und dürften nicht von Gesamtvergütungsanteilen, die für die Mitglieder bestimmt seien, abgezweigt werden.

Nach [§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) i.d.F. ab 01.01.2003 werden außer den schon bisher erfassten Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren auch die Leistungen der Hochschulambulanzen unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Dazu gehören auch die Polikliniken (BSG, Urteile vom 26.01.2000 - [B 6 KA 47/98 R](#) - und - [B 6 KA 43/98 R](#) -). Hintergrund war die Überlegung, dass die im Rahmen von Forschung und Lehre von den Hochschulkliniken erbrachten Leistungen nicht mehr aus der Gesamtvergütung für Vertragsärzte vergütet werden sollten. Die Gesamtvergütung sollte von solchen Leistungen entlastet werden, die nicht aus Gründen der Sicherstellung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung erbracht werden. Des Weiteren sollte vermieden werden, dass die Vergütung der Hochschulambulanzen durch die inner(zahn)ärztliche Honorarverteilung betroffen wird. Das durch [§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) den Trägern der Hochschulkliniken eingeräumte Recht, selbst über die Vergütung der im Rahmen von Forschung und Lehre erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen zu verhandeln, soll gewährleisten, dass die besonderen Umstände der Leistungserbringung bei der Höhe der Vergütung berücksichtigt werden (vgl. näher LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.11.2011 - [L 7 KA 123/08](#) - m.w.N.).

Die Kammer geht insofern davon aus, dass die Leistungen der Hochschulambulanzen tatsächlich auch nicht aus der Gesamtvergütung, sondern unmittelbar von den Krankenkassen gezahlt werden. Bereits für das Jahr 2003 hatte sich im Hinblick auf [§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) das Erfordernis ergeben, die Vergütung der zahnmedizinischen Leistungen der Hochschulkliniken gemeinsam und einheitlich mit den Krankenkassen(-verbänden) zu vereinbaren. Da kein Einvernehmen erzielt werden konnte, hatte die zuständige Schiedsstelle mit Feststellungsbeschluss vom 18.10.2004 die Punktwerte für die zahnmedizinischen Hochschulambulanzen eines rheinischen Universitätsklinikums für die Zeit vom 01.01. bis 31.12.2003 festgesetzt. Dieser Schiedsspruch war Gegenstand eines Rechtsstreits sämtlicher Primär- und Ersatzkassen(-verbände) gegen die Schiedsstelle, der durch Urteil der Kammer vom 05.12.2007 - [S 2 KA 75/06](#) - ([GesR 2008, 88-90](#); juris; www.sozialgerichtsbarkeit.de) erledigt wurde. Es ist nicht anzunehmen, dass die Krankenkassen(-verbände) trotz der ihnen bekannten Rechtslage einen Honorarverteilungsvertrag mit der Beklagten geschlossen haben, in dem die Honorierung der Hochschulambulanzen rechtswidrig aus der Gesamtvergütung geregelt wurde. Den in § 1 Abs. 2 Satz 2 HVM 2009 in Bezug genommenen Regelungen des § 2 Abs. 4 (Überschrift: "Bewertung der zahnärztlichen Leistungen") und des § 5 Abs. 9 (Überschrift: "Berechnung und Vergütung") des Gesamtvertrages vom 23.12.1980 misst die Kammer jedenfalls keine dahingehende Bedeutung bei.

Sind die Bestimmungen über die Honorarverteilung unter Kieferorthopäden so mit rechtmäßig, so sind unzumutbare Nachteile mit diesen Regelungen nicht verbunden. Für die hier streitbefangenen Leistungen steht dem Kieferorthopäden im Kalenderjahr ein Honorarvolumen zur Verfügung, das sich aus der Multiplikation der Zahl der abgerechneten KFO-Fälle je Leistungsgruppe (Multibandbehandlung, Behandlung mit herausnehmbaren Geräten) mit den Honorargrenzen (in EUR) ergibt. Diese Honorargrenzen bilden keine starre Höchstgrenze der pro Fall tatsächlich abrechenbaren Leistungen. Vielmehr werden gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2.2 HVM im Rahmen der während des Jahres kumulierten Betrachtung in einem Quartal nicht verbrauchte Punkte/Honorare den individuellen Gesamtkontingenten für das nächste Quartal zugeschlagen. Somit können Überschreitungen in einem Quartal durch Mindermengen in anderen Quartalen kompensiert werden. Damit steht jedem Zahnarzt ein allein von seiner - nicht limitierten - Fallzahl abhängiges Honorarvolumen im Kalenderjahr zur Verfügung, das ihm

garantiert wird und eine wirtschaftliche Kalkulierbarkeit der Einnahmesituation ermöglicht. Die praxisindividuellen Budgetierungen haben auch nicht zur Folge, dass tatsächlich erbrachte kieferorthopädische Leistungen nicht vergütet werden. Sie bewirken lediglich, dass bei einer Überschreitung des Grenzwertes die Höhe der Vergütung für die einzelne erbrachte Leistung sinkt. Das in § 4 HVM beschriebene Berechnungsverfahren schließt die Honorierung einer bestimmten Leistung in einem bestimmten Behandlungsfall nicht aus. Die Regelung führt in verschiedenen Berechnungsschritten lediglich auf das Kalenderjahr bezogen zu einer Kürzung des vertragszahnärztlichen Honorars des einzelnen Kieferorthopäden im Ganzen, wenn und soweit die für ihn geltenden Kontingentgrenzen überschritten worden sind. Insofern stellen sich sowohl die Zahl der angeforderten Punkte als auch die individuellen Kontingentgrenzen lediglich als Berechnungsfaktoren für das dem Kieferorthopäden in jedem einzelnen Quartal und im Kalenderjahr insgesamt zustehende Honorar dar (zum Wirkungsmechanismus und zur Rechtmäßigkeit dieser Regelung vgl. im Einzelnen bereits BSG, Urteil vom 03.12.1997 - [6 RKa 21/97](#) -).

Schließlich ist ein Eingriff in die Therapiefreiheit des Klägers oder in sein Grundrecht auf Berufsausübungsfreiheit durch die von der Beklagten verfügten Honorarkürzungen aufgrund der Kontingentbildung nicht zu erkennen. Es ist nicht ersichtlich, dass durch die Kontingentierung eine wirtschaftliche Praxisführung beeinträchtigt wird. Die Honorarbegrenzungen im Jahre 2009 belaufen sich auf 27.434,27 EUR. Diese Belastung reduziert sich um eine Gutschrift in Höhe von 5.549,98 EUR aufgrund der Berücksichtigung der "Doppelbelastung" durch Honorarbehalte und Vergütungsminderungen gemäß [§ 85 Abs. 4 b SGB V](#) sowie um eine weitere Gutschrift in Höhe von 485,- EUR, die daraus resultiert, dass die Honorargrenze für das Jahr 2009 nachträglich um 1,- EUR je Multibandfall angehoben wurde. Gemessen an den über die Beklagte abgerechneten Gesamthonoraren aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit von 317.879,81 EUR entspricht dies einem Anteil von ca. 6,7 %. Hiermit ist unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Grundrechtsverletzung nicht gegeben (vgl. LSG NRW, Urteile vom 28.04.2004 - [L 11 KA 87/03](#) -; vom 13.02.2008 - [L 11 KA 65/06](#) -; vgl. auch BSG, Urteil vom 08.12.2010 - [B 6 KA 42/09 R](#) - zu den Voraussetzungen einer Verletzung des Gebotes der Angemessenheit der Vergütung).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§§ 154 Abs. 1, 162 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).
Rechtskraft

Aus
Login
NRW
Saved
2015-12-30