

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
3. Dezember 1997

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 21/97

.....,
Kläger und Revisionskläger,
Prozeßbevollmächtigter:

g e g e n

Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein,
Lindemannstraße 34-42, 40237 Düsseldorf,
Beklagte und Revisionsbeklagte,
Prozeßbevollmächtigte:

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 3. Dezember 1997 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. W e n n e r und Dr. C l e m e n s sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. L i c h t b l a u und Dr. v o n P e t e r s d o r f f für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 18. Dezember 1996 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten für das Revisionsverfahren zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe:

I

Der als Vertragszahnarzt zugelassene Kläger wendet sich gegen die seit dem Quartal I/94 von der beklagten Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV) im Rahmen der Honorarverteilung praktizierte Begrenzung der für konservierend-chirurgische Behandlungen durchschnittlich pro Fall abrechenbaren Punktzahlen.

Im Jahre 1993 ergänzte die Beklagte im Hinblick auf die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Versorgung (§ 85 Abs 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch <SGB V>) ihren Honorarverteilungsmaßstab (HVM) für die Zeit vom 1. Januar 1994 bis zum 31. Dezember 1995 in der Weise, daß eine sog individuelle Kontingentgrenze der im Rahmen der Honorarverteilung zu berücksichtigenden Punkte eingeführt wurde. Bis zum Erreichen dieser Grenze nehmen die von den Vertragszahnärzten angeforderten Punkte für konservierend-chirurgische Behandlungen zu dem mit den Krankenkassen vereinbarten Punktwert an der Honorarverteilung nach Einzelleistungen teil, während darüber hinausgehende Punkte bei der Honorarverteilung des jeweiligen Quartals nicht berücksichtigt werden. Die für einzelne Behandlungsfälle nicht verbrauchten Punkte können auf andere Behandlungsfälle desselben Quartals übertragen werden. Die Leistungen der Vertragszahnärzte aus den Bereichen Individualprophylaxe, Parodontosebehandlung und Kieferbruchbehandlung werden vorab ohne Punktzahlbegrenzung vergütet. Der Vorstand kann auf Antrag für besondere Zahnarztgruppen, bei denen die Abrechnungsergebnisse von den durchschnittlichen Abrechnungswerten erheblich abweichen, gesonderte Kontingentgrenzen je Fall festlegen (§ 4 Abs 1a Ziff 1 bis 8 HVM). Nachdem die Beklagte im Juli 1993 vorab angekündigt hatte, es werde sich für konservierend-chirurgische Leistungen voraussichtlich ein Leistungskontingent von 100 Punkten je Behandlungsfall ergeben, teilte sie mit Rundschreiben vom 25. Juli 1994 mit, der Abrechnungswert müsse auf 97 Punkte abgesenkt werden. In Anwendung dieser neu gestalteten Honorarverteilungsregelungen ergab sich für den Kläger im Jahr 1994 ein Kürzungsbetrag von 85.687,55 DM, den die Beklagte mit Bescheid vom 22. Juli 1996 endgültig feststellte. Diesem Bescheid waren vorläufige Honorareinbehalte für die Quartale I bis III/94 vorangegangen, die der Kläger mit Widerspruch und Klage angefochten hatte.

Nachdem beide Beteiligten die Gerichtsbescheide des Sozialgerichts (SG) vom 22. Februar 1996, mit denen der Klage jeweils lediglich zu einem geringen Teil stattgegeben worden war, angegriffen hatten, haben sie das Berufungsverfahren hinsichtlich der vorläufigen Honorareinbehalte übereinstimmend für erledigt erklärt. Das Berufungsgericht hat auf der Grundlage seiner Auffassung, der endgültige Bescheid vom 22. Juli 1996 habe die Bescheide über einen vorläufigen Honorareinbehalt iS des § 96 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ersetzt, im Einverständnis mit den Beteiligten nur über diesen Bescheid entschieden und die Klage in vollem Umfang abgewiesen. Es hat die



Budgetierungsregelung des § 85 Abs 3a Satz 1 SGB V als solche für mit dem Grundgesetz (GG) vereinbar gehalten, weil sie dazu bestimmt und auch geeignet sei, den Kostenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen. § 4 Abs 1a des zum 1. Januar 1994 neugefaßten HVM der Beklagten stelle eine mit § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V konforme Umsetzung der gesetzlich angeordneten Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Versorgung im Verhältnis zwischen der KZÄV und den Vertragszahnärzten dar. Jede Begrenzung der für die Verteilung an die Vertragszahnärzte zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungen habe zur Folge, daß die Höhe des Honorars für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen wesentlich nur noch vom Leistungsverhalten der Zahnärzte insgesamt abhängig sei. Es sei nicht zu beanstanden, daß die Beklagte auf diesen von ihr nicht zu beeinflussenden Sachverhalt in der Weise reagiert habe, den festen, mit den Krankenkassen vereinbarten Punktwert prinzipiell für die Mehrzahl der vertragszahnärztlichen Leistungen zu erhalten. Da aber nur eine bestimmte Anzahl von Punkten mit dem festen Punktwert habe vergütet werden können, sei die Festlegung einer rechnerisch pro Fall abrechenbaren Punktzahlenobergrenze für konservierend-chirurgische Behandlungen sachgerecht, selbst wenn das zur Folge habe, daß Punkte, die über die Grenze hinaus angefordert werden, nicht - jedenfalls nicht im Quartal der Leistungserbringung - vergütet werden könnten. Zwar seien auch andere Wege der Umsetzung der Budgetierung der Gesamtvergütungen in die Honorarverteilung denkbar, etwa der vollständige Verzicht auf einen festen Punktwert und damit die Inkaufnahme eines Punktwertverfalls bei stärkerem Anstieg der angeforderten Punktzahlen. Die Beklagte habe die ihr im Rahmen der Honorarverteilung zustehende Gestaltungsfreiheit mit der gewählten Form der individuellen Kontingentgrenze jedoch nicht überschritten. Für eine sachwidrige Ungleichbehandlung verschiedener Gruppen von Zahnärzten bestünden im übrigen keine Anhaltspunkte. Die Honorierung aller Leistungen im Rahmen der Individualprophylaxe und der Parodontosebehandlung zu einem festen Punktwert sei im Hinblick auf die vom Gesetzgeber befürwortete Stärkung der zahnärztlichen Prophylaxe nicht zu beanstanden (Urteil vom 18. Dezember 1996).

Gegen dieses Urteil richtet sich die vom Landessozialgericht (LSG) zugelassene Revision des Klägers, mit der er zunächst rügt, der Bescheid der Beklagten vom 22. Juli 1996 genüge nicht den Begründungsanforderungen des § 35 Abs 1 Satz 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die Begründung lasse nicht erkennen, wie die Kontingentgrenze von 97 Punkten ermittelt worden sei. Die Beklagte hätte mitteilen müssen, welche Kontingentgrenzen für die einzelnen Sondergruppen iS des § 4 Abs 1a Ziff 8 HVM festgelegt worden seien, weil diese Festlegung entscheidenden Einfluß auf die für ihn als "Normalzahnarzt" festgesetzte Kontingentgrenze habe. Des weiteren hätte im Hinblick darauf, daß nach Anwendung der Begrenzungsregelungen des § 4 Abs 1a HVM ein Überschuß von 4 Millionen DM verblieben sei, der an die Vertragszahnärzte hätte ausgekehrt werden müssen, im Juli 1996 noch keine endgültige Abschlußrechnung für das Jahr 1994 erteilt werden dürfen. Die Beklagte hätte die bei ihr noch vorhandenen Beträge ent-



weder verteilen oder die Schlußrechnung mit einem entsprechenden Vorbehalt versehen müssen.

In materieller Hinsicht genüge die Regelung des § 4 Abs 1a HVM nicht den Anforderungen, die nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) an Honorarverteilungsregelungen zu stellen seien. Zu beanstanden sei zunächst eine verfehlte Bildung von Sondergruppen, wie sie in § 4 Abs 1a Ziff 8 HVM vorgeschrieben bzw dem Vorstand ermöglicht worden sei. Die Privilegierung der oralchirurgisch tätigen Zahnärzte sowie der Zahnärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sei nicht gerechtfertigt. Allenfalls wäre die Beklagte berechtigt gewesen, generell für alle zahnärztlichen Leistungen, die auf Überweisung erbracht werden, eine besondere Kontingentgrenze festzusetzen. Nicht sachgerecht sei auch die besonders massive Privilegierung neu gegründeter Praxen, denen auf die Dauer von acht Quartalen eine individuelle Punktzahlengrenze von 143 Punkten pro Behandlungsfall und damit 50 % mehr als dem "Normalzahnarzt" zugestanden worden sei. Wenn die Beklagte insoweit das maßgebliche Differenzierungskriterium in einer niedrigen Fallzahl - Fallzahlengrenze bei 400 Behandlungsscheinen - sehe, hätte sie für die Gruppe aller Zahnärzte mit niedriger Fallzahl unabhängig von der Dauer des Praxisbestandes eine Untergruppe bilden müssen. Schließlich habe die Beklagte den Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit nicht hinreichend beachtet, weil gewachsene Praxisstrukturen nicht angemessen berücksichtigt worden seien und die Verantwortung des einzelnen Zahnarztes für die Steigerung der Punktzahlanforderung durch die Gesamtheit der Vertragszahnärzte nicht hinreichend bewertet werde. Im Ergebnis erweise sich die Regelung über die individuelle Kontingentgrenze in seiner - des Klägers - Praxis als Absenkung des Honorars um mehr als 31 %, was noch über die 10 %ige Absenkung der Punktwerte für kieferorthopädische und prothetische Leistungen gemäß § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V hinausgehe. Im Widerspruch zur einschlägigen Rechtsprechung des BSG habe die Regelung in § 4 Abs 1a HVM zur Folge, daß bestimmte Leistungen von jeder Vergütung ausgeschlossen seien; die nur theoretische Möglichkeit, nicht honorierte Punkte auf Folgequartale zu übertragen, ändere daran nichts. Diese Regelung benachteilige insbesondere Praxen mit kleiner Fallzahl wie seine, in der in den vier Quartalen des Jahres 1994 jeweils weniger als 300 Fälle pro Quartal behandelt worden seien. Kleine Praxen hätten erfahrungsgemäß kaum "Verdünnerrfälle", bei denen die Möglichkeit bestehe, Punkte einzusparen, um damit notwendige zahnärztliche Leistungen in aufwendigeren Behandlungsfällen abrechen- und honorierbar zu erhalten. Dem hätte die Beklagte durch eine Berücksichtigung der Fallzahlen der einzelnen Praxen auf der einen Seite sowie durch die Schaffung von Regelungen über die Begrenzung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit auf der anderen Seite Rechnung tragen müssen, wie es § 85 Abs 4 Satz 4 SGB V den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen [K(Z)ÄVen] aufgabe.

Der Kläger beantragt,



das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 18. Dezember 1996 abzuändern und den Bescheid der Beklagten vom 22. Juli 1996 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und verweist darauf, daß die vom Kläger beanstandeten Folgen der Honorarverteilung im wesentlichen auf die gesetzlich vorgeschriebene Begrenzung der Gesamtvergütungen zurückzuführen seien. An diese sei jede KZÄV gebunden. Sie habe Bedenken, ob die Budgetierungsregelung ihrerseits mit dem Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit des einzelnen Vertragszahnarztes aus Art 12 Abs 1 GG vereinbar sei, so daß eine Vorlage an das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) gemäß Art 100 Abs 1 GG zu erwägen sei. Wenn diese Auffassung nicht geteilt werde, halte sich die von ihr zur Honorarverteilung getroffene Regelung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben, zumal ihr insoweit ein weiter Gestaltungsspielraum zukomme.

II

Die Revision des Klägers ist nicht begründet.

Das LSG hat die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 22. Juli 1996 zu Recht abgewiesen. Dieser Bescheid ist gemäß § 96 Abs 1 SGG Gegenstand des Verfahrens geworden, weil er die ursprünglich streitbefangenen Bescheide über vorläufige Honorareinbehalte für die Quartale I bis III/94 ersetzt hat. An der grundsätzlichen Anwendbarkeit des § 96 Abs 1 SGG auch in vertrags(zahn)ärztlichen Honorarstreitverfahren hat sich durch die neuere Rechtsprechung des Senats zur entsprechenden Anwendung des § 96 Abs 1 SGG auf Honorarbescheide für spätere Zeiträume als die ursprünglich streitbefangenen (zB BSGE 78, 98, 101 = SozR 3-2500 § 87 Nr 11) nichts geändert. Wenn im Verlauf eines gerichtlichen Streitverfahrens ein vorläufiger Honorarbescheid durch einen endgültigen Bescheid ersetzt wird, der in vollem Umfang jedenfalls auch den Zeitraum erfaßt, der bereits vorläufig geregelt worden ist, wird der endgültige Bescheid in unmittelbarer Anwendung des § 96 Abs 1 SGG Verfahrensgegenstand (vgl bereits BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 6 S 38 zur Anwendung des § 96 Abs 1 SGG in Zulassungsverfahren). Über einen gemäß § 96 Abs 1, § 153 Abs 1 SGG zum Gegenstand des Berufungsverfahrens gewordenen Bescheid hat das Berufungsgericht auf die Klage wie ein erstinstanzliches Gericht zu entscheiden (vgl BSGE 18, 231, 234 = SozR Nr 17 zu § 96 SGG).

Der Bescheid der Beklagten, der das dem Kläger zustehende vertragszahnärztliche Honorar für das Jahr 1994 um ca 86.000,00 DM gekürzt hat, ist rechtmäßig. Bei seinem Erlass sind die maßgeblichen verfahrensrechtlichen Bestimmungen eingehalten worden, und



er steht materiell im Einklang mit den für die Honorarverteilung im Zuständigkeitsbereich der Beklagten geltenden satzungsrechtlichen Bestimmungen. Diese sind ihrerseits mit den gesetzlichen Vorgaben im SGB V vereinbar.

Soweit der Kläger rügt, der Bescheid vom 22. Juli 1996 sei rechtswidrig, weil entgegen der Vorschrift des § 35 Abs 1 Satz 2 SGB X in der Begründung die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe nicht mitgeteilt worden seien, die die Beklagte zu ihrer Entscheidung bewogen haben, trifft dies nicht zu. Zunächst wäre selbst ein tatsächlich vorhandenes Begründungsdefizit nicht geeignet, die vom Kläger erstrebte Rechtsfolge der Aufhebung des Abrechnungsbescheides für das Jahr 1994 herbeizuführen. Nach § 42 Satz 1 SGB X kann die Aufhebung eines Verwaltungsaktes, der nicht nichtig ist, nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn keine andere Entscheidung in der Sache hätte getroffen werden können. Diese Bestimmung ist hier anwendbar, weil nach der Systematik des Gesetzes auch das Fehlen einer erforderlichen Begründung zu den Verfahrens- und Formfehlern iS des § 42 Satz 1 SGB X zählt (BSGE 68, 228, 231 = SozR 3-2200 § 348 Nr 1). Bei der Umsetzung der hier in Frage stehenden Vorschriften des HVM trifft die KZÄV, da ihr insoweit kein Ermessen eingeräumt ist, eine rechtsgebundene Entscheidung. Deshalb steht der Anwendung des § 42 Satz 1 SGB X nicht entgegen, daß diese Vorschrift für Ermessensentscheidungen nicht gilt (vgl Schroeder-Printzen/Wiesner, SGB X, 3. Aufl 1996, § 42 RdNr 9 mwN).

Im übrigen entspricht die vor allem in den Anlagen 1 und 2 des angefochtenen Bescheides enthaltene bzw aus ihnen für einen fachkundigen Zahnarzt zu entnehmende Begründung den Anforderungen, die für Honorarbescheide aus § 35 Abs 1 Satz 2 SGB X abzuleiten sind. Der Kläger vermißt in diesem Zusammenhang nähere Darlegungen darüber, wie die Beklagte im einzelnen die auf ihn anzuwendende Kontingentgrenze von 97 Punkten ermittelt hat. Daß die Beklagte nicht alle für die Festlegung dieser Grenze wesentlichen Umstände, Zahlen und DM-Beträge im Bescheid bzw in den Anlagen 1 und 2 aufgeführt hat, stellt jedoch kein Begründungsdefizit dar. Der für die Berechnung der Punktwertgrenze maßgebliche Rechenvorgang ergibt sich unmittelbar aus § 4a Abs 1a in der ab 1. Januar 1994 geltenden Fassung des HVM, den die Beklagte ihren Mitgliedern im Jahre 1993 mitgeteilt und in mehreren Rundschreiben erläutert hat. Für die Höhe der Kontingentgrenze sind zahlreiche Faktoren, insbesondere die von allen Mitgliedern der Beklagten im Kalenderjahr 1994 abgerechneten Fälle, alle angeforderten Punkte, die Verteilung der Punkte auf die einzelnen Leistungsbereiche (Zahnersatz, konservierend-chirurgische Behandlung, Individualprophylaxe, Parodontosebehandlung, Kieferbruchbehandlung) sowie die Relation der durchschnittlich pro Fall abgerechneten Punktzahlen der einzelnen Untergruppen von Zahnärzten gemäß § 4 Abs 1a Ziff 8 HVM und schließlich die Höhe der von den einzelnen Krankenkassen zu entrichtenden Gesamtvergütung nach § 85 Abs 1 SGB V von Bedeutung. Von der Beklagten kann nicht verlangt



werden, dieses umfangreiche Zahlenmaterial jedem Honorarbescheid beizulegen. Der Kläger hat nicht vorgetragen, daß ihm die Beklagte nähere Angaben etwa über die Höhe der Gesamtvergütungen, über die den einzelnen Untergruppen nach Ziff 8 zugebilligten Kontingentgrenzen oder die Gesamtzahl der im Jahre 1994 von den Mitgliedern der Beklagten angeforderten Punkte vorenthalten hätte. In diesem Zusammenhang wichtige Daten hat die Bevollmächtigte der Beklagten in der mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsgericht überreicht, das sie zum Gegenstand des Verfahrens gemacht hat. Der Kläger hat der Verwertung dieses Zahlenmaterials nicht widersprochen und auch keinen weiteren Aufklärungsbedarf geltend gemacht.

Der Kläger dringt auch mit seiner Rüge nicht durch, im Hinblick auf den der Beklagten nach Anwendung des § 4 Abs 1a HVM verbliebenen Überhang von ca 4 Millionen DM für das Jahr 1994 hätten Mitte 1996 noch keine Schlußrechnungen für 1994 erstellt werden dürfen. Die Beklagte hat in ihren im Termin der mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsgericht übergebenen und dort nach den Feststellungen des LSG näher erläuterten Unterlagen dargestellt, daß dieser noch verbleibende Restbetrag unter zahlreichen Vorbehalten steht. Mitte 1996 waren nämlich Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren für das Jahr 1994 teilweise noch nicht endgültig abgeschlossen, und es standen noch Forderungen gegenüber einzelnen Betriebskrankenkassen auf Ausgleich von Budgetunterschreitungen beim "Ostbudget" offen. Zudem waren noch Fremdzahnärzte und fremde KZÄVen nach den Regelungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung über den Fremdkassenausgleich an Budgetunter- bzw -überschreitungen zu beteiligen, und schließlich war noch eine Vereinbarung mit den Primärkassen über den Verbleib des dann noch zur Verfügung stehenden Betrages zu treffen. Es besteht keinerlei Anlaß zu der Vermutung, nach Auflösung dieser Vorbehalte bzw nach Abschluß der notwendigen Verhandlungen mit den Primärkassen werde die Beklagte als an Recht und Gesetz gebundene Körperschaft des öffentlichen Rechts einen ihr eventuell aus der Abrechnung des Jahres 1994 verbleibenden Überschuß einbehalten oder für eigene Zwecke verwenden, statt ihn ihren Mitgliedern in geeigneter Form gutzuschreiben. Die Beklagte hat zutreffend darauf hingewiesen, daß zahlreiche Vertragszahnärzte anderthalb Jahre nach Abschluß des Kalenderjahres 1994 dringend auf eine endgültige Honorarabrechnung ohne generelle Vorbehalte angewiesen waren, um sichere Kalkulationsgrundlagen für die Praxisführung zu erhalten. Diesen berechtigten Interessen durfte sie auch im Hinblick auf den relativ geringfügigen Umfang - berechnet pro Vertragszahnarzt - der bei ihr noch vorhandenen und möglicherweise für die Verteilung zur Verfügung stehenden Beträge durch die Erteilung vorbehaltloser Schlußrechnungen für 1994 Rechnung tragen.

Die Beklagte hat dem angefochtenen Honorarbescheid zu Recht die für die Zeit vom 1. Januar 1994 bis zum 31. Dezember 1995 geltende Vorschrift des § 4 Abs 1a ihres HVM (Beschuß der Vertreterversammlung vom 23. Juni 1993 idF des Beschlusses vom 20. November 1993) zugrunde gelegt. Nach dieser ausdrücklich "im Hinblick auf § 85



Abs 3a SGB V" (Budgetierung der Gesamtvergütungen) erlassenen Bestimmung ermittelt die KZÄV "quartalsweise kumuliert pro Kalenderjahr für die Vertragszahnärzte die im Rahmen der Honorarverteilung maximal zu vergütende Punktzahl (individuelle Kontingentgrenze)". Bis zum Erreichen dieser Grenze nehmen die angeforderten Punkte mit dem mit den Krankenkassen vereinbarten Punktwert an der Honorarverteilung teil, wobei die im einzelnen Behandlungsfall nicht verbrauchten Punkte auf andere Behandlungsfälle übertragen werden können und die in einem Quartal nicht verbrauchten Punkte dem Punktekongent für das nächste Quartal zugeschlagen werden. Die Kontingentgrenze wird in der Weise ermittelt, daß die Abrechnungspunkte aus den Leistungsbereichen Individualprophylaxe, Parodontosebehandlung und Kieferbruchbehandlung vorab mit dem vollen Punktwert vergütet werden und anschließend berechnet wird, wieviele Punkte zum vollen Punktwert für konservierend-chirurgische Leistungen pro Fall vergütet werden können. Die so errechnete Punktzahl ergibt multipliziert mit der Fallzahl des einzelnen Zahnarztes dessen Kontingentgrenze. Für die Honorarfestsetzung errechnet die Beklagte sodann, um welchen Prozentsatz die Kontingentgrenze hinter der Gesamtzahl der für konservierend-chirurgische Leistungen abgerechneten Punkte zurückbleibt, und vermindert den dem Zahnarzt bei Honorierung aller abgerechneten Leistungen mit einem festen Punktwert zustehenden DM-Betrag um diesen Satz. Anhand der Abrechnungswerte des Vorquartals teilt die KZÄV den Zahnärzten zu deren Orientierung vorab die voraussichtliche Höhe der Kontingentgrenze mit, ohne diese zu garantieren. Der Vorstand ist schließlich berechtigt, auf Antrag für besondere Fachgruppen mit von den durchschnittlichen Abrechnungswerten deutlich abweichenden Abrechnungsergebnissen, insbesondere für die auf Überweisung tätigen Kiefer- und Oralchirurgen und für Praxisanfänger mit niedriger Fallzahl, gesonderte Kontingentgrenzen festzusetzen. Diese Regelungen, deren korrekte Anwendung auf seine Abrechnung aus dem Jahre 1994 der Kläger nicht in Abrede stellt, stehen mit höherrangigem Recht in Einklang.

Honorarverteilungsregelungen einer Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung (K<Z>ÄV) sind in erster Linie an den gesetzlichen Vorgaben des § 85 Abs 4 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 Kassen(zahn)arztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann, wie der Senat zu der gleichlautenden früheren Regelung des § 386f Abs 1 Satz 4 Reichsversicherungsordnung (RVO) entschieden hat, nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müßten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, dh mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert, honoriert werden. Das Gesetz schließt danach eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets mit der Folge, daß die vertrags(zahn)ärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im selben Verhältnis, sondern, abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich, unterschiedlich hoch vergütet werden, nicht grundsätzlich aus (Urteil vom 29. September 1993 - BSGE 73, 131, 134 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 22; vgl auch § 85



Abs 4 Satz 5 SGB V, wonach eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorgesehen werden kann). Im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften darf die K(Z)ÄV die Verteilung allerdings nicht frei nach ihrem Ermessen gestalten; sie ist vielmehr an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden. Dieser besagt, daß die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind (BSGE 73, 131, 136 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 24; BSGE 77, 279, 283 = SozR 3-2500 § 85 Nr 10 S 57; BSGE 77, 288, 291 = SozR 3-2500 § 85 Nr 11 S 66; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 16 S 100). Der normsetzenden Körperschaft bleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden. In Anwendung dieser Rechtsgrundsätze hat der Senat bereits mehrfach Honorarverteilungsregelungen gebilligt, mit denen KÄVen auf die durch § 85 Abs 3a - c SGB V idF des Art 1 Nr 43 f des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) vorgenommene Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütung reagiert haben.

§ 85 Abs 3a Satz 1 SGB V legt fest, daß die nach Abs 3 aaO zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 sich höchstens um den Vomhundertsatz verändern dürfen, um den sich die zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebietes je Mitglied verändern. Nach Satz 2 aaO sind die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Jahre 1993 auf das entsprechend der Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 aaO im Jahre 1992 erhöhte Vergütungsvolumen im Jahre 1991 zu beziehen. Die Regelungen binden damit das Wachstum der Gesamtvergütungen an die Entwicklung der Grundlohnsumme, dh der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen. Ausgangsbasis für die Veränderung der Gesamtvergütungen im Jahre 1993 ist das Vergütungsvolumen des Jahres 1991. Die als Budgetierung der Gesamtvergütungen bezeichnete Maßnahme kann unter bestimmten Voraussetzungen - wie zB bei allgemeiner Zunahme der abgerechneten Leistungen - eine Minderung des Punktwertes und als dessen Folge eine Verringerung des für die einzelne Leistung zur Verfügung stehenden Honorars nach sich ziehen. Das wiederum kann bei einzelnen (Zahn-)Ärzten Bestrebungen fördern durch eine Ausweitung der Leistungen und damit eine Erhöhung der Punktzahlanforderungen die mit dem Absinken des Punktwertes einhergehenden Honorarminderungen aufzufangen. Leistungsausweitungen auch nur in Teilbereichen vertrags(zahn)ärztlicher Versorgung ziehen Punktwert- und damit Honorarminderungen auch für solche Arztgruppen nach sich, die zu einer Leistungsausweitung nicht beitragen.

Die KÄVen haben unterschiedliche Wege beschritten, dieser Tendenz und ihren Auswirkungen entgegenzutreten. In einigen KÄV-Bezirken sind fachgruppenbezogene Honorar-



kontingente gebildet worden. Das kann bei unterschiedlicher Mengenentwicklung in einzelnen ärztlichen Fachgebieten zur Folge haben, daß die gleichen Leistungen für Vertragsärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten unterschiedlich hoch vergütet werden (vgl BSGE 77, 288, 294 = SozR 3-2500 § 85 Nr 11 S 67). Die Bildung eines arztgruppenübergreifenden einheitlichen Vergütungstopfes für bestimmte Leistungen (konkret: ambulantes Operieren; vgl BSGE 77, 279, 284 = SozR 3-2500 § 85 Nr 10 S 58), sollte ua ebenfalls verhindern, daß bei budgetierten Gesamtvergütungen das Leistungsgeschehen in einem einzelnen Bereich der vertragsärztlichen Tätigkeit zu Punktwertminderungen in anderen, weniger stark expandierenden Bereichen führen kann (vgl auch BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 16 S 105). Den aufgezeigten unterschiedlichen Gestaltungen der Honorarverteilung ist gemeinsam, daß sie dem Ziel dienen, Begrenzungen der Gesamtvergütungen im Verhältnis der Krankenkassen zu den KÄVen in geeigneter Form an die einzelnen Vertragsärzte im Rahmen der Honorarverteilung weiterzugeben. Diesen Gesichtspunkt hat der Senat schon vor Einführung des § 85 Abs 3a SGB V durch das GSG als legitimen Grund für eine Abweichung vom Gebot der strikt leistungsproportionalen Honorarverteilung angesehen. Er hat es deshalb gebilligt, daß auf gesamtvertraglicher Ebene in den Vergütungsbeziehungen zwischen KÄV und Krankenkassen getroffene strukturelle Entscheidungen zur Vergütung, insbesondere dort vereinbarte Leistungsmengenbegrenzungen, über die Honorarverteilung in geeigneter Weise an die betroffenen Ärzte weitergegeben werden (BSG SozR 2200 § 368f Nr 9 S 22 f; Urteil vom 19. Dezember 1984 - 6 RKa 8/83 = USK 84269; vgl auch BSGE 73, 131, 135 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 22).

Den KÄVen ist es nach der geltenden Rechtslage und bisherigen Rechtsprechung mithin gestattet, sektorale Mengenbegrenzungen der Gesamtvergütungen im Rahmen der Honorarverteilung weiterzugeben oder hierbei auf Bundesebene im EBM vereinbarte neue Vergütungsstrukturen abzusichern (vgl dazu BSGE 73, 131, 137 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 23). Ebenso muß es ihnen möglich sein, eine gesetzlich angeordnete strikte Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütungen bei der Honorarverteilung zu berücksichtigen. Die gegenteilige Auffassung, wonach die K(Z)ÄVen gezwungen seien, den mit jedem Leistungsmengenanstieg unter Geltung einer budgetierten Gesamtvergütung ohne steuernde Honorarverteilungsregelungen zwangsläufig verbundenen Punktwertverfall in Kauf zu nehmen, findet in § 85 Abs 4 SGB V keine Stütze. Sie wird zudem der Verantwortung der K(Z)ÄVen für die Sicherstellung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung (§ 75 Abs 1 SGB V) und ihrer Mitverantwortung für eine angemessene Vergütung der (zahn)ärztlichen Leistungen (§ 72 Abs 2 SGB V) nicht gerecht.

In diesen Rahmen fügt sich die im HVM der Beklagten getroffene Regelung über eine sog individuelle Kontingentgrenze der für konservierend-chirurgische Leistungen insgesamt abrechenbaren Punkte ein. § 4 Abs 1a HVM knüpft an die im vertragszahnärztlichen Bereich seit Jahrzehnten praktizierte Berechnung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen und die Vereinbarung fester Punktwerte in den Gesamtverträgen an (vgl § 1 des noch



auf § 368g RVO beruhenden Nordrheinischen Gesamtvertrages in der ab 1. Januar 1981 geltenden Fassung sowie die Punktwertvereinbarung für 1992 in Höhe von 1,42 DM für Nordrhein durch die Schiedsamtentscheidung vom 27. März 1992). Mit dem Inkrafttreten des § 85 Abs 3a SGB V zum 1. Januar 1993 und der mit ihm einhergehenden Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütungen konnten nicht beide Elemente der Honorierung der zahnärztlichen Leistungen unverändert weiter praktiziert werden. Entweder mußte eine Begrenzung der abrechenbaren Einzelleistungen vorgenommen oder auf feste Punktwerte verzichtet werden. Es ist nicht zu beanstanden, daß sich die Beklagte für eine Modifikation beider Elemente entschieden und dabei der Garantie eines festen Punktwertes für ein bestimmtes Kontingent konservierend-chirurgischer Leistungen pro Praxis den Vorzug vor einer Honorierung aller abgerechneten Punkte mit einem schwankenden Punktwert gegeben hat.

Die in § 4 Abs 1a HVM getroffene Regelung kommt der Bildung eines praxisbezogenen, fallzahlabhängigen Budgets für bestimmte Leistungen in ihren Auswirkungen nahe und entspricht damit einer Bewertungsform, die der Senat für Laborleistungen im ärztlichen Bereich auf der Ebene des bundeseinheitlich geltenden EBM gemäß § 87 Abs 2 SGB V bereits gebilligt hat (BSGE 78, 98 = SozR 3-2500 § 87 Nr 12). Hier wie dort steht dem Arzt für einen bestimmten Leistungsbereich maximal ein Punktzahlvolumen zur Verfügung, das sich aus der Multiplikation der Zahl der Behandlungsfälle mit der festgesetzten Punktzahl bzw Punktzahlengrenze ergibt. Die Punktzahlengrenze bildet jeweils keine starre Höchstgrenze der pro Fall tatsächlich abrechenbaren Leistungen bzw Punkte. Vielmehr können - wie im vorliegenden Verfahren § 4 Abs 1a Ziff 2 HVM ausdrücklich vorsieht - in einem Behandlungsfall nicht "verbrauchte" Punkte auf andere Fälle übertragen werden. Satz 2 dieser Vorschrift gestattet darüber hinausgehend die Übertragung der in einem Quartal nicht verbrauchten Punkte auf ein späteres Quartal desselben Kalenderjahres. Diese Möglichkeit kommt einem Zahnarzt zugute, der seine Kontingentgrenze nicht regelmäßig, sondern nur gelegentlich in einzelnen Quartalen überschreitet. Damit steht jedem Zahnarzt ein allein von seiner Fallzahl abhängiges Jahreskontingent von Punkten zur Verfügung, die mit einem festen Punktwert honoriert werden. Die Regelung führt mithin zu einem Maß an wirtschaftlicher Kalkulierbarkeit der Einnahmesituation, das in einem nach der Zahl der Leistungserbringer, der Leistungsmenge und der Behandlungsfälle variablen Gesamtvergütungssystem kaum übertroffen werden kann. Das gilt um so mehr, als die Kontingentgrenze nicht lediglich als Sockel ausgestaltet ist, sondern so berechnet wird, daß sie im wesentlichen den durchschnittlichen Behandlungsaufwand für konservierend-chirurgische Leistungen pro Behandlungsfall abdeckt. Der einzelne Zahnarzt kann sich demnach darauf einstellen, den durchschnittlichen Behandlungsaufwand in einem zentralen Bereich der vertragszahnärztlichen Tätigkeit - auf das Kalenderjahr gerechnet - zu einem festen Punktwert vergütet zu erhalten. Leistungen in den Bereichen Parodontosebehandlung, Individualprophylaxe und Kieferbruchbehandlung



werden sowieso ohne Mengenbegrenzungskomponente mit dem vereinbarten - festen - Punktwert honoriert.

Der Regelung des § 4 Abs 1a HVM kann nicht entgegengehalten werden, sie sei rechtswidrig, weil die für konservierend-chirurgische Leistungen abgerechneten Punkte eines Vertragszahnarztes unter bestimmten Voraussetzungen bei der Vergütung gänzlich unberücksichtigt blieben. Dieser Fall trete ein, wenn ein Vertragszahnarzt in jedem Quartal die individuelle Kontingentgrenze überschreite, so daß weder der quartalsinterne Ausgleich von Fall zu Fall noch der quartalsübergreifende Ausgleich für den Fall noch nicht verbrauchter Punktzahlmengen gemäß § 4 Abs 1a Ziff 2 HVM zu seinen Gunsten eingreifen könne. Diese Folge widerspreche den im Senatsurteil vom 30. September 1983 - 6 RKA 29/82 - (SozR 2200 § 368f Nr 9) aufgestellten Grundsätzen. Das ist jedoch nicht der Fall. In der genannten Entscheidung ist eine Mengenbegrenzungsregelung für Laborleistungen in einem HVM einer KÄV als rechtmäßig beurteilt worden, mit der Mengenbegrenzungsregelungen aus einem Gesamtvertrag an die einzelnen Kassenärzte weitergegeben worden waren. Weiter ist ausgeführt worden, die Begrenzung sei jedenfalls mit der konkret vorgesehenen Modifikation zulässig, daß die den Höchstbetrag übersteigenden Anforderungen nicht gänzlich unberücksichtigt blieben, sondern nur im Verhältnis zu der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung vergütet würden (aaO S 22). Ob und gegebenenfalls unter welchen Umständen eine Honorarverteilungsregelung zulässig ist, die zu einer solchen Restvergütung mit einem möglicherweise sehr niedrigem Punktwert führt oder sie gar gänzlich ausschließt, hat der Senat im Urteil vom 30. September 1983 nicht entschieden, weil es darauf nicht ankam. Er hat aber bereits in anderem Zusammenhang, nämlich in dem zum sog Praxisbudget für Laborleistungen ergangenen Urteil vom 20. März 1996 (BSGE 78, 98 = SozR 3-2500 § 87 Nr 12), dargelegt, daß die praxisindividuelle Budgetierung eines bestimmten Leistungsbereichs nicht zur Folge hat, daß tatsächlich erbrachte ärztliche Leistungen nicht vergütet werden. Sie bewirkt lediglich, daß bei einer Überschreitung des Grenzwertes die Höhe der Vergütung für die einzelne erbrachte Leistung sinkt. Diese Betrachtungsweise ist auch bei der Beurteilung der hier streitigen Honorarverteilungsregelung geboten. Das in § 4 Abs 1a HVM beschriebene Berechnungsverfahren und die auf dieser Grundlage von der Beklagten praktizierte Honorarverteilung schließen die Honorierung einer bestimmten zahnärztlichen 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 Zahnarztes im Ganzen, wenn und soweit die für ihn geltenden Kontingentgrenzen im Bereich der konservierend-chirurgischen Leistungen überschritten worden sind. Die Formulierung in § 4 Abs 1a Ziff 2 HVM der Beklagten erweckt zwar zunächst den Eindruck, konkrete, in individualisierbaren Behandlungsfällen erbrachte Leistungen seien von der Honorierung gänzlich ausgenommen. Dies erweist sich indessen bei näherer Betrachtung des der Vorschrift zugrundeliegenden Wirkungsmechanismus als unzutreffend, denn sowohl die Zahl der angeforderten Punkte wie die individuelle Kontingent-



grenze stellen sich lediglich als Berechnungsfaktoren für das dem Zahnarzt in jedem einzelnen Quartal und im Kalenderjahr insgesamt zustehende Honorar dar. Die Rechtmäßigkeit solcher Honorarverteilungsregelungen, die die Begrenzung der Gesamtvergütungen aus dem Rechtsverhältnis zwischen Krankenkasse und KZÄV auf das Rechtsverhältnis zwischen dieser und dem einzelnen Vertragsarzt übertragen, hängt nicht primär von dem angewandten Berechnungsverfahren, sondern vor allem davon ab, ob das gewählte Begrenzungsinstrumentarium sachgerecht ist und für den einzelnen Zahnarzt zu gerechten, nachvollziehbaren und insgesamt zumutbaren Ergebnissen führt. Das ist hier aus den bereits oben dargelegten Gründen zu bejahen.

Auch soweit der Kläger die Regelung des § 4 Abs 1a HVM im Hinblick auf die Differenzierungsbestimmungen der Ziff 8 für rechtswidrig hält, kann seiner Argumentation nicht gefolgt werden. Sowohl bei der Schaffung der Differenzierungstatbestände als auch bei der Berechnung der für die einzelnen Untergruppen maßgeblichen Kontingentgrenze hat sich die Beklagte nach ihren nachvollziehbaren Angaben im Berufungsrechtszug von den tatsächlichen Abrechnungsergebnissen aus der Vergangenheit leiten lassen. Sie hat ihren Gestaltungsspielraum nicht dadurch verletzt, daß sie eine Untergruppe von Praxisanfängern mit insgesamt niedriger Fallzahl für die Dauer von maximal acht Quartalen gebildet und den Vorstand der Beklagten ermächtigt hat, für diese Gruppe eine höhere Kontingentgrenze als für die übrigen allgemein-zahnmedizinisch tätigen Zahnärzte festzusetzen. Innerhalb der Gruppe der allgemein-zahnmedizinisch tätigen Zahnärzte, die eine Fallzahl von unter 400 pro Quartal aufweisen, bestehen zwischen Praxisanfängern in den ersten beiden Jahren der zahnärztlichen Tätigkeit und bereits langjährig tätigen Zahnärzten Unterschiede von solchem Gewicht, daß eine Differenzierung hinsichtlich der Höhe der individuellen Kontingentgrenze jedenfalls nicht sachwidrig ist. Der Untersuchungs- und Behandlungsaufwand von eine Praxistätigkeit neu aufnehmenden Zahnärzten, für die zunächst alle Patienten und erst im Laufe der Zeit eine zunehmend geringer werdende Anzahl von Patienten fremd sind, kann bei typisierender Betrachtungsweise höher angesetzt werden als derjenige von Zahnärzten, die langjährig tätig sind und denen deshalb ein größerer Teil der Patienten bereits bekannt ist.

Entgegen der Auffassung des Klägers war es nicht geboten, innerhalb der Untergruppe der überwiegend auf Überweisung tätigen Oralchirurgen bzw Kieferchirurgen hinsichtlich der Kontingentgrenze danach zu differenzieren, ob in einem konkreten Behandlungsfall spezialisierte oralchirurgische bzw kieferchirurgische Leistungen auf Überweisung erbracht oder auf einem Original-Behandlungsschein "normale" zahnärztliche Leistungen abgerechnet worden sind. Jeder Typisierung wohnt das Risiko inne, daß nicht alle in jedem Einzelfall wichtigen Unterscheidungsmerkmale erfaßt und problematische Abgrenzungen nicht gänzlich vermieden werden können. Solange jedoch keine Anhaltspunkte dafür bestehen, daß die Kieferchirurgen und Oralchirurgen tatsächlich schwerpunktmäßig nicht spezielle kiefer- bzw oralchirurgische Leistungen auf Überweisung, sondern



"normale" zahnärztliche Leistungen erbringen, kann die Regelung in § 4 Abs 1a Ziff 8 HVM nicht beanstandet werden. Umgekehrt hätte sich die Beklagte, wenn sie bei der Festlegung der Kontingentgrenzen auf jegliche Differenzierung hinsichtlich der verschiedenen Ausübungsformen der zahnärztlichen Tätigkeit verzichtet hätte, dem Vorwurf einer sachwidrig gleichen Behandlung strukturell unterschiedlicher Sachverhalte ausgesetzt. Dem Gebot möglichst umfassender Einzelfallgerechtigkeit trägt die Regelung schließlich dadurch Rechnung, daß die Untergruppen, denen besondere Kontingentgrenzen zugewiesen werden können, nur beispielhaft aufgezählt sind und durch die Wendung "insbesondere" hinreichend deutlich gemacht worden ist, daß in vergleichbaren, in der Regelung nicht ausdrücklich erfaßten besonderen Fällen untypischer Praxisstrukturen der Vorstand berechtigt ist, die Kontingentgrenze abweichend festzusetzen.

Zu Unrecht fordert der Kläger, die Beklagte hätte auf "gewachsene Praxisstrukturen" in besonderer Weise Rücksicht nehmen müssen. Soweit sich diese in einer von der typischen Zahnarztpraxis erheblich abweichenden Praxisstruktur niedergeschlagen haben, wie das etwa bei den Kieferchirurgen der Fall ist, ist dieser Sachverhalt in § 4 Abs 1a Ziff 8 HVM berücksichtigt. Der vom Kläger in den Vordergrund gestellte Umstand, daß auf relativ kleine Praxen mit relativ hohem Fallwert nicht hinreichend Rücksicht genommen worden sei, zieht keinen Verstoß gegen höherrangiges Recht nach sich. Bereits im Urteil vom 30. September 1983 (SozR 2200 § 368f Nr 9) hat der Senat ausgeführt, der einzelne Arzt könne nicht verlangen, daß bei Honorarbegrenzungsregelungen darauf abgestellt werde, wie seine Praxis in Jahrzehnten gewachsen sei. Der Senat hat es deshalb mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise für vereinbar gehalten, daß die KÄV die Abrechnung des einzelnen Arztes in der Vergangenheit nicht als Ausgangspunkt für die Begrenzung (konkret: der Honorierung von Laborleistungen) hingegenommen hat. Damit wären ansonsten nämlich jüngere Ärzte, die erstmalig Laborleistungen abrechnen, völlig unberücksichtigt geblieben. Zugleich wären sachlich gebotene Ausweitungen der Labortätigkeit von Ärzten, die insoweit bisher unter dem Durchschnitt gelegen hätten, blockiert worden. Der Senat hat es deshalb im damaligen Urteil nicht beanstandet, daß sich die KÄV bei der Honorarbegrenzung an Durchschnittswerten orientiert hat (aaO S 27). Diese Erwägungen gelten auch hier. So hat die KÄV die individuelle Kontingentgrenze von 97 Punkten im streitbefangenen Kalenderjahr 1994 für alle allgemein-zahnärztlich tätigen Mitglieder der Beklagten einführen können, unabhängig davon, wie hoch der praxisindividuelle Fallwert in der Vergangenheit gewesen ist. Dementsprechend ist es unbeachtlich, daß die Anwendung des § 4 Abs 1a HVM - wie der Kläger angibt - zu einer Verminderung des ihm für konservierend-chirurgische Leistungen zustehenden Honorars um ca 31 % geführt hat. Im übrigen ist auch nicht erkennbar, auf welchen Ausgangswert sich dieser Prozentsatz bezieht und ob die Zahl der Behandlungsfälle sowie der für konservierend-chirurgische Leistungen angeforderten Punkte in den verglichenen Zeiträumen übereinstimmen. Unabhängig davon hat jede am Durchschnitt orientierte Begrenzung der pro Behandlungsfall rein rechnerisch abrechenbaren Punkte die



Auswirkung, daß die Honorare von (Zahn-)Arztpraxen mit in der Vergangenheit überdurchschnittlich hohen Fallwerten überproportional zurückgehen. Das ist für sich genommen nicht zu beanstanden, solange die Höhe des Fallwertes nicht auf Umständen beruht, die in der spezifischen Behandlungsausrichtung des einzelnen Zahnarztes liegen und von ihm nicht oder kaum beeinflussbar sind. Für diese Situation hat die Beklagte in § 4 Abs 1a Ziff 8 HVM - wie dargelegt - in sachgemäßer Weise Ausnahmetatbestände geschaffen, die auf die Praxis des Klägers nicht zutreffen.

Erfolglos ist schließlich auch der Einwand des Klägers, die Honorarverteilung der Beklagten im Jahre 1994 sei deshalb rechtswidrig, weil der HVM keine spezielle Vorschriften zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit der Vertragszahnärzte enthalten habe. Gemäß § 85 Abs 4 Satz 4 SGB V soll der Verteilungsmaßstab sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassen(zahn)arztes verhütet wird. Es bedarf keiner Entscheidung, ob die Beklagte durch die Nichtaufnahme einer explizit auf die Begrenzung der Tätigkeit ihrer Mitglieder zielenden Regelung das Gesetz verletzt hat, was von der Aufsichtsbehörde gemäß § 78 Abs 3 SGB V iVm § 89 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) gegebenenfalls beanstandet werden könnte. Offenbleiben kann weiterhin, ob der Kläger überhaupt geltend machen kann, ein - unterstellt - rechtswidriges Unterlassen der Beklagten greife in seine rechtlich geschützten Positionen ein. Dagegen spricht, daß § 85 Abs 4 Satz 4 SGB V eine objektiv-rechtliche Regelung enthält, allein an die KÄV gerichtet ist und nicht eine subjektiv-rechtliche Begünstigung einzelner (Zahn-)Ärzte zum Zweck hat. Der Kläger kann jedenfalls nicht dadurch in seinen Rechten verletzt sein, daß die Beklagte keine Regelung zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung getroffen hat, die allein auf die Fallzahl abstellt. Nur eine solche Vorschrift würde den Kläger, dessen Fallzahl pro Quartal mit ca 290 im Jahre 1994 eher niedrig ist, begünstigen, und nur das Fehlen einer entsprechenden Bestimmung beanstandet er. Eine allein auf die Überschreitung bestimmter Fallzahlengrenzwerte abstellende und den Leistungsumfang im übrigen völlig außer acht lassende Regelung ist jedoch nicht durch § 85 Abs 4 Satz 4 SGB V geboten. Alle Begrenzungsregelungen im ärztlichen Bereich, über die der Senat in den letzten Jahrzehnten zu entscheiden hatte, stimmten insoweit überein, daß als Indikatoren für eine übermäßige Ausdehnung entweder lediglich die Überschreitung einer bestimmten Punktzahlengrenze (zB BSG SozR 2200 § 368 f Nr 15; SozR 3-2500 § 85 Nr 8) oder eine Kombination von Fall- und Punktzahlenobergrenze (zB BSG SozR 2200 § 368 f Nr 15) normiert waren. Honorarverteilungsregelungen, die ohne Berücksichtigung von Fallzahl und Gesamthonorar der Praxis allein auf den Fallwert abgestellt haben, sind indessen nicht durch § 85 Abs 4 Satz 4 SGB V gedeckt (BSGE 75, 37, 44 = SozR 3-2500 § 85 Nr 7 S 44). Nichts anderes gilt für eine allein an die Fallzahl anknüpfende, den Behandlungsumfang pro Fall und damit auch die Gesamthonorarforderung überhaupt nicht berücksichtigende Regelung der Honorarverteilung. Die Fallzahl allein gibt keinen Aufschluß darüber, in welchem Umfang zahnärztliche Leistungen erbracht werden und ob sich der (Zahn-)Arzt dem einzelnen Patienten mit der erforderlichen



Sorgfalt widmen kann. Auch die Vorschriften des § 85 Abs 4b bis f SGB V, die bis zum 30. Juni 1997 in Geltung waren, knüpfen Rechtsfolgen im Sinne einer Verminderung des Vergütungsanspruchs (Degression) an die Überschreitung einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt und damit an den Praxisumsatz an (vgl Senatsurteil vom 14. Mai 1997 - 6 RKa 25/96 - zur Veröffentlichung vorgesehen), der nicht allein von der Fallzahl abhängt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)