
S 2 KA 122/02

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Düsseldorf
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 KA 122/02
Datum	05.05.2004

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit von Honorareinbehalten in den Leistungsbereichen Kieferorthopädie (KFO), Zahnersatz (ZE), Parodontose (PAR) sowie Kieferbruch/Kiefergelenk (KB/KG) (sog. übrige Leistungsarten) für das Jahr 2001.

Für die Zeit ab 01.01.2001 erganzte die Beklagte ihren Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zu § 4 um einen Abs. 1a u.a. in der Weise, dass für konservierend-chirurgische Behandlungen (KCH) einerseits und für KFO, ZE, PAR sowie KB/KG andererseits Teil(honorar)kontingente gebildet wurden. Für diese Leistungsarten ermittelt die Beklagte jeweils getrennt für den Bereich der Privärkrankenkassen sowie für den Bereich der VdAK/AEV-Krankenkassen quarntalsweise kumuliert pro Kalenderjahr für die Vertragszahnärzte die im Rahmen der Honorarverteilung maximal zu vergütenden Honorargrenzen je Fall, bei deren Anwendung unter Bewertung der Leistungen mit dem Vertragspunktwert die zu verteilenden

Vergütungsvolumina des jeweiligen Kassenbereiches nicht überschritten werden. Bis zum Erreichen der Teilkontingente nehmen die von den Vertragszahnärzten angeforderten Punkte/DM/EUR-Beträge je Fall mit dem mit den jeweiligen Krankenkassen vereinbarten und von ihnen festgesetzten Punktwert an der Honorarverteilung nach Einzelleistungen teil. Für einzelne Behandlungsfälle nicht verbrauchte Punkte/DM/EUR-Beträge werden auf andere Fälle innerhalb der Leistungsart desselben Kassenbereiches übertragen. Die Teilkontingente der sog. übrigen Leistungsarten werden dabei bestimmt durch die Zahl der jeweils abgerechneten Fälle aus der KCH-Abrechnung multipliziert mit Honorargrenzen, die im Bereich der Primärkassen bei 89,- DM und im Ersatzkassenbereich bei 128,- DM je Fall lagen.

Der Kläger ist als Vertragszahnarzt in B niedergelassen und Mitglied der Beklagten. In Anwendung der Honorarverteilungsregelungen verfügte die Beklagte mit Bescheiden vom 13.07.2001 (Quartal 1/01) und 16.10.2001 (2/01) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.07.2002 vorläufige Honorareinbehalte in Höhe von 13.035,55 DM für den Bereich der Primärkassen und von 266,90 DM für den Bereich der Ersatzkassen im Quartal 1/01 und in Höhe von 2.478,42 DM für den Bereich der Primärkassen im Quartal 2/01. Hiergegen richtet sich die am 16.08.2002 zum Aktenzeichen [S 2 KA 122/02](#) erhobene Klage.

Weiterhin verfügte die Beklagte mit Bescheid vom 10.01.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.12.2002 einen vorläufigen Honorareinbehalt in Höhe von 1.653,57 EUR (3.234,11 DM) für den Bereich der Primärkassen im Quartal 3/01. Hiergegen hat der Kläger am 31.12.2002 zum Aktenzeichen S 2 KA 197/02 Klage erhoben.

Schließlich verfügte die Beklagte mit der Schlussabrechnung 2001 vom 08.04.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.09.2002 einen endgültigen Honorareinbehalt für den Bereich der Primärkrankenkassen in Höhe von 5.205,26 EUR (10.180,61 DM). Hiergegen richtet sich die am 07.10.2002 zum Aktenzeichen S 2 KA 147/02 erhobene Klage.

Die Kammer hat alle Streitsachen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem Aktenzeichen [S 2 KA 122/02](#) verbunden.

Der Kläger ist der Ansicht, die in der Genehmigung der Heil- und Kostenpläne hinsichtlich der ZE-Behandlungen durch die Krankenkasse liegende Zusage der zu übernehmenden Kosten betreffe nicht lediglich das Leistungsverhältnis zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse, sondern schließe auch den Vertragszahnarzt als Drittbegünstigten mit ein. Nachträgliche Pauschalierungen im HVM würden das Vertrauen des Zahnarztes auf die Kostenzusage zerstören. Die Festsetzung des HVM mit Rückwirkung zum 01.01.2001 verstoße zudem gegen das Rückwirkungsverbot. Dies gelte zumindest für die vor Bekanntgabe des HVM behandelten Fälle.

Darüber hinaus verstoße der HVM gegen den Grundsatz der Leistungsproportionalität. Die Honorargrenze von 89,- DM je abgerechnetem

KCH-Fall weise keinerlei Relation zum Umfang der Behandlung auf und sei willkürlich.

Schließlich verstöße der HVM auch gegen den Gleichheitsgrundsatz. Ein Zahnarzt, der überwiegend leichtere, weniger zeitaufwendige Fälle behandle, erhalte bei geringerem Zeit- und Behandlungsaufwand dieselbe Bezahlung. Dies führe insbesondere zu einer Schlechterstellung von Zahnärzten, die in Gebieten tätig seien, in denen vermehrt ältere Patienten und solche mit schlechterer Mundhygiene wohnten. Außerdem werde gegenüber dem Versicherten der Eindruck erweckt, die Krankenkasse zahle für die Behandlung einen wesentlich höheren Betrag, während der Vertragszahnarzt tatsächlich einen deutlich geringeren Betrag erhalte. Die Begrenzung durch den HVM erfolge ohne Rücksicht auf die von den Krankenkassen übernommenen Kosten, die ausschließlich von leistungsrechtlichen Voraussetzungen und der finanziellen Belastbarkeit des Versicherten abhängig seien.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid über die Schlussabrechnung für das Jahr 2001 (Abrechnung der Leistungsbereiche KFO/ZE/PAR sowie KB/KG) vom 08.04.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.09.2002 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist nicht begründet.

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

Gegenstand des Rechtsstreits ist dabei allein der Bescheid über die Schlussabrechnung 2001, der in vollem Umfang auch die Zeiträume erfasst, die durch die vorläufigen Honorareinbehalte (hier: Quartale 1/01 bis 3/01) bereits geregelt worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 03.12.1997 – [6 RKa 21/97](#) -).

Bei Erlass dieses Bescheides sind die maßgeblichen verfahrensrechtlichen Bestimmungen eingehalten worden, und sie stehen materiell im Einklang mit den für die Honorarverteilung im Zuständigkeitsbereich der Beklagten geltenden leistungsrechtlichen Bestimmungen. Diese sind ihrerseits mit dem Grundgesetz (GG) und den gesetzlichen Vorgaben im Sozialgesetzbuch – Gesetzliche

Krankenversicherung (SGB V) vereinbar.

Der HVM verstößt zunächst nicht gegen das Rückwirkungsverbot. Zwar ist der HVM von der Vertreterversammlung am 17.02.2001 beschlossen (vgl. Informationsdienst (ID) Nr. 2/2001 vom 20.02.2001) und in der Sonderausgabe des Rheinischen Zahnärzteblattes vom 19.02.2001 veröffentlicht worden, also etwa 7 Wochen nach Beginn des von ihm erfassten Quartals 1/2001. Ein Vertrauensschutz der Zahnärzte darauf, dass Leistungen, die bis zum Inkrafttreten eines während des laufenden Quartals veränderten HVM ohne Begrenzung vergütet werden müssten, besteht jedoch nicht (BSG, Urteil vom 03.03.1999 – [B 6 KA 15/98 R](#) = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 31](#)). Denn Honorarverteilungsregelungen im HVM sind darauf ausgerichtet, die zur Vergütung stehende Gesamtvergütung entsprechend den von allen (Zahn-)Ärzten abgerechneten – erst nach Schluss des Abrechnungszeitraumes feststehenden – Abrechnungsergebnissen zu verteilen. Deswegen können die endgültigen Honorargrenzen auch erst nach Schluss des gesamten Kalenderjahres, wenn sämtliche Abrechnungswerte feststehen, definitiv bestimmt werden. Die daraus folgende Gegebenheit, dass der Vertragszahnarzt im Zeitpunkt der Leistungserbringung grundsätzlich nur von einer ungefähren Höhe des zu erwartenden Honorars ausgehen kann, mildert die Beklagte in hinreichendem Maße dadurch ab, dass sie den Zahnärzten Orientierungshilfen gibt, indem sie ihnen anhand der laufend beobachteten Abrechnungswerte regelmäßig vorläufige Honorargrenzen mitteilt. Hinzu kommt, dass bereits der HVM für das Vorjahr (bekannt gegeben mit der Sonderausgabe des Rhein. Zahnärzteblattes vom 09.05.2000) für den Zeitraum vom 01.04.2000 bis 31.12.2000 Honorarbegrenzungen für den Bereich der übrigen Leistungsarten KFO, ZE, PAR sowie KB/KG angeordnet hatte und der Kläger nach Auslaufen dieses HVM nicht ohne weiteres davon ausgehen konnte, dass ab dem 01.01.2001 nunmehr keine Honorarbegrenzungen mehr erfolgen würden.

Materiell-rechtlich ist die grundsätzliche Zulässigkeit von Honorarbegrenzungsregelungen im Bereich der Beklagten seit dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 03.12.1997 (a.a.O.) zum Leistungsbereich KCH als geklärt anzusehen.

Diese höchststrichterliche Rechtsprechung, der sich die Kammer nach eigener Äußerung und Bewertung anschließt, entfaltet auch im Jahre 2001 Bedeutung. Die Rechtsprechung des BSG stützte sich auf die Budgetierung der Gesamtvergütungen in den Jahren 1993 bis 1995, wie sie in [Â§ 85 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) gesetzlich vorgeschrieben war. In gleicherweise stellt sich die Situation im vorliegend streitbefangenen Zeitraum des Jahres 2001 dar. Die Rechtmäßigkeit zur Begrenzung der Vergütung ergibt sich insofern aus Art. 1 Nr. 28 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22.12.1999 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000). Die hierin vorgenommene Änderung des [Â§ 71 Abs. 2 SGB V](#) begrenzt die Gesamtvergütung durch zwingende Ankoppelung an die Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen

gemäß [Â§ 71 Abs. 3 SGB V](#) (Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen gemäß [Â§ 267 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#)). Honorarverteilungsregelungen einer Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung sind an den gesetzlichen Vorgaben des [Â§ 85 Abs. 4 SGB V](#) in Verbindung mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der sich aus Art. 12 in Verbindung mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ergibt, zu messen. Zentrale Bedeutung kommt dabei der Bestimmung des [Â§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu, nach der bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertrags(zahn)arztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann, wie das BSG wiederholt entschieden hat (vgl. z.B. Urteil vom 09.09.1998 â [B 6 KA 55/97 R -](#), [BSGE 83, 1 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26](#)), nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssen 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)rztliche Leistungen nicht mehr entsprechend der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (Bema) für die (zahn)rztlichen Leistungen festgelegten Punktzahl-Bewertung, sondern â aufgrund unterschiedlicher Punktwerte, die auf unterschiedlichen Mengenentwicklungen in den verschiedenen Leistungsbereichen beruhen â unterschiedlich hoch vergütet werden.

Hierbei können Honorartpfe für Arztgruppen und/oder Versorgungsgebiete gebildet werden (vgl. [Â§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#)). Sie können aber auch, wie es bei der hier zu beurteilenden Regelung der Fall ist, für bestimmte Leistungsbereiche geschaffen werden (vgl. BSG, Urteil vom 09.09.1998 â [B 6 KA 55/97 R -](#)). Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Töpfen für einzelne Leistungsbereiche ist grundsätzlich sachlich gerechtfertigt. Dies stellt sich als die konsequente Vorsorge dagegen dar, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefge zu Lasten anderer Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. BSG, Urteile vom 09.09.1998 â [B 6 KA 55/97 R](#) â sowie vom 03.03.1999 â [B 6 KA 56/97 R -](#)).

Unzumutbare Nachteile sind mit diesen Regelungen nicht verbunden. Für die hier streitbefangenen übrigen Leistungsarten steht dem Vertragszahnarzt im Kalenderjahr maximal ein Honorarvolumen zur Verfügung, das sich aus der Multiplikation der Zahl der KCH-Abrechnungsflle mit den jeweiligen DM/EUR-Beträgen ergibt. Diese Honorargrenze bildet jeweils keine starre Höchstgrenze der pro Fall tatsächlich abrechenbaren Leistungen. Vielmehr werden gemäß [Â§ 4 Abs. 1a Abschnitt A Ziffer 2.2 HVM](#) für einzelne Behandlungsfälle nicht verbrauchte DM/EUR-Beträge auf andere Fälle innerhalb der Leistungsart desselben Kassenbereichs übertragen. Da es sich um ein Jahreskontingent handelt, können zudem Überschreitungen in einem Quartal durch Mindermengen in folgenden Quartalen kompensiert werden. Damit steht jedem Zahnarzt ein allein von seiner Fallzahl abhängiges Honorarvolumen im Kalenderjahr zur Verfügung, das ihm garantiert wird und eine wirtschaftliche Kalklierbarkeit der Einnahmesituation ermöglicht. Dies gilt umso mehr, als die Kontingentgrenze

von 89,- DM pro Fall (Primärkassen) nicht lediglich als Sockel ausgestaltet, sondern so bemessen ist, dass sie im Wesentlichen den durchschnittlichen Behandlungsaufwand für die erfassten Leistungsarten pro Behandlungsfall abdeckt, wobei sie im Sinne einer Mischkalkulation auch den Umstand einschließt, dass in jeder Vertragszahnarztpraxis ein bestimmter Anteil an schweren Fällen behandelt wird.

Ein Verstoß des HVM gegen den Gleichheitsgrundsatz liegt dabei nicht vor. Entgegen der Ansicht des Klägers erhalten Vertragszahnärzte, die leichtere, weniger zeitaufwendige Fälle behandeln, nicht per se dasselbe Honorar wie Zahnärzte, die schwerere, zeitintensivere Fälle behandeln. Die HVM-Regelungen definieren nur (fallzahlbezogene) Honorarobergrenzen, bis zu deren Erreichen alle Leistungen gemäß den jeweiligen Bema-Punktzahlen proportional vergütet werden, sodass geringerwertige Leistungen auch entsprechend niedriger vergütet werden als höherwertige. Dabei richten sich Art und Umfang der zu erbringenden vertragszahnärztlichen Leistungen einzig und allein nach dem für die vertragszahnärztliche Behandlung des Versicherten Notwendigen und nicht etwa im Hinblick auf die Ausschöpfung der Honorarkontingente.

Die streitbefangenen HVM-Regelungen tragen im übrigen individuellen Besonderheiten dadurch Rechnung, dass der Vorstand der Beklagten nach § 4 Abs. 1a Abschnitt C Ziffer 4 HVM auf Antrag Ausnahmen beschließen kann, wenn besondere Umstände des Einzelfalles vorliegen; hinzu kommen generell Sonderregelungen für Gruppen von Praxen mit von den durchschnittlichen Abrechnungswerten erheblich abweichenden Abrechnungsergebnissen (Ziffer 3.3) und für Praxisanfänger durch Aufstockung auf 300 Abrechnungsfälle (Ziffer 3.4). Damit sind insgesamt Honorarverteilungsregelungen geschaffen worden, die in einem nach der Zahl der Leistungserbringer, der Leistungsmenge und der Behandlungsfälle variablen Gesamtvergütungssystem ein hohes Maß an Verteilungsgerechtigkeit gewährleisten.

Nicht durchzudringen vermag der Kläger hierbei mit dem Einwand, die bei Zahnersatz vor Erbringung notwendigen Genehmigungen der Heil- und Kostenträger würden durch die Honorarverteilungsbestimmungen entwertet. Zwar bewirkt die Genehmigung eines Heil- und Kostenplanes durch die Krankenkasse, dass die genehmigte Behandlung nachträglich nicht mehr als unwirtschaftlich bewertet werden kann (BSG SozR 3-5555 § 12 EKV-Z). Hinsichtlich der Höhe der Vergütung entfaltet der genehmigte Heil- und Kostenplan indes keine Drittwirkung (BSG, Urteil vom 25.03.2003 – [B 1 KR 29/02 R](#) -). Wenn darin eine Honorarzusage dem Grunde nach gesehen werden kann, dann besagt sie jedenfalls nur, dass sich die Vergütung nach den im jeweiligen Abrechnungsquartal geltenden Bestimmungen richtet (so schon BSG, Urteil vom 26.09.1984 – [6 R Ka 19/83](#) -). Hierzu gehören auch die streitbefangenen Honorarverteilungsregelungen der Beklagten.

Ein Eingriff in die Therapiefreiheit des Klägers oder in sein Grundrecht auf Berufsausübungsfreiheit durch die von der Beklagten vorgenommene Bildung von Teilkontingenten ist schließlich nicht zu erkennen. Es steht dem

Vertragszahnarzt frei, die jeweils notwendige und wirtschaftliche Behandlungsweise des Versicherten zu wählen. Hierbei ist vorliegend nicht ersichtlich, dass durch die Kontingentierung eine wirtschaftliche Praxisführung beeinträchtigt wird. Die Honorarbegrenzungen erstrecken sich vorliegend allein auf die übrigen Leistungsarten im Primärkassenbereich, während sämtliche KCH-Leistungen und die übrigen Leistungen im Ersatzkassenbereich ungekürzt ausgezahlt wurden. Der streitige Honorarbehalt von insgesamt 10.180,61 DM beträgt, gemessen an den von der Beklagten abgerechneten Gesamthonoraren im Jahre 2001 von etwa 300.000,- DM, rund 3,33 %. Damit ist unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Grundrechtsverletzung nicht gegeben (vgl. dazu LSG NRW, Urteil vom 28.04.2004-[L 11 KA 87/03](#)-).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 183 SGG](#) in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 des 6. Gesetzes zur Änderung des SGG sowie [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#), [162 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Erstellt am: 03.02.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024