
S 13 KA 556/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertragszahnärztliche Versorgung Gesamtvergütung Punktwert Honorarverteilung Fremdkassenzahlungsausgleich Wohnortprinzip Punktwertdifferenz Stützungsverpflichtung Gleichbehandlung
Leitsätze	Der Vertragszahnarzt hat nach dem bis Ende 2001 geltenden Rechtszustand keinen Anspruch darauf dass seine Leistungen gegenüber Versicherten solcher Krankenkassen mit denen seine Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) keinen Gesamtvertrag vereinbart hat zumindest mit dem selben Punktwert wie die Leistungen gegenüber Versicherten von Krankenkassen mit Sitz im Bezirk dieser KZÄV vergütet werden.
Normenkette	SGB V § 75 Abs 7 S 2 SGB V § 82 Abs 2 S 1 SGB V § 83 Abs 1 SGB V § 85 Abs 1 SGB V § 85 Abs 2 SGB V § 85 Abs 4 S 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 13 KA 556/99
Datum	25.08.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 KA 106/00
Datum	12.06.2001

3. Instanz

Datum

21.05.2003

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 12. Juni 2001 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Zwischen den Beteiligten ist umstritten, mit welchem Punktwert die beklagte Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) die Behandlungsleistungen des in ihrem Bezirk zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassenen Klägers gegenüber Versicherten honorieren muss, deren Krankenkassen (KKn) ihren Sitz außerhalb des Bezirks der Beklagten haben (so genannte Fremdkassenfälle).

Der Kläger betreibt seine vertragszahnärztliche Praxis in O., in unmittelbarer Nähe zur Freien und Hansestadt Hamburg. Er behandelte in den streitbefangenen Quartalen II bis IV/1998 zahlreiche Versicherte, die wegen ihrer Beschäftigung in Hamburg bei Hamburger KKn versichert waren. Die Beklagte vergütete die zahnärztlichen Leistungen in diesen Fremdkassenfällen nach ihrem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit dem Punktwert, der zwischen der KK des Versicherten und der für den Sitz dieser KK zuständigen KZÄV vereinbart worden war.

Mit seinen Widersprüchen gegen die Honorarbescheide machte der Kläger geltend, diese Form der Vergütung von Fremdkassenleistungen sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht zulässig. Vielmehr müssten die Fremdkassenleistungen mit den Punktwerten vergütet werden, die die Beklagte mit den bereichseigenen KKn vereinbart habe. Die Beklagte wies die Widersprüche zurück.

Klage und Berufung sind erfolglos geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat zur Begründung seiner Entscheidung ausgeführt, zu der nach [§ 85 Abs 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#) von der Beklagten unter Anwendung ihres HVM zu verteilenden Gesamtvergütung zählten auch diejenigen Vergütungsbestandteile, die einer KZÄV im Wege des Fremdkassenausgleichs von anderen KZÄVen zufließen. Es sei nicht zu beanstanden, dass sich die Beklagte im Rahmen der ihr zustehenden Satzungsautonomie dafür entschieden habe, die ihr über den Fremdkassenausgleich zufließenden Vergütungsanteile anderer KZÄVen unverändert an die betroffenen Vertragsärzte weiterzugeben und potenziell niedrigere Punktwerte nicht zu Lasten der mit den Schleswig-Holsteinischen KKn vereinbarten Punktwerte zu setzen. Ein Anspruch des einzelnen Zahnarztes auf Vergütung aller vertragszahnärztlichen Leistungen zu den zwischen KZÄV und den KKn aus ihrem Bezirk vereinbarten Punktwerten ungeachtet der Zuständigkeit und des Sitzes des Kostenträgers für den

jeweiligen Versicherten bestehe nicht (Urteil vom 12. Juni 2001).

Mit seiner Revision räumt der Kläger eine Verletzung des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) sowie der [Art 12 Abs 1](#) und [Art 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#). Der HVM sei insoweit rechtswidrig, als die Leistungen eines Zahnarztes gegenüber Versicherten bereichsfremder, insbesondere Hamburger Primärkassen mit einem niedrigeren Punktwert als die Leistungen gegenüber Versicherten der Schleswig-Holsteinischen Primärkassen honoriert würden. Nach der Regelung in Ziffer 4 HVM vergütete die Beklagte ein und dieselbe vertragsärztliche Leistung ihrer Mitglieder in Abhängigkeit vom Sitz der KK eines Versicherten unterschiedlich. Damit durchbreche sie den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung, wonach alle zahnärztlichen Leistungen gleichmäßig zu vergüteten seien, und verstoße gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des [Art 3 Abs 1 GG](#). Zwar müsse der einzelne Vertragszahnarzt unterschiedliche Punktwerte je nach Kassenart hinnehmen, darum gehe es ihm um dem Kläger um jedoch nicht. Er wende sich vielmehr gegen ein unterschiedliches Vergütungsniveau innerhalb derselben Kassenart je nach Sitz der KK des Versicherten im Bezirk oder außerhalb des Bezirks der Beklagten. Der Sitz der KK sei unter keinem denkbaren Gesichtspunkt ein legitimes Differenzierungskriterium bei der Höhe der vertragszahnärztlichen Honorierung. Derjenige Vertragszahnarzt werde privilegiert, der mehr Versicherte bereichseigener KKs behandle, und derjenige werde benachteiligt, der ua wegen der Lage seiner Praxis im Grenzbereich zu den Bezirken anderer Kassen mehr Versicherte bereichsfremder KKs versorge. Sachgerecht sei allein, die Höhe der Vergütung an dem am Praxissitz des Vertragsarztes geltenden Niveau zu orientieren. Diese Erwägungen seien auch im Deutschen Bundestag im Verfahren der Beratung eines Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips für die vertragsärztliche bzw vertragszahnärztliche Honorierung angestellt worden.

Selbst wenn indessen die Ausrichtung der vertragszahnärztlichen Honorierung an dem Punktwert, der am Sitz der jeweiligen KK des Versicherten vereinbart worden sei, im Ausgangspunkt nicht zu beanstanden sei, verletze die Regelung im HVM der Beklagten das Gleichbehandlungsgebot. Das BSG habe entschieden, dass eine Käufe zu Korrekturen der Vorschriften über die Honorarverteilung verpflichtet sei, wenn die Honorare für bestimmte Leistungen um 15 % hinter diejenigen für andere Leistungen zurückblieben, ohne dass die von dem Punktwertabfall belastete Arztgruppe für diese Entwicklung etwa infolge einer Vermehrung der abgerechneten Leistungen verantwortlich sei. Die vom BSG für maßgeblich erachtete Grenze von 15 % werde in seinem Fall in Folge der Differenz zwischen den Schleswig-Holsteinischen Punktwerten und insbesondere den in Hamburg vereinbarten Punktwerten überschritten.

Der Kläger beantragt,
die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 12. Juni 2001 und des Sozialgerichts Kiel vom 25. August 2000 aufzuheben, die Bescheide der Beklagten vom 21. September 1998 (Quartal II/1998), 11. Dezember 1998 (Quartal III/1998) und vom 17. März 1999 (Quartal IV/1998) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juni 1999 abzuändern und die Beklagte zu

verurteilen, an ihn, den KlÄxger, fÄ¼r die in den Quartalen II bis IV/1998 durchgefÄ¼hrten Behandlungen von Patienten, die bei den PrimÄxrkassen aus anderen KZV-Bereichen versichert sind, Honorare auf Grund der Punktwerte zu zahlen, die fÄ¼r die entsprechenden PrimÄxrkassen in Schleswig-Holstein im jeweiligen Zeitraum galten, hilfsweise nach einem aus beiden Punkten berechneten gemeinsamen Mischpunktwert, weiter hilfsweise, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurÄ¼ckzuweisen.

Sie hÄ¼lt die Regelungen ihres HVM nach wie vor fÄ¼r rechtmÄ¼ßig. Bis zur gesetzlichen EinfÄ¼hrung des Wohnortprinzips fÄ¼r die Vereinbarung der GesamtvergÄ¼tung zum 1. Januar 2002 habe es der Rechtslage und jahrzehntelanger Tradition entsprochen, dass die KZÄ¼Ven die GesamtvergÄ¼tung auf der Basis des jeweiligen VergÄ¼tungsvertrags mit den einzelnen KassenverbÄ¼nden ihres Bezirks an ihre Mitglieder verteilt hÄ¼tten. Es sei nie umstritten gewesen, dass die EinzelleistungsvergÄ¼tung mit dem jeweiligen, je nach Kassenart unterschiedlich hohen Punktwert abzÄ¼glich der Verwaltungskostenanteile als Verteilungspunkt看wert zur Auszahlung gekommen sei. DemgemÄ¼ß habe es immer unterschiedliche VergÄ¼tungs- und Verteilungspunktwerte je nach Kasse oder Kassenart gegeben. Aus der Regionalisierung der VergÄ¼tungsbereiche und der unterschiedlichen LeistungsfÄ¼higkeit der KKn folge seit jeher, dass es unterschiedliche VergÄ¼tungssÄ¼tze in verschiedenen KZÄ¼V-Bereichen selbst fÄ¼r bundesweit tÄ¼chtige KKn geben kÄ¼nne. Das BSG habe mehrfach bekrÄ¼ftigt, dass ein nach KKn, Kassenarten und Regionen gegliedertes Krankenversicherungssystem Einfluss auf die HÄ¼he der VergÄ¼tung der Leistungen des einzelnen Vertragszahnarztes haben kÄ¼nne und dÄ¼rfe.

II

Die Revision des KlÄxgers ist nicht begrÄ¼ndet. Das LSG hat zutreffend entschieden, dass er in den so genannten FremdkassenfÄ¼llen keinen Anspruch auf eine VergÄ¼tung hat, die Zahlungen Ä¼bersteigt, die die Beklagte fÄ¼r die Behandlungsleistungen des KlÄxgers von den KKn der Versicherten erhÄ¼lt.

Rechtsgrundlage der vom KlÄxger beanstandeten Festsetzung seines Honorars fÄ¼r die Behandlung von Versicherten, die bei KKn mit Sitz auÄ¼erhalb von Schleswig-Holstein versichert sind, ist Ziffer 4 des HVM der Beklagten. Nach Ziffer 4.1 HVM gelangen alle der Beklagten zuflieÄ¼enden VergÄ¼tungen aus Vereinbarungen mit den Vertragspartnern oder auf Grund gesetzlicher Vorgaben einschlieÄ¼lich aller Zahlungen anderer KZÄ¼Ven gemÄ¼ß [Ä§ 75 Abs 7 Satz 2 SGB V](#) zur Honorarverteilung. Diese erfolgt nach Ziffer 4.2 HVM nach Einzelleistungen auf der Grundlage des Einheitlichen BewertungsmaÄ¼stabes in HÄ¼he des jeweils gÄ¼ltigen Punktwertes. Nach Ziffer 4.6 HVM stehen dem Zahnarzt gegenÄ¼ber der

Beklagten keine weiter gehenden Verteilungsansprüche zu, als diese im Einzelfall von den Kostenträgern Leistungen erhalten hat. Diese Regelung hat zur Folge, dass die Leistungen von Vertragszahnärzten gegenüber Versicherten, mit deren KK die Beklagte keinen Gesamtvertrag geschlossen hat, mit dem Punktwert vergütet werden, der zwischen der KK des Versicherten und der für diese KK örtlich zuständigen KZÄV vereinbart ist. In dieser Höhe fließen der Beklagten im Wege des Fremdkassenzahlungsausgleichs Zahlungen dieser KZÄV zu, und nur diese Zahlungen gibt sie in den so genannten Fremdkassenfällen an ihre Mitglieder weiter. Nach den Angaben des Klägers, denen die Beklagte nicht widersprochen hat und von denen im Revisionsverfahren auszugehen ist, sind für das Jahr 1998 zwischen einzelnen Primärkassen mit Sitz in Hamburg und der KZÄV Hamburg niedrigere Punktwerte als zwischen der Beklagten und den schleswig-holsteinischen Primärkassen vereinbart worden. Deshalb wurden die Leistungen ua des Klägers gegenüber Versicherten dieser Hamburger KK mit einem niedrigeren Punktwert vergütet als die Behandlungen von Versicherten schleswig-holsteinischer KK.

Die dafür maßgeblichen Bestimmungen des HVM hat die Beklagte in den streitbefangenen Quartalen richtig angewandt; das zieht der Kläger nicht in Zweifel. Entgegen seiner Auffassung steht Ziffer 4.6 HVM mit höherrangigem Recht, insbesondere mit [Â§ 85 Abs 4 Sätze 1 bis 3 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)), in Einklang. Danach verteilt die K(Z)ÄV die Gesamtvergütung unter die Kassen(zahn)ärzte und wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der KK festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Dieser hat Art und Umfang der Leistungen der Kassen(zahn)ärzte zu Grunde zu legen.

Der Senat hat für den vertragsärztlichen Bereich bereits entschieden, dass zur Gesamtvergütung iS des [Â§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) auch die Vergütungsbestandteile gehören, die der KÄV in den Fällen zufließen, in denen ihre Mitglieder gegenüber Versicherten Leistungen erbringen, deren KK ihren Verwaltungssitz nicht im Bezirk dieser KÄV hat (Fremdkassenleistungen; BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 16](#)). Für zahnärztliche Leistungen gilt nichts anderes. Fremdkassenleistungen unterscheiden sich dadurch von anderen Leistungen, dass ihrer Vergütung kein Gesamtvertrag zwischen der K(Z)ÄV des behandelnden Arztes und dem Landesverband derjenigen KK, der der behandelte Patient angehört, zu Grunde liegt. Die Gesamtverträge, die ua die Vergütung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte regeln, werden nach [Â§ 82 Abs 2](#) und [Â§ 83 Abs 1 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2001 geltenden und deshalb hier noch anzuwendenden Fassung von den einzelnen K(Z)ÄVen mit den in ihrem Bezirk bestehenden oder für ihn zuständigen Landesverbänden der KK mit Wirkung für die dem Landesverband angehörenden beteiligten KK abgeschlossen. Die einzelne KK entrichtet über ihren Landesverband die Vergütung für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder einheitlich und ausschließlich an die für sie zuständige K(Z)ÄV, wobei es ohne Bedeutung ist, ob sich ihre Versicherten von Vertrags(zahn)ärzten behandeln lassen, die dieser K(Z)ÄV angehören. Umgekehrt rechnet jeder

Vertrags(zahn)arzt alle Behandlungsfälle ausschließlich gegenüber seiner K(Z)ÄV ab, ohne Rücksicht darauf, ob ein Patient Versicherter einer Kasse ist, mit der er über den zuständigen Landesverband seine K(Z)ÄV einen Gesamtvertrag geschlossen hat oder nicht. Der Vertrags(zahn)arzt erhält Honorar allein von seiner K(Z)ÄV nach Maßgabe des von ihr festgesetzten HVM.

Dieses System hat zwangsläufig zur Folge, dass jede K(Z)ÄV Gesamtvergütungsanteile erhält, die der Honorierung vertrags(zahn)ärztlicher Leistungen von Mitgliedern anderer K(Z)ÄVen dienen (Fremd(zahn)arztfälle), und dass sie auf der anderen Seite vertrags(zahn)ärztliche Leistungen honorieren muss, die wirtschaftlich von für sie fremden KKn zu bezahlen sind (Fremdkassenfälle). Diese für das regionalisierte Gesamtvertragssystem untypische und problematische Situation beruht darauf, dass die Versicherten ungeachtet ihrer Krankenkassenzugehörigkeit ihren behandelnden (Zahn)Arzt unter den zugelassenen Vertrags(zahn)Ärzten grundsätzlich frei auswählen können und die zugelassenen Vertrags(zahn)Ärzte Versicherte aller Krankenkassen behandeln dürfen, unabhängig davon, ob diese mit ihrer K(Z)ÄV einen Gesamtvertrag geschlossen haben oder nicht. Bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11. Dezember 2001 ([BGBl I 3526](#)) am 1. Januar 2002 beschränkte sich die gesetzliche Regelung dieses Sachverhaltes auf die Vorschrift des [§ 75 Abs 7 Satz 2 SGB V](#), wonach die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung (K(Z)BV) insbesondere die überbezirkliche Durchführung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich hierfür zwischen den K(Z)ÄVen zu regeln hat (vgl BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 16](#) S 102 für den vertragsärztlichen Bereich).

In Ausführung des [§ 75 Abs 7 Satz 2 SGB V](#) hat die KZBV die "Regelung der Fremdkassenabrechnung" erlassen, die ab dem 1. Januar 1998 gilt. Diese bestimmt in Ziffer 1.1, dass für die Abrechnung gegenüber den KKn diejenige KZÄV zuständig ist, in deren Bereich die jeweilige KKn ihren Sitz hat. Nach Ziffer 1.4 dieser Regelung ermittelt die "fordernde KZÄV", also diejenige, bei der der einzelne Vertragszahnarzt seine Abrechnung eingereicht hat, die Honorarforderungen, die sie sachlich und rechnerisch zu übernehmen hat. Sie macht ihre Forderungen gegenüber der zahlungspflichtigen KZÄV geltend, also derjenigen, die aus den von den KKn geleisteten Gesamtvergütungen die Behandlungsleistungen zu zahlen hat. Die zahlungspflichtige KZÄV ermittelt nach Ziffer 1.8 der Regelung die Vergütungshöhe nach Maßgabe des für die jeweilige KK geltenden, also von ihr abgeschlossenen Gesamtvertrags. Dagegen richten sich die Modalitäten des Abrechnungsverfahrens nach den für den Vertragszahnarzt geltenden Gesamtverträgen, also nach denjenigen, die die fordernde KZÄV abgeschlossen hat. Diese ist auch für die Bearbeitung von Berichtigungsanträgen seitens der KKn zuständig, weil ihr allein eine entsprechende Befugnis gegenüber ihrem Mitglied zusteht. Nach Ziffer 1.10 der "Regelung der Fremdkassenabrechnung" kann die fordernde KZÄV die Honorarverteilung an ihre Zahnärzte abweichend von der für die Fremdkassen geltenden Vergütung vornehmen.

Diese Vorschriften haben nach Wortlaut und Normzweck des [Â§ 75 Abs 7 Satz 2 SGB V](#) allein die Abwicklung des Fremdkassenausgleichs im Verhältnis zwischen den KZÄ-Ärzten und den KKn zum Gegenstand. Die normativen Vorgaben, nach denen der Fremdkassenzahlungsausgleich abgewickelt wird, beziehen sich auf die in [Â§ 85 Abs 1](#) und [2 SGB V](#) angesprochene Gesamtvergütung und betreffen damit die Rechtsbeziehung zwischen KKn und KZÄ-Ärzten. Der Gesetzgeber hat die Fremd(zahn)arzt- wie die Fremdkassenproblematik gesehen, sich aber für die Zeit bis zum 31. Dezember 2001 auf eine Regelung der Rechtsverhältnisse zwischen den KKn und ihren Verbänden einerseits sowie zwischen den KZÄ-Ärzten und der KZBV andererseits beschränkt. Da der einzelne Vertragszahnarzt für die in Fremdkassenfällen erbrachten Leistungen einen Honoraranspruch nur gegenüber seiner KZÄ-Ärztin haben kann, erfolgt die Honorierung von Fremdkassenleistungen allein auf der Grundlage des HVM der einzelnen KZÄ-Ärztin und im Rahmen der Vorgaben des [Â§ 85 Abs 4 SGB V](#). Die Bedenken des Klägers hinsichtlich seiner vermeintlich fehlenden Einflussmöglichkeit auf die von anderen KZÄ-Ärzten getroffenen Vereinbarungen über die Höhe der Punktwerte greifen deshalb nicht durch. Ursache seiner Benachteiligung als Folge niedrigerer Punktwerte insbesondere von Hamburger KKn ist die Regelung in Ziff 4.6 HVM der Beklagten, die Fremdkassenzahlungen unmodifiziert an die jeweils behandelnden Vertragszahnärzte weiterzugeben. Der beklagten KZÄ-Ärztin gehört der Kläger als Mitglied an, und deren Entscheidungen in Satzungsform muss er sich als ihr Mitglied zurechnen lassen.

Die Beklagte hatte im streitbefangenen Zeitraum die Honorierung der Fremdkassenleistungen in der Weise geregelt, dass sie die Vergütung in der Höhe, in der sie diese von der zahlungspflichtigen KZÄ-Ärztin im Wege des Fremdkassenzahlungsausgleichs erhält, abzüglich der üblichen, in Ziffer 4.5 HVM angesprochenen Leistungen an ihre Mitglieder weitergibt. Diese Weiterleitung erfolgte unabhängig davon, ob den Zahlungen im Rahmen des Fremdkassenausgleichs niedrigere oder höhere Punktwerte zu Grunde lagen als sie für die bereichseigenen KKn galten. Auch höhere Punktwerte bereichsfremder KKn wurden in entsprechender Höhe an den behandelnden Zahnarzt weitergereicht. Für einen Anspruch des Zahnarztes auf Meistbegünstigung in der Weise, dass höhere Punktwerte bereichsfremder KKn an ihn weitergegeben, niedrigere dagegen zumindest durch Stützung auf das Niveau der jeweiligen Kassenart im Bezirk der Beklagten angehoben werden müssten, besteht keine Rechtsgrundlage.

Die Ausrichtung der Höhe des an den einzelnen Vertrags(zahn)arzt weiterzugebenden Anteils an der Gesamtvergütung (iS des [Â§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V](#)) an der von der einzelnen KK gezahlten Gesamtvergütung (iS des [Â§ 85 Abs 1 SGB V](#) iVm [Â§ 82 Abs 2](#) und [Â§ 83 Abs 1 SGB V](#)) ist nicht zu beanstanden. Sie ist keine Besonderheit der Fremdkassenfälle, sondern wirkt sich auch in anderen Konstellationen aus. Die Gesamtvergütung wird nach [Â§ 82 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) zwischen den K(Z)-Ärzten und den KKn bzw KKn-Verbänden nicht notwendig gemeinsam und einheitlich, sondern je nach Kassenart vereinbart. Die KKn haben entsprechend dem Ergebnis dieser Vereinbarungen ggf je nach ihrer Leistungsfähigkeit unterschiedlich hohe Gesamtvergütungsanteile für die

(zahn)ärztlichen Leistungen an die K(Z)ÄV zu entrichten. Im Hinblick darauf besteht es wie der Senat schon f¼r den ärztlichen Bereich entschieden hat es keine Verpflichtung der KÄV, die Gesamtvergütung über alle Kassenarten hinweg einheitlich zu verteilen und so unterschiedliche Punktwerte für identische Leistungen je nach Versichertenstatus generell auszuschließen (BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 34](#) S 267). Der Senat hat dazu ausgeführt, es wäre widersprüchlich, wenn eine KÄV mit den Landesverbänden der KKn und den Verbänden der Ersatzkassen getrennte Gesamtvergütungsvereinbarungen schließen dürfte, die etwa auf der Grundlage einer Kopfpauschale hinsichtlich der Höhe differieren könnten, dann aber im Rahmen der Honorarverteilung gezwungen wäre, unabhängig von der Kassenart einheitliche Verteilungspunktwerte festzulegen. Die Höhe der Gesamtvergütung bezogen auf den einzelnen Versicherten oder den einzelnen Behandlungsfall hätte dann keinerlei Einfluss auf die Höhe der Vergütung der ärztlichen Leistung, was dem Sinn des [Â§ 82 Abs 2 Satz 2 SGB V](#), nämlich getrennte und demnach auch inhaltlich unterschiedliche Gesamtverträge abschließen zu dürfen, zuwider liefe. Nachdem die Versicherten seit 1996 ihre KK im Bundesgebiet frei wählen können, besteht für eine Verpflichtung der K(Z)ÄV, die unterschiedliche Versichertenstruktur je nach Mitglieds-kasse im Rahmen des Patientenklientel eines (Zahn)Arztes im Wege der Honorarverteilung auszugleichen, keine Rechtfertigung.

Für seinen abweichenden Standpunkt kann sich der Kläger nicht auf die Ausführungen im Senatsurteil vom 13. November 1996 (BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 16](#)) berufen. In diesem zur Honorarverteilung im ärztlichen Bereich in den Jahren 1993/1994 ergangenen Urteil hat der Senat die Honorierung ärztlicher Leistungen gegenüber Versicherten solcher Kassen, die nicht Gesamtvertragspartner der KÄV des jeweiligen Arztes sind, mit einem alle Kassenarten übergreifenden Fremdkassenpunktwert als sachwidrig beanstandet. Einen solchen Fremdkassenpunktwert legt der HVM der Beklagten der Honorierung in Fremdkassenfällen indessen es wie oben dargestellt es gerade nicht zu Grunde. Vielmehr gelangt jeweils der Punktwert zur Auszahlung, der für die KK, bei der der einzelne Patient versichert ist, gesamtvertraglich vereinbart ist. Insoweit bildet es im Unterschied zu der dem Urteil vom 13. November 1996 zu Grunde liegenden Konstellation eines alle Kassenarten übergreifenden einheitlichen Fremdkassenpunktwertes es die Regelung in Ziffer 4.6 HVM die Versichertenstruktur der jeweiligen Zahnarztpraxis in Bezug auf das Vergütungsniveau ohne Modifikation durch Honorarverteilungsregelungen ab. Derjenige Zahnarzt profitiert, der überdurchschnittlich viele Versicherte behandelt, mit deren KKn es aus welchen Gründen auch immer es hohe Gesamtvergütungen bzw hohe Punktwerte vereinbart sind. Dies ist in einem regionalisierten Vergütungssystem, bei dem der Sitz der jeweiligen KK der entscheidende Anknüpfungspunkt für Vergütungsvereinbarungen ist, nicht zu beanstanden. Genauso wenig wie eine KÄV verpflichtet ist, durch Maßnahmen der Honorarverteilung die Auswirkungen eines unterdurchschnittlichen Anteils von Ersatzkassenpatienten in der Praxis eines einzelnen Vertragsarztes auszugleichen (BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 34](#)), ist eine KÄV gehalten, im Wege der Honorarverteilung einzugreifen, wenn ein Vertragszahnarzt überdurchschnittlich viele Patienten behandelt, die bei KKn versichert sind, mit denen niedrigere

Punktwerte vereinbart sind als zwischen ihr und den KKn mit Sitz in ihrem Bezirk.

Schließlich ist zu Gunsten der in Ziffer 4.6 HVM getroffenen Regelung zu berücksichtigen, dass diese Vorschrift an die im vertragszahnärztlichen Bereich seit Jahrzehnten praktizierte Berechnung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen und die Vereinbarung fester Punktwerte in den Gesamtverträgen zwischen den KKn-Verbänden und den KZÄVen anknüpft (vgl. [BSGE 81, 213, 219 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 23 S 154 f.](#)) Auch unter Geltung der durch das GSG zum 1. Januar 1993 eingeführten gesetzlichen Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütungen haben KKn und KZÄVen im Grundsatz an der Ermittlung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen und an der gesamtvertraglichen Vereinbarung fester Punktwerte zumindest als Berechnungsgrundlage festgehalten. Die als Konsequenz einer gesetzlichen Begrenzung des Anstiegs auch der zahnärztlichen Gesamtvergütungen erforderlichen mengenbegrenzenden Elemente, die diesem Gesamtvertrags- und Honorierungssystem ursprünglich fremd sind, sind auf andere Weise als durch die Freigabe des Punktwertes, wie dies für den ärztlichen Bereich typisch ist, verwirklicht worden (vgl. einerseits [BSGE 81, 213 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 23](#) und andererseits [BSGE 83, 52 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28](#)).

Soweit die Punktwerte, mit denen die vertragszahnärztlichen Leistungen honoriert werden, gesamtvertraglich vereinbart werden, können sich regelmäßig unterschiedliche Punktwerte je nach Kassenart ergeben. Durch die Vereinbarung fester Punktwerte in den Gesamtverträgen wird ein wesentliches Element der Honorarverteilung der Selbstverwaltung der KZÄV entzogen und im Rahmen der so genannten gemeinsamen Selbstverwaltung von KKn und KZÄVen geregelt. Dies hat bezogen auf die Vergütungsverträge zur Folge, dass einerseits die Zahnärzte grundsätzlich einen Anspruch auf die Honorierung ihrer gegenüber den Versicherten bereichseigener KKn erbrachten Leistungen mit dem vereinbarten Punktwert haben. Diese KKn können andererseits beanspruchen, dass die gegenüber ihren Mitgliedern erbrachten Leistungen der Vertragszahnärzte tatsächlich mit dem vereinbarten Punktwert honoriert werden, soweit keine abweichenden Regelungen eingreifen. Dies steht dem vom Kläger gewünschten Ausgleichsmechanismus für den Fall entgegen, dass einer KZÄV im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs Vergütungen zufließen, die auf der Grundlage niedrigerer Punktwerte aus anderen KZÄV-Bezirken berechnet worden sind. Da die KZÄV nur die Gesamtvergütungen verteilen kann, die ihr von den verschiedenen Kostenträgern zufließen, könnten die Anhebung des Punktwertes für Fremdkassenleistungen auf das Niveau des gesamtvertraglich zwischen der Beklagten und den schleswig-holsteinischen KKn vereinbarten Punktwertes nur zu Lasten dieses Punktwertes realisiert werden. Dies hätte jedoch zur Folge, dass die vereinbarten Punktwerte tatsächlich nicht zur Verteilung gelangen könnten, sondern regelmäßig Abzüge zur Subventionierung der (möglicherweise niedrigeren) Punktwerte für Fremdkassenleistungen erforderlich wären. Damit wäre einem Vergütungssystem, das auf der Vereinbarung fester Punktwerte zumindest als Berechnungsgrundlage beruht, die Grundlage entzogen.

Auch der Hinweis des Klägers auf die im politischen Raum geübte Kritik an dem

auf den Sitz der einzelnen KK abstellenden GesamtvergÄ¼tungssystem und den damit verbundenen Verwerfungen gestattet keine abweichende rechtliche Bewertung. Durch das "Gesetz zur EinfÄ¼hrung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen fÄ¼r Ä¼rzte und ZahnÄ¼rzte" vom 11. Dezember 2001 ([BGBl I 3526](#)) ist mit Wirkung vom 1. Januar 2002 fÄ¼r die Vereinbarung der GesamtvergÄ¼tungen das so genannte Wohnortprinzip eingefÄ¼hrt worden. Nach [Ä¼ 83 Abs 1 SGB V](#) idF des Gesetzes vom 11. Dezember 2001 schlieÄ¼en die K(Z)Ä¼Ven mit den fÄ¼r ihren Bezirk zustÄ¼ndigen LandesverbÄ¼nden der KK und den VerbÄ¼nden der Ersatzkassen GesamtvertrÄ¼ge mit Wirkung fÄ¼r die KK der jeweiligen Kassenart Ä¼ber die vertrags(zahn)Ä¼rztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort in ihrem Bezirk einschlieÄ¼lich der mitversicherten FamilienangehÄ¼rigen. Entsprechend wird in [Ä¼ 85 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) idF des Gesetzes vom 11. Dezember 2001 bestimmt, dass die KK nach MaÄ¼gabe der GesamtvertrÄ¼ge an die jeweilige K(Z)Ä¼V mit befreiender Wirkung eine GesamtvergÄ¼tung fÄ¼r die gesamte vertrags(zahn)Ä¼rztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der K(Z)Ä¼V einschlieÄ¼lich der mitversicherten FamilienangehÄ¼rigen entrichtet. Damit ist der Wohnort des Versicherten zur entscheidenden BezugsgrÄ¼e fÄ¼r die kassenartenbezogene Vereinbarung der GesamtvergÄ¼tung geworden. Aus diesem gesetzlichen Systemwechsel ist jedoch nicht zu schlieÄ¼en, dass die bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Vorschriften, nach denen entscheidend auf den Sitz der KK und deren LeistungsfÄ¼higkeit abzustellen war, verfassungswidrig gewesen seien. Jedes System der Vereinbarung der GesamtvergÄ¼tung begÄ¼nstigt bestimmte Leistungserbringer und belastet andere. Die mit ihm verbundenen Konsequenzen mÄ¼ssen grundsÄ¼tzlich hingenommen werden, und es ist Sache des Gesetzgebers, unter AbwÄ¼gung der Vorteile und Nachteile des einzelnen VergÄ¼tungssystems die entsprechenden Vorgaben zu treffen.

Ohne Bedeutung ist hier schlieÄ¼lich der vom Senat zur vertragsÄ¼rztlichen Honorarverteilung nach festen arztgruppen- bzw leistungsbezogenen Honorarkontingenten entwickelte Grundsatz, das die KÄ¼V zur Korrektur der Honorarverteilung verpflichtet sein kann, wenn der Punktwert fÄ¼r die aus dem jeweiligen Kontingent vergÄ¼teten Leistungen 15 % oder mehr niedriger ist bzw wird als der Punktwert fÄ¼r den grÄ¼Ä¼ten Teil der sonstigen Leistungen ([BSGE 83. 1, 5 = SozR 3-2500 Ä¼ 85 Nr 26 S 187](#)). Diese Verpflichtung begrenzt die Freiheit der KÄ¼V, aus bestimmten GrÄ¼nden durch die Bildung von Honorarkontingenten vom Prinzip der leistungsproportionalen Honorarverteilung, also der VergÄ¼tung aller Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert, abzuweichen. Soweit Punktwerte gesamtvertraglich vereinbart sind, kann die K(Z)Ä¼V nicht verpflichtet sein, das Resultat derartiger Vereinbarungen durch MaÄ¼nahmen der Honorarverteilung zu korrigieren. Wenn die gesamtvertraglichen Vereinbarungen im gesamten Bundesgebiet Punktwertdifferenzen von mehr als 15 % ergeben sollten Ä¼ Feststellungen des LSG dazu liegen nicht vor -, mÄ¼sste das sowohl von den einzelnen K(Z)Ä¼Ven als auch von ihren Mitgliedern als Resultat der unterschiedlichen Leistungskraft einzelner KK bzw Kassenarten oder als Ergebnis einer historisch gewachsenen Struktur hingenommen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Ä¼ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 1. Januar

2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl Senatsurteil vom 30. Januar 2002 â [B 6 KA 12/01 R](#) â BSG [SozR 3-2500 Â§ 116 Nr 24](#) S 115 ff).

Erstellt am: 29.03.2004

Zuletzt verÃ¤ndert am: 20.12.2024