
S 35 KA 596/01

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung Honorarverteilungsmaßstab Verwendung des größten Teils des Gesamtvergütungsvolumens für Honorierung zu vollen Punktwerten Verbleib von geringeren Punktwerten für restliche Leistungen Gestaltungsfreiheit keine Besitzstandswahrung für Vertrags(zahn)ärzte Begründungspflicht Normgeber
Leitsätze	Einzelleistungsvergütungsobergrenzen für verschiedene Fachgruppen Ein Honorarverteilungsmaßstab darf vorsehen, dass der größte Teil des Gesamtvergütungsvolumens für eine Honorierung zu vollen Punktwerten verwendet wird und für die restlichen Leistungen lediglich geringe Punktwerte verbleiben.
Normenkette	GG Art 3 Abs 1 GG Art 12 Abs 1 GG Art 14 Abs 1 SGB V § 85 Abs 4 S 3 F: 1998-12-19

1. Instanz

Aktenzeichen	S 35 KA 596/01
Datum	25.02.2004

2. Instanz

Aktenzeichen	L 3 KA 44/04
Datum	27.10.2004

3. Instanz

Datum

08.02.2006

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 27. Oktober 2004 aufgehoben und die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 25. Februar 2004 zurÄckgewiesen.

Die KlÄgerin hat der Beklagten deren auÄergerichtliche Kosten fÄr alle RechtszÄge zu erstatten.

Im Äbrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

GrÄnde:

I

Streitig ist die RechtmÄigkeit von Regelungen eines HonorarverteilungsmaÄstabs (HVM).

Die KlÄgerin ist eine Gemeinschaftspraxis â in der Rechtsform einer Gesellschaft bÄrgerlichen Rechts â aus zwei zur vertragszahnÄrztlichen Versorgung zugelassenen ZahnÄrzten. Sie beschÄftigte in der Zeit vom 1. Januar bis zum 30. September 1999 einen Ausbildungsassistenten. Die Praxis befindet sich in der Gemeinde A. im lÄndlich geprÄgten Landkreis H. , der im Jahr 1999 einen Versorgungsgrad von 107,1 % aufwies. Die KlÄgerin forderte fÄr ihre im Jahr 1999 erbrachten vertragszahnÄrztlichen Leistungen Honorar in HÄhe von 1.276.782,79 DM an.

Die beklagte KassenzahnÄrztliche Vereinigung (KZÄV) plante seit 1998, fÄr den Fall, dass ab 1999 nur limitierte GesamtvergÄtungen zur VerfÄgung stehen sollten, die Honorarverteilung fÄr die konservierend-chirurgischen sowie Kieferbruch- und Parodontopathie-Leistungen nach fÄr jeden Zahnarzt gleich hohen Budgets vorzunehmen, darÄber hinaus nur quotiert gemÄ dem VerhÄltnis des noch nicht verteilten GesamtvergÄtungsvolumens zur Summe der noch nicht erfÄllten Honorarforderungen. Die Vertreterversammlung der KZÄV beschloss im November 1998 einen entsprechenden HVM, den sie wegen des zwischenzeitlich in Kraft getretenen GKV-SolidaritÄtsstÄrkungsgesetzes (GKV-SolG â vom 19. Dezember 1998, [BGBl I 3853](#)) am 19. Februar 1999 neu fasste. Die Beklagte informierte ihre Mitglieder regelmÄig Äber die Neuerungen und wies auch darauf hin, dass das Wirksamwerden des HVM noch unsicher sei, weil die AufsichtsbehÄrde Einwendungen erhoben habe und das Landesschiedsamt damit befasst sei.

In den Folgejahren fanden weitere GesprÄche zwischen der Beklagten und den Krankenkassen (KKn)-VerbÄnden, teilweise auch unter Einbeziehung des Sozialministeriums des beigeladenen Landes als AufsichtsbehÄrde, statt. Die Beklagte beschloss in der Folgezeit mehrfach â worÄber sie jeweils die

Vertragszahnärzte informierte über Neufassungen des HVM für 1999, gegen die wiederum vom Beigeladenen Einwendungen erhoben und/oder das Landesschiedsamt angerufen wurde. Im Juli 2003 kam schließlich unter Beteiligung des Beigeladenen eine Einigung zwischen den KKn-Verbänden und der Beklagten über die Grundstrukturen eines HVM für 1999 zu Stande, den die Vertreterversammlung der Beklagten dann am 23. August 2003 beschloss.

Dieser HVM sah für die konservierend-chirurgischen sowie Kieferbruch- und Parodontopathie-Leistungen eine Honorarverteilung nach Budgets vor, die für jeden Vertragszahnarzt gleich hoch waren. Diese waren nach dem Verhältnis der Summe der tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen zur Anzahl der zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres zugelassenen Vertragszahnärzte bemessen. Bis zu dieser Budgetobergrenze sollten die Leistungen jedes Vertragszahnarztes nach Einzelleistungspunktwerten vergütet werden, darüber hinaus nur quotiert gemäß dem Verhältnis des noch nicht verteilten Gesamtvergütungsvolumens zur Summe der noch nicht erfüllten Honorarforderungen. Der HVM sah Budgetaufstockungen für die Beschäftigung von Vorbereitungsassistenten, für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, für Polikliniken und für Hörteille nach Maßgabe einer Entscheidung des Vorstandes vor. Die Vergütung der Zahnersatz-Leistungen wurde von dem Budget nicht erfasst.

Zwischenzeitlich hatte die Beklagte mit Datum vom 5. April 2000 jedem Vertragszahnarzt einen "vorläufigen Jahreshonorarbescheid" für die von ihm im Jahr 1999 erbrachten Leistungen erteilt. Sie bewilligte der Klägerin ein Honorar von 1.064.729,23 DM. Dabei ging sie für die konservierend-chirurgischen, Kieferbruch- und Parodontopathie-Leistungen von einer Jahresvergütungsobergrenze von 288.180,32 DM je Vertragszahnarzt aus. Diese ergab sich daraus, dass zu dem allen Zahnärzten gleichermaßen eingeräumten Budget von 239.000 DM im zweiten Schritt die verbliebenen Gesamtvergütungsteile nach der Zahl der Zahnärzte, die Leistungen über dieses Budget hinaus erbracht hatten, verteilt wurden. Die Beklagte vergütete die Leistungen, die über den Rahmen von 576.360,64 DM für zwei Praxispartner hinaus gingen, im dritten Schritt mit einer Quote von 17,09 %, was für die Klägerin weitere 43.700,36 DM von ihrer noch verbliebenen Anforderung von 255.753,92 DM ergab. Hinzu kamen Vergütungen für weitere Leistungen (unter anderem kieferorthopädische und Zahnersatz-Leistungen = 280.400,64 DM + 164.267,59 DM). Ein sog Degressionsabzug (s [§ 85 Abs 4b](#) ff Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), im vorliegenden Fall anzuwenden idF des GKV-SolG vom 19. Dezember 1998) erfolgte nicht.

Die Klägerin erhob gegen diesen Bescheid nach erfolglosem Widerspruch Klage.

Nach der Verabschiedung des endgültigen HVM für 1999 am 23. August 2003 berechnete die Beklagte die Honorare teilweise neu. Dabei deckte sie den Mehrbedarf für die Budgetaufstockungen, die nunmehr für die Beschäftigung von Vorbereitungsassistenten, für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, für Polikliniken und für Hörteille vorgesehen waren, aus Rückstellungen, sodass

es für diejenigen Zahn rzte, auf die keiner dieser Tatbestände zutrif, bei den Honorarbescheiden vom 5. April 2000 verblieb. Lediglich die Verwaltungskosten wurden für alle neu berechnet auf Grund eines Urteils des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen (LSG) vom 12. Februar 2003, nach dem diese nur von dem tatsächlich gewährten Honorar   nicht von der Honoraranforderung   zu berechnen sind (Az [L 3 KA 66/01](#), NdsRpfl 2003, 338 und juris, rechtskräftig).

Die Beklagte erließ gegenüber der Klägerin entsprechend der Neufassung des HVM vom 23. August 2003 mit Datum vom 26. November 2003 einen neuen Jahreshonorarbescheid. Sie setzte darin deren Jahreshonorar für 1999 nunmehr auf 1.101.937,91 DM fest. Zu dem aufgestockten Budgetbetrag von 2 x 288.180,32 DM = 576.360,64 DM addierte sie im Hinblick auf die zeitweilige Beschäftigung eines Ausbildungsassistenten 44.876,71 DM (vom 1. Januar bis zum 30. September 1999 = 273 von 365 Tagen = 60.000 DM x 273: 365 = 44.876,71 DM) und errechnete so eine Gesamtsumme von 621.237,35 DM. Die über diesen Betrag hinaus gehenden Leistungen vergütete sie mit der Quote von 17,09 % (dementsprechend weitere 36.032,33 DM ihrer noch verbliebenen Anforderung von 210.877,21 DM). Hinzu kamen Vergütungen für weitere Leistungen (unter anderem kieferorthopädische und Zahnersatz-Leistungen = 280.400,64 DM + 164.267,59 DM).

Die Klägerin hat an ihrer Klage festgehalten und diese auf den neuen Honorarbescheid erstreckt. Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 25. Februar 2004). Das LSG hat der Berufung stattgegeben und die Beklagte verpflichtet, die Klägerin neu zu bescheiden (Urteil vom 27. Oktober 2004   in [MedR 2005, 371](#) ist das inhaltsgleiche Parallelurteil abgedruckt, über das der Senat ebenfalls mit Urteil vom heutigen Tag   [B 6 KA 26/05 R](#)   entschieden hat). Im Urteil des LSG ist ausgeführt, der Jahreshonorarbescheid sei rechtswidrig, weil zahlreiche Regelungen des ihm zu Grunde liegenden HVM unwirksam seien. Vor allem sei zu beanstanden, dass dessen Bestimmungen für wesentliche Leistungsbereiche zu einer sog Restvergütung mit einer Quote von nur ca 17 % führten. Wie der Vergleich mit [  85 Abs 4b SGB V](#) zeige, sei im Regelfall eine Restverg tungsquote von mindestens 60 % erforderlich. Der HVM entspreche auch nicht dem Gebot vorheriger Überschaubarkeit verhaltenssteuernder Honorarregelungen, weil der Grenzwert, bis zu dem Leistungen zum vollen Punktwert vergütet würden, nicht von vornherein ersichtlich sei. Die geringe Restquote könne nicht unter dem Aspekt der Schaffung von Regelleistungsvolumina gerechtfertigt werden, weil dies erfordere, dass die Punktwerte für die dar ber hinaus gehenden Leistungen   mindestens in zwei Stufen   abgestaffelt seien. Eine Rechtfertigung ergebe sich auch weder aus dem Gesichtspunkt der Verhütung übermässiger Ausdehnung der Kassenpraxis noch aus dem Zweck der Stabilisierung der Punktwerte durch Begrenzung der zu honorierenden Punktmengen noch aus dem Ziel einer für die Zahn rzte verbesserten Absch tzbarkeit des zu erwartenden Honorars. Die geringe Quote für sog Restleistungsverg tungen stehe auch im Widerspruch dazu, dass dem einzelnen Vertragszahnarzt Anreize für Leistungsausweitungen bleiben m ssten, soweit an seinem Praxisort ein entsprechender Behandlungsbedarf bestehe. Es fehlten ferner Differenzierungen nach dem regionalen Bedarf.

Schließlich sei die unterschiedliche Behandlung von Allgemeinzahnärzten und Kieferorthopäden rechtswidrig.

Mit ihrer Revision macht die Beklagte geltend, das Urteil des LSG sei unvereinbar mit den Regelungen des [Â§ 85 Abs 4 SGB V](#) und der dazu ergangenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG). Bei der Ausformung des HVM habe sie der Beklagten Gestaltungsfreiheit. Die in ihrem HVM geregelte Einzelleistungsvergütungsobergrenze für konservierend-chirurgische, Kieferbruch- und Parodontopathie-Leistungen sei dadurch gerechtfertigt, dass auf diese Weise ein Regelleistungsvolumen im Sinne des [Â§ 85 Abs 4 Satz 6](#) und 7 SGB V geschaffen werde. Die in Satz 7 aaO vorgesehene Abstufung liege darin, dass die Vergütung in drei Stufen erfolge, wobei sich auf der dritten Stufe ein geringer abgestufter Punktwert ergebe. Die Regelungen des HVM seien außerdem durch [Â§ 85 Abs 4 Satz 3 bis 5 SGB V](#) gerechtfertigt. Sie trügen weitestmöglich den verschiedenen Zielvorgaben Rechnung, wie dem hierin normierten Gebot leistungsproportionaler Vergütung, dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der Zielsetzung, eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragszahnarztes zu verhindern, der Vorgabe, die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr zu verteilen, sowie dem Gebot, diese auch schon für die ersten Quartale des Jahres zeitnah zu verteilen. Zu berücksichtigen sei auch, dass es unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen möglich sein müsse, ihren Umsatz bis zum Durchschnitt zu steigern, was zu Lasten der überdurchschnittlich abrechnenden gehen müsse. Im Geflecht dieser Zielvorgaben bewirke ihr HVM einen angemessenen Ausgleich. Er führe auf zwei Stufen zu großen Honorarkontingenten mit Vergütungen zu vollen Punktwerten, wie diese in den Vereinbarungen mit den KKn-Verträgen vorgesehen seien.

Auch die sonstigen Beanstandungen des LSG griffen nicht durch. Die Forderung, die Einzelleistungsvergütungsobergrenze müsse zu Beginn des Honorarjahres im Voraus exakt beziffert sein, sei weder berechtigt noch durchführbar. Eine Festlegung schon zu Jahresbeginn ergäbe Friktionen zu anderen gesetzlichen Vorgaben wie den Geboten einerseits vollständiger und andererseits bis zum Jahresende gleichmäßiger Verteilung der Gesamtvergütungen, weil diese im Regelfall erst im Verlauf des Honorarjahres feststünden. Es sei ein geeigneter Kompromiss, für das Gros der Leistungen von vornherein feste Punktwerte und für den Rest der Leistungen nur noch eine anteilige Vergütung vorzusehen, wie dies in ihrem HVM durch die Einzelleistungsvergütungsobergrenze für konservierend-chirurgische, Kieferbruch- und Parodontopathie-Leistungen mit deren Honorierung nach vollen Punktwerten und einer quotierten Verteilung eines 3 %igen Restes geschehen sei. So könne sich der Vertragszahnarzt für den Großteil seiner Leistungen auf ein Honorar nach festen Punktwerten einstellen, während im Falle absolut leistungsproportionaler Vergütung aller Leistungen über das ganze Jahr hinweg die gesamte Vergütung erst nach Jahresabschluss festgelegt werden könne. Ein Indiz für die Sachgerechtigkeit der HVM-Regelungen ergebe sich auch daraus, dass der HVM unter Beteiligung von Aufsichtsbehörde und Landesschiedsamt zu Stande gekommen sei. Unzutreffend sei die Unterstellung der Klägerin, der Beigeladene habe seine Bedenken gegen den HVM der Beklagten nur deshalb fallen lassen, weil eine grundlegende Neugestaltung des HVM für 1999

erhebliche finanzielle Auswirkungen gehabt hätte. Auch die höheren Einzelleistungsvergütungsobergrenzen für Fachzahnärzte seien gerechtfertigt. Sie stellten sachgerechte arztgruppenspezifische Differenzierungen im Sinne des [Â§ 85 Abs 4 Satz 6 Halbsatz 2 SGB V](#) dar. Die KKn hätten bestimmte Gesamtvergütungsteile gerade auf kieferorthopädische Leistungen bezogen, und bei den Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen sei zu berücksichtigen, dass diese im Allgemeinen Zahnersatzleistungen weder erbrächten noch abrechneten. Die Erhöhung für die Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten sei durch die gesetzliche Forderung ([Â§ 75 Abs 8 SGB V](#)) nach Ausbildungsplätzen in den Praxen niedergelassener Vertragszahnärzte gerechtfertigt. Die Erhöhung für Universitäts-Polikliniken in [Â§ 2 Abs 5 HVM](#) sei gleichfalls durch Besonderheiten bedingt. Insgesamt ergebe sich, dass der HVM nach dem Maßstab sowohl der [Sätze 6 und 7](#) als auch der [Sätze 3 bis 5 und 8 des Â§ 85 Abs 4 SGB V](#) rechtmäßig sei.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 27. Oktober 2004 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 25. Februar 2004 zurückzuweisen.

Der Beigeladene schließt sich den Ausführungen der Beklagten an, ohne selbst einen Antrag zu stellen. Er betont, der HVM werde den verschiedenen Zielsetzungen der Leistungsproportionalität, Sicherstellung gleichmäßiger Verteilung über das ganze Jahr, Verhütung übermäßiger Ausdehnung der Kassenpraxis und Punktwertstabilisierung am weitestmöglich gerecht. Mängel hätten sich bei der Umsetzung des HVM nicht gezeigt. Auch ein Qualitätsabfall oder eine Gefährdung der Sicherstellung sei nicht feststellbar.

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des LSG für zutreffend. Der HVM sei rechtswidrig. Das LSG habe nicht rechtswidrig in den Gestaltungsspielraum der Beklagten eingegriffen. Der HVM könne nicht schon deshalb als rechtmäßig angesehen werden, weil er in einem auf Konsens angelegten Verfahren zu Stande gekommen sei. Für eine solche "Legitimation durch Verfahren" sei im deutschen Recht kein Raum. Im Übrigen könne vorliegend auch ohnehin nicht von einem legitimierenden Verfahren die Rede sein. Der Beigeladene habe die HVM-Konzeption der Beklagten zunächst zu Recht als rechtswidrig beanstandet und habe seine Position lediglich deshalb geändert, weil die erst nach langer Zeit zu erreichende Durchsetzung einer rechtmäßigen Gestalt des HVM erhebliche finanzielle Auswirkungen gehabt hätte. Die Gerichtskontrolle könne auch nicht im Sinne des Revisionsbegehrens der Beklagten auf Willkür beschränkt werden. Vielmehr habe der Gesetzgeber die besonderen Gefahren im Bereich der Ausformung des HVM erkannt, dessen Ausgestaltung er deshalb seit dem 1. Juli 2004 aus der alleinigen Macht der K(Z)Ven herausgenommen und im Sinne eines mit den KKn zu vereinbarenden Honorarverteilungsvertrags neu geregelt habe. Honorarverteilungsregelungen müssten den Maßstäben des [Art 12 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) Rechnung tragen, wie sich aus zahlreichen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) ergebe. Sie müssten durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls

gerechtfertigt sein. Daran fehle es. Die Vergütung der sog Restleistungen nur zu 17 % werde dem Erfordernis leistungsproportionaler Vergütung nicht gerecht. Dies könne nicht mit dem Ziel der Verhütung übermäßiger Ausdehnung vertragszahnärztlicher Tätigkeit gerechtfertigt werden. Vielmehr spreche alles für eine reine Umverteilungspolitik zu Lasten von 20 % der Zahnärzte zu Gunsten der übrigen 80 %. Das Ziel, letztlich jedem das Gleiche zu geben, sei rechtswidrig. Es sei nicht gerechtfertigt, den großen Praxen für einen Teil ihrer Leistungen nur einen quotierten Punktwert zu gewähren, den kleinen aber durchgängig volle Punktwerte. Das führe zu einer Nivellierung aller Unterschiede, sodass Ungleiches ohne rechtfertigenden Grund gleich gemacht werde. Zu beanstanden sei ferner, dass sich die Höhe der Jahresbudgetobergrenze nicht habe vorausschätzen lassen. Diese könne auch nicht unter dem Gesichtspunkt eines Regelleistungsvolumens als rechtmäßig angesehen werden. Denn eine stufenweise oder kontinuierliche Honorarabsenkung, wie sie gemäß [Â§ 85 Abs 4 Satz 7 SGB V](#) erforderlich sei, gebe es nicht. Im übrigen zeige der Vergleich mit den Degressionsregelungen des [Â§ 85 Abs 4b SGB V](#), die noch mindestens 60 % des Punktwertes beließen, die Rechtswidrigkeit einer Vergütungsquote von nur 17 % für die restlichen Leistungen.

II

Die Revision der Beklagten ist begründet. Die Beanstandungen, die die Klägerin und das LSG gegen den angefochtenen Jahreshonorarbescheid für das Jahr 1999 und die ihm zu Grunde liegenden Bestimmungen des HVM erhoben haben, sind nicht berechtigt. Die gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverteilung sind eingehalten worden.

[Â§ 85 Abs 4 SGB V](#) (in der hier anzuwendenden Fassung des GKV-SolG vom 19. Dezember 1998, [BGBl I 3853](#)) stellt, wie das BSG in ständiger Rechtsprechung ausgeführt hat, eine verfassungsgemäße insbesondere ausreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage für Beschlüsse der Vertreterversammlungen der K(Z)Ven über Honorarverteilungsmaßstäbe dar (s dazu zuletzt [BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 Â§ 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 30, 50; [BSG SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 17](#) RdNr 9). Die in dieser Bestimmung in Satz 3 ff enthaltenen näheren Vorgaben unterliegen keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Sie konkretisieren die Gestaltungsfreiheit, die der K(Z)V bzw ihrer Vertreterversammlung bei der Ausformung des HVM zusteht, der eine als Satzung ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist (BSG aaO RdNr 50 bzw RdNr 9).

Der HVM für 1999 in der Fassung vom 23. August 2003 sah für die Honorierung der konservierend-chirurgischen sowie der Kieferbruch- und Parodontopathie-Leistungen auf einer 1. Stufe Budgets für jeden Vertragszahnarzt in gleicher Höhe vor, innerhalb von deren Grenzen die Vergütung nach den ungeschmäxlerten Einzelleistungspunktwerten erfolgte, dh nach den Punktwerten, wie sie in den Vereinbarungen mit den KKn-Verbänden zur Bemessung der Gesamtvergütungen vorgesehen waren (Â§ 2 Abs 2 iVm Abs 6 HVM). Falls das gemäß [Art 15 Abs 1 GKV-SolG](#) begrenzte Gesamtvergütungsvolumen nicht für Budgets von 239.000 DM je

Vertragszahnarzt ausreichte (zuzüglich 72.000 DM je Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurg), waren die Budgets entsprechend zu vermindern (§ 2 Abs 9 HVM). Die verbliebenen Gesamtvergütungsteile waren auf einer 2. Stufe durch die Zahl der Zahnärzte, die Leistungen über das Budget hinaus erbracht hatten, zu dividieren, und in diesem Rahmen erhielt jeder dieser Zahnärzte weitere Vergütungen nach Einzelleistungspunktwerten (§ 2 Abs 7 HVM). Dieses Verteilungsverfahren war bei Erreichen eines nur noch 3 %igen Restvolumens abzubrechen. Die dann noch unvergütet gebliebenen Leistungen wurden auf einer 3. Stufe entsprechend dem verbliebenen Gesamtvergütungsrestvolumen nur noch quotiert vergütet (§ 2 Abs 8 HVM).

Bei der Umsetzung dieser Regelungen wurde auf der 1. Stufe für die Vergütung nach den vollen vertraglich vorgesehenen Punktwerten entsprechend den HVM-Bestimmungen ein Budget von 239.000 DM je Vertragszahnarzt zu Grunde gelegt (zuzüglich 72.000 DM je Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurg und bei Gemeinschaftspraxen zu vervielfachen entsprechend der Zahl der Praxispartner). Auf der 2. Stufe erfolgten ebenfalls Honorierungen mit vollen Punktwerten innerhalb eines bis 288.180,32 DM erweiterten Rahmens. Der danach verbliebene 3 %ige Gesamtvergütungsanteil ergab auf der 3. Stufe für die noch unhonoriert gebliebenen Leistungen eine Vergütungsquote von 17,09 %.

Die dieser Verteilung zu Grunde liegenden Vorschriften des HVM und ihre Anwendung durch die Beklagte sind nicht zu beanstanden. Die von der Klägerin und vom LSG gerügten Verstöße gegen höherrangiges Recht liegen nicht vor.

1. Unberechtigt ist insbesondere der Haupteinwand des LSG, ein HVM dürfe eine Honorierung nach Einzelleistungspunktwerten nicht mit der Verteilung einer sog Restvergütung unter Anwendung einer nur geringen Honorierungsquote auf hier: ca 17 % kombinieren.

Die dafür maßgebenden Regelungen des HVM sind darauf ausgerichtet, die Honoraranforderungen in Übereinstimmung mit dem Gesamtvergütungsvolumen zu bringen, wenn dieses nicht ausreicht, um die von den Vertragszahnärzten erbrachten Leistungen mit den vollen in den Vereinbarungen mit den KKn-Verbänden vorgesehenen Punktwerten zu vergüten. Solche Konzeptionen sind nicht zu beanstanden (siehe die zusammenfassenden Ausführungen in den Urteilen vom 14. Dezember 2005 zB [B 6 KA 17/05 R](#) -, RdNr 27, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Um das für eine Verteilung zur Verfügung stehende Gesamtvergütungsvolumen nicht zu überschreiten, muss der Umfang der Honorierung der Vertrags(zahn)ärzte in gewissem Ausmaß flexibel gehalten werden. Dies kann auf verschiedene Weise realisiert werden. Das BSG hat sich bereits mit unterschiedlichsten Gestaltungen befasst und diese als grundsätzlich rechtmäßig angesehen. Nach einigen dieser Regelungen wurde ein Teil der Leistungen mit festen, der Rest mit floatenden Punktwerten vergütet; nach anderen Bestimmungen wurde je Behandlungsfall ein Teil des Fallwerts relativ hoch, der darüber hinausgehende Fallwert aber nur nach Maßgabe des noch zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsvolumens variabel vergütet; nach wiederum anderen wurden Fallzahlen des Vertrags(zahn)arztes gemessen den

früherer Jahre bei der Honorierung voll berücksichtigt, Fallzahlsteigerungen dagegen nur teilweise nach Maßgabe des restlichen Gesamtvergütungsvolumens (zu solchen Fallgestaltungen s zB [BSGE 81, 213](#), 216 ff, 220, 223 = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 23](#) S 151 ff, 155 f, 158 f; BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 48](#) S 410 f; [BSGE 89, 173](#) = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 45](#); BSG [SozR aaO Nr 44](#); [BSGE 92, 233](#) = [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 9](#); BSG [SozR aaO Nr 10](#)). Das BSG hat auch sog Individualbudgets für rechtens erklärt, die nach Abrechnungsergebnissen des jeweiligen Arztes aus vergangenen Zeiträumen bemessen wurden und dessen gesamtes Leistungsvolumen umfassten ([BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 5](#); BSG [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 6](#) RdNr 9, 11; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 Â§ 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 53, 56; BSG [SozR 4-2500 Â§ 87 Nr 10](#) RdNr 21, 25; vgl auch die Beispielsaufzählung in BSG [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 17](#) RdNr 22). Im vorliegenden Fall hat die Beklagte den Weg gewählt, die konservierend-chirurgischen, Kieferbruch- und Parodontopathie-Leistungen nach Maßgabe von Budgets, die für alle Zahnärzte gleich bemessen sind, mit den vollen vertraglich vorgesehenen Punktwerten zu vergüten, und die darüber hinaus gehenden Leistungsmengen entsprechend der verbliebenen Restvergütung nur noch quotiert zu vergüten.

Bei der Ausgestaltung solcher Honorarbegrenzungen sind allerdings die Vorgaben des [Â§ 85 Abs 4 SGB V](#) zu beachten, nämlich dass die Honorierung sich an Art und Umfang der Leistungen der Vertrags(zahn)ärzte zu orientieren hat ([Â§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#)), dass der HVM übermäßiger Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegenwirken soll ([Â§ 85 Abs 4 Satz 5 SGB V](#)) sowie dass die Honorierung gleichmäßig auf das gesamte Jahr zu verteilen, dh den Vertrags(zahn)ärzten gleichmäßig bis zum Jahresende Honorar zu gewähren ist (so [Â§ 85 Abs 4 Satz 4 SGB V](#), eingefügt mit Wirkung zum 1. Januar 1999 durch das GKV-SolG; vgl zusammenfassend BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005 [B 6 KA 17/05 R](#) -, RdNr 28, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen). Über diese Vorgaben hinaus hat das BSG einen hohen Stellenwert auch dem Ziel beigemessen, eine Punktwertstabilisierung zu erreichen, um dem sog Hamsterradeffekt entgegenzuwirken und damit zugleich den Vertrags(zahn)ärzten zu ermöglichen, ihr zu erwartendes vertragsärztliches Honorar sicherer abzuschätzen (sog Kalkulationssicherheit). Diesen verschiedenen Zielvorgaben kann ein HVM nicht gleichermaßen gerecht werden. Vielmehr muss die K(Z)V in dem Konflikt unterschiedlicher Zielsetzungen einen angemessenen Ausgleich im Sinne praktischer Konkordanz (vgl zB [BVerfGE 97, 169](#), 176 mwN) suchen. Dabei gibt es nicht nur eine richtige Kompromisslösung, sondern eine Bandbreite unterschiedlicher Möglichkeiten gleichermaßen rechtlicher Regelungen (so schon BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005 [B 6 KA 17/05 R](#) -, RdNr 28 mwN).

Diese Auslegung der Bestimmungen des [Â§ 85 Abs 4 Satz 3](#) ff SGB V unterliegt keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Mit ihr wird vielmehr die Gestaltungsfreiheit, die der K(Z)V bzw ihrer Vertreterversammlung bei der Ausformung des HVM zusteht, der eine als Satzung ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist (BSG aaO RdNr 50 bzw RdNr 9), sowohl respektiert als auch in ausreichender Weise konkretisiert. Die von der Klägerin erhobenen grundsätzlichen Einwände gegen einen solchen Umfang an Gestaltungsfreiheit

greifen nicht durch. Diese hält sich vielmehr im Rahmen der Vorgaben des Grundgesetzes (Art 19 Abs 4, Art 20 Abs 3 sowie Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG). Das hat der Senat in seinem grundlegenden Urteil vom 9. Dezember 2004 nochmals dargelegt (s BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 Â§ 72 Nr 2, jeweils RdNr 27 ff, insbes RdNr 30 und RdNr 50; Verfassungsbeschwerde erfolglos, s BVerfG (Kammer), Beschluss vom 14. Februar 2006 (1 BvR 1917/05 -) und jüngst erneut bestätigt (BSG SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 17 RdNr 9 f). Eine Abweichung von den verwaltungsgerichtlichen Maßstäben bei der Überprüfung sonstiger Satzungen ist entgegen der Ansicht der Klägerin nicht gegeben.

Die vorliegend zu beurteilende Kombination einer Honorierung nach Einzelleistungspunktwerten mit der Verteilung einer sog Restverteilung unter Anwendung einer nur geringen Honorierungsquote (hier: ca 17 %) überschreitet die genannten Vorgaben nicht. Durch sie wird gewährleistet, dass die Honorarverteilung sich einem eventuell geringeren Gesamtverteilungsvolumen anpasst, indem dann entweder der Bereich der Honorierung nach den vollen vertraglich vorgesehenen Punktwerten stärker begrenzt wird und/oder die Restverteilungsquote entsprechend geringer ausfällt.

Der Hinweis der Klägerin, diese Regelung belaste die umsatzstärkeren Vertragszahnärzte mehr als die umsatzschwächeren, weil den umsatzschwächeren alle Leistungen nach den vollen Punktwerten vergütet, die umsatzstärkeren dagegen für einen Teil ihrer Leistungen die Vergütung quotiert werde, trifft zu. Dies begründet indessen keine Rechtswidrigkeit. Das Gebot leistungsproportionaler Vergütung (s hierzu Â§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V) ist keine Vorgabe, die strikt einzuhalten wäre und höheren Rang hätte als die anderen Zielvorgaben (s BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005, aaO, RdNr 30 mwN). Es kann vielmehr im Interesse einer Begrenzung der Leistungsmengen und damit einer Stabilisierung der Punktwerte modifiziert werden. Die den K(Z)ÄVen bei der Ausformung des HVM eingeräumte Gestaltungsfreiheit erlaubt ihnen zu entscheiden, ob sie allen Vertrags(zahn)Ärzten die gleichen Honoraranreize belassen bzw in gleichem Umfang Honorarreduzierungen zumuten oder ob sie den Anreiz, mehr Leistungen zu erbringen, bei größeren Praxen stärker reduzieren wollen als bei kleineren. So hat das BSG wiederholt HVM-Bestimmungen gebilligt, die Vertrags(zahn)Ärzte mit kleinerem bis durchschnittlichem Praxisumfang geringer, diejenigen mit größerem dagegen mehr belasten (s im Einzelnen BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005, aaO, RdNr 30 mwN). Spiegelbildlich zum Erfordernis von Wachstumsmöglichkeiten für unterdurchschnittliche Praxen können die überdurchschnittlichen stärker begrenzt werden. Ein Besitzstand derart, dass die Chance erhalten bleiben müsste, alle Leistungen weiterhin im bisherigen Umfang honoriert zu erhalten, kommt keinem Vertrags(zahn)arzt zu. Die Erhaltung von Verdienstchancen kann weder aus Art 14 Abs 1 noch aus Art 12 Abs 1 GG abgeleitet werden (vgl BSG, aaO, RdNr 30 mit BVerfG-Angaben).

Die Zuerkennung eines Anspruchs auf Besitzstandswahrung wäre auch mit der Funktionsweise des Systems vertrags(zahn)ärztlicher Honorierung nicht vereinbar, weil sich die Honorierung auch bei zunehmenden Leistungsmengen im Rahmen der

uU geringer steigenden GesamtvergÄ¼tungen halten muss und den unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen â□□ zumal in der Aufbauphase â□□ stets die MÄ¼glichkeit zu Honorarsteigerungen bis zum Durchschnitt der Fachgruppe zu gewÄ¼hrleisten ist (dazu besonders deutlich [BSGE 92, 233](#) = [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 9](#)). Dies legt die Folgerung nahe, dass im HVM Bestimmungen zulÄ¼ssig sein mÄ¼ssen, die im Falle geringeren GesamtvergÄ¼tungsvolumens den Ä¼berdurchschnittlichen Praxen weitere Honorarsteigerungen verwehren, uU auch Ä¼berdurchschnittliche Honorarsummen absenken (zu solchen Regelungen s BSG [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 6](#) RdNr 19; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 Â§ 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 53; BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005, aaO, RdNr 30 mwN). WÄ¼re sowohl den unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen zu ermÄ¼glichen, ihr Honorar bis zum durchschnittlichen der Fachgruppe zu steigern, als auch den Ä¼berdurchschnittlich abrechnenden ihr bisheriger VergÄ¼tungsumfang zu erhalten, so mÄ¼sste es MÄ¼glichkeiten entsprechender ErhÄ¼hung des GesamtvergÄ¼tungsvolumens geben. Dieses darf aber nur nach MaÄ¼gabe des [Â§ 85 Abs 3 SGB V](#) â□□ unter Beachtung des Grundsatzes der BeitragssatzstabilitÄ¼t â□□ angehoben werden (s hierzu [BSGE 91, 153](#) = [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 3](#), jeweils RdNr 14 ff; BSG [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 16](#) RdNr 13).

Erfolglos ist schlie¼lich auch die RÄ¼ge, die K(Z)Ä¼Ven bzw ihre Vertreterversammlungen mÄ¼ssten nÄ¼her darlegen, aus welchen Motiven sie Praxen mit kleineren UmsÄ¼tzen begÄ¼nstigen und solche mit hÄ¼heren UmsÄ¼tzen stÄ¼rker begrenzen wollen. Eine BegrÄ¼ndungspflicht besteht fÄ¼r den Normgeber grundsÄ¼tzlich nicht ([BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 Â§ 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 44, mwN).

Die vorliegende VergÄ¼tzungsreduzierung, die sich aus der Verteilung der RestvergÄ¼tzung unter Anwendung einer nur geringen Honorierungsquote ergibt, ist auch der HÄ¼he nach rechtmÄ¼Ùig. Die VergÄ¼tzungsquote von nur ca 17 % beruhte darauf, dass fÄ¼r die RestvergÄ¼tzung nur 3 % des GesamtvergÄ¼tzungsvolumens zur VerfÄ¼gung standen, sodass die Honorierungsquote nur noch sehr gering sein konnte. Dies ist nicht zu beanstanden.

Der Senat hat bereits in anderem Zusammenhang ausgefÄ¼hrt, dass ein Absinken der RestvergÄ¼tzungsquote auch auf Null nicht zu beanstanden ist und dass auf RestvergÄ¼tzungsregelungen sogar gÄ¼nzlich verzichtet werden kann (so [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 12 am Ende, und BSG [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 6](#) RdNr 11). Bei der Beurteilung von RestvergÄ¼tzungsquoten sind stets der Zusammenhang und die Wechselwirkung mit der vorgÄ¼ngig errechneten "Haupt" honorierung zu beachten. Je grÄ¼Ùer diese bemessen wurde, desto weniger verbleibt fÄ¼r die restliche VergÄ¼tzung. Bei der vorliegend zu beurteilenden Honorarverteilung fÄ¼r 1999 war der VergÄ¼tzungsumfang auf der 1. und 2. Stufe groÙ und dadurch die Honorierungsquote bei der RestvergÄ¼tzungsverteilung auf der 3. Stufe nur noch gering. Nach den zu Grunde liegenden Regelungen des HVM erhielt der Vertragszahnarzt bis zu der auf der 1. Stufe vorgesehenen EinzelleistungsvergÄ¼tzungsobergrenze und im Falle eines dann noch verbliebenen mehr als 3 %igen GesamtvergÄ¼tzungsvolumens auch noch auf der 2. Stufe die vollen Punktwerte, dh in der vollen HÄ¼he, wie sie in den

Gesamtvergtungsvereinbarungen mit den KKn-Verbänden vorgesehen war. Erst bei der Verteilung des 3 %igen Restes der Gesamtvergtungen wurden die dann noch unvergütet gebliebenen Leistungen â gem dem Verhältnis des noch nicht verteilten Gesamtvergtungsvolumens zur Summe aller nicht erfllten Honorarforderungen â nur noch quotiert honoriert, was für 1999 eine Quote von ca 17 % ergab. Diese geringe Honorierungsquote ist also die Folge des verhltnismig großen Rahmens der Vergütung mit vollen Punktwerten auf der 1. und 2. Stufe. Sie ist mithin Teil des Gesamtkonzepts, eine möglichst große Zahl der Leistungen mit vollen Punktwerten zu vergüten und dadurch dem Interesse der Vertragszahnrzte entgegenzukommen, einen möglichst großen Anteil ihres zu erwartenden vertragszahnärztlichen Honorars sicherer abschätzen zu knnen. Hierdurch ist zugleich diese Quote gerechtfertigt.

Diese Quote von 17 % kann nicht mit der Begründung beanstandet werden, aus [ 85 Abs 4b Satz 1 SGB V](#) ergebe sich, dass im vertragszahnärztlichen Bereich eine Abstufung maximal 40 % betragen dürfe. Denn aus dieser gesetzlichen Sonderregelung für Honorarminderungen zu Gunsten der KKn (s [ 85 Abs 4e SGB V](#)) kann keine generelle Obergrenze für Quotierungen abgeleitet werden. Vorliegend stehen keine solchen Absenkungen in Frage, vielmehr ist allein die Verteilung des Honorars im Verhältnis zu den anderen Vertragszahnrzten betroffen.

Einer zusätzlichen besonderen Rechtfertigung der Restvergtungsquote bedarf es nicht. Weder ist erforderlich, dass es sich um eine Regelung zur Vergütung übermässiger Ausdehnung vertragszahnrztlicher Tätigkeit im Sinne des [ 85 Abs 4 Satz 5 SGB V](#) handelt (zu den Mstben für solche Bestimmungen zuletzt zusammenfassend BSG, Urteil vom 28. September 2005 â [B 6 KA 14/04 R](#) -, RdNr 12 mwN, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen); noch muss diese Konzeption des HVM als Regelleistungsvolumen im Sinne von [ 85 Abs 4 Satz 6](#) und 7 SGB V qualifiziert werden knnen (s [BSGE 92, 10 = SozR 4-2500  85 Nr 5](#), jeweils RdNr 17; vgl ferner zB Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, K  85 â Stand August 2005 â RdNr 256 ff). Solcher Rechtfertigungen bedarf es â entgegen der Auffassung des LSG â deshalb nicht, weil die Regelung, wie ausgeführt, schon auf Grund des [ 85 Abs 4 Satz 3](#), 4 und 8 SGB V rechtmässig â nämlich von der in diesem Rahmen bestehenden Gestaltungsfreiheit des Normgebers gedeckt â ist.

2. Auch die weiteren Einwendungen, die die Klägerin und das LSG gegen die HVM-Regelungen erhoben haben, greifen nicht durch.

a) Die HVM-Bestimmungen knnen insbesondere nicht deshalb beanstandet werden, weil der Grenzwert, bis zu dem die Leistungen der Vertragszahnrzte zum vollen Punktwert vergütet werden, und die Restvergtungsquote nicht von vornherein feststehen. Einem solchen Erfordernis unterliegen, wie im Urteil vom 14. Dezember 2005 ausgeführt ist ([B 6 KA 17/05 R](#), RdNr 36 f, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen), nur â bzw allenfalls â Regelungen, die ihre Grundlage in [ 85 Abs 4 Satz 5 SGB V](#) haben und somit der Vergütung übermässiger Ausdehnung von Kassenpraxen dienen. Solche Regelungen

stehen im vorliegenden Fall indessen nicht in Frage. Hier reicht es aus, wenn dem Vertrags(zahn)arzt bei seiner Leistungserbringung die für deren Honorierung maßgeblichen "Rahmendaten" bekannt sind (BSG, aaO, RdNr 37 mit Hinweis auf BSG [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 10](#) RdNr 19). Dem trug die Beklagte durch ihre regelmäßigen Mitteilungen an die Vertragszahnärzte ausreichend Rechnung. Wie im Berufungsurteil festgestellt worden ist ([Â§ 163](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)), informierte sie ihre Mitglieder laufend über die Veränderungen im HVM sowie über die Fortschritte bei den Verhandlungen mit den KKn und mit der Aufsichtsbehörde, woraus jeweils zugleich die noch bestehenden Unsicherheiten erkennbar wurden.

b) Unberechtigt ist auch die von der Klägerin und dem LSG erhobene Beanstandung, in dem HVM hätten Differenzierungen nach dem jeweiligen regionalen Bedarf getroffen werden müssen.

Ein Gebot, nach den örtlichen Verhältnissen und dem dort spezifischen Behandlungsbedarf zu differenzieren – also zB Vergütungsobergrenzen am Umfang des örtlichen Leistungsbedarfs auszurichten –, besteht nicht. Vielmehr überlässt der Gesetzgeber die Möglichkeit derartiger Differenzierungen der Entscheidung der K(Z)ÄV, deren Verteilungsmaßstab gemäß [Â§ 85 Abs 4 Satz 8 SGB V](#) eine nach Arztgruppen "und Versorgungsgebieten" unterschiedliche Verteilung vorsehen "kann" (zu solchen Differenzierungen s zB BSG [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 16](#) S 105 und Nr 34 S 269 f). Damit hat der Gesetzgeber es dem Normgeber freigestellt, ob er in seinem HVM Bestimmungen treffen will, die nach dem Versorgungsgrad unterscheiden. Der Normgeber kann auf solche Differenzierungen auch verzichten und in seinem HVM pauschalieren und typisieren (s dazu zuletzt BSG, Urteil vom 14. Dezember 2005 – [B 6 KA 17/05 R](#) –, RdNr 32 mwN, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Dementsprechend mussten im hier zu beurteilenden HVM Differenzierungen nach regional unterschiedlichem Bedarf nicht getroffen werden.

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass in besonderen Einzelfällen ein spezifischer örtlicher Leistungsbedarf zu Härtesituationen für einen Arzt (vgl. [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 26: atypisch veränderte Versorgungslage). Dafür muss der HVM eine Härteklauseel enthalten. Enthält er keine oder nur eine zu eng gefasste, so ist eine generelle Härteklauseel auf Grund gesetzeskonformer Auslegung stillschweigend als im HVM enthalten anzunehmen (vgl hierzu BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 84/03 R](#) –, RdNr 48, 67 – juris; s auch BSG [SozR 4-2500 Â§ 87 Nr 10](#) RdNr 21, 29 f; – zum Vorliegen eines Härtefalles s zB [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 Â§ 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 148).

Der hier zu beurteilende HVM enthält in [Â§ 2a](#) eine Härteklauseel. Ob die Klägerin auf Grund dieser Regelung einen Härte-Zuschlag beanspruchen kann, ist im Rahmen des hier anhängigen Verfahrens aber nicht zu entscheiden. Dafür wäre ein gesonderter Antrag ([Â§ 2a Abs 3 HVM](#)) – nach Vorliegen einer abschließenden Entscheidung über den Honoraranspruch – erforderlich, über den in einem eigenständigen Verfahren zu befinden wäre (zum Verfahren bei Härteregeelungen allgemein s [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 Â§ 72 Nr 2](#), jeweils

RdNr 16). Nach der Bestimmung des Â§ 2a HVM könnte die KI rgerin allerdings keinen Härte-Zuschlag beanspruchen. Denn danach müsste sie ihre Praxis in einem Planungsbereich mit einem Versorgungsgrad von weniger als 85 % betreiben, und ihr Jahresabrechnungsvolumen müsste im Jahreshonorarbescheid vom 5. April 2000 zu weniger als 80 % vergütet worden sein (Â§ 2a Abs 1 Satz 1 Buchst a und b HVM). Beide Voraussetzungen treffen nicht zu. Der Versorgungsgrad des Landkreises Hameln-Pyrmont betrug im Jahr 1999 nach den Feststellungen des LSG 107,1 %, und das Jahresabrechnungsvolumen wurde der KI rgerin zu ca 83 % vergütet (ihr wurden nach dem Bescheid vom 5. April 2000 bei einer Honoraranforderung von 1.276.782,79 DM in dem budgetierten Teilbereich 212.053,56 DM nicht vergütet).

Auch auf der Grundlage einer stillschweigend anzunehmenden generellen Härteklauseel (dazu s oben RdNr 37)   ohne die vorgenannten Voraussetzungen des Versorgungsbedarfs im Planungsbereich und einer Honorierungsquote von weniger als 80 %   spricht viel dafür, dass der KI rgerin kein zusätzliches Honorar bewilligt werden könnte. Denn die Notwendigkeit solcher Zahlungen besteht nur dann, wenn der Vertrags(zahn)arzt andernfalls in existentielle wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten sowie ggf seine Praxis nicht fortführen könnte und andererseits ein Versorgungsbedarf besteht (vgl dazu [BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 Â§ 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 148, und ebenso BSG, Besch sse vom 31. August 2005   B 6 KA 61/04 B und 62/04 B, nicht veröffentlicht). Anhaltspunkte dafür sind weder im Berufungsurteil festgestellt worden noch sonst ersichtlich.

c) Unbedenklich ist ferner, dass der HVM Allgemeinzahn rzte und Kieferorthop den unterschiedlich behandelt. Das LSG hat insoweit zu Unrecht beanstandet, dass die Abrechnungsobergrenzen für diese Zahnarztgruppen erheblich voneinander abweichen (Obergrenzen 1999 laut Â§ 2 Abs 1, Â§ 6 Abs 2 HVM: für Allgemeinzahn rzte 239.000 DM und für Kieferorthop den 437.000 DM;   bzw letztlich bei Hinzurechnung der nach der 2. Stufe der Honorarverteilung ebenfalls noch erfolgten Vergütung nach vollen Punktwerten: für Allgemeinzahn rzte ca 288.200 DM und für Kieferorthop den nach den Feststellungen im Berufungsurteil 537.200 bzw einschl Begleitleistungen 661.400 DM).

Diese Ungleichbehandlung ist im Grundsatz schon dadurch legitimiert, dass Honorarregelungen gem  Â§ 85 Abs 4 Satz 8 SGB V eine nach Arzt- bzw Zahnarztgruppen unterschiedliche Verteilung vorsehen dürfen. So hat das BSG ausgesprochen, dass für verschiedene Fachgruppen getrennte und honorarm sig unterschiedlich bemessene Honorart pfe festgelegt werden k nnen (zur Gestaltungsfreiheit bei der Bildung von Honorarkontingenten vgl [BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 12](#) RdNr 15 bis 17; vgl auch zB BSG [SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 17](#) RdNr 11). In gleicher Weise k nnen auf Grund des [Â§ 85 Abs 4 Satz 8 SGB V](#) auch Einzelleistungsverg tungsobergrenzen für verschiedene Fachgruppen einschließlich der Restverg tungsquoten unterschiedlich festgelegt werden. Dies ist nicht sachwidrig und somit vor [Art 3 Abs 1 GG](#) gerechtfertigt.

Unabhängig von der ausdrücklichen gesetzlichen Gestattung verst t die

unterschiedliche Behandlung der Allgemeinzahnärzte und der Kieferorthopäden aber auch deshalb nicht gegen [Art 3 Abs 1 GG](#), weil zwischen ihnen hinsichtlich ihrer Abrechnungsmöglichkeiten erhebliche Unterschiede bestehen. Die in Â§ 2 Abs 1 und in Â§ 6 Abs 2 HVM festgelegten Einzelleistungsvergütungsobergrenzen haben verschiedene Auswirkungen. Die Obergrenze bei den Kieferorthopäden wirkt fÃ¼r sie umfassender als diejenige bei den AllgemeinzahnÃrzten. WÃhrend diese zusÃtzlich insbesondere â nicht budgetierte â Zahnersatz-Leistungen erbringen und abrechnen dÃ¼rfen, ist dies den KieferorthopÃden grundsÃtzlich nicht gestattet. Denn die spezialisierten ZahnÃrzte dÃ¼rfen in Niedersachsen Zahnersatz-Leistungen grundsÃtzlich nicht erbringen und also auch nicht abrechnen (vgl. Â§ 36 Abs 2 iVm Â§ 57 Abs 2 des niedersÃchsischen Kammergesetzes fÃ¼r die Heilberufe â insoweit identisch in der Fassung vom 19. Juni 1996, NdsGVBl 1996, 259, und der rÃckwirkend in Kraft gesetzten vom 8. Dezember 2000, NdsGVBl 2000, 301 â sowie Â§ 1 Abs 3 Weiterbildungsordnung der ZahnÃrztekammer Niedersachsen vom 10. Oktober 1980 mit Ãnderung vom 4. November 1994). Unterscheiden sich mithin die Leistungsspektren und AbrechnungsmÃglichkeiten erheblich, so kÃnnen die verschiedenen Obergrenzen nicht beanstandet werden, sofern sie â was hier nicht der Fall ist â nicht offensichtlich sachwidrig festgesetzt worden sind.

d) Ebenfalls unzutreffend ist die Ansicht, fÃ¼r jeden Vertrags(zahn)arzt mÃsse ein Anreiz zu quantitativer Ausweitung seines Leistungsangebots bestehen, soweit es an seinem Praxisort entsprechenden Behandlungsbedarf gebe (vgl. dazu das Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen, [MedR 2005, 371](#), 373, 376). Ein solcher Rechtssatz lÃsst sich weder aus dem Gesetz noch aus der Rechtsprechung des BSG ableiten. Besteht â ungeachtet rechnerischer Ãberversorgung (s. o. RdNr 38) â ein Leistungsbedarf Ãber die von den zugelassenen VertragszahnÃrzten angebotenen Leistungsspektren oder -mengen hinaus, so ist es nur eine von mehreren MÃglichkeiten, ihn dadurch zu decken, dass eine Ausweitung des Leistungsangebots der bereits tÃtigen VertragszahnÃrzte durch entsprechende Honoraranreize begÃnstigt wird. Andere MÃglichkeiten sind zB, weitere Vertrags(zahn)Ãrzte zuzulassen, was bei sog. Sonderbedarf auch in Ãberversorgten und deshalb gesperrten Bereichen denkbar ist (s. [Â§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#)), oder ErmÃchtigungen zu erteilen (zB an Krankenhaus(zahn)Ãrzte, vgl. dazu [Â§ 116 SGB V](#), Â§ 31, 31a ZahnÃrzte-ZV). Jedenfalls lÃsst sich der Weg, fÃ¼r die bereits zugelassenen VertragszahnÃrzte wirtschaftliche Anreize zu schaffen, ihr Leistungsangebot quantitativ auszuweiten, nicht als der bevorzugt zu wÃhlende oder gar einzig richtige kennzeichnen.

e) Nicht gefolgt werden kann schlieÃlich der Auffassung, die Honorarverteilungsregelungen mÃssten die freie Arztwahl der Versicherten ermÃglichen bzw. verbessern. Diese Ansicht (so LSG Niedersachsen-Bremen, [MedR 2005, 371](#), 373) findet im Wortlaut des [Â§ 76 Abs 1 SGB V](#) keine StÃtze. Dieser gewÃhrt lediglich die Freiheit der Wahl zwischen den zugelassenen und ermÃchtigten Vertrags(zahn)Ãrzten und vertrags(zahn)Ãrztlichen Institutionen â nach MaÃgabe der von diesen ausgeÃbten TÃtigkeiten und TÃtigkeitsspektren. Ein Anhaltspunkt fÃ¼r einen Anspruch auf TÃtigkeitserweiterung bzw. auf dafÃ¼r bereitzustellende Honorare lÃsst sich

dieser Bestimmung nicht entnehmen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG [SozR 3-2500 Â§ 116 Nr 24](#) S 115 ff). Der Senat hat seinen Kostenauspruch Ã¼ber das Revisions- und das Berufungsverfahren hinaus auch auf das erstinstanzliche Verfahren erstreckt. Denn die Entscheidung des SG, dass die Beklagte der KlÃ¤gerin ein Drittel der ihr entstandenen Kosten erstatten mÃ¼sse, ist nicht gerechtfertigt. Dies hat das SG mÃ¶glicherweise darauf gegrÃ¼ndet, dass eine ausreichende Benehmensherstellung im Sinne des [Â§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) zweifelhaft sei (s S 7 f seines Urteils). Dem vermag der Senat nach den vorliegenden Akten nicht zu folgen.

Erstellt am: 07.08.2006

Zuletzt verÃ¤ndert am: 20.12.2024