

LANDESSOZIALGERICHT NIEDERSACHSEN-BREMEN

L 3 KA 62/04

S 35 KA 455/01 (Sozialgericht Hannover)

IM NAMEN DES VOLKES

Verkündet am: 27. Oktober 2004

(Hempel)
Justizangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

URTEIL

In dem Rechtsstreit

Dr. A.,

Kläger und Berufungskläger,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte B.,

g e g e n

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Zeißstraße 11, 30519 Hannover,

Beklagte und Berufungsbeklagte,

b e i g e l a d e n :

Land Niedersachsen, vertreten durch das Niedersächsische Ministerium für
Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit,
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2, 30159 Hannover,

hat der 3. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen auf die mündliche Verhandlung vom 27. Oktober 2004 in Celle durch die Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht Dr. Günniker, den Richter am Landessozialgericht Dr. Pfitzner, den Richter am Landessozialgericht Pilz und die ehrenamtlichen Richter C. und D. für Recht erkannt:

Das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 10. März 2004 und der Bescheid der Beklagten vom 05. April 2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. März 2001 und des Änderungsbescheides vom 04. Dezember 2003 werden aufgehoben.

Die Beklagte wird verpflichtet, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates neu zu bescheiden.

Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers aus beiden Rechtszügen; im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

TATBESTAND:

Der zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Kläger wendet sich gegen die Honorarberechnung für das Jahr 1999. Der Kläger war 1999 mit Praxis in E. (Planungsbereich Landkreis F.; Versorgungsgrad 102,4 %) zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Vertreterversammlung der Beklagten nahm auf ihrer Sitzung vom 06. März 1998 einstimmig folgenden Antrag des Vorstandes an:

"Sollten für die Jahre 1999 und folgende nur limitierte Gesamtvergütungen zur Verteilung zur Verfügung stehen, wird die KZVN die Honorarverteilung aufgrund zahnarztbezogener Budgets vornehmen. Diese errechnen sich für alle zugelassenen Zahnärzte gleichermaßen aus dem Verhältnis der Summe der tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen zu der Anzahl der zum 31.12. des jeweiligen Vorjahres zugelassenen Zahnärzte. Daran anknüpfend erfolgt die Honorarverteilung in der Weise, dass bis zu der zahnarztbezogenen Budgetobergrenze alle Leistungen nach den geltenden Einzelleistungspunktwerten vergütet werden, während sich im Anschluss daran die Vergütung der die zahnarztbezogenen Budgets überschreitenden Leistungen auf eine Quote beschränkt, die dem Verhältnis der Summe aller die zahnarztbezogenen Budgets übersteigenden Honorarforderungen zu dem noch nicht verteilten Anteil der Gesamtvergütung entspricht. Die Einzelheiten dieser in Aussicht genommenen Honorarverteilungsregelung bleiben einem detaillierten HVM vorbehalten."

Bei ihrer Sitzung am 27./28. November 1998 fasste die Vertreterversammlung folgenden Beschluss:

"Der am 6.3.1998 einstimmig beschlossene Honorarverteilungsmaßstab 1999 wird wie folgt ausgeführt:

Die KZVN verteilt die Honorare für konservierend-chirurgische, Kieferbruch- und PAR-Leistungen 1999 aufgrund zahnarztbezogener Budgets. Das Bud-

get beträgt für jeden zugelassenen bzw. ermächtigten Zahnarzt gleichermaßen 214.000 DM für das Jahr 1999.

In diesem Rahmen erfolgt die Honorarverteilung in der Weise, dass bis zu der zahnarztbezogenen Budgetobergrenze alle Leistungen nach den geltenden Einzelleistungspunktwerten vergütet werden.

Die Vergütung der diesen Rahmen überschreitenden Leistungen erfolgt in der folgenden Weise:

Die noch nicht verteilte Gesamtvergütung wird in das Verhältnis zu der Anzahl der den Sockelbetrag überschreitenden Zahnärzte gesetzt. Innerhalb der durch diesen Quotienten definierten Grenze werden die Leistungen mit dem geltenden Einzelleistungspunktwert vergütet. Die Vergütung der diesen Rahmen überschreitenden Leistungen erfolgt in der gleichen Weise.

Die Wiederholung dieses Verteilungsvorgangs erfolgt so lange, bis das Gesamtbudget bis auf einen Rest von 3 % ausgeschöpft ist. Die Vergütung der diesen Rahmen überschreitenden Leistungen wird auf eine Quote beschränkt. Diese entspricht dem Verhältnis der Summe aller die so definierte Grenze übersteigenden Honorarforderungen zu dem noch nicht verteilten Anteil der Gesamtvergütung."

Diesen Honorarverteilungsmaßstab übermittelte die Beklagte mit Schreiben vom 11. Dezember 1998 an die Krankenkassenverbände.

1999 waren in Niedersachsen erhebliche Unterschiede im Versorgungsgrad mit vertragszahnärztlichen Leistungen zu verzeichnen. Während im Landkreis G. ein Versorgungsgrad von nur 66,7 % erreicht wurde, erreichte dieser im Planungsbereich H. 140 %. Von den insgesamt 48 Planungsbereichen wiesen 33 einen Versorgungsgrad von weniger als 100 %, davon 18 sogar von weniger als 85 % auf.

Mit Rundschreiben I/99 teilte die Beklagte ihren Mitgliedern insbesondere Folgendes mit:

"Angesichts der Vielzahl von Nachfragen weisen wir noch einmal nachdrücklich darauf hin, dass nach dem Beschluss der Vertreterversammlung

vom 27./28. Nov. 1998 der HVM 1999 für kons.-chir., Kieferbruch- und PAR-Leistungen kein gesondertes Budget für angestellte Zahnärzte und Assistenten vorsieht...

Nach unseren Berechnungen ergeben sich beim gestuften Verteilungsverfahren zur Feststellung des arithmetischen Mittels über den ersten Sockelbetrag von 214.000 DM hinaus noch zwei weitere Rechenoperationen bis zur Erreichung einer Restmenge von 3 % des Gesamtbudgets, die nur noch quotiert ausgezahlt wird. Danach ergeben sich aus den weiteren Rechenschritten voraussichtlich folgende Beträge:

- | | |
|------------------|------------|
| 1. Sockelbetrag: | 214.000 DM |
| 2. Sockelbetrag: | 67.000 DM |
| 3. Sockelbetrag: | 24.000 DM |

sowie

eine Quote von 2,4 % für die Restmenge der Gesamtvergütung von 3 %.

Unter dem Vorbehalt, dass sich die genannten Beträge noch durch eine Reihe von Unwägbarkeiten verändern können, würde dementsprechend ein zugelassener Zahnarzt im gesamten Jahr 1999 theoretisch bis zu einer Höhe von 305.0000 DM zahnärztliche Leistungen im Bereich der früheren Sachleistungen zu 100 % vergütet bekommen können. Leistungen, die darüber hinaus erbracht werden, könnten nur noch mit einer Quote von 2,4 % vergütet werden, d.h. sie würden beinahe gar nicht mehr honoriert werden.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei den genannten Beträgen nur um eine fiktive Honorarberechnung auf der Basis des kons.-chir., PAR- und Kieferbruch-Volumens in Niedersachsen für das Jahr 1997 handelt, die zudem noch IP-Alt-Fälle beinhaltet..."

Mit Schreiben vom 21. Januar 1999 rügten die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen, dass sie nicht vor der Beschlussfassung über den HVM ordnungsgemäß gehört worden seien. Eine Benehmensherstellung komme nicht in Betracht. Der HVM entspreche nicht den Intentionen des Gesetzgebers, der in § 85 Abs. 4 S. 4 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG) sowie in Art. 15 Abs. 1 S. 6 GKV-SolG eine gleichmäßige Verteilung der Gesamtvergütung auf

das gesamte Jahr fordere. Zudem berge der HVM die Gefahr in sich, dass nach §§ 72 Abs. 2, 73 Abs. 2, 75 Abs. 1 und 95 SGB V zu erbringende Leistungen unterblieben.

Bei einem Gespräch am 9. Februar 1999 zwischen Vertretern der Beklagten und Vertretern der Aufsichtsbehörde, dem im vorliegenden Verfahren das beigeladene Land vertretenden Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (im Folgenden: Ministerium), vertrat die Beklagte die Auffassung, dass der HVM den gesetzlichen Vorgaben entspreche. Die Kombination limitierter Abschlagszahlungen und einer Honorarbegrenzung für die einzelnen Quartale gewährleiste, dass auch gegen Ende des Jahres ausreichend Geld für die Verteilung zur Verfügung stehe. Etwa 77 % der Vertragszahnärzte erhielten nach Maßgabe des HVM alle Sachleistungen zum vollen Punktwert vergütet, nur die restlichen 23 % seien von der Budgetierung betroffen.

Demgegenüber sah die Aufsichtsbehörde in diesem Gespräch das Gebot einer gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung über das gesamte Kalenderjahr als missachtet an. Die Systematik des HVM bringe es mit sich, dass die von der Budgetierung betroffenen Zahnärzte zu Beginn des Jahres ein höheres Honorar erhielten. Zudem beinhalte der HVM einen willkürlichen Eingriff in das Eigentumsrecht der Zahnärzte an ihren eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieben. Mit Schreiben vom 19. Februar 1999 wandte sich das Ministerium an das Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung und legte dar, dass seiner Auffassung nach das Landesschiedsamt gemäß Art. 12 Abs. 3 GKV-SolG von Amts wegen einen HVM festzusetzen habe, da der von der Vertreterversammlung der Beklagten erlassene die Vorgaben des § 85 Abs. 4 S. 4 SGB V missachte.

Am 19. Februar 1999 beschloss die Vertreterversammlung der Beklagten eine Neufassung des HVM. Diese enthielt insbesondere folgende Regelungen:

§ 1 Zu verteilende Honorarmengen

(1) Die mit den niedersächsischen Krankenkassen vereinbarten Honorarmengen für

- a) konservierend-chirurgische, Kieferbruch- und PAR-Leistungen,
- b) kieferorthopädische Leistungen,

c) Zahnersatzleistungen
werden getrennt verteilt...

§ 2 Verteilung der Honorare für Kfo-Leistungen der Nichtfachzahnärzte sowie konservierend-chirurgische, Kieferbruch- und PAR-Leistungen

(1) Die KZVN verteilt die Honorare für konservierend-chirurgische, Kieferbruch- und PAR-Leistungen ... sowie 22 % der Honorare für Kfo-Leistungen ... aufgrund zahnarztbezogener Budgets. Das Budget beträgt für jeden zugelassenen bzw. ermächtigten Zahnarzt gleichermaßen 239.000 DM für das Jahr 1999.

(2) In diesem Rahmen erfolgt die Honorarverteilung in der Weise, dass bis zu der zahnarztbezogenen Budgetobergrenze alle Leistungen nach den geltenden Einzelleistungspunktwerten vergütet werden...

Die Regelungen über die Vergütung der den Rahmen von 239.000 DM übersteigenden Leistungen in den Absätzen 3 und 4 entsprachen den Bestimmungen im Beschluss vom 27./28. November 1998.

§ 5 Verteilung der Honorare für Zahnersatz

(1) Für die Verteilung der Honorare (Kassenanteil) für Zahnersatz gilt § 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass das zahnarztbezogene Jahresbudget 72.000 DM beträgt...

§ 6 Vergütung kieferorthopädischer Leistungen der Fachzahnärzte und der ausschließlich kieferorthopädisch tätigen Nichtfachzahnärzte

(1) Für die Vergütung der kieferorthopädischen Leistungen der Fachzahnärzte für Kieferorthopädie stehen 78 % der von den Krankenkassen für kieferorthopädische Leistungen gezahlten Honorare... zur Verfügung.

(2) Für die Verteilung der Honorarmenge nach (1) gilt § 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Budget nach § 2 (1) 437.000,00 DM je Fachzahnarzt beträgt...

(5) Die Vergütung der von den Fachzahnärzten erbrachten konservierend-chirurgischen Leistungen erfolgt aus der für diesen Leistungsbereich zur Verfügung stehenden Honorarmenge (§ 2(1)) im Rahmen der diesbezüglichen Verteilung nach §§ 2 und 3 mit der Maßgabe, dass dort das Budget je Fachzahnarzt 75.000 DM ... beträgt...

(6) An der Honorarverteilung der Fachzahnärzte nehmen die Nichtfachzahnärzte teil, wenn sie gegenüber der KZVN schriftlich erklären, ausschließlich

kieferorthopädisch tätig zu sein. In diesem Fall ist die Teilnahme an der Honorarverteilung nach § 2 und nach § 5 ausgeschlossen ...

(7) Die Erklärung nach (6) ist bis zum 31.03. des laufenden Jahres abzugeben und für das ganze Jahr bindend.

Das Ministerium hatte der Beklagten zuvor mit Schreiben vom 10. Februar 1999 auf der Grundlage eines ihm zugeleiteten Entwurfs des nachfolgend am 19. Februar 1999 gefassten Beschlusses mitgeteilt, dass die geltend gemachten Bedenken durch die Neufassung nicht ausgeräumt seien. Zudem sei die nunmehr angestrebte Lösung auch deshalb unzulässig, weil Art. 15 GKV-SolG ausdrücklich vorsehe, dass Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie im Rahmen der Budget- und Preisregelung einen einheitlichen Leistungsbereich bildeten, demgegenüber wolle die Beklagte Kfo-Leistungen mit zahnerhaltenden Leistungen verbinden.

Mit Sonderrundschreiben vom 23. Februar 1999 teilte die Beklagte ihren Mitgliedern mit, dass eine fiktive Honorarverteilung auf der Basis der Gesamtvergütung 1997 ergeben habe, dass Leistungen voraussichtlich in folgendem Umfang vollständig nach den sog. Vertragspunktwerten zu vergüten seien (sog. "1. – 3. arithm. Mittel"):

Sachleistungen Zahnärzte	336.000 DM
Sachleistungen Fachzahnärzte als Begleitleistungen	174.000 DM
Zahnersatzleistungen	117.000 DM
Kfo-Leistungen der Fachzahnärzte	788.000 DM.

Am 31. März 1999 beschloss das Landesschiedsamt einen Honorarverteilungsmaßstab 1999 für die Beklagte, der eine Honorarverteilung unter Heranziehung sog. floatender Punktwerte vorsah. Mit Schreiben vom 21. Mai 1999 erklärte das Ministerium sein Einvernehmen mit diesem Beschluss.

In einem Sonderrundschreiben vom 12. April 1999 legte die Beklagte ihren Mitgliedern dar, dass eine Honorarverteilung auf der Basis eines floatenden Punktwertes weniger als 20 % der niedersächsischen Vertragszahnärzte begünstigen würde, wohingegen über 80 % von ihnen Einbußen im Vergleich zu einer Ho-

norarverteilung nach Maßgabe des von der Vertreterversammlung beschlossenen HVM erfahren würden.

Am 17. April 1999 beschloss die Vertreterversammlung der Beklagten erneut einen HVM, der inhaltlich weitestgehend dem vorausgegangenen Beschluss vom 19. Februar 1999 entsprach. In den in der Sache unverändert gebliebenen Bestimmungen über die Bemessung der Abschlagszahlungen in § 3 Abs. 2 und über die Bemessung der (vorläufigen) Honorarzuteilung für die ersten drei Quartale in § 4 Abs. 2 S. 2 des HVM wurden jeweils die Worte hinzugefügt "zur Sicherung des gleichmäßigen Gesamtvergütungsflusses über das ganze Jahr".

Mit Schreiben vom 14. Mai 1999 teilte die Beklagte dem Ministerium mit, dass sie die Honorarverteilung auf der Basis des Beschlusses vom 17. April 1999 vornehmen werde. Das Ministerium seinerseits vertrat im Schreiben vom 25. Mai 1999 die Auffassung, dass die Honorarverteilung auf der Grundlage des Beschlusses des Landesschiedsamtes durchzuführen sei.

Am 26. Mai 1999 beschloss die Vertreterversammlung der Beklagten, dass bei der Honorarverteilung für 1999 nachfolgende Verteilungspunkte für kons.-chir., PAR- und Kieferbruchleistungen zugrunde zu legen seien:

Primärkassen	1,5944 DM
VdAK	1,6849 DM
AEV	1,5669 DM und
GEK	1,6313 DM.

Diese Punktwerte überstiegen die 1998 geltenden Punktwerte um 2,7 %.

Am 09. Juni 1999 führte das Ministerium ein aufsichtsrechtliches Beratungsgespräch durch, bei dem es weiterhin die Auffassung vertrat, dass die Honorarverteilung auf der Basis der Entscheidung des Landesschiedsamtes vorzunehmen sei.

Mit Erlass vom 30. August 1999 gab das Ministerium unter Anordnung des Sofortvollzuges der Beklagten auf, die Honorarverteilung für das Jahr 1999 nach Maßgabe des Beschlusses des Landesschiedsamtes durchzuführen. Daraufhin

fasste die Vertreterversammlung der Beklagten am 30. August 1999 einen Beschluss des Inhalts, dass sich die Selbstverwaltungsorgane der Beklagten zu einer Honorarverteilung im Sinne des Beschlusses des Landesschiedsamtes vom 31. März 1999 und der Aufsichtsordnung vom 30. August 1999 aus tatsächlichen Gründen nicht in der Lage sähen. Zugleich wurde die Aufsichtsbehörde aufgefordert, selbst für die Durchführung der ihren Vorstellungen entsprechenden Honorarverteilung Sorge zu tragen.

Gegen die Aufsichtsordnung vom 30. August 1999 hat die Beklagte am 13. September 1999 Klage erhoben (S 35 KA 714/99). Ihr Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes gegen die Aufsichtsordnung blieb in beiden Instanzen ohne Erfolg (vgl. den Beschluss des Sozialgerichts Hannover vom 14. Oktober 1999 – S 31 KA 713/99 ER – und den Beschluss des 5. Senats des Landesozialgerichts Niedersachsen vom 05. April 2000 – L 5 KA 74/99).

Mit Verfügung vom 11. November 1999 drohte das Ministerium der Beklagten die Festsetzung eines Zwangsgeldes für den Fall der weiteren Nichtbefolgung der die Honorarverteilung betreffenden Aufsichtsordnung vom 30. August 1999 an. Nachdem das Sozialgericht auch diesbezüglich die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes abgelehnt hatte (vgl. Beschluss vom 14. Dezember 1999 – S 31 KA 1142/99 –) hat der erkennende Senat mit Beschluss vom 03. August 2000 (L 3/5 KA 2/00 ER) die aufschiebende Wirkung der Klage der Beklagten gegen den Bescheid des Ministeriums vom 11. November 1999 angeordnet. Zur Begründung hat der Senat insbesondere dargelegt, dass nach erfolgter Honorarverteilung für das Jahr 1999 kein überwiegendes öffentliches Interesse an einer Neuberechnung noch vor Abschluss des Hauptsacheverfahrens bestehe.

Berechnungen der Beklagten zur Umsetzung der Vorgaben des HVM 1999 in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 17. April 1999 führten zu dem Ergebnis, dass jedem Vertragszahnarzt für konservierend-chirurgische, Kieferbruch-, PAR- und Kfo-Leistungen bis zu einer Höhe von 288.180,32 DM, der sog. Jahresvergütungsobergrenze, ein Honorar in voller Höhe nach Maßgabe der sog. Vertrags- bzw. Verteilungspunktwerte (Einzelleistungspunktwerte) zustand; für Fachzahnärzte für Kieferorthopädie galten abweichende Werte. Dar-

über hinaus gehende Leistungen wurden nur mit einer Quote von 17,09 % vergütet. Zahnersatzleistungen waren in nahezu voller Höhe zu vergüten, da bereits die im Rahmen der nach § 5 Abs. 1 i.V.m. § 2 Abs. 2 bis Abs. 4 S.1 des HVM zu berücksichtigenden Beträge zur vollständigen Honorierung aller abgerechneten Zahnersatzleistungen annähernd ausreichten (vgl. Schriftsatz der Beklagten vom 12. August 2004: Zur Abgeltung der in Höhe von 250,6 Millionen DM abgerechneten Leistungen standen 250,5 Millionen DM [entsprechend 99,96 % des Abrechnungsvolumens] zur Verfügung).

Im Einzelnen hat die Beklagte ermittelt, dass die Zahnärzte 1999 Sachleistungen unter Einschluss der von den allgemeinen Zahnärzten erbrachten Kfo-Leistungen (budgetierte Leistungen) im Umfang von 1.305.000.000 DM (alle Zahlen auf 100.000 DM gerundet) abgerechnet haben. Dem standen für diesen Bereich Gesamtvergütungszahlungen in Höhe von 1.170.800.000 DM gegenüber. In einem ersten Schritt seien entsprechend dem im HVM vorgegebenen Sockelbetrag alle budgetierten Leistungen bis zur Höhe von 239.000 DM je Zahnarzt nach vollen Punktwerten honoriert worden. Dafür seien 1.019.900.000 DM aufgewandt worden. In einem zweiten Schritt seien weitere 123.300.000 DM der Gesamtvergütungszahlungen aufgewandt worden, um auch die den Betrag von 239.000 DM übersteigenden Abrechnungsergebnisse bis zur Jahresvergütungsobergrenze von 288.200 DM ebenfalls nach vollen Punktwerten zu vergüten. Nach diesen beiden Rechenschritten seien noch weitere abgerechnete Leistungen oberhalb der Grenze von 288.200 DM in einem Gesamtumfang von 161.800.000 DM verblieben, denen restliche Gesamtvergütungszahlungen in Höhe von 27.600.000 DM gegenübergestanden hätten, so dass diese die Jahresvergütungsobergrenze überschreitende Leistungen nur mit einer Quote von 17,09 % hätten honoriert werden können. Insgesamt hätten durch die Budgetierung 40,7 % der niedersächsischen Vertragszahnärzte Honorareinbußen (im Vergleich zu einer Honorierung nach Einzelleistungspunktwerten) erfahren, wohingegen 59,3 % alle budgetierten Leistungen nach vollen Punktwerten vergütet erhalten hätten.

Mit vorläufigem Jahreshonorarbescheid vom 05. April 2000 setzte die Beklagte ausgehend von Abrechnungsergebnissen in Höhe von 447.368,30 DM den Jahreshonoraranspruch des Klägers auf 392.559,64 DM fest. Dabei berücksichtigte

die Beklagte von den vom Kläger in Höhe von 354.284,04 DM abgerechneten budgetrelevanten Sachleistungen (§ 2 HVM) einen Teilbetrag in Höhe der sog. Jahresvergütungsobergrenze von 288.180,32 DM in voller Höhe, wohingegen die darüber hinausgehende Summe von 66.103,72 DM nur mit einer Quote von 17,09 %, entsprechend 11.295,06 DM (rechnerisch richtig: 11.297,13 DM), angerechnet wurde. Die vom Kläger zu tragenden Verwaltungskosten setzte die Beklagte auf 5.144,70 DM fest. Von den im Umfang von 447.368,30 DM gegenüber der Beklagten abgerechneten Leistungen entfielen 43.613,79 DM (39.351,89 DM Kieferorthopädiehonorar zuzüglich 4.261,90 DM Sachleistungen Kieferorthopädie), entsprechend 9,75 %, auf kieferorthopädische Leistungen.

Den gegen diesen Bescheid vom Kläger mit Schreiben vom 16. Mai 2000 eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 26. März 2001 zurück.

Daraufhin hat der Kläger am 25. April 2001 Klage erhoben.

Mit Beschluss vom 14. September 2002 änderte die Vertreterversammlung der Beklagten den HVM 1999 "für den Fall, dass die Vergleichsverhandlungen zwischen dem Landesschiedsamt, dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und der KZVN zu einer Aufhebung des Schiedsspruchs HVM 1999 vom 31. 03. 1999 führen" sollten.

Am 03. Juli 2003 haben die Beklagte und die Krankenkassenverbände eine Vereinbarung getroffen, der zufolge die Krankenkassen mit einer Heranziehung des von der Vertreterversammlung der Beklagten beschlossenen HVM 1999 mit der Maßgabe einverstanden sind, dass dieser um Zusatzregelungen betreffend eine Erhöhung der Budgets bei der Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten, für Fachzahnärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, in Härtefällen und für Polikliniken ergänzt werde.

Noch am gleichen Tag hat das Landesschiedsamt seinen vorausgegangenen Beschluss vom 31. März 1999 zur Festsetzung des HVM 1999 aufgehoben. Darauf-

hin hat die Beklagte ihre Klage gegen den Beschluss vom 31. März 1999 (S 21 Ka 366/99) für erledigt erklärt.

In Ausführung der Vereinbarung vom 03. Juli 2003 hat die Vertreterversammlung der Beklagten am 23. August 2003 eine Ergänzung des am 17. April 1999 verabschiedeten HVM 1999 beschlossen, die insbesondere folgende Regelungen beinhaltet:

Für Vertragszahnärzte, die 1999 einen Vorbereitungsassistenten beschäftigt haben, wird das Budget gemäß § 2 Abs. 1 S. 2 um 60.000 DM erhöht (§ 2 Abs. 3); für Fachzahnärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erhöht sich das Budget um 72.000 DM (§ 2 Abs. 2) und die Universitäts-Polikliniken erhalten jeweils ein vierfaches Budget (§ 2 Abs. 5).

Des weiteren wurde folgende Regelung neu aufgenommen:

"§ 2a Härtefälle

(1) Für Zahnärzte,

a) deren Vertragszahnarztsitz in einem Planungsbereich liegt, dessen Versorgungsgrad am 01.01.1999 weniger als 85 % betrug und
b) deren Jahresabrechnungsvolumen im Jahreshonorarbescheid vom 05. April 2000 zu weniger als 80 % vergütet worden ist, kann der Vorstand unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls nachträglich einen Vergütungszuschlag gewähren, höchstens jedoch bis zum Grenzwert nach b). Dabei entspricht der Vergütungszuschlag im Regelfall der vollen Differenz zwischen dem Grenzwert nach b) und der Jahreshonorarzuteilung im Jahreshonorarbescheid vom 05.04.2000. Ausnahmen hiervon sind im Einzelfall zu begründen ..."

Auch unter Berücksichtigung dieser ergänzenden – ihn persönlich nicht begünstigenden – Regelung hat der Kläger an seiner Klage festgehalten. Seiner Auffassung nach berücksichtigt der HVM nicht in der gebotenen Weise den Umfang der von ihm erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen. Das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit werde nachhaltig missachtet. Darüber hinaus trage der HVM nicht der speziellen Ausrichtung seiner Praxis Rechnung. Er habe Kfo-Leistungen zu einem "absoluten Praxisschwerpunkt" ausgestaltet. Seine vertragszahnärztliche Tätigkeit sei strukturell im Schwergewicht anders als eine herkömmliche

zahnärztliche Tätigkeit zu bewerten. Kieferorthopädische Behandlungen ließen sich anders als traditionelle zahnärztliche Behandlungen nicht ohne weiteres zurückführen. Allerdings habe er eine Erklärung im Sinne des § 6 Abs. 6 HVM nicht abgegeben. Für ein kieferorthopädisches Budget habe er zu wenig, für ein normales Budget allerdings zu viele kieferorthopädische Patienten gehabt.

Mit Änderungsbescheid vom 04. Dezember 2003 reduzierte die Beklagte die vom Kläger für das Jahr 1999 zu tragenden Verwaltungskosten auf 4.514,44 DM.

Mit Urteil vom 10. März 2004, dem Kläger zugestellt am 19. März 2004, hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es insbesondere ausgeführt: Die geringe Vergütung der abgerechneten Leistungen oberhalb des Sockelbetrages lasse sich mit § 85 Abs. 4 S. 5 SGB V rechtfertigen. Der HVM gewährleiste sehr wirkungsvoll, dass eine übermäßige Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit verhindert werde. Er stelle sicher, dass angemeldete Forderungen um so geringer vergütet würden, je weiter sie oberhalb des Sockelbetrages lägen. Damit würden starke Ausdehnungen der zahnärztlichen Tätigkeit mangels einer ausreichenden Vergütung uninteressant.

Es stoße auf keine Bedenken, dass von der Budgetierung auch Praxen mit einem gleichmäßig überdurchschnittlich hohen Abrechnungsniveau erfasst würden. Das BSG habe im Urteil vom 13. März 2002 (B 6 KA 1/01 R) klargestellt, dass der Terminus einer "übermäßigen Ausdehnung" nicht den Prozess, sondern auch den Status der Ausdehnung erfasse. Eine Ausdehnung sei dann als eine übermäßige zu qualifizieren, wenn bei abstrakt-genereller Betrachtungsweise die Beklagte die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen zahnärztlichen Versorgung nicht mehr gewährleisten könne.

Mit der am 02. April 2004 eingelegten Berufung macht der Kläger geltend, dass der HVM 1999 sowohl formell als auch materiell rechtswidrig sei. Die Beklagte habe bereits nicht das erforderliche Benehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen(verbänden) vor Erlass des HVM hergestellt. Vor allem missachte der Maßstab den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Regelung des § 366 BGB mache deutlich, dass die Beklagte nur einen Teil der von einem – sein Bud-

get überschreitenden – Zahnarzt erbrachten Leistungen honoriere. Letztlich honoriere die Beklagte in den betroffenen Fällen die in den letzten Wochen eines Jahres erbrachten Leistungen überhaupt nicht. Damit ähnele der HVM 1999 den Bestimmungen der HVMe 1996 bis 1998.

Unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung einer übermäßigen Leistungsausdehnung könnten die beanstandeten Verteilungsregelungen schon deshalb nicht als zulässig beurteilt werden, weil die Beklagte keine hinreichende tatsächliche Grundlage, etwa in Form statistischer Erhebungen, für ihre Annahme dargelegt habe, dass bei einer Überschreitung der Budgetgrenzen qualitativ unzureichende Leistungen drohen könnten.

Das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit werde namentlich durch die Einbeziehung auch kieferorthopädischer Leistungen in das Budget verletzt. Solche Leistungen, die einen Schwerpunkt des Leistungsangebots der Klägers ausmachten und die er fast ausnahmslos auf Überweisung durch andere Zahnärzte erbringe, müssten in jedem Einzelfall vor ihrer Erbringung von den Krankenkassen genehmigt werden, weshalb bezüglich ihrer auch Wirtschaftlichkeitsprüfungen unzulässig seien. Es sei in sich widersinnig, zunächst kieferorthopädische Leistungen nach Maßgabe des Leistungsplanes zu genehmigen und diese gleichwohl im Ergebnis unter dem Gesichtspunkt einer übermäßigen Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit und damit im Hinblick auf die Gefahr einer nicht ordnungsgemäßen Erbringung von einer Honorierung auszuschließen. Durch die Genehmigung werde zudem ein konkretes Rechtsverhältnis zwischen Zahnarzt und Krankenkasse begründet.

Soweit überhaupt Honorarkürzungen in Betracht kämen, wären solche nach Maßgabe der gesetzlichen Vorgaben und des Verfassungsgrundsatzes der Verhältnismäßigkeit abgestaffelt vorzunehmen.

Der Kläger beantragt,

1. das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 10. März 2004 und den Bescheid der Beklagten vom 05. April 2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. März 2001 und des Änderungsbescheides vom 04. Dezember 2003 aufzuheben,
2. die Beklagte zu verpflichten, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte tritt der Berufung entgegen. Sie macht geltend, dass dem HVM 1999 die Zielvorstellung zugrunde liege, dass "Großabrechnern", bei denen erfahrungsgemäß jedenfalls ein Teil der Leistungen nicht ordnungsgemäß erbracht und/oder nicht ordnungsgemäß abgerechnet werde, das Honorar nur in gekürzter Form zu gewähren sei.

Auf der anderen Seite habe sie das Gros der Leistungserbringer durch die Festschreibung fester Punktwerte für die von ihnen zu erbringenden Leistungen begünstigen wollen. Der darin zu sehende Beitrag gegen einen weiteren Punktwertverfall bilde einen sachlich rechtfertigenden Grund, aufgrund dessen sie vom Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung habe abweichen dürfen. Namentlich die etwa 1.000 umsatzschwächsten Praxen in Niedersachsen seien vor den Folgen eines Punktwerteverfalls zu schützen gewesen. Auch das BSG habe in seinen Urteilen vom 21. Oktober 1998 – 6 RKa 67 und 68/97 – herausgearbeitet, dass die KZV berechtigt sei, Maßnahmen zur Vermeidung eines Punktwertverfalls zu ergreifen.

Das Gesetz fordere in § 85 Abs. 4 S. 5 SGB V ausdrücklich Maßnahmen zur Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der vertrags(zahn-)ärztlichen Tätigkeit. Damit äußere es allerdings lediglich eine Zielvorstellung, ohne an einen konkreten Tatbestand eine konkrete Rechtsfolge zu knüpfen. Vor diesem Hintergrund

stelle sich erst gar nicht die Frage nach der genauen Bestimmung der Grenze zwischen einer "einfachen" und einer "übermäßigen" Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit.

Bezogen auf Prothetikleistungen habe sie keinen Anlass zu Maßnahmen zur Vermeidung einer übermäßigen Leistungsausweitung gesehen. Durch die vielfältigen gesetzlichen Änderungen sei die Erbringung solcher Leistungen ohnehin für viele Zahnärzte wirtschaftlich uninteressant geworden.

Das beigeladene Land stellt keinen Antrag.

Es ist der Auffassung, dass unter Berücksichtigung der zwischen der Beklagten und den Krankenkassen(verbänden) am 03. Juli 2003 abgeschlossenen Vereinbarung und der darauf erfolgten Anpassung des HVM dieser nunmehr als rechtmäßig anzusehen sei, auch wenn nicht bei jeder Überschreitung der Budgetgrenzen gleich qualitativ unzureichende Leistungen zu befürchten seien.

Es weist ferner darauf hin, dass nach seiner Einschätzung die Beklagte im Falle eines Erfolges der vorliegenden Berufung angesichts der in zahlreichen Parallelfällen eingelegten Rechtsmittel die erforderlichen finanziellen Mittel zur Abgeltung der geltend gemachten Ansprüche der Gesamtvergütungssumme für das laufende und für nachfolgende Jahre entnehmen müsste. Die sich daraus ergebenden wirtschaftlichen Konsequenzen könnten sich nachteilig auf die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung in Niedersachsen auswirken.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten und der ebenfalls (im Parallelverfahren L 3 KA 44/04) beigezogenen Verwaltungsvorgänge des beigeladenen Landes Bezug genommen.

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

Die zulässige Berufung ist begründet.

Die Beklagte hat in den angefochtenen Bescheiden den Honoraranspruch des Klägers auf der Grundlage ihres Honorarverteilungsmaßstabes vom 17. April 1999 (nachfolgend modifiziert mit Beschluss vom 23. August 2003, wobei die dort erfolgten Änderungen den Kläger aber bereits nach ihren tatbestandlichen Voraussetzungen nicht erfassen) ermittelt. Dieser Verteilungsmaßstab ist jedoch nichtig und kann daher nicht die erforderliche Rechtsgrundlage für die Bemessung des Honoraranspruchs des Klägers bilden. Dementsprechend ist die Beklagte antragsgemäß unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide zur Neuberechnung des Honoraranspruchs des Klägers für das Jahr 1999 zu verpflichten.

1. Einer Heranziehung des Honorarverteilungsmaßstabes vom 17. April 1999 stand allerdings nicht der mit Beschluss des Landesschiedsamtes vom 31. März 1999 erlassene Honorarverteilungsmaßstab entgegen. Abgesehen davon, dass dieser Beschluss von der Beklagten gerichtlich angefochten und während des Klageverfahrens vom Landesschiedsamt mit weiterem Beschluss vom 03. Juli 2003 wieder aufgehoben worden ist, fehlte dem Landesschiedsamt von vornherein die gesetzliche Ermächtigung zum Erlass eines Honorarverteilungsmaßstabes für das Honorarjahr 1999.

Insbesondere ergab sich die erforderliche gesetzliche Ermächtigung nicht aus Art. 12 Abs. 3 GKV-SolG. Nach dieser Regelung hätte das Landesschiedsamt nur dann von Amts wegen einen HVM festzusetzen gehabt, wenn der zuvor von der Vertreterversammlung der Beklagten erlassene Maßstab die Vorgaben des § 85 Abs. 4 S. 4 SGB V (in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes <GRG> vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999, BGBl. I S. 2626) missachtet, also nicht sichergestellt hätte, dass die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt wurde. Ein Verstoß gegen dieses Gebot ist unter Berücksichtigung der Systematik und des Gesetzeszwecks nur dann anzunehmen, wenn die Höhe des Honorars von dem Zeitpunkt der Erbringung der Leistungen im Jahresablauf abhängig gemacht werden soll. Letzteres traf etwa auf die Honorarverteilungsmaßstäbe der Beklagten für die Jahre 1996 bis 1998 (in der Fassung vom 15. Juli 1998) zu, denen zufolge in den letzten Monaten eines Jahres erbrachte

Leistungen gar nicht oder nur in deutlich vermindertem Umfang im Vergleich zu den in den übrigen Monaten eines Jahres erbrachten Leistungen honoriert wurden (vgl. zur Nichtigkeit des HVM 1997 der Beklagten die – inzwischen rechtskräftigen – Senatsurteile vom 25. Juni 2003 – L 3 KA 348/02, 349/02, 350/02 und 417/02 –). Durch eine solche Honorarverteilungsregelung wird den Vertragszahnärzten eine Einschränkung des Leistungsangebots in bestimmten (den letzten) Monaten eines Kalenderjahres nahe gelegt und damit in diesen Zeiten unzulässigerweise die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung gefährdet.

Die Budgetierung als solche macht die Honorarhöhe jedoch nicht vom Zeitpunkt der Erbringung der Leistung im Jahresablauf abhängig. Ihre Wirkung tritt unabhängig davon ein, wie sich die Leistungsmenge auf die einzelnen Kalendermonate verteilt. Auf den Vertragszahnarzt wird zwar ein Anreiz ausgeübt, sein Gesamtleistungsverhalten über das ganze Jahr hinweg so zu steuern, dass die Budgetgrenzen nicht überschritten werden, es fehlt jedoch ein spezifischer Anreiz, speziell in bestimmten Kalendermonaten das Leistungsangebot zu reduzieren, wie dies § 85 Abs. 4 S. 4 SGB V verhindern will.

Dass eine Budgetierung von abrechnungsfähigen Leistungsmengen oder Honorarregelungen mit ähnlichen Wirkungen nicht als solche gegen das Gebot der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 4 S. 4 SGB V verstoßen, wird auch daran deutlich, dass § 85 Abs. 4 S. 6 SGB V selbst ausdrücklich die Einführung von Regelleistungsvolumina und damit von budgetähnlichen Regelungen vorsieht.

2. Der (in Absprache mit den Krankenkassen[verbänden] und damit auf der Grundlage einer nachträglichen Herstellung des Benehmens im Sinne des § 85 Abs. 4 S. 2 SGB V [BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 7] mit Änderungsbeschluss vom 23. August 2003 modifizierte) Honorarverteilungsmaßstab vom 17. April 1999 und insbesondere die in ihm vorgesehenen Honorarbegrenzungsregelungen missachten jedoch in materiellrechtlicher Hinsicht die Vorgaben höherrangigen Rechts.

Rechtsgrundlage für die Regelungen des HVM ist § 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V. Danach haben die K(Z)Ven die Gesamtvergütung nach Maßgabe des HVM an die Vertragsärzte zu verteilen; bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen. Da die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Satzung ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist, haben die zuständigen Gremien der K(Z)Ven bei der Ausgestaltung des HVM einen weiten Gestaltungsspielraum (BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 45 S. 370; BSG SozR aaO Nr. 44 S. 360). Die Gerichte haben diesen Spielraum zu respektieren und daher lediglich zu prüfen, ob die Vertreterversammlung der Beklagten die Grenzen des ihr zukommenden Normsetzungsermessens überschritten hat.

In diesem Rahmen obliegt es ihnen aber auch, gemäß dem das Grundgesetz prägenden Gewaltenteilungsgrundsatz den gesetzlichen Regelungen Beachtung zu verschaffen. Die Abwägung der sich aus seinen Entscheidungen ergebenden finanziellen Konsequenzen obliegt dem Gesetzgeber; auch soweit eine das Gesetz ausführende Behörde solche Konsequenzen für unzumutbar erachten mag, ist sie an die gesetzlichen Vorgaben gebunden. Erst recht kann kein Gericht in dem die Notwendigkeit eines effektiven individuellen Rechtsschutzes (Art. 19 Abs. 4 GG) anerkennenden bundesdeutschen Rechtsstaat ein ansonsten begründetes Rechtsschutzbegehren im Hinblick auf etwaige von der beklagten Körperschaft für unerwünscht erachtete finanzielle Auswirkungen zurückweisen.

Der HVM muss mit der Ermächtigungsgrundlage in Einklang stehen und insbesondere das in § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars (vgl. BVerfGE 33, 171, 184; BSG, SozR S. 152) sowie den aus Art 12 Abs. 1 i.V.m. Art 3 Abs. 1 GG herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beachten (BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 48 S. 408). Dabei setzen das Gesamtvergütungssystem sowie der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die finanzielle Stabilität als Grundbedingung der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung der ärztlichen Berufsausübung und damit auch der Honorierung ärztlicher Leistungen Schranken (BSG, Beschluss vom 28. Januar 2004, Az: B 6 KA 112/03 B).

a) Der Honorarverteilungsmaßstab missachtet bereits das in § 85 Abs. 4 S. 3 SGB V normierte Gebot der leistungsproportionalen Vergütung. Nach dieser Grundregel sind bei der Honorarverteilung "Art und Umfang" der vertrags(zahn-)ärztlichen Leistungen zugrunde zu legen. Dies beinhaltet im Grundsatz die Vergütung aller ärztlichen Leistungen mit einem im Ausgangspunkt einheitlichen Punktwert. Ärztliche Leistungen sind mithin prinzipiell gleichmäßig zu vergüten (vgl. Senatsurteil vom 24. September 2003 – L 3 KA 164/00 –).

Mit der Normierung des Gebots der leistungsproportionalen Vergütung will der Gesetzgeber den Wettbewerb unter den Vertrags(zahn-)ärzten fördern. Ein (qualitativ einwandfreier und unter Berücksichtigung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit erbrachter) vermehrter Einsatz soll nach der gesetzgeberischen Grundentscheidung auch einen damit zumindest prinzipiell korrespondierenden Honorarzuwachs auslösen. Eine solche Honorierung eines vermehrten, insbesondere auch überdurchschnittlichen Leistungseinsatzes, soll namentlich die Sicherstellung der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung fördern.

Der einzelne Vertrags(zahn-)arzt soll grundsätzlich einen effektiven wirtschaftlichen Anreiz verspüren, sein Leistungsangebot quantitativ auszuweiten, soweit er an seinem Praxisort auf einen entsprechenden (notwendigen) Behandlungsbedarf trifft (und solange die Grenze zur sog. übermäßigen Praxisausdehnung nicht überschritten wird). Damit soll möglichst verhindert werden, dass Versicherte eine erforderliche vertrags(zahn-)ärztliche Behandlung wegen im Ergebnis unzureichender örtlicher Versorgungsstrukturen entbehren müssen.

Zudem soll eine effektive Umsetzung des Grundsatzes der freien Arztwahl (§ 76 Abs. 1 SGB V) gewährleistet werden, da eine effektive Ausübung dieses Wahlrechts in der Praxis regelmäßig zur Voraussetzung hat, dass der Versicherte vor Ort mehrere Ärzte der betroffenen Fachrichtung aufsuchen kann, die zur Betreuung auch neuer Patienten motiviert und in der Lage sind.

Die im Honorarverteilungsmaßstab vom 17. April 1999 vorgesehene Verteilung der Vergütung führt in Teilbereichen dazu, dass das Honorar abweichend von Art und Umfang der vertragszahnärztlichen Leistungen bemessen wird. Bezogen auf

konservierend-chirurgische, Kieferbruch- und PAR-Leistungen sowie Kfo-Leistungen sehen die Regelungen des § 2 des HVM eine vollständige Honorierung nur bis zur Erreichung der sog. Jahresvergütungsobergrenze vor (wobei sich für Vertragszahnärzte für Kieferorthopädie und ihnen gleichgestellte Zahnärzte Abweichungen aus § 6 HVM ergeben). Überschreitet der Vertragszahnarzt in den genannten Leistungsbereichen die Jahresvergütungsobergrenze, dann werden die darüber hinausgehenden Leistungen nur mit einer geringen Restquote vergütet.

Die Höhe der sog. Jahresvergütungsobergrenze und die Restquote für überschreitende Leistungen werden im HVM nicht ziffernmäßig konkret vorgegeben, der HVM legt vielmehr in § 2 lediglich Rechenoperationen fest, mit denen diese Größen nach Abschluss des Abrechnungsjahres unter Berücksichtigung insbesondere einerseits der von den Krankenkassen erbrachten Gesamtvergütungszahlungen und andererseits des Gesamtabrechnungsvolumens aller niedersächsischen Vertragszahnärzte ermittelt werden können. Dabei setzt sich die Jahresvergütungsobergrenze aus dem in § 2 Abs. 1 HVM vorgegebenen Grundwert von 239.000 DM zuzüglich der nach den Bestimmungen des § 2 Abs. 3 HVM zu ermittelnden Zuschläge (von der Beklagten auch als "zweites und drittes arithmetisches Mittel" bezeichnet, wobei allerdings ein sog. "drittes arithmetisches Mittel" nach den Abrechnungsergebnissen des Jahres 1999 für die Honorarverteilung nach § 2 HVM gar nicht mehr zu ermitteln war) zusammen und beträgt nach den Berechnungen der Beklagten für das Jahr 1999 im Ergebnis 288.180,32 DM. In den ihren Mitgliedern Anfang 1999 mitgeteilten Prognosen hatte die Beklagte mit 336.000 bzw. 305.000 DM noch eine spürbare höhere Jahresvergütungsobergrenze in Aussicht gestellt.

Darüber hinausgehende Leistungen wurden 1999 nach den Berechnungen der Beklagten nur mit einer Quote von 17,09 % honoriert, wobei sich in Abhängigkeit insbesondere vom Leistungsverhalten und vom Abrechnungsgesamtvolumen der Vertragszahnärzte auch noch deutlich geringere Quoten hätten ergeben können. So ist die Beklagte in ihrer den Mitgliedern Anfang 1999 mitgeteilten Prognose selbst davon ausgegangen, dass sich mit 305.000 DM eine höhere Jahresvergü-

tungsobergrenze ergeben und daran anknüpfend sich die Restvergütungsquote lediglich auf 2,4 % belaufen würde.

Das vorstehend erläuterte Honorarverteilungssystem hat zur Folge, dass das Gebot der leistungsproportionalen Vergütung zwar bis zur Erreichung der Jahresvergütungsobergrenze uneingeschränkt beachtet, jenseits dieser Grenze aber missachtet wird. Bei einer leistungsproportionalen Vergütung wären auch Leistungen jenseits der genannten Jahresvergütungsobergrenze nach denselben Grundsätzen wie alle anderen vertragszahnärztlichen Leistungen zu vergüten, wohingegen der Honorarverteilungsmaßstab nur eine sehr geringe Restvergütung vorsieht.

Das Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars ist allerdings nach der ständigen Rechtsprechung des BSG lediglich als ein Grundsatz heranzuziehen, der eingeschränkt werden darf, wenn die K(Z)V damit andere billigenswerte Zwecke verfolgt (BSG, SozR 3-2500 § 85 Nrn. 23, S. 153, 26, S. 183 und 31, S. 236 f.). Solche aner kennenswerten Zielsetzungen können sich insbesondere aus der Verpflichtung der K(Z)V zur Sicherstellung der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung in ihrem Bereich, aus Regelungen des Bewertungsmaßstabes oder aus etwaigen zur Umsetzung der Vorgaben des Bewertungsmaßstabes getroffenen Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge (BMVe) ergeben (BSG, SozR 3-2500, S. § 85 SGB V Nr. 44).

Das Gebot der leistungsproportionalen Vergütung korrespondiert mit dem aus Art 12 Abs. 1 i.V.m. Art 3 Abs. 1 GG abzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl. dazu BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 4 S. 26; SozR 3-2500 § 72 Nr. 5 S. 9; SozR 3-2500 § 85 Nr. 11 S. 69; SozR 3-2500 § 85 Nr. 28). Dieser Grundsatz wird verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und von solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs. 1 GG enthält nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierungen, sondern ebenso das Gebot sachgerechter Differenzierung bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede. Zwei Gruppen, die sich in verschiedener Lage befinden, dürfen nur bei Vorliegen zureichender Gründe gleich behandelt werden (BVerfGE 17, 337, 354).

Hingegen ist es mit Art 3 Abs. 1 GG unvereinbar, Ungleiches gegen ein zwingendes Gebot gleich zu behandeln (BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 28). Auch vor diesem Hintergrund ist zu prüfen, ob die gravierenden Unterschiede in der Honorierung vertragszahnärztlicher Leistungen bis zur Erreichung der Jahresvergütungsobergrenze und nach deren Überschreiten durch sachliche Gründe gerechtfertigt werden.

Im vorliegenden Zusammenhang vermag der Senat einen rechtfertigenden Grund für die Abweichung vom Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung nicht festzustellen; damit ist zugleich auch der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit missachtet worden.

(1) Die Beklagte kann sich insbesondere nicht auf die Regelungen des § 85 Abs. 4 S. 6 und 7 SGB V (in der Fassung des GKV-SolG vom 19. Dezember 1998, BGBl. I 3853) berufen. Nach diesen Bestimmungen kann der HVM vorsehen, dass die von einem Vertragsarzt erbrachten Leistungen bis zu einem bestimmten Umfang (Regelleistungsvolumen) nach festen Punktwerten vergütet werden; die Werte für das Regelleistungsvolumen je Vertragsarzt sind arztgruppenspezifisch festzulegen. Übersteigt das Leistungsvolumen eines Vertragsarztes das Regelleistungsvolumen seiner Arztgruppe, kann der Punktwert bei der Vergütung der das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen abgestaffelt werden.

Die im HVM 1999 vorgesehene Honorarverteilung kann schon deshalb nicht als die Einführung von Regelleistungsvolumina im Sinne des § 85 Abs. 4 S. 6 und 7 SGB V interpretiert werden, weil für die die vorgesehenen Volumina übersteigenden Leistungsmengen keine "Abstaffelung" des Punktwertes vorgesehen ist. Eine solche Abstaffelung würde eine stufenweise Herabsetzung des Punktwertes (in zumindest zwei Schritten) voraussetzen, so wie beispielsweise der Gesetzgeber in den Degressionsbestimmungen des § 85 Abs. 4b SGB V eine stufenweise Herabsetzung des Vergütungsanspruchs vorgesehen hat. Demgegenüber sieht der Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten für das Jahr 1999 bei Überschreitung der Jahresvergütungsobergrenze eine einmalige (und nachhaltige) Herab-

setzung der Punktwerte auf die sog. Restvergütungsquote vor, die 1999 im Ergebnis nur 17,09 % ausgemacht hat.

Andererseits schränken die Bestimmungen, die die Schaffung von Regelleistungsvolumina ermöglichen, als solche nicht den Regelungsspielraum der Vertreterversammlung ein. Er wird durch diese Bestimmungen weder erweitert noch eingeschränkt, da § 85 Abs. 4 Satz 6 und 7 SGB V in Bezug auf Budgetvorgaben der vorliegend zu prüfenden Art keine abschließenden Gestaltungsvorgaben beinhalten. Dies verdeutlicht schon die einleitende Formulierung "insbesondere" (vgl. auch BSG, MedR 2004, 456).

(2) Die erforderliche Rechtfertigung für die Abweichung vom Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung kann die Beklagte des weiteren nicht daraus herleiten, dass die vorstehend erläuterten Honorarregelungen als Beitrag zur Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zulässig gewesen seien.

Allerdings ist die Beklagte nach der gesetzlichen Regelung des § 85 Abs. 4 S. 5 SGB V gehalten, im Verteilungsmaßstab sicherzustellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der vertrags(zahn-)ärztlichen Tätigkeit verhütet wird. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Beklagte berechtigt wäre, nach Belieben Grenzen festzusetzen, bei deren Überschreiten nachhaltige Honorarreduzierungen die Erbringung weiterer Leistungen wirtschaftlich unzweckmäßig erscheinen lassen.

Nach dem klaren Wortlaut des § 85 Abs. 4 S. 5 SGB V ist nicht etwa jede Ausdehnung der vertrags(zahn-)ärztlichen Tätigkeit, sondern nur eine "übermäßige" Ausdehnung zu verhüten. Der Begriff des "Übermaßes" wird inhaltlich dadurch näher bestimmt, dass das Sozialversicherungsrecht eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßige und ausreichende, also gründliche und sorgfältige Behandlung durch den Arzt persönlich, vorschreibt. Aus dem Gesamtzusammenhang der gesetzlichen Regelung ist damit zu erkennen, dass die Grenze zu einer übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit dann überschritten wird, wenn eine solche Behandlung der Patienten infolge Überbeschäftigung des Arztes nicht mehr gewährleistet erscheint (BVerfG, SozR Nr 12 zu Art 12 GG).

Dies ist dann der Fall, wenn angesichts des Umfangs der von einem Vertragsarzt abgerechneten Leistungen davon auszugehen ist, dass die einzelnen Leistungen nicht mehr in einer der Leistungsbeschreibung entsprechenden Art und Weise erbracht worden sein können, mithin Qualitätsmängel zu befürchten sind (BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 44 mwN; vgl. auch BSG, SozR 2200 § 368f Nr. 14: es soll verhindert werden, dass der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt aufgrund einer Überbeschäftigung für die Versorgung und ärztliche Betreuung der einzelnen Kassenpatienten nicht mehr ausreichend zur Verfügung steht.).

Auch wenn der Vertreterversammlung der Beklagten bei der Festlegung der Grenze zwischen einer zulässigen "einfachen" und einer zu verhütenden "übermäßigen" Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ein erheblicher Beurteilungsspielraum zuzubilligen ist, ihr insbesondere bei der Festsetzung von Grenzwerten ein Regelungsermessen mit der Befugnis zur Heranziehung auch typisierender Betrachtungen einzuräumen ist (vgl. BSG, SozR 2200 § 368f Nr. 14), ist ihre normative Entscheidung einer Überprüfung nicht entzogen. Die gerichtliche Kontrolle muss sich allerdings in solchen Fällen auf die Prüfung beschränken, ob die autonome Körperschaft bei der getroffenen Regelung die gesetzlichen Grenzen überschritten hat (BSG, SozR 2200 § 368f Nr. 14).

Im vorliegenden Zusammenhang ist nicht einmal anzunehmen, dass der HVM überhaupt eine Einschätzung der Vertreterversammlung des Inhalts zum Ausdruck bringen sollte, dass bei einer Überschreitung der Jahresvergütungsobergrenze von 288.180,32 DM qualitativ unzureichende Leistungen zu befürchten seien.

Mit Sonderrundschreiben vom 23. Februar 1999 hatte die Beklagte ihren Mitgliedern mitgeteilt, dass eine fiktive Honorarverteilung auf der Basis der Gesamtvergütung 1997 ergeben habe, dass Sachleistungen der (allgemeinen) Zahnärzte voraussichtlich in einem Umfang von bis zu 336.000 DM vollständig nach den sog. Einzelleistungspunktwerten zu vergüten seien. Es ist überhaupt nicht erkennbar, dass sich die Vertreterversammlung der Beklagten bei ihrer Beschlussfassung am 17. April 1999 bewusst war, dass im Ergebnis eine Vergütung nach

Maßgabe der vollen Punktwerte nur bis zu einem deutlich geringeren Grenzwert von rund 288.200 DM in Betracht kommen würde und dass ein solcher Grenzwert die Grenze zu einer übermäßigen Leistungsausdehnung bestimmen sollte.

Für eine solche Annahme ist um so weniger Raum, als die Beklagte ihren Mitgliedern im Sonderrundschreiben vom 23. Februar 1999 auch bezogen auf weitere budgetierte Leistungsbereiche abrechnungsfähige Höchstbeträge in bedeutender Höhe in Aussicht gestellt hatte: Nach Maßgabe der dort erläuterten prognostischen Berechnungen hätte etwa ein (allgemeiner) Zahnarzt neben Sachleistungen in dem bereits erwähnten Umfang von 336.000 DM auch noch (ohnein nur anteilig von den Krankenkassen zu tragende) Zahnersatzleistungen bis zur Höhe von 117.000 DM honoriert erhalten; ein Fachzahnarzt für Kieferorthopädie hätte nach diesen Prognosen sogar Leistungen bis zu einer Höhe von 962.000 DM (jeweils 1. – 3. arithm. Mittel für Kfo-Leistungen und sog. Begleitleistungen) nach den sog. Einzelleistungspunktwerten abrechnen können.

Darüber hinaus muss es zumindest als offen beurteilt werden, ob sich die Vertreterversammlung überhaupt von dem Ziel der Vermeidung qualitativ unzureichender vertragszahnärztlicher Leistungen hat leiten lassen oder ob für ihre Entscheidung eher Verteilungsaspekte maßgebend waren. Für Letzteres könnte sprechen, dass die Beklagte ihren Mitgliedern noch in einem Sonderrundschreiben vom 12. April 1999 dargelegt hatte, dass eine Honorarverteilung auf der Basis eines floatenden Punktwertes weniger als 20 % der niedersächsischen Vertragszahnärzte begünstigen würde, wohingegen über 80 % von ihnen Einbußen im Vergleich zu einer Honorarverteilung nach Maßgabe des von der Vertreterversammlung beschlossenen HVM erfahren würden.

Aber auch wenn eine Einschätzung der Vertreterversammlung anzunehmen wäre, wonach ab einem Leistungsvolumen im Bereich der budgetierten Leistungen je Vertragszahnarzt von rund 288.200 DM im Jahr qualitative Mängel im vorstehend erläuterten Sinne zu besorgen sein sollten, wäre diese Wertung als willkürlich und eine darauf aufbauende Honorarbegrenzungsregelung als rechtswidrig zu beurteilen.

Im Bereich der budgetierten Leistungen im Sinne der §§ 2 Abs. 1, 6 Abs. 5 HVM haben die 4.823 Vertragszahnärzte 1999 insgesamt 1.305.000.000 DM gegenüber der Beklagten abgerechnet, also im Durchschnitt je Zahnarzt 270.578 DM.

Diesen Durchschnittswert überschreitet die nach Abschluss des Jahres (unter Einschluss des sog. zweiten arithmetischen Mittels) errechnete Jahresvergütungsobergrenze von 288.200 DM nur um 6,51 %. Selbst wenn von einem gleichmäßigen Arbeitseinsatz aller Vertragszahnärzte im Bereich der budgetierten Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung auszugehen wäre, könnte eine derart geringe Abweichung noch nicht eine berechtigte Besorgnis der Erbringung qualitativ unzureichender Leistungen begründen. Der stellvertretende Vorsitzende der Beklagten hat im Erörterungstermin zutreffend hervorgehoben, dass es Zahnärzte gebe, die schneller und geschickter als der Durchschnitt der Fachgruppe seien und daher auch höhere Leistungsmengen ordnungsgemäß erbringen könnten. Auch wenn Regelungen zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der vertrags(zahn-)ärztlichen Tätigkeit nicht jedem atypischen Ausnahmefall namentlich hinsichtlich der individuellen Begabung und des persönlichen Leistungsvermögens eines Zahnarztes Rechnung tragen müssen oder auch nur können, so müssen sie doch in angemessenem Rahmen Raum für üblicherweise zu erwartende Abweichungen vom durchschnittlichen Leistungsvermögen lassen. Einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts von nur 6,51 % fehlt damit offensichtlich die erforderliche Relevanz, um auch nur im Rahmen einer typisierenden Betrachtung Rückschlüsse auf Qualitätsmängel bei den vertragszahnärztlichen Leistungen zuzulassen.

Eine solche geringfügige Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts ist um so weniger geeignet, auch nur einen konkreten Hinweis auf eine die Gefahr von Qualitätsmängeln in sich bergende übermäßige Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zu geben, als in der Praxis gerade nicht von einem gleichmäßigen Arbeitseinsatz aller Vertragszahnärzte im Bereich der budgetierten Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung auszugehen ist.

Das durchschnittliche Abrechnungsergebnis aller Mitglieder der Beklagten wird zunächst auch durch solche Zahnärzte bestimmt, die ihren Beruf nicht vollschich-

tig ausüben. Solche in Teilzeit arbeitenden Zahnärzte können regelmäßig quantitativ nur unterdurchschnittliche Ergebnisse erreichen, so dass ihre Einbeziehung die durchschnittlichen Abrechnungsergebnisse mindert. Auch unter diesem Gesichtspunkt wäre eine Schlussfolgerung als willkürlich zu beurteilen, wonach auch bei vollschichtig arbeitenden Kollegen eine nur geringfügige Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts – wie im vorliegenden Zusammenhang von 6,51 % – die Besorgnis qualitativ mangelhafter Leistungen begründen soll.

Darüber hinaus sind in der Praxis deutliche Unterschiede zu beobachten, in welchem Ausmaß Vertragszahnärzte ihre Arbeitskraft einerseits in die vertragszahnärztliche Versorgung und andererseits in privat Zahnärztlich abzurechnende Leistungen einbringen. Es liegt auf der Hand, dass ein Vertragszahnarzt mit einem nur unterdurchschnittlichen Anteil privat Zahnärztlich abzurechnender Leistungen über mehr Kapazitäten für die Erbringung auch qualitativ hochwertiger vertragszahnärztlicher Leistungen verfügt (vgl. auch BSG, SozR 2200 § 368f Nr 14: Für eine Begrenzungsregelung iS des § 368f Abs. 1 Satz 5 RVO kommt es ... darauf an, in welchem Umfang der Arzt *unter Berücksichtigung seiner sonstigen beruflichen Verpflichtung* für die ambulante Versorgung der Versicherten zur Verfügung steht; Hervorhebung durch den Senat).

Schließlich sind in die Bildung des erwähnten Mittelwertes von 270.578 DM auch die Fachzahnärzte für Kieferorthopädie (und diesen auf Antrag gleichgestellte Zahnärzte) eingeflossen, obwohl diese typischerweise Sachleistungen in den Bereichen KCH, KfB und PAR in deutlich geringerem Umfang als die allgemeinen Zahnärzte abrechnen (weshalb ihnen § 6 Abs. 5 des HVM diesbezüglich auch nur einen Sockelbetrag in Höhe von 75.000 DM zubilligt). Unter Außerachtlassung dieser Fachzahnärzte ergibt sich für die sog. allgemeinen Zahnärzte, zu denen auch der Kläger gehörte, ein spürbar höherer Durchschnittsabrechnungswert im Bereich der budgetierten Leistungen als der vorstehend ermittelte Wert von 270.578 DM.

Auch vor diesem Hintergrund lassen nur erhebliche Überschreitungen des Fachgruppendurchschnitts einen Rückschluss auf eine "übermäßige" Ausdehnung der

vertragszahnärztlichen Tätigkeit im vorstehend erläuterten Sinne zu; Überschreitungen von nur 6,51 % fehlt die erforderliche Relevanz und Aussagekraft.

Dies gilt im vorliegenden Zusammenhang um so mehr, als die Beklagte bei der erläuterten Budgetierung nach den §§ 2 Abs. 1, 6 Abs. 5 des HVM nicht auf das Gesamtleistungsgeschehen des Zahnarztes im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, sondern nur auf konservierend-chirurgische, Kieferbruch- und PAR-Leistungen sowie – bei sog. allgemeinen Zahnärzten – auf Kfo-Leistungen abstellt. Unberücksichtigt bleiben Prothetikleistungen und die von den Fachzahnärzten für Kieferorthopädie (und diesen auf Antrag gleichgestellten Zahnärzten) erbrachten Kfo-Leistungen. Damit kann ein Vertragszahnarzt mit einem Leistungsschwerpunkt im Bereich der budgetierten Leistungen nach §§ 2 Abs. 1, 6 Abs. 5 HVM von den Budgetierungsbegrenzungen erfasst werden, obwohl sein Gesamtleistungsvolumen in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit dem eines Kollegen übereinstimmt, der korrespondierend mit einem anders gearteten Leistungsschwerpunkt (insbesondere im Bereich der Prothetik) nur im Teilbereich Sachleistungen weniger abgerechnet hat und daher von der Budgetierung nach §§ 2 Abs. 1, 6 Abs. 5 HVM verschont bleibt.

Unter dem Gesichtspunkt einer Vermeidung von qualitativ unzureichenden Leistungen kann es nur auf das Gesamtleistungsvolumen ankommen (vgl. auch BSG, SozR 2200 § 368f Nr. 14: unbefriedigend ist die Begrenzungsregelung deshalb, weil sie einen erheblichen Bereich der Tätigkeit des Kassenarztes nicht erfasst.). Auch wenn bei allgemeinen Budgets keine Verpflichtung der K(Z)Ven besteht, diese auf alle Leistungsbereiche zu erstrecken (BSG, MedR 2004, 456), müssen Budgetvorgaben, die das spezielle Ziel der Vermeidung einer übermäßigen Leistungsausdehnung im Sinne des § 85 Abs. 4 S. 5 SGB V verfolgen, im Interesse der effektiven und zugleich angemessenen Durchsetzung dieses Ziels das vertrags(zahn-)ärztliche Leistungsspektrum umfassend zugrundelegen, also auf den Gesamtumfang der vertragsärztlichen Tätigkeit abstellen (vgl. BSG, Urteil vom 10. März 2004, – B 6 KA 3/03 R –).

Auch eine vorherige Genehmigung von (namentlich Prothetik- oder Kfo-)Leistungen durch die zuständige Krankenkasse schließt ihre Berücksichtigung bei der Ermittlung des Gesamtleistungsvolumens zur Vermeidung einer übermäßigen

Praxisausdehnung im vorstehend erläuterten Sinne schon deshalb nicht aus, weil die qualitative Ausführung der aufgrund der Genehmigung erst zu erbringenden Leistungen sich einer Beurteilung im Genehmigungszeitpunkt entzieht. Darüber hinaus muss die maßgebliche Gefahr, dass die einzelnen Leistungen nicht mehr in einer der Leistungsbeschreibung entsprechenden Art und Weise erbracht werden und damit Qualitätsmängel zu befürchten sind, sich ohnehin nicht auf alle Leistungen erstrecken; es genügt die begründete Besorgnis, dass die durch die übermäßige Praxisausdehnung bedingte Überlastung des Vertragszahnarztes bei Teilen der von ihm zu erbringenden Leistungen zu Qualitätsmängeln führt.

Der zu berücksichtigende Gesamtumfang der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist zudem sachgerecht nur durch die Gesamtpunktmenge (die die Beklagte ohnehin gemäß § 85 Abs. 4b SGB V feststellen muss), nicht hingegen durch das Abrechnungsergebnis zu erfassen. Dieses wird nämlich nicht nur von der Leistungsmenge, sondern auch von dem jeweils maßgeblichen Punktwert bestimmt. Ein Zahnarzt mit überdurchschnittlich vielen Ersatzkassenpatienten erreicht die Jahresvergütungsobergrenze mit einem geringeren Leistungsvolumen als ein Kollege mit überdurchschnittlich vielen Primärkassenpatienten.

Überdies hat die Beklagte mit der Einführung einer Sonderregelung für Härtefälle in unterversorgten Planungsbereichen mittelbar zum Ausdruck gebracht, dass sie selbst letztlich nicht ernsthaft die Gefahr qualitativ unzureichender Leistungen bei einer Überschreitung der Budgetgrenzen sieht. § 2a des HVM in der Fassung des Beschlusses vom 23. August 2003 sieht unter den dort geregelten Voraussetzungen für deutlich unterversorgte Planungsbereiche die Gewährung weitergehender Honorarzahlen auch bei einer Überschreitung der Budgetgrenzen vor. Andererseits sind übermäßige, d.h. die Gefahr von Qualitätsdefiziten in sich bergende, Leistungsausweitungen unabhängig vom Versorgungsgrad im jeweiligen Planungsbereich zu verhüten (sofern nicht ausnahmsweise ein vorübergehender nicht anders abwendbarer Notstand vorliegen sollte).

Reicht die Zahl der Vertragszahnärzte in einem Planungsbereich nicht aus, die erforderlichen vertragszahnärztlichen Leistungen in der gebotenen Qualität zu erbringen, dann hat die Beklagte im Rahmen des ihr obliegenden Sicherstel-

lungsauftrages (§§ 72 Abs. 1 S. 1, 77 Abs. 1 S. 1 SGB V) auf eine Vergrößerung der Zahl der an der vertragszahnärztlichen Versorgung mitwirkenden Zahnärzte hinzuwirken, in dem sie für die betroffenen Gebieten beispielsweise Niederlassungsprämien auslobt, die Einstellung von Entlastungsassistenten anregt und genehmigt oder Ermächtigungen an Nichtvertragszahnärzte erteilt. Demgegenüber würde eine etwaige Hinnahme qualitativ unzureichender Leistungen keine geeignete Maßnahme darstellen, insbesondere würde die Beklagte ihrem Sicherstellungsauftrag damit nicht entsprechen, sondern diesen vielmehr missachten (vgl. auch BSG, SozR 2200 § 368f Nr. 14: Auch wenn die Behandlung in einer weiter entfernt liegenden Praxis oder Poliklinik mit gewissen Nachteilen für den jeweiligen Patienten verbunden ist, wird sie doch der Behandlung in einer ortsnäheren, aber überlasteten Praxis vorzuziehen sein.).

Schließlich können die Bestimmungen des HVM auch aus dem Grunde nicht als eine rechtmäßige Konkretisierung des gesetzlichen Auftrages zur Vermeidung einer übermäßigen Leistungsausdehnung angesehen werden, weil nicht erkennbar ist, dass sich die Beklagte in einer dem Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 Abs. 1 GG entsprechenden Weise um eine sachgerechte Angleichung der sich für die verschiedenen Untergruppen der Zahnärzte ergebenden Grenzwerte bemüht hat. Insbesondere verbleiben im Ergebnis erhebliche Unterschiede in den Abrechnungsmöglichkeiten zwischen Fachzahnärzten für Kieferorthopädie auf der einen und allgemeinen Zahnärzten auf der anderen Seite, bezüglich derer keine damit korrespondierenden Unterschiede im wechselseitigen Leistungsvermögen erkennbar sind. Nach Maßgabe der Berechnungen der Beklagten konnte ein Fachzahnarzt für Kieferorthopädie im Jahre 1999 im Ergebnis 661.400 DM (1. – 2. Sockelbetrag für Kfo-Leistungen in Höhe von 537.200 DM, vgl. Schriftsatz der Beklagten vom 18. Oktober 2004, zuzüglich 1. und 2. Sockelbetrag für sog. Begleitleistungen in Höhe von 124.200 DM, vgl. das von der Beklagten im Erörterungstermin vorgelegte "Schaubild") nach den sog. Einzelleistungspunktwerten abrechnen, wohingegen allgemeine Zahnärzte Sachleistungen nur bis zur erläuterten Jahresvergütungsobergrenze von 288.180,32 DM zu diesen Punktwerten honoriert bekamen (wobei sich für die Zahnärzte für Kieferorthopädie bei KfO-Leistungen überdies mit 20,49 % eine höhere Restvergütungsquote ergab als die für den Bereich insbesondere der Sachleistungen in Höhe von 17,09 % ermittelte

Quote). Auch wenn die allgemeinen Zahnärzte neben den Sachleistungen auch Prothetikleistungen abrechnen (deren Volumen im Hinblick auf die von den Versicherten zu erbringenden Eigenanteile nicht allein durch den Kassenanteil ausgedrückt wird), ist nicht ersichtlich, dass die wechselseitigen Grenzwerte für allgemeine Zahnärzte und Kieferorthopäden im Ergebnis vergleichbare Leistungsvolumina widerspiegeln.

Landesweit hat das Abrechnungsvolumen der allgemeinen Zahnärzte im Bereich der Prothetik 1999 mit insgesamt 250,6 Millionen DM lediglich 19,2 % des Abrechnungsvolumens im Sachleistungsbereich (in Höhe von 1,305 Milliarden DM) erreicht. Erhöht man hiervon ausgehend pauschalierend das zu vollen Punktwerten abrechenbare Sachleistungsvolumen der allgemeinen Zahnärzte in Höhe von 288.180,32 DM um ca. 20 % für ebenfalls zu vollen Punktwerten von den Kassen zu honorierende Prothetikleistungen und noch einmal um den gleichen Betrag für die darauf entfallenden Eigenanteile der Versicherten, ergibt sich typisierend für die allgemeinen Zahnärzte ein zu vollen Punktwerten abrechenbares Gesamtleistungsvolumen von rund 400.000 DM, das das für Kieferorthopäden maßgeblich Volumen in Höhe von 661.400 DM nachhaltig unterschreitet.

Dabei ist es weder von der Beklagten näher dargetan worden noch sonst für den Senat ersichtlich, dass diese gravierenden Unterschiede dadurch ausgeglichen werden, dass das Honorar der Kieferorthopäden im größeren Umfang Kostenerstattungen beinhalten könnte als das der allgemeinen Zahnärzte. Insbesondere ist nicht ersichtlich, dass sich die Verhältnisse bei den (von allen Zahnärzten und nicht nur von den Kieferorthopäden) abrechenbaren Leistungen nach den Nrn. 126 und 127 Bema-Z wesentlich (und in einem für den vorliegenden Zusammenhang in quantitativer Hinsicht relevanten Ausmaß) von den übrigen Leistungen des Bema-Z unterscheiden. Auch bei anderen Leistungen des Bema-Z werden durch die Punktbewertung die Materialkosten mit abgedeckt, so dass sie deshalb abweichend von Nr. 4 Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen des Bema-Z nicht besonders berechnungsfähig sind (BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 22).

(3) Soweit die Beklagte sich im Berufungsverfahren darauf berufen hat, dass sie mit den angegriffenen Verteilungsregelungen die 1.000 umsatzschwächsten Pra-

xen in Niedersachsen habe stützen wollen, rechtfertigt dies nicht die erfolgte Einschränkung des gesetzlichen Grundsatzes der leistungsproportionalen Vergütung. Davon ist schon deshalb auszugehen, weil die Beklagte ausweislich der von ihr selbst im Jahre 1999 an die Vertragszahnärzte abgesandten (im Tatbestand bereits wiedergegebenen) Informationsschreiben sich keineswegs auf eine Förderung der 1.000 umsatzschwächsten Praxen beschränken, sondern die ganz überwiegende Mehrzahl der Zahnarztpraxen zulasten der verbleibenden Minderheit begünstigen wollte.

Abgesehen davon beinhaltet das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (§§ 2 Abs. 4, 70 Abs. 1 S. 2, 75 Abs. 1 S. 1 SGB V) auch die Verpflichtung der Beklagten, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die Vertrags(zahn-)ärzte im Rahmen ihrer unternehmerischen Verantwortung wirtschaftliche Leistungsstrukturen anstreben. So mag etwa die Bildung von Gemeinschaftspraxen angezeigt sein, soweit sich Einzelpraxen nicht mehr als hinreichend wirtschaftlich leistungsfähig erweisen sollten. Es nicht etwa umgekehrt die Aufgabe der Beklagten, durch eine spezielle Förderung unwirtschaftlicher Leistungsstrukturen den Anreiz zur Bildung wirtschaftlich arbeitender Organisationseinheiten abzuschwächen.

Dies schließt spezifische Förderungsmaßnahmen zugunsten solcher kleineren Praxen nicht von vornherein aus, die namentlich in ländlichen kleineren Orten aufgrund einer besonderen lokalen Versorgungsstruktur ungeachtet ihrer relativ geringen Größe einen wesentlichen Beitrag zur vertragszahnärztlichen Versorgung leisten. Auf letzteren Gesichtspunkt kann sich die Beklagte im vorliegenden Zusammenhang jedoch nicht berufen. Die Durchbrechung des Grundsatzes der leistungsproportionalen Vergütung im HVM 1999 kann unter diesem Aspekt schon deshalb nicht als gerechtfertigt angesehen werden, weil die dort normierten Honorarregelungen keine spezifische Ausrichtung auf besondere lokale Versorgungsstrukturen erkennen lassen, sondern gerade losgelöst von solchen örtlichen Besonderheiten eine landesweite Förderung der Mehrzahl der zahnärztlichen Praxen (mit kleinem bis mittlerem Abrechnungsvolumen) anstreben.

(4) Auch der Gesichtspunkt der angestrebten Punktwertstabilisierung rechtfertigt nicht das Hintanstellen des Grundsatzes der leistungsproportionalen Vergütung in dem sich aus der Anwendung des streitigen HVM ergebenden Umfang. Allerdings stellt das Ziel einer Punktwertstabilisierung ein berechtigtes Anliegen dar, zu dessen Durchsetzung auch eine Einschränkung des Grundsatzes der leistungsproportionalen Vergütung in Betracht kommt (dazu unter [a]). Die konkrete Umsetzung dieses Ansatzes in dem von der Vertreterversammlung der Beklagten am 17. April 1999 beschlossenen HVM verstößt jedoch gegen die Vorgaben höher-rangigen Rechts (dazu unter [b]).

(a) Die im zahnärztlichen Bereich in vergangenen Jahrzehnten praktizierte Einzelleistungsvergütung nach festen, gesamtvertraglich vereinbarten Punktwerten in der Regel ohne Mengen begrenzende Komponente konnte nach Einführung der gesetzlichen Begrenzung des Anstiegs der Gesamtvergütungen (auch) für die vertragszahnärztlichen Leistungen nicht unverändert fortgeführt werden. Steigende Leistungsvolumina und gleich bleibende oder jedenfalls in nur geringerem Umfang steigende Gesamtvergütungszahlungen haben eine Verminderung des durchschnittlich in Betracht kommenden Punktwertes zur Folge. Entweder muss die Zahl der mit einem garantierten Punktwert abrechenbaren Einzelleistungen begrenzt oder auf feste Punktwerte ganz verzichtet und so ein Punktwertverfall in Kauf genommen werden.

Hiervon ausgehend ist in der höchstrichterlichen Rechtsprechung anerkannt, dass Begrenzungen der Gesamtvergütungen im Verhältnis der Krankenkassen zu den K(Z)Ven in geeigneter Form an die einzelnen Vertrags(zahn-)ärzte im Rahmen der Honorarverteilung weitergegeben werden dürfen. Dieser Ansatz bildet grundsätzlich einen legitimen Grund für eine Abweichung vom Gebot der strikt leistungsproportionalen Honorarverteilung (BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 23). Mithin können aner kennenswerte Ziele durch die Begrenzung des Anstiegs der zu vergütenden Leistungsmenge verfolgt werden. Wird dadurch eine Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes angestrebt, kann damit den Vertrags(zahn-)ärzten für einen bestimmten Anteil des vertragsärztlichen Honorars eine gewisse Kalkulationssicherheit gewährleistet werden (BSG, MedR 2004, 456).

(b) Auch eine solche "Weitergabe" von Gesamtvergütungsbegrenzungen steht allerdings nicht im freien Belieben der KZV. Mit der Postulierung des Erfordernisses einer Weitergabe in "geeigneter" Form hat das BSG (aaO) deutlich gemacht, dass ihre konkrete Umsetzung keinen Widerspruch zu den einfachgesetzlichen und verfassungsrechtlichen Vorgaben bewirken darf. Die konkrete Ausgestaltung der Vorgaben des HVM, mit denen der Anstieg der zu vergütenden Leistungsmenge stabilisiert werden soll, muss namentlich dem Sicherstellungsauftrag der Beklagten, dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und dem Verfassungsgrundsatz der Verhältnismäßigkeit Rechnung tragen.

Die Gewährung gleichmäßiger, das durchschnittliche Abrechnungsvolumen nur geringfügig überschreitender Budgets für alle Zahnarztpraxen unabhängig von dem in der Vergangenheit erzielten Umfang, unabhängig von der Zahl der Patienten und unabhängig von der örtlichen Relation zwischen Angebot und Nachfrage an vertragszahnärztlichen Leistungen gefährdet bereits die gesetzlich vorgeschriebene Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn bei Überschreitung der Budgetgrenzen nur eine wirtschaftlich unbedeutende Restvergütung erfolgen soll. Mit solchen Honorarverteilungsregelungen wird den betroffenen Zahnärzten im Ergebnis nahe gelegt, unabhängig von dem örtlich abzudeckenden Versorgungsbedarf die Quantität ihrer Leistungen auf das Budgetvolumen zu beschränken.

Solange nicht die Gefahr einer "übermäßigen" Ausdehnung der vertrags(zahn-)ärztlichen Tätigkeit im Sinne des § 85 Abs. 4 S. 5 SGB V zu besorgen ist, bringt die Vorgabe von Budgets, bei deren Überschreitung keine oder nur eine wirtschaftlich unbedeutende Restvergütung gewährt wird, nur dann eine sachgerechte dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit Rechnung tragende Differenzierung zum Ausdruck, wenn eine angemessene Korrelation zwischen abzudeckendem Versorgungsbedarf und Budgetgröße besteht. Eine solche Einschätzung des Normgebers muss zumindest im Rahmen einer typisierenden Betrachtung als vertretbar zu bewerten sein.

Demnach haben in gleicher Höhe zugemessene Budgets (bei deren Überschreitung keine oder nur eine wirtschaftlich unbedeutende Restvergütung gewährt

wird) zur Voraussetzung, dass von den betroffenen (Zahn-)Ärzten ein vergleichbar großer Versorgungsbedarf abzudecken ist. Eine solche Korrelation zwischen abzudeckendem Versorgungsbedarf und Budgetgröße war bei den in der Rechtsprechung des BSG anerkannten Honorarverteilungsmodellen gegeben: Fallzahlabhängige Budgets (vgl. BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 23; BSG, Urt. v. 21. Oktober 1998, Az: B 6 KA 60/97 R) bringen die grundsätzlich nahe liegende Einschätzung zum Ausdruck, dass der durchschnittliche Behandlungsbedarf je Patient innerhalb jeweils einer Fachgruppe vergleichbar ist (ohne dass im vorliegenden Zusammenhang auf möglicherweise in Betracht zu ziehende Ausnahmekonstellationen einzugehen wäre). Individuelle Praxisbudgets, die das eigene in den vergangenen Jahren erzielte Abrechnungsvolumen der Praxis fortschreiben (vgl. BSG, Urteile vom 21. Oktober 1998, Az: B 6 KA 67, 68 und 71/97 u.a. R [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28]; vgl. ferner BSG, MedR 2004, 456 [anhand der praxisindividuellen Abrechnungsergebnisse ermittelter Punktzahlengrenzwert]), bringen die grundsätzlich ebenfalls gut vertretbare Einschätzung zum Ausdruck, dass "jedenfalls für eine gewisse Zeit" (so die ausdrückliche Einschränkung bei BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 28) die Abrechnungsergebnisse der Vergangenheit typischerweise auch den aktuellen Versorgungsbedarf widerspiegeln (vgl. allerdings auch BSG, aaO, zur Notwendigkeit einer ergänzenden "mehr oder weniger allgemein gehaltenen General- bzw. Härteregelung"). Entsprechende Erwägungen liegen Modellen zugrunde, die ausgehend von den praxisindividuellen Fallzahlen in der Vergangenheit deren Ansteigen limitieren (BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 44; vgl. auch BSG, Urteil vom 10. März 2004, Az: B 6 KA 3/03 R).

Vergleichbare nachvollziehbare Korrelationen zwischen abzudeckendem Versorgungsbedarf und der Höhe des Budgets fehlen jedoch gerade, wenn das Budget pauschal für alle Vertragszahnärzte gleichmäßig bestimmt wird. Namentlich besteht im vorliegenden Zusammenhang kein Anhaltspunkt dafür, dass auch nur typischerweise alle Vertragszahnärzte nach den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten einen vergleichbar großen Bedarf an vertragszahnärztlichen Leistungen abzudecken haben.

Schon die erheblichen Unterschiede im jeweiligen Versorgungsgrad in den 48 niedersächsischen Planungsbereichen, der von 66,7 % bis 140 % differiert, ma-

chen die Implausibilität einer solchen Annahme deutlich. Die sich bereits daraus ergebende Unzulässigkeit einheitlicher Budgets kann die Beklagte auch nicht mit der zwischenzeitlich rückwirkend eingeführten Härtefallregelung des § 2a des HVM entkräften. Der dort in bestimmten Fällen vorgesehene Zuschlag kann ohnehin nach den tatbestandlichen Voraussetzungen in 30 der 48 Planungsbereiche nicht gewährt werden, obwohl auch bereits bei einer Betrachtung allein dieser 30 Planungsbereiche erhebliche Unterschiede im Versorgungsgrad (der dort zwischen 85 und 140 % liegt) festzustellen sind.

Darüber hinaus lässt auch die Härtefallregelung des § 2a HVM den sehr nachdrücklich ausgestalteten Anreiz zur Nichterbringung selbst notwendiger vertragszahnärztlicher Sachleistungen oberhalb der Budgetgrenze in weiten Teilen unberührt. Auch in den 18 deutlich unterversorgten Planungsbereichen, in denen die Gewährung eines Härtefallzuschlages in Betracht kommt, erhalten die Vertragszahnärzte bei Überschreiten der Budgetgrenze zunächst nur die sehr geringe Restvergütung (von 1999 im Ergebnis 17,09 %). Erst wenn die daraus resultierenden Honorareinbußen so gravierend ausfallen, dass der Jahreshonoraranpruch weniger als 80 % des Jahresabrechnungsvolumens ausmacht, kann die Differenz bis zum Grenzwert von 80 % ausgeglichen werden.

Selbst ein in einem stark unterversorgten Planungsbereich tätiger Zahnarzt, der bedingt durch die hohe Nachfrage im Bereich der budgetierten Leistungen beispielsweise mit 400.000 DM knapp 40 % mehr als die sog. Jahresvergütungsobergrenze von 288.180,32 DM abrechnen muss, hat 1999 für die überschießenden Leistungen im Umfang von rund 111.819,62 DM nur die Restvergütungsquote von 17,09 % (entsprechend 19.109,98 DM) erhalten, wenn sein Gesamtabrechnungsvolumen beispielsweise 500.000 DM (400.000 DM Sachleistungen zuzüglich 100.000 DM Prothetikleistungen) ausgemacht hat (so dass dieses mithin durch die Anwendung der Budgetvorgaben nicht um mindestens 20 % unterschritten worden ist).

Darüber hinaus fragt ein Großteil der Versicherten zahnärztliche Leistungen nur in einem räumlich begrenzten Gebiet nach, das deutlich kleiner als die Grenzen des jeweiligen Planungsbereiches ist. Auch wenn im Durchschnitt eines Planungsbe-

reiches ein angemessener Versorgungsgrad gewährleistet ist, kann in Teilen seiner eine Unterversorgung auftreten (vgl. etwa BSG, SozR 3-2500 § 101 Nr 5), die zu einer vermehrten Inanspruchnahme der dort tätigen Vertragszahnärzte führt.

Einschränkungen des individuellen Beitrages einzelner Praxen zur vertragszahnärztlichen Versorgung können in ihrem örtlichen Einzugsbereich ein spürbares Gewicht erlangen und dadurch eine vermehrte Inanspruchnahme der übrigen Praxen bedingen. Sind in einem kleinen Ort beispielsweise drei Vertragszahnärzte tätig, dann wird es typischerweise für die Inanspruchnahme eines von ihnen von großer Bedeutung sein, ob seine beiden Kollegen und Kolleginnen vollzeitig oder etwa aus familiären oder gesundheitlichen Gründen nur halbtags tätig sind.

Die vorstehenden Darlegungen machen deutlich, dass allein die Überschreitung eines landeseinheitlich ermittelten (nur etwas oberhalb des Durchschnitts liegenden) Abrechnungsgrenzwertes – noch dazu speziell in einem Teilbereich der vertragszahnärztlichen Leistungen – keine Rückschlüsse auf eine auch nur in Teilen fehlende Notwendigkeit der abgerechneten Leistungen gestattet. Aufgrund der jeweiligen örtlichen Versorgungssituation kann auch ein Vertragszahnarzt, der die Notwendigkeit der von ihm zu erbringenden Leistungen stets sorgfältig prüft, einen solchen Grenzwert deutlich überschreiten. Umgekehrt sind selbstverständlich auch ohne weiteres Fälle vorstellbar, in denen ein nur unterdurchschnittliches Abrechnungsergebnis in Teilen durch unlautere Mittel herbeigeführt worden ist (weil etwa der Zahnarzt bei einer Beschränkung seiner Leistungen auf das Maß des Notwendigen den Durchschnitt noch deutlicher unterschritten hätte).

Wenn die Beklagte gleichwohl einen solchen landeseinheitlich ermittelten Grenzwert vorgibt und bei seiner Überschreitung das Honorar für die weiteren Leistungen um mehr als 80 % (je nach Ergebnis der im vorhinein nicht genau zu prognostizierenden Jahresabrechnungsergebnisse auch um mehr als 90 %) kürzen will, dann fehlt einer solchen Ungleichbehandlung hinsichtlich des mit zusätzlichen Leistungen verbundenen Honorarzuwachses der erforderliche sachlich rechtfertigende Grund. Bezeichnenderweise sind in der höchstrichterlichen Rechtsprechung bislang nur abgestaffelte Kürzungen mit erheblich geringerem Ausmaß als

sachlich gerechtfertigt gebilligt worden (vgl. etwa BSG, SozR 2200 § 368f Nr 14; BVerfG, SozR Nr 12 zu Art 12 GG).

(c) Die Frage, in welchem Ausmaß im Rahmen eines solchen Regelungsmodells die sonst maßgeblichen Punktwerte herabgesetzt werden können, ohne den betroffenen Zahnärzten den (in den erläuterten Grenzen) gebotenen effektiven Anreiz zur Erbringung von Leistungen auch oberhalb des zu vollen Punktwerten zu honorierenden Volumens zu nehmen, hat die Vertreterversammlung in Ausübung ihres Beurteilungsspielraums zu beantworten. Dabei kommt entscheidende Bedeutung auch der Frage zu, in welchem Ausmaß mit zunehmenden Leistungsvolumina typischerweise die Grenzkostenbelastungen sinken. Das BSG hat im Urteil vom 14. Mai 1997 (SozR 3-2500 § 85 Nr. 22 [bezogen auf die Degressionsregelung]) die Annahme eines Anteils der variablen Praxiskosten in Höhe von 30 % als "realistische Variante" qualifiziert. Zusätzlich zu den abzudeckenden Grenzkosten muss dem Zahnarzt noch ein spürbarer Zuwachs des (kalkulatorischen) (Zahn-)Arztlohnes verbleiben, da erst durch diesen eine finanzielle Motivation zur Erbringung weiterer Leistungen geschaffen wird.

Entscheidende Bedeutung ist dabei auch der gesetzgeberischen Wertung bei der Ausgestaltung der Degressionsstufen in § 85 Abs. 4b SGB V beizumessen. Der Gesetzgeber hat die von der dritten Degressionsstufe erfassten Leistungsmengen unter Qualitätsgesichtspunkten als zweifelhaft und deshalb unerwünscht bewertet (vgl. BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 22). Wenn er hiervon ausgehend die für diese Stufe vorzunehmende Herabsetzung der zusätzlichen Vergütung um 40 % festgesetzt hat, dann hat er damit zum Ausdruck gebracht, dass bereits eine solche Vergütungsminderung sich so nachhaltig auswirkt, dass die betroffenen Zahnärzte typischerweise von der Erbringung solcher weiteren (unerwünschten) Leistungen Abstand nehmen werden. Unter Zugrundelegung dieser gesetzgeberischen Wertung kann sich eine Vertreterversammlung regelmäßig nur dann darauf berufen, dass sie den Leistungserbringern einen effektiven wirtschaftlichen Anreiz zur Erbringung weiterer Leistungen belassen habe, wenn sie diesen mehr als die im Rahmen der dritten Degressionsstufe vorgesehenen 60 % der sonst üblichen Vergütung gewährt.

Auch sonst fehlt es an greifbaren Anhaltspunkten für eine Annahme des Inhalts, dass auch bei noch geringeren Vergütungsquoten den Zahnärzten die im vorstehend erläuterten Umfang gebotene hinreichende Motivation zur Erbringung weiterer Leistungen belassen wird.

b) Darüber hinaus missachtet der Honorarverteilungsmaßstab das Gebot der vorherigen Überschaubarkeit verhaltenssteuernder Honorarregelungen. Bezogen auf Fallzahlzuwachsregelungen fordert das BSG, dass für den Vertragsarzt im Zeitpunkt der Leistungserbringung feststehen muss, in welchem Umfang er - wenn überhaupt - Fallzahlsteigerungen vergütet erhält (SozR 3-2500 § 85 Nr. 44).

Auch Regelungen in einem Honorarverteilungsmaßstab, die der übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit entgegenwirken sollen, müssen so beschaffen sein, dass sich der Arzt von vornherein darauf einrichten kann, von welchen Grenzbeträgen ab eine übermäßige Ausdehnung seiner Tätigkeit vorliegen wird (BSG, SozR 3-2200 § 368f Nr. 3; BSG, MedR 1994, 376). Da eine solche Honorarregelung präventive Zwecke verfolgt, ist eine Berechnung der maßgebenden Grenzbeträge durch nachträgliche Feststellung von Durchschnittswerten unzulässig. Derartigen Grenzwertfestsetzungen fehlt die erforderliche Eignung zur Durchsetzung der angestrebten Prävention (BSG, SozR 3-2200 § 368f Nr. 3). Honorarbegrenzungsregelungen zur Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der vertrags(zahn-)ärztlichen Tätigkeit, die auf einer erst nach Ablauf des jeweiligen Abrechnungszeitraums durchgeführten Ermittlung des maßgebenden Grenzbetrages aufbauen, sind mangels ausreichender Ermächtigungsgrundlage rechtlich unwirksam und verletzen den Vertrags(zahn-)arzt in seiner grundrechtlich geschützten (Art. 12 Abs. 1 GG) Berufungsausübungsfreiheit (BSG, aaO).

Im vorliegenden Zusammenhang konnten die Vertragszahnärzte den HVM-Bestimmungen gerade nicht entnehmen, bis zu welchem Grenzwert sie Leistungen zum vollen Punktwert honoriert erhalten würden und ab wann nur eine im Vergleich dazu wirtschaftlich weitgehend unbedeutende Vergütung nach Maßgabe der sog. Restvergütungsquote in Betracht kam. Die Beklagte hat im vorliegenden Verfahren maßgeblich auf das Ziel der Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit abgehoben, eine damit ggfs. anzustre-

bende präventive Wirkung der Honorarbegrenzungen konnte jedoch schon mangels rechtzeitiger Vorgabe klar erkennbarer Grenzwerte nicht in geeigneter Weise umgesetzt werden.

Solche klaren Vorgaben gebietet auch der Verfassungsgrundsatz der Verhältnismäßigkeit. Ein sich seinerseits ordnungsgemäß verhaltender, insbesondere wirtschaftlich arbeitender, Vertrags(zahn-)arzt muss bereits im Zeitpunkt der (zahn-)ärztlichen Tätigkeit überblicken können, ob eine Verrichtung nach den üblichen (wenn auch nicht notwendigerweise im Voraus im Detail bestimmten) Vergütungsgrundsätzen oder nur nach kleinen Bruchteilen dieser Sätze erfolgen soll. Auch unabhängig vom jeweils verfolgten Regelungszweck muss ihm jedenfalls die Möglichkeit eröffnet werden, sich auf nachhaltige Honorarkürzungen von mehr als 80 % im Vergleich zur Regelvergütung in seinem Leistungsverhalten (im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben) einstellen zu können. Diese Möglichkeit wird ihm nur eingeräumt, wenn er die konkrete Höhe der maßgeblichen Grenzwerte bereits im Zeitpunkt der Leistungserbringung überblicken kann.

In diesem Zusammenhang kann sich die Beklagte nicht darauf berufen, dass sie den Vertragszahnärzten durch die Übermittlung von Prognosewerten die erforderliche Planungssicherheit vermittelt habe. Bei einer Orientierung anhand allein von prognostizierten Werten müsste der Zahnarzt das Prognoserisiko tragen; bezeichnenderweise haben sich, wie dies im Einzelnen den Angaben im Tatbestand zu entnehmen ist, auch für das Jahr 1999 spürbare Diskrepanzen zwischen den anfänglichen Prognosen der Beklagten und den im Wege der nachträglichen Abrechnung ermittelten Grenzwerten ergeben. Jedenfalls bei Honorarsprüngen von mehr als 80 % wie im vorliegenden Zusammenhang stellt es eine unverhältnismäßige und damit verfassungswidrige Belastung der Vertrags(zahn-)ärzte dar, wenn diesen das Prognoserisiko überantwortet wird.

c) Die vorstehenden Darlegungen bedeuten nicht, dass die Beklagte verpflichtet wäre, alle vertragszahnärztlichen Leistungen unabhängig vom Gesamtabrechnungsvolumen des jeweiligen Zahnarztes nach einem einheitlichen (dann notwendigerweise floatenden) Punktwert zu vergüten. Die Beklagte darf durchaus weiterhin ihren prinzipiellen Ansatz verfolgen, dass sie im Hinblick einerseits auf

die typischerweise verminderte wirtschaftliche Belastbarkeit kleinerer Praxen und andererseits auf die regelmäßig bei größeren Praxen sinkenden Praxisunkostenanteile bis zu bestimmten Abrechnungsgrenzwerten feste Punktwerte vorgibt und erst oberhalb ihrer einen floatenden Punktwert heranzieht (vgl. auch zur prinzipiellen Zulässigkeit einer Kombination von Individualbudgets und floatendem Element BSG, MedR 2004, 456).

Nur muss sie ein solches Honorarverteilungssystem so ausgestalten, dass (bis zur Grenze einer übermäßigen Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit) auch dem Sicherstellungsauftrag, d.h. den Interessen der Versicherten an einer im vollem Umfang ausreichenden vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung, und daran anknüpfend den berechtigten Interessen der überdurchschnittliche Leistungsmengen abrechnenden Zahnärzte angemessen Rechnung getragen wird. Da die Beklagte nicht anderweitig zumindest im Rahmen einer typisierenden Betrachtung eine angemessene Korrelation zwischen Budgetgröße und abzudeckendem Versorgungsbedarf, etwa in Form der Anknüpfung an die vergangenen individuellen Abrechnungsergebnisse der einzelnen Praxis, hergestellt hat, muss sie bis zur Grenze einer übermäßigen Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit gewährleisten, dass dem einzelnen Vertragszahnarzt ein effektiver wirtschaftlicher Anreiz zur Erbringung auch überdurchschnittlicher Leistungsvolumina verbleibt.

Da der vorstehend erläuterte Ansatz örtlichen Unterschieden im abzudeckenden Versorgungsbedarf unabhängig von den dafür jeweils maßgeblichen Gründen bereits ausreichend Rechnung trägt, besteht unter Zugrundelegung seiner keine Notwendigkeit zu einer zusätzlichen gesonderten Berücksichtigung etwaiger – ohnehin allenfalls typisierend feststellbarer – Unterschiede zwischen Stadt- und Landpraxen.

Bei angemessener Berücksichtigung der vorstehend erläuterten Vorgaben bestehen auch keine rechtlichen Bedenken, wenn die Vertreterversammlung der Beklagten in Ausübung ihres Normsetzungsermessens entsprechend dem bisherigen im HVM verfolgten Ansatz Grundleistungsvolumina für die von allgemeinen Zahnärzten zu erbringenden Sachleistungen unter Einschluss der von ihnen getätigten KfO-Leistungen normiert. Mangels entgegenstehender gesetzlicher Vorga-

ben haben die allgemeinen Zahnärzte keinen Anspruch auf ein zusätzliches Budget für KfO-Leistungen, zumal in der Praxis oftmals auch darauf nicht im Sinne des § 6 Abs. 1 und 6 des HVM spezialisierte Zahnärzte in untergeordnetem Umfang KfO-Leistungen erbringen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG (in der bis zum 01. Januar 2002 geltenden Fassung; vgl. BSG SozR 3-2500 § 116 Nr. 24).

Gründe, die Revision zuzulassen (§ 160 Abs. 2 SGG), sind nicht gegeben.

RECHTSMITTELBELEHRUNG UND ERLÄUTERUNG ZUR PROZESSKOSTENHILFE I. RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann nicht mit der Revision angefochten werden, weil sie gesetzlich ausgeschlossen und vom Landessozialgericht nicht zugelassen worden ist.

Gegen dieses Urteil steht den Beteiligten die Revision nur zu, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Urteils schriftlich beim Bundessozialgericht, 34114 Kassel, einzulegen. Die Beschwerdeschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht **eingegangen sein**.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen:

- a) die Mitglieder und Angestellten von Gewerkschaften, von selbstständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial - oder berufspolitischer Zwecksetzung, von Vereinigungen von Arbeitgebern, von berufständischen Vereinigungen der Landwirtschaft und von in § 14 Abs. 3 Satz 2 SGG genannten Vereinigungen, die kraft Satzung oder Vollmacht zur Prozessvertretung befugt sind,
- b) Personen, die als Angestellte juristischer Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der vorgenannten Organisationen stehen, handeln, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung der Mitglieder der Organisation entsprechend deren Satzung durchführt und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet,
- c) jeder bei einem deutschen Gericht zugelassene Rechtsanwalt.

Behörden, Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts sowie private Pflegeversicherungsunternehmen brauchen sich nicht durch einen Prozessbevollmächtigten vertreten zu lassen.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten - bei Behörden sowie Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts auch durch einen bevollmächtigten Bediensteten - schriftlich zu begründen.

In der Begründung muss

- die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt
- oder die Entscheidung des Bundessozialgerichts, des gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes
- oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht
- oder ein Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt **anstelle** der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**. An die Stelle der Frist von zwei Monaten zur **Beschwerdebegründung** tritt eine Frist von **vier Monaten**.

Dr. Günniker

Dr. Pfitzner

Pilz

II. ERLÄUTERUNGEN ZUR PROZESSKOSTENHILFE

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter, der nicht schon durch einen Bevollmächtigten der unter I. a und b genannten Gewerkschaften, Vereinigungen oder juristischen Personen vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beiordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären. Die Hausanschrift des Bundessozialgerichts lautet: Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten und ggf. durch den Schreibwarenhandel bezogen werden.

Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - ggf. nebst entsprechenden Belegen - müssen bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde (ein Monat nach Zustellung des Urteils im Inland, drei Monate nach Zustellung des Urteils im Ausland) beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.