

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
14. Mai 1997

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 30/96

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

Kassenzahnärztliche Vereinigung Stuttgart,
Albstadtweg 9, 70567 Stuttgart,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung,
Universitätsstr. 71-73, 50931 Köln,

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 14. Mai 1997 durch den Richter Dr. Engelmann als Vorsitzenden, die Richter Dr. Wenner und Kruschinsky sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. Möcklinghoff und Dr. Herrmann für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 6. Dezember 1995 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Streitig ist die Rechtmäßigkeit von Honorarbescheiden.

Der Kläger ist als Zahnarzt für Oralchirurgie niedergelassen. Er war im Jahr 1993 vom 1. Januar bis zum 30. September zusammen mit Dr. S in einer Gemeinschaftspraxis und im letzten Quartal in einer Einzelpraxis zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Im dritten Quartal des Jahres 1993 beschäftigte er die Zahnärztin R-S als Weiterbildungsassistentin und im vierten Quartal 1993 als angestellte Zahnärztin. Seine Honorarforderung für das Jahr 1993 belief sich auf 897.276 Punkte, die die beklagte Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) zunächst honorierte, wobei sie sich eine nachträgliche Korrektur auf der Grundlage der Vorschriften über die Punktwertdegression (§ 85 Abs 4b bis 4f Fünftes Buch Sozialgesetzbuch <SGB V>) vorbehielt. Mit Bescheid vom 27. Juni 1994 berichtete sie die dem Kläger erteilten Honorarabrechnungen nach Anwendung der Vorschriften über die Punktwertdegression auf der Grundlage von Vereinbarungen mit den Verbänden der Primärkassen und der Ersatzkassen aus dem Jahre 1994, wobei sich für den Kläger eine Kürzung des Honorars um 7.902,65 DM ergab. Davon entfielen 7.888,00 DM auf die Leistungsbereiche der konservierend-chirurgischen Behandlung, der Individualprophylaxe, der Parodontose und Kieferbruchbehandlung und lediglich 14,04 DM auf prothetische Leistungen. Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit der Begründung zurück, sie teile seine Bedenken gegen die Angemessenheit der gesetzlichen Bestimmungen über die Punktwertdegression. Sie sei jedoch verpflichtet, diese Bestimmungen sowie die zu ihrer Durchführung mit den Verbänden der Kranken- und Ersatzkassen geschlossenen Vereinbarungen auszuführen und nicht berechtigt, die Vorschriften wegen ihrer eventuellen Unvereinbarkeit mit dem Grundgesetz (GG) nicht anzuwenden (Widerspruchsbescheid vom 27. September 1994).

Das Sozialgericht (SG) hat die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, den Kürzungsbetrag von 7.902,65 DM an den Kläger auszuzahlen. Das Gericht hat verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Regelungen des § 85 Abs 4b SGB V aufgezeigt, die Frage der Vereinbarkeit dieser Bestimmung mit dem GG jedoch dahinstehen lassen, weil es der Auffassung ist, eine Punktwertabsenkung sei jedenfalls für das Jahr 1993 ausgeschlossen. Nach § 85 Abs 4e Satz 1 SGB V erfolge die Durchführung der Vergütungsminderung durch Absenkung "der vertraglich vereinbarten Punktwerte". Vertraglich vereinbarte Punktwerte iS verbindlich feststehender Punktwerte gebe es jedoch im Jahre 1993 zumindest für die Leistungsbereiche Prothetik und Kieferorthopädie nicht, weil nach § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V die am 31. Dezember 1992 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und kieferorthopädischer Behandlung zum Januar 1993 für die Dauer eines Kalenderjahres abgesenkt worden seien. Für die in § 85 Abs 2b Satz 1 SGB V angesprochenen Leistungsbereiche



existierten daher lediglich gesetzlich festgelegte und nicht vertraglich vereinbarte Punktwerte, so daß § 85 Abs 4e Satz 1 SGB V keine Anwendung finden könne. Für die von dieser Vorschrift nicht erfaßten anderen zahnärztlichen Leistungsbereiche, insbesondere für die konservierend-chirurgische Behandlung, sei die Vorschrift nicht anwendbar, weil die dafür zu entrichtenden Gesamtvergütungen gesetzlich begrenzt (budgetiert) seien. Überstiegen die von den Vertragszahnärzten zur Abrechnung gebrachten Leistungen das Budget, führe dies nicht zu einer Anhebung der Gesamtvergütung, sondern zu einer Absenkung der Punktwerte. Eine vertragliche, rechtsverbindliche Vereinbarung von Punktwerten, wie sie § 85 Abs 4e Satz 1 SGB V voraussetze, und eine gesetzliche Begrenzung der Gesamtvergütungen schlossen sich gegenseitig aus (Urteil vom 6. Dezember 1995).

Gegen dieses Urteil richtet sich die vom SG zugelassene Sprungrevision der Beklagten. Sie hält das sozialgerichtliche Urteil für fehlerhaft, soweit es annimmt, im Hinblick auf die Budgetierung der Gesamtvergütungen sei die Anwendung der Abs 4b bis 4f des § 85 SGB V ausgeschlossen. Die Neufassung des § 85 SGB V insgesamt und damit auch die Bestimmungen über degressiven Punktwert seien am 1. Januar 1993 in Kraft getreten. Aus § 85 Abs 4b Satz 3 SGB V, der die Anwendung der ersten Degressionsstufe (350.000 bis 450.000 Punkte) für das Beitrittsgebiet bis zum 1. Januar 1994 hinauschiebe, müsse zwingend gefolgert werden, daß im übrigen die Regelungen über die Punktwertdegression schon ab 1993 Anwendung finden sollten. Die Begründung des SG für seine abweichende Auffassung, die allein auf den Wortlaut "vertraglich vereinbarte Punktwerte" abstelle, sei nicht überzeugend. Durch die Budgetierungsregelungen des § 85 Abs 3a und 3b SGB V sei nicht bereits ein bestimmter Punktwert für die vertragszahnärztliche Leistung gesetzlich festgeschrieben worden; vielmehr werde lediglich die Abschlußkompetenz der Gesamtvertragspartner hinsichtlich der Höhe der zu vereinbarenden Steigerungsraten begrenzt. Eine abschließende, unmittelbar auf dem Gesetz beruhende Punktwertfestsetzung sei mit einer Budgetierungsregelung nicht verbunden.

Eine abschließende Entscheidung des Senats in diesem Verfahren sei indessen ausgeschlossen, weil § 85 Abs 4b bis 4f des SGB V verfassungswidrig sei, so daß der Senat gehalten sei, die Frage der Vereinbarkeit dieser Bestimmung mit dem GG gemäß Art 100 Abs 1 GG dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) vorzulegen. In erster Linie seien die genannten Vorschriften mit Art 3 Abs 1 unvereinbar, weil die Abstufungsregelung nur die Honorierung zahnärztlicher Leistungen erfasse und im ärztlichen Bereich nicht gelte, obwohl insoweit vergleichbare Tatbestände gegeben seien. Die unmittelbar vom Gesetz angeordnete Abstufung der Punktwerte bei Überschreiten gewisser Punktzahlgrenzen sei ein systemwidriger Eingriff in die von der Selbstverwaltung geschaffenen Vergütungsstrukturen. Eine Rechtfertigung dafür sei nicht erkennbar, weil schon rein tatsächlich nicht zutreffe, daß Zahnärzte - insbesondere im Vergleich zu Ärzten - ein überdurchschnittlich hohes Einkommen erzielen könnten. Vielmehr habe sich das Nettoeinkommen der Zahnärzte seit 1976 um ca 50% reduziert, und die vom Gesetzgeber offenbar beson-



ders ins Auge gefaßte Gruppe der "Spitzenverdiener" sei bei den Zahnärzten nicht größer als bei den Ärzten. Unzutreffend sei es, die Rechtfertigung für die Abstufungsregelung darauf zu stützen, daß die meisten KZÄVen im Bundesgebiet bis zum 31. Dezember 1992 in ihren Honorarverteilungsmaßstäben keine Regelungen über die Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit auf der Grundlage des § 85 Abs 4 Satz 4 SGB V vorgesehen hätten. Das Fehlen von Mengengrenzungsregelungen in Honorarverteilungsmaßstäben der KZÄVen habe sachliche Gründe gehabt, weil im zahnärztlichen Bereich bis Ende 1992 echte Einzelleistungsvergütungen gezahlt worden seien und es dort im übrigen eine angebotsinduzierte Nachfrage nicht gebe.

Dem gesetzgeberischen Ziel einer Ausgabenbegrenzung für vertragszahnärztliche Leistungen sei einerseits durch die Punktwertabsenkung für kieferorthopädische Leistungen und Prothetik und andererseits durch die strikte Budgetierung der Gesamtvergütungen für die übrigen vertragszahnärztlichen Leistungen hinreichend Rechnung getragen worden, so daß für weitergehende Abstufungsregelungen kein Bedarf erkennbar sei. Der Anteil der Kosten für die zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sei seit Jahren rückläufig, weshalb es besonders unverständlich sei, daß der Gesetzgeber die schärfste Restriktion gerade in diesem Bereich angewandt habe. Im übrigen hätten die zahntechnischen Leistungen in die Abstufungsregelung einbezogen werden müssen, weil der Anteil für Material- und Laborleistungen an den Prothetikkosten ständig gewachsen sei.

Auch mit Art 12 Abs 1 GG seien die Vorschriften über die Degression nicht vereinbar. Im Ergebnis liege eine übermäßige Beeinträchtigung der Berufsausübungsfreiheit vor, zumal es keinen Erfahrungssatz gebe, daß bei steigendem Umsatz die anteiligen Betriebskosten sinken würden. Gerade soweit Leistungen betroffen seien, die in die höchste Degressionsstufe fallen, sei als Folge der Punktwertsenkung die betriebswirtschaftliche Erbringbarkeit mehr als fraglich. Der Betriebskostenanteil an den zahnärztlichen Einnahmen aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit liege bei zumindest 70%, so daß in der höchsten Degressionsstufe die Honorierung nicht einmal mehr die Praxisunkosten decke.

Unter dem Gesichtspunkt der hinreichenden Bestimmtheit und Klarheit der Norm ergäben sich verfassungsrechtliche Bedenken, weil die zahnärztlichen Leistungen nicht bestimmten Zeiträumen zugeordnet werden könnten, obwohl das Gesetz erkennbar von dieser Vorstellung ausgehe. Die Überschreitung von Punktmengen stehe erst nach Quartalsabschluß fest, so daß sich der einzelne Zahnarzt nicht darauf einstellen und nach Überschreitung der Punktmenge seine Tätigkeit entsprechend reduzieren könne. Im übrigen sei die nicht durch Übergangsbestimmungen begleitete Inkraftsetzung der Degressionsregelungen zum 1. Januar 1993 zu beanstanden. Die Zahnärzte hätten ohne Kenntnis der neuen Bestimmungen im Jahre 1992 Behandlungen aufgenommen, die sich in das Jahr 1993 hinein erstreckt hätten und nunmehr geringer, als von den Zahnärzten erwartet, ho-



noriert würden, was mit Vertrauensschutz Gesichtspunkten nicht vereinbar sei. Das Fehlen einer Übergangsregelung sei auch deshalb zu beanstanden, weil kurzfristig Praxisstrukturen und Behandlungszahlen nicht umgestellt werden könnten, so daß jedenfalls im Jahre 1993 die Zahnärzte die Anwendung der Degressionsbestimmungen kaum hätten umgehen können.

In verfahrensrechtlicher Hinsicht sei das Urteil fehlerhaft, weil die Beiladung der Landesverbände der Krankenkassen unterlassen worden sei. Die Erlöse aus den Kürzungsbescheiden seien bereits an die Krankenkassen ausgezahlt und die einzelnen Kürzungsbescheide stellten in rechtlicher Hinsicht Verwaltungsakte mit Doppelwirkung auch gegenüber den Krankenkassen dar.

Die Beklagte beantragt,

das Verfahren gemäß Art 100 Grundgesetz auszusetzen und die Frage, ob die Regelungen in § 85 Abs 4b bis 4f SGB V verfassungswidrig sind, dem Bundesverfassungsgericht zur Entscheidung vorzulegen,
hilfsweise,
das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 6. Dezember 1995 aufzuheben und die Klage gegen den Degressionsbescheid der Beklagten vom 27. Juni 1994 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. September 1994 abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Revision zurückzuweisen,
hilfsweise,
den Rechtsstreit auszusetzen und gemäß Art 100 Abs 1 GG dem Bundesverfassungsgericht mit der Frage vorzulegen, inwieweit die §§ 85 Abs 4b Satz 1 und 85 Abs 4e Satz 1 SGB V verfassungsgemäß sind bzw insbesondere mit Artikel 3 Abs 1, Artikel 12 Abs 1 und Artikel 14 Abs 1 GG sowie dem Bestimmungsprinzip und dem Parlamentvorbehalt unvereinbar und deshalb verfassungswidrig sind.

Er hält die Bestimmungen über die Punktwertdegression für zu unbestimmt und beanstandet, daß der Gesetzgeber die für die Umsetzung dieser Vorschriften wichtigen Fragen nicht selbst geregelt habe. Weder die genaue Bestimmung der abzusenkenden Punkte noch die exakte Festlegung des Zeitpunktes der Überschreitung der maßgeblichen Grenzwerte seien aufgrund des Gesetzeswortlautes möglich, was der Bundesminister für Gesundheit selbst eingeräumt habe. Das Instrument der Punktwertdegression diene vor allem dazu, mißliebige Positionen der zahnärztlichen Berufspolitik zu sanktionieren, was eine Ungleichbehandlung der Zahnärzte mit den Ärzten zur Folge habe. Schließlich sei die Gruppe der Oralchirurgen besonders betroffen, weil diese fast ausschließlich auf Überweisung anderer Zahnärzte tätig würden, den Umfang ihrer Tätigkeit daher nicht



steuern könnten und bei ihnen wegen des hohen Anteils an Notfällen mit einer Steigerung des Behandlungsumfangs keine Rationalisierungsgewinne verbunden seien.

Die Beigeladene beantragt,

das Verfahren gemäß Art 100 Grundgesetz auszusetzen und die Frage, ob die Regelungen in § 85 Abs 4b bis 4f SGB V verfassungswidrig sind, dem Bundesverfassungsgericht zur Entscheidung vorzulegen.

Im Unterschied zur Beklagten hält sie das angefochtene Urteil auch insoweit für zutreffend, als dieses angenommen hat, die Degressionsregelungen könnten im Jahre 1993 im Hinblick auf die gesetzlichen Punktwertabsenkungen bzw die Budgetierungen der Gesamtvergütungen von vornherein ungeachtet ihrer Verfassungswidrigkeit keine Anwendung finden. Im übrigen legt sie im einzelnen dar, weshalb sie die maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften für verfassungswidrig hält.

II

Die Revision der Beklagten ist zulässig und begründet. Sie führt zur Aufhebung des angefochtenen Urteils und zur Abweisung der Klage.

Der Senat kann in der Sache entscheiden, obwohl das SG die Landesverbände der Krankenkassen nicht zum Verfahren beigeladen hat. Die Beklagte rügt insoweit zu recht, daß eine Beiladung der Landesverbände der Krankenkassen iS des § 75 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) notwendig ist. Allerdings steht der Senat in ständiger Rechtsprechung auf dem Standpunkt, daß die Rechtsbeziehungen zwischen KZÄV und Krankenkasse einerseits sowie zwischen KZÄV und Kassen- bzw Vertragszahnarzt andererseits strikt zu trennen sind (vgl BSGE 61, 19, 22 = SozR 2200 § 368 f Nr 11 S 31). Das hat zur Folge, daß in der Regel die Krankenkassen durch Entscheidungen der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen gegenüber den einzelnen (Zahn)ärzten in Honorarberichtigungsverfahren nicht beschwert sind, und die Entscheidungen der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen in diesen Verfahren den Krankenkassen gegenüber nicht "nur einheitlich" iS des § 75 Abs 2 Satz 1 SGG ergehen können. Hinsichtlich der Umsetzung der Degressionsregelung des § 85 Abs 4b bis 4f SGB V gilt jedoch etwas anderes, weil nach § 85 Abs 4e Satz 3 SGB V die Beträge, die der KZÄV als Folge der Vergütungsminderung bei Überschreiten der Punktzahlengrenzen des § 85 Abs 4b Satz 1 SGB V durch den einzelnen Zahnarzt zufließen, den Krankenkassen unmittelbar zugute kommen (vgl dazu auch Urteil des Senats vom 28. August 1996 - 6 RKa 41/95 -). Dementsprechend haben die KZÄVen den Krankenkassen nach § 85 Abs 4d Satz 1 SGB V bei jeder Rechnungsbelegung mitzuteilen, welche Zahnärzte in welchem Umfang die Punktzahlengrenzen des § 85 Abs 4b Satz 1 SGB V überschritten haben. Da den Krankenkassen Rechtsansprüche auf Auskehrung der infolge der Vergütungsminderung an die KZÄV gelangten Beträge zustehen,



sind sie durch die Bescheide der KZÄV, mit der diese die Degressionsbestimmungen gegenüber den einzelnen Zahnärzten umsetzt, unmittelbar betroffen. Die Bescheide der KZÄV gegenüber dem Zahnarzt zur Umsetzung der Abstaffelungsregelungen des § 85 Abs 4b SGB V regeln zugleich Rechtsansprüche der einzelnen Krankenkassen gegenüber der KZÄV auf Auszahlung der an diese gelangten Beträge und enthalten deshalb - wie die Beklagte zutreffend ausgeführt hat - Doppelwirkung. Deshalb kann die Frage, ob und ggf in welcher Höhe der Honoraranspruch des einzelnen Zahnarztes gegenüber seiner KZÄV als Folge der Degressionsbestimmungen zu mindern ist, gegenüber den Krankenkassen, mit denen die KZÄV des einzelnen Vertragsarztes gesamtvertragliche Vereinbarungen getroffen hat, iS des § 75 Abs 2 Satz 1 SGG nur einheitlich entschieden werden.

Aus dem Unterlassen einer gemäß § 75 Abs 2 SGG notwendigen Beiladung folgt jedoch nicht stets zwingend, daß der Rechtsstreit aufgrund dieses Verfahrensfehlers zur erneuten Verhandlung an das SG bzw das LSG zurückverwiesen werden muß, wenn der Senat von der Möglichkeit der Nachholung der Beiladung im Revisionsverfahren gemäß § 168 Satz 2 SGG keinen Gebrauch macht. Der Senat hat bereits mehrfach entschieden, daß das Unterlassen der notwendigen Beiladung eine Zurückverweisung dann nicht nach sich zieht, wenn die Klage aus der Sicht des Revisionsgerichts in jedem Fall abgewiesen werden muß (BSGE 69, 138, 140 = SozR 3-2500 § 106 Nr 6 S 23; BSGE 67, 251, 253 = SozR 3-2500 § 92 Nr 2). Ein Verfahrensfehler wie die zu Unrecht unterlassene Beiladung wirkt im Revisionsverfahren nicht mehr fort, wenn die tatsächlichen Feststellungen im angefochtenen Urteil ausreichen, abschließend festzustellen, daß derjenige, dessen Beiladung unterlassen worden ist, durch die in der Sache zu treffende Entscheidung nicht beeinträchtigt sein kann. Die notwendige Beiladung dient wegen der Beteiligung des Beigeladenen am streitigen Rechtsverhältnis vor allem dazu, die Rechtskraft des Urteils auf ihn zu erstrecken. Bei einem die Klage abweisenden Urteil macht es dieser Zweck der Beiladung nicht erforderlich, die Rechtskraft auf den begünstigten Dritten zu erstrecken, weil ihm durch diese Entscheidung Nachteile nicht entstehen können. Diese Voraussetzungen sind hier zugunsten der vom SG zu Unrecht nicht beigeladenen Landesverbände der Krankenkassen erfüllt, weil aufgrund der vom SG getroffenen Feststellung der Senat abschließend entscheiden kann, daß die angefochtenen Bescheide der Beklagten rechtmäßig sind. Das hat zur Folge, daß die aufgrund dieser Bescheide bereits an die Krankenkassen ausgezahlten Beträge diesen zu Recht zugeflossen sind.

Das SG hat den Berichtigungsbescheid der Beklagten in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. September 1994 zu Unrecht aufgehoben. Diese Bescheide sind rechtmäßig. Sie haben ihre Rechtsgrundlage - soweit im Revisionsverfahren von Bedeutung - in § 85 Abs 4b Sätze 1 und 10 bis 13 SGB V idF des GSG vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266). Nach der die Punktwertdegression regelnden Vorschrift des § 85 Abs 4b Satz 1 SGB V, die nunmehr durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz mit Wirkung vom



1. Juli 1997 aufgehoben werden soll (vgl. Beschlußempfehlung und Bericht des BT-Ausschusses für Gesundheit vom 19. März 1997, BT-Drucks 13/7264, Art 1 Nr 23e), verringern sich ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie kieferorthopädischer Behandlung von 350.000 Punkten je Kalenderjahr der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen iS des § 73 Abs 2 Nr 2 SGB V um 20 vH, ab einer Punktmenge von 450.000 je Kalenderjahr um 30 vH und ab einer Punktmenge von 550.000 je Kalenderjahr um 40 vH.

Zu Unrecht hat das SG angenommen, die gesetzlichen Bestimmungen über die Punktwertminderung seien im Jahre 1993 (noch) nicht anwendbar gewesen. Ihre Anwendbarkeit bereits im Jahre 1993 ergibt sich im Gegenteil zwingend aus der Anordnung zum Inkrafttreten dieser Vorschriften (Art 35 Abs 1 GSG) sowie zum anderen im Umkehrschluß aus der Sonderregelung für das Beitrittsgebiet in § 85 Abs 4b Sätze 3 und 4 SGB V. Danach ist die erste Degressionsstufe aufgrund des im Beitrittsgebiet bestehenden Nachholbedarfs für das Jahr 1993 bis zu einem Volumen von 25 Millionen DM ausgesetzt worden (vgl. hierzu Bericht des BT-Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks 12/3997, S 6 zu Art 1 Nr 41). Nach dem Willen des Gesetzgebers sollten die Degressionsregelungen im übrigen ab dem Jahre 1993 zur Anwendung kommen, um den als Sofortmaßnahme zur Kostendämpfung für 1993 einkalkulierten Einsparbetrag von 300 Millionen DM realisieren zu können (vgl. Begründung zum Entwurf eines GSG, BT-Drucks 12/3608, S 159 f). Der vom SG vertretenen Auffassung, aus der Bezugnahme in der Durchführungsregelung des § 85 Abs 4e Satz 1 SGB V auf die "vertraglich vereinbarten Punktwerte" ergebe sich, daß die Punktwertdegression nicht im Jahre 1993 habe gelten können, weil es in diesem Jahr für den Bereich Zahnersatz und Kieferorthopädie keine vertraglich vereinbarten Punktwerte gegeben habe, kann nicht gefolgt werden. Denn die Ergänzung des § 85 Abs 4e Satz 1 SGB V durch Satz 2 aaO, daß nämlich § 85 Abs 2b SGB V mit der gesetzlichen Absenkung der vertraglich vereinbarten Punktwerte für Zahnersatz und Kieferorthopädie um 10 vH für die Dauer eines Jahres in diesem Zusammenhang zu beachten sei, stellt hinreichend deutlich klar, daß sich die Punktwertdegression des § 85 Abs 4b Satz 1 SGB V sowohl auf die gesamtvertraglich vereinbarten als auch auf die ausnahmsweise im Jahr 1993 gesetzlich limitierten Punktwerte für die Bereiche Zahnersatz und Kieferorthopädie bezieht.

Entgegen der Auffassung des Klägers, der Beklagten und der Beigeladenen steht die Vorschrift über die Punktwertdegression in § 85 Abs 4b SGB V im Einklang mit dem GG. Sie erweist sich als verfassungskonforme Regelung der Berufsausübung der Vertragszahnärzte iS von Artikel 12 Abs 1 Satz 2 GG und verletzt auch nicht das Gleichbehandlungsgebot des Artikel 3 Abs 1 GG oder das Rechtsstaatsprinzip (Artikel 20 Abs 3, Artikel 28 Abs 1 GG).



Gesetzliche Vergütungsregelungen können den Schutzbereich der Berufsausübungsfreiheit berühren. Sie sind daher in erster Linie an dem Freiheitsgrundrecht des Artikel 12 Abs 1 GG zu messen (vgl BVerfGE 70, 1, 28; 88, 145, 159), während der Aspekt der Gleichbehandlung erst dann Bedeutung gewinnt, wenn die Regelung als solche im Licht der Berufsfreiheit unbedenklich ist. Solche Berufsausübungsregelungen dürfen vom Gesetzgeber getroffen werden, wenn sie durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt werden und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen, wenn also das gewählte Mittel zur Erreichung des verfolgten Zwecks geeignet und auch erforderlich ist und bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit noch gewahrt ist (BVerfGE 94, 372, 390; vgl auch BVerfGE 68, 193, 218; 70, 1, 28). Diesen Anforderungen wird die gesetzliche Punktwertdegression gerecht. Sie soll, wie sich im einzelnen aus den Gründen für ihre Einführung erschließt, vorrangig der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und damit einem Gemeinwohlbelang von anerkannt hoher Bedeutung dienen, welches Berufsausübungsregelungen zu rechtfertigen vermag (vgl BVerfGE 68, 193, 218; 70, 1, 26, 29). Aber auch das weitere im Gesetzgebungsverfahren angeführte Ziel, nämlich beobachteten Fehlentwicklungen bei der Qualität der zahnärztlichen Versorgung entgegenzusteuern, stellt sich als ausreichender Grund des Gemeinwohls für eine solche Regelung dar. Der Gesetzgeber darf sich im Hinblick auf seine Schutzpflicht für die Gesundheit der dem Sozialversicherungssystem angehörigen Patienten (Art 2 Abs 2 GG) der Verfolgung dieses Ziels gleichfalls nicht entziehen.

Der Gesetzgeber sah sich angesichts der finanziellen Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung veranlaßt, die in den Jahren 1991/92 beobachtete Kostenexplosion durch kurzfristige Einsparungen zu bremsen und gleichzeitig zu versuchen, durch strukturelle Maßnahmen den Kostendruck langfristig zu entschärfen (vgl hierzu bereits Urteil des Senats vom 8. Mai 1996 - BSGE 78, 185, 188 = SozR 3-2500 § 85 Nr 13). Dies galt auch für die Ausgabenentwicklung in der ambulanten zahnärztlichen Behandlung. Wie in der Begründung der Entwürfe zum GSG ausgeführt wird, wuchsen die Ausgaben für Zahnersatz und zahnärztliche Behandlungen im Jahre 1991 mit einer Steigerungsrate von 11,1 % je Mitglied und damit mehr als doppelt so stark wie die beitragspflichtigen Einnahmen. Im 1. Halbjahr 1992 betrug die Steigerungsrate der Ausgaben sogar 13,5 %. Der überproportionale Anstieg beim Zahnersatz (13,7 % je Mitglied) im Jahre 1991 beschleunigte sich im 1. Halbjahr 1992 nochmals auf 14 % je Mitglied (vgl BT-Drucks 12/3209, S 40 sowie BT-Drucks 12/3608, S 68). Da diese Ausgabenentwicklung medizinisch kaum zu erklären und gesundheitspolitisch fragwürdig war (BT-Drucks, aaO), hat der Gesetzgeber sie zum Anlaß genommen, einen "notwendigen Beitrag der Zahnärzte zur Erhaltung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung" einzufordern (vgl RegEntwurf zum GSG, BT-Drucks 12/3209, S 47) und Fehlentwicklungen in der zahnärztlichen Versorgung zu beseitigen (Gesetzesentwurf der Fraktion der CDU/CSU, SPD und FDP zum GSG, BT-Drucks 12/3608, S 72). Die Regelung über den degressiven Punkt-



wert in der vertragszahnärztlichen Versorgung war allerdings in dem ursprünglichen Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GSG (BT-Drucks 12/3209) noch nicht enthalten. Vielmehr war dort neben der Budgetierung der Gesamtvergütung für die Dauer von drei Jahren (§ 85 Abs 3a SGB V) in § 85 Abs 2b SGB V nur eine Absenkung des Punktwertes für die zahnärztlichen Leistungen bei Zahnersatz um 20 vH bei gleichzeitiger Festschreibung bis Ende 1995 vorgesehen. Diese Maßnahme wurde in einer öffentlichen Anhörung des BT-Ausschusses für Gesundheit am 23. September 1992 von den Sachverständigen aus dem Bereich der Zahnärzteschaft abgelehnt. Stattdessen wurden von Seiten der Zahnärzteschaft Vergütungsabschläge für die Gruppe von Zahnärzten vorgeschlagen, die sehr hohe Einnahmen zu verzeichnen hat (Protokoll der 38. Sitzung des BT-Ausschusses für Gesundheit S 270 f). Neben Tagesprofilen zur Ermittlung unwirtschaftlicher oder ungerechtfertigter Abrechnungen böte der degressive Punktwert eine Möglichkeit, um im Sinne der Qualitätssicherung Praxen mit hohem Umsatz zu kontrollieren und zugleich Einsparungen zu erzielen (Protokoll der 40. Sitzung des BT-Ausschusses für Gesundheit am 25. September 1992, S 82). Im Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU, SPD und FDP vom 5. November 1992 wurde daraufhin die Punktwertabsenkung in § 85 Abs 2b SGB V bei Erstreckung auf kieferorthopädische Leistungen auf 10 vH reduziert und auf die Dauer eines Jahres begrenzt, dafür aber als weitere Maßnahme mit einem finanziellen Entlastungsvolumen im Jahre 1993 von rund 300 Millionen DM in § 85 Abs 4b SGB V der degressive Punktwert eingeführt. In der Begründung ist darüber hinaus dargelegt, daß durch die Degressionsregelung die Krankenkassen an den Kostenvorteilen und Rationalisierungsmöglichkeiten in umsatzstarken Praxen beteiligt würden, da bei größeren Leistungsmengen die Fixkosten einer Praxis einen degressiven Verlauf hätten und die Mitarbeiter produktiver eingesetzt werden könnten. Damit von dem degressiven Punktwert keine leistungsfeindlichen Impulse ausgingen, beginne die Degression erst bei einer überdurchschnittlichen Punktmenge von 350.000 Punkten im Kalenderjahr, wobei Leistungen aus privatärztlicher Tätigkeit unberücksichtigt blieben (Begründung des Gesetzentwurfs, BT-Drucks 12/3608, S 88). Im Verlauf der weiteren parlamentarischen Beratung des Gesetzentwurfs wurde eine Sonderregelung für Kieferorthopäden wegen ihres im Vergleich zu den Zahnärzten im Durchschnitt höheren Punktevolumens abgelehnt (vgl Bericht des BT-Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks 12/3937, S 6, zu Artikel 1 Nr 41).

Aus den Gesetzesmaterialien ergibt sich mithin, daß mit der Regelung zum degressiven Punktwert ein Teil des auch von der Zahnärzteschaft im Interesse der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Einsparvolumens im Hinblick auf das Ziel einer gerechten Lastenverteilung auf die umsatzstärksten Praxen konzentriert werden sollte. Darüber hinaus wurde diese Art der Verteilung teils mit dem Anliegen der Qualitätssicherung, teils mit degressiv sinkenden Fixkosten bei steigenden Umsätzen gerechtfertigt.



Die Punktwertdegression ist geeignet, das Erreichen der beiden aufgezeigten Gemeinwohlbelange zu befördern. Hinsichtlich der Stabilisierung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung beruht dies darauf, daß nach dem gesetzlichen Regelungskonzept die sich bei einzelnen Vertragszahnärzten ergebenden Vergütungskürzungen aus allen Leistungsbereichen, also auch aus dem budgetierten Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung, an die Krankenkassen weiterzuleiten sind und nicht im Wege der Honorarverteilung den übrigen Vertragszahnärzten zugute kommen (§ 85 Abs 4e Satz 3 SGB V; vgl dazu auch Urteil des Senats vom 28. August 1996 - 6 RKa 41/95 -). Insoweit trifft die in der Literatur geäußerte Beurteilung, die gesetzliche Bestimmungen des § 85 Abs 4b bis 4f SGB V seien zur Erreichung von Einsparungen zu Gunsten der Krankenkassen ungeeignet, nicht zu (so aber Schachtschneider/Sodan, Rechtsgutachten, 1994, S 31). Selbst wenn die Degressionsregelung das Verhalten der Vertragszahnärzte dahingehend steuern sollte, daß die bislang über den Punktmengengrenzen liegenden Praxen ihren Behandlungsumfang bis unter die Degressionsgrenze reduzieren und Patienten an andere, die Punktmengengrenze nicht erreichende Praxen abgeben sollten, kann mit mittelbaren Einsparungen gerechnet werden. Diese kommen deshalb in Betracht, weil Qualitätseinbußen bei umsatzstarken Praxen, wie sie im Gesetzgebungsverfahren auch von Seiten der Zahnärzteschaft angesprochen worden sind, verringert würden.

Die Regelung der Punktwertdegression entspricht zudem dem Gebot der Erforderlichkeit. Der Gesetzgeber durfte angesichts der im Herbst 1992 vorliegenden Daten über die Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Defizit für 1991 von 5,6 Milliarden DM, einem erwarteten Defizit für 1992 von über 10 Milliarden DM bei gleichzeitigem Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes auf das Rekordniveau von 13,1 % im Oktober 1992, einem Wachstum der Leistungsausgaben 1991 um 10,6 % bei einer Zunahme der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied von nur 5 % (vgl die Angaben in BT-Drucks 12/3608, S 66) gegensteuernde Maßnahmen mit dem Ziel der Ausgabenbegrenzung für unausweichlich halten. Dies gilt auch für den Teilbereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, in der ebenfalls ein überdurchschnittlicher Anstieg der Ausgaben für zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz je Mitglied zu verzeichnen war (vgl BT-Drucks aaO, S 68). Der Gesetzgeber hat darauf ua in diesem Sektor mit einem Bündel verschiedener Maßnahmen wie der Budgetierung der Gesamtvergütung, der Punktwertabsenkung für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz und kieferorthopädischen Behandlungen, dem degressiven Punktwert für zahnärztliche Leistungen, der Vergütungsabsenkung für zahntechnische Leistungen, strengerer Gewährleistungsvorschriften für Füllungen und Zahnersatz sowie Einschränkungen des Leistungsumfangs für die Versicherten bei Zahnersatz und in der Kieferorthopädie reagiert in dem Bemühen, die Belastungen gerecht und zumutbar auf den Schultern sowohl der Versicherten als auch der Leistungserbringer zu verteilen. Die Punktwertdegression für umsatzstarke Zahnarztpraxen ist ein Element aus diesem Maßnahmenbündel, das - wie dargelegt - erst im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens auf Anregung aus den Kreisen der Zahnärzteschaft



entwickelt wurde und als milderes Mittel die ursprünglich geplante Absenkung der Vergütung für Zahnersatz um 20 vH für die Dauer von drei Jahren, die alle Vertragszahnärzte und damit auch solche mit umsatzschwachen Praxen betroffen hätte, modifiziert hat. Es ist nicht ersichtlich und dementsprechend von der betroffenen Gruppe der Zahnärzte im Gesetzgebungsverfahren auch nicht deutlich gemacht worden, daß für die erforderliche Sofortbremsung der Kostenentwicklung in diesem Sektor ein ebenso wirksames, aber den Freiheitsraum der jeweiligen Leistungserbringer noch weniger einschränkendes Mittel zur Verfügung gestanden hätte.

Der Regelung über die Punktwertdegression kann gleichfalls die Erforderlichkeit zur Erreichung des Ziels der Qualitätsverbesserung in der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht abgesprochen werden. Der Gesetzgeber durfte unter Berücksichtigung des Ergebnisses von Studien über das Qualitätsniveau zahnärztlicher Arbeiten (vgl die zusammenfassende Darstellung bei Saekel, BKK 1992, 464 ff) davon ausgehen, daß Maßnahmen zur Zurückdrängung qualitativ minderwertiger Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung angezeigt sind. Dem kann nicht ernsthaft die Vermutung entgegengehalten werden, daß die Nachfragesteuerung durch die mündigen Bürger in einem marktwirtschaftlichen System hinreichende Qualität garantiere (so aber Schachtschneider/Sodan, Rechtsgutachten aaO, S 32). Denn wie die Untersuchungen zur Qualitätssicherung in der Zahnmedizin ergeben haben, wurden nach Meinung der Patienten wesentlich weniger fehlerhafte Arbeiten erstellt, als dies aufgrund von Nachuntersuchungen bei Zahnersatzarbeiten der Fall war (vgl dazu im einzelnen Saekel, aaO, 473). Es ist nicht zu beanstanden, daß der Gesetzgeber Qualitätsdefizite in der vertragszahnärztlichen Versorgung auch in einen plausiblen Zusammenhang mit überdurchschnittlichen Umsätzen einzelner Praxen gebracht hat. Gleich wirksame, aber die Zahnärzte weniger belastende Möglichkeiten als die Beseitigung des finanziellen Anreizes zur Erbringung problematisch hoher Leistungsmengen je Zahnarzt sind insoweit nicht ersichtlich. Die in diesem Zusammenhang erörterte Einführung der chronologischen Leistungserfassung auch in der zahnärztlichen Abrechnung, um eine verstärkte Überwachung mit Hilfe von Tagesprofilen zu ermöglichen, könnte nur die Aufdeckung unkorrekter Abrechnungen erleichtern (vgl BSGE 73, 234, 238 = SozR 3-2500 § 95 Nr 4), wäre aber keine geeignete Nachweismöglichkeit für qualitative Mängel der tatsächlich erbrachten Leistungen und würde im übrigen auch erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand erfordern.

Schließlich ist auch bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des durch die Punktwertdegression hervorgerufenen Eingriffs in die Berufsausübungsfreiheit und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit gewahrt. Für diese Beurteilung ist eine generalisierende Betrachtung der Auswirkungen auf den betreffenden Berufszweig insgesamt vorzunehmen, während die Interessenlage des Einzelnen unter dem Gesichtspunkt der Unzumutbarkeit von Verfassungen wegen keine Bedeutung erlangt (vgl BVerfGE 68, 193, 219; 70, 1, 30). Zudem muß berücksichtigt werden, daß die Punkt-



wertdegression als gesetzliche Vergütungsregelung die Modalitäten der Teilhabe der Vertragszahnärzte an dem von den Arbeitgebern und den Versicherten finanzierten Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung betrifft. Diese Teilhabe ist wegen der sozialstaatlichen Verantwortung des Gesetzgebers für eine funktionsfähige Krankenversorgung dem staatlichen Zugriff leichter zugänglich (vgl BVerfGE 68, 193, 220 f; 70, 1, 31).

Bei Anlegung dieser Maßstäbe ist zunächst festzustellen, daß die Punktwertdegression als solche keinen besonders schwerwiegenden Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung mit sich bringt. Sie hat die gesetzliche Anordnung eines Preisnachlasses zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung bei Erbringung größerer Leistungsmengen zum Inhalt. Die Maßnahme trägt dem empirisch nachweisbaren Umstand Rechnung, daß bei steigenden Umsätzen der Vertragszahnärzte der Einnahmeüberschuß in Prozent der Gesamteinnahmen steigt (vgl KZBV Jahrbuch 96 - Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung -, Tabellen 5.18 und 5.19). Nach diesen Daten verblieben den Vertragszahnärzten im Jahr 1995 in den alten Bundesländern, die zB Gesamteinnahmen zwischen 500.000,00 und 600.000,00 DM (durchschnittlich ca 553.000,00 DM) aufwiesen, ein durchschnittlicher Einnahmeüberschuß von ca 131.000,00 DM (= 23,8 %). Bei Gesamteinnahmen von über 1.000.000,00 DM (durchschnittlich 1.269.000,00 DM) ergab sich ein durchschnittlicher Einnahmeüberschuß von 365.000,00 DM (= 28,8 %). Im übrigen spielt es entgegen der Auffassung der Beigeladenen bei der Beurteilung der Schwere des Eingriffs für die betroffenen Vertragszahnärzte keine Rolle, daß die Honorarkürzungsbeträge aufgrund der Punktwertdegression nicht unter die übrigen Vertragszahnärzte verteilt werden, sondern den Krankenkassen zugute kommen.

Eine für die betroffenen Zahnärzte der höchsten Umsatzklassen unerträglich schwere Beeinträchtigung wird auch nicht durch die Höhe der Abstaffelungsbeträge von 20, 30 bzw 40 vH bewirkt. Nach den Berechnungen im Gesetzgebungsverfahren setzt die Degression in den alten Bundesländern erst ab einem Gesamtumsatz (Privatpraxis und gesetzliche Krankenversicherung) von über 800.000,00 DM - nur ca 60 % der Einnahmen laufen über die KZÄV (vgl KZBV Jahrbuch 1996, Tabelle 5.6) - und einem Jahreseinkommen vor Steuern von ca 260.000,00 DM ein und erfaßt damit etwa 20 vH aller Zahnärzte. Bei der Prüfung der Zumutbarkeit der angegriffenen Regelung ist zunächst klarzustellen, daß der höhere Satz von 30 vH bzw 40 vH nicht auf die gesamte Punktzahl angewandt wird, welche die Punktmengengrenze von 350.000 bei einer Einzelpraxis übersteigt, sondern lediglich auf die Punkte "für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen", dh diejenigen Behandlungen, mit denen die weiteren Punktmengengrenzen von 450.000 bzw 550.000 Punkten überschritten werden. Insoweit unterscheidet sich die gesetzliche Degressionsregelung in ihrer Wirkung wesentlich von jener Bestimmung eines HVM, die in der Senatsentscheidung vom 10. April 1987 (SozR 2200 § 368f Nr 14 S 59) als "nicht befriedigend" bezeichnet wurde, so daß die im Hinblick auf diese Entscheidung gegen die



Punktwertdegression vorgetragenen Einwendungen (Wigge, NZS 1995, 529, 531 sowie zm 85 - 1995 -, Nr 18, S 2087 f) nicht zutreffen.

Unzumutbar könnten die Vergütungsabstaffelungen bei Überschreitung der Punktmengengrenze von 350.000 Punkte allenfalls dann sein, wenn das Entgelt für die zusätzlichen Leistungen erheblich unter den Durchschnittskosten liegen würde. Das ist jedoch auch nach der Modellrechnung von Schachtschneider/Sodan (Gutachten S 36 f) nicht der Fall. Denn selbst bei der höchsten Degressionsstufe von 40 % ergibt sich danach noch ein deutlich positives Betriebsergebnis, wenn die realistische Variante eines Anteils der variablen Praxiskosten in Höhe von 30 % zugrundegelegt wird. Auf den dort gleichfalls erörterten - unwahrscheinlichen - Extremfall eines Anteils der variablen Kosten in Höhe von 58 % des Umsatzes, obgleich der um den durchlaufenden Posten "Fremdlaborleistungen" bereinigte Anteil der Betriebsausgaben insgesamt bei ca 65 % liegt (vgl KZBV Jahrbuch 96, Tabelle 5.8), kommt es im Rahmen der an typische Sachverhalte anknüpfenden verfassungsrechtlichen Beurteilung nicht an. Auch die Berechnung der Beigeladenen ergibt bei Anwendung der höchsten Degressionsstufe noch einen Einnahmeüberschuß in Höhe von 1 % des Umsatzes, so daß von erheblich unter den Durchschnittskosten liegenden Entgelten für die zusätzlichen Leistungen nicht die Rede sein kann. In diesem Zusammenhang kann auch nicht unberücksichtigt bleiben, daß der Gesetzgeber in vertretbarer Weise jedenfalls die von der dritten Degressionsstufe erfaßten Leistungsmengen als unter Qualitätsgesichtspunkten zweifelhaft und deshalb unerwünscht bewertet hat.

Eine unzumutbare Belastung der Vertragszahnärzte ergibt sich auch nicht bei Berücksichtigung der kumulierenden Wirkung von Budgetierung, Punktwertabsenkung für Zahnersatz bzw Kieferorthopädie und degressiven Punktwert. Zwar kann der durch diese Maßnahmen des GSG bewirkte Einnahmerückgang im Jahre 1993 gegenüber 1992 vor allem bei umsatzstarken Praxen mit dem Schwerpunkt bei Zahnersatz oder Kieferorthopädie ein Ausmaß von erheblichen Größenordnungen annehmen, was indessen im Fall des Klägers nicht zutrifft. Entscheidend für die Beurteilung der Zumutbarkeit gesetzlicher Vergütungsregelungen im Rahmen des Art 12 Abs 1 Satz 2 GG ist jedoch nicht der Umfang der im Vergleich zum früheren Rechtszustand herbeigeführten Änderungen, sondern vielmehr der Aspekt, ob die Regelung als solche noch eine angemessene Vergütung bewirkt. Daß den Vertragszahnärzten auch nach Inkrafttreten des GSG noch im Durchschnitt die Erzielung angemessener Vergütungen möglich war, belegen aber die statistischen Erhebungen der Beigeladenen. Danach wurde je Praxisinhaber im Jahr 1993 in den alten Bundesländern ein durchschnittlicher Einnahmen-Überschuß in Höhe von 181.791,00 DM (bzw steuerlicher Einnahmeüberschuß von 205.939,00 DM) bei einer wöchentlichen Arbeitszeit für Behandlung und Praxisverwaltung von 43,4 Stunden erzielt, der im Jahre 1994 bereits wieder auf 197.810,00 DM (bzw ein steuerlicher Einnahmeüberschuß von 227.070,00 DM) anstieg (vgl Tabellen 5.1, 5.6, 5.8 und 5.24 im KZBV-Jahrbuch 95). In der von der Degressionsregelung vor allem betroffenen Gruppe der



Zahnärzte mit einem Jahresumsatz von über 1.000.000,00 DM konnte im Jahr 1994 im Durchschnitt ein Einnahmeüberschuß in Höhe von rund 405.000,00 DM erwirtschaftet werden (vgl aaO, Tabelle 5.18).

Die Regelung über den degressiven Punktwert in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist darüber hinaus auch mit dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des Art 3 Abs 1 GG vereinbar. Nach dieser Norm ist der Gesetzgeber gehalten, Gleiches gleich und Ungleiches seiner Eigenart entsprechend verschieden zu behandeln (BVerfGE 93, 386, 396). Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletzt das Grundrecht vielmehr nur, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten. Entsprechendes gilt für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem. Aus Wortlaut und Sinn des Art 3 Abs 1 GG ergeben sich nach Auffassung des BVerfG zudem je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen für den Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers, die in einer abgestuften Kontrolldichte der Gerichte ihre Entsprechung finden. So ist bei der Ungleichbehandlung von Sachverhalten, die nicht zugleich mittelbar eine Ungleichbehandlung von Personengruppen bewirken oder sich nachteilig auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten auswirken, als Maßstab nur das Willkürverbot heranzuziehen. Ein Verstoß gegen Art 3 Abs 1 GG kann dann nur festgestellt werden, wenn die Unsachlichkeit der Differenzierung evident ist. Dagegen unterliegt der Gesetzgeber bei Ungleichbehandlungen von Personengruppen oder von Sachverhalten, die solches mittelbar bewirken oder sich auf die Wahrnehmung von Grundrechten nachteilig auswirken, einer strengen Bindung an Verhältnismäßigkeitserfordernisse. Hier haben die Gerichte im einzelnen nachzuprüfen, ob für die vorgesehene Differenzierung Gründe von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die ungleichen Rechtsfolgen rechtfertigen können (vgl zB BVerfGE 88, 87, 96 f).

Nach diesen Grundsätzen ist ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz nicht festzustellen. Zunächst ist die von einer Honorarabstaffelungsregelung bei zunehmender Leistungsmenge bewirkte ungleiche Vergütung identischer Behandlungsleistungen eines Vertragszahnarztes nicht als willkürlich zu beanstanden. Es handelt sich insoweit um eine sachverhaltsbezogene Differenzierung im Regelungsbereich des Vergütungsrechts, in welchem dem Gesetzgeber ein weiter Gestaltungsspielraum zukommt, zumal die Regelung die Berufsausübungsfreiheit der Vertragszahnärzte nicht substantiell behindert. Für die unterschiedliche Behandlung gibt es ausreichende sachliche Gründe. Zum einen spiegeln die Vergütungsabschläge die Kostenvorteile und Rationalisierungsmöglichkeiten im Gefolge der Erbringung größerer Leistungsmengen wider, welche in Form von Vergütungsabschlägen an die Krankenkassen weitergegeben werden (vgl die Gesetzesbegründung in BT-Drucks 12/3608, S 68). Zum anderen rechtfertigt das Ziel der Zurückdrängung



qualitativ problematischer Leistungen insbesondere auch den Abschlag um 40 vH in der dritten Degressionsstufe.

Ein Gleichheitsverstoß ist auch nicht dadurch begründet, daß die Degressionsregelung keine Differenzierung nach den einzelnen Fachgruppen innerhalb der Zahnärzteschaft durch Anknüpfung an die jeweiligen Durchschnittsumsätze enthält. Darin soll eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung wesentlich unterschiedlicher Personengruppen zu sehen sein. Es ist schon nicht ersichtlich, welche für die fragliche Regelung bedeutsamen Verhältnisse bei den in diesem Zusammenhang angeführten sechs Untergruppen der allgemeinärztlich tätigen Zahnärzte, der Paradontologen, der Oralchirurgen, der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, der kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte und der Fachzahnärzte für Kieferorthopädie sich so wesentlich voneinander unterscheiden, daß das Differenzierungsgebot berücksichtigt werden muß (s zu letzterem auch Senatsurteil BSGE 73, 131, 139 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr 4), obgleich das BVerfG selbst die Kassenzahnärzte als "in sich einheitliche Gruppe" bezeichnet hat (vgl BVerfGE 70, 1, 34). So rechnen alle Angehörigen dieser nach Tätigkeitsschwerpunkten gegliederten Untergruppen ihre Leistungen nach derselben Gebührenordnung des Bema-Z ab, in der die Zahl der Bewertungspunkte auf der Grundlage eines einheitlichen Bewertungskonzepts vergeben werden, um das wertmäßige Verhältnis der verschiedenen Behandlungsleistungen zueinander auszudrücken (§ 87 Abs 2 SGB V). Von daher entspricht es der von der Gebührenordnung vorgegebenen Sachgesetzmäßigkeit, wenn die dort über die Bewertungspunkte ausbalancierten Besonderheiten der einzelnen Leistungsbereiche bei der Bestimmung der Degressionsschwellen und -sätze keine differenzierende Berücksichtigung mehr finden, weil diese ihrerseits an die Punktemenge anknüpfen. Daß dennoch hinsichtlich des Umfangs realisierbarer Kostenvorteile und Rationalisierungsgewinne bei zunehmender Leistungsmenge zwischen den genannten Untergruppen signifikante Unterschiede bestehen, kann nicht belegt werden, weil entsprechende differenzierte Kostenstrukturstatistiken auch von der Beigeladenen nicht geführt werden. Eine vom Gesetzgeber unterlassene Ermittlung oder Berücksichtigung bislang noch nicht einmal bekannter tatsächlicher Unterschiede innerhalb der Berufsgruppe kann jedoch keinen Gleichheitsverstoß bewirken. Aus diesem Grund ist nicht zu beanstanden, daß im Gesetz keine Sonderregelung für oralchirurgisch tätige Zahnärzte wie den Kläger getroffen und auch nicht danach differenziert worden ist, ob ein Zahnarzt in mehr oder weniger großem Umfang Behandlungsleistungen auf Überweisung durch andere Zahnärzte erbracht hat.

Ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz liegt schließlich nicht darin, daß der Gesetzgeber die Degressionsregelung nur für den vertragszahnärztlichen Bereich, nicht aber auch bei den Vertragsärzten oder den Zahntechnikern eingeführt hat. Nach den tatsächlichen Gegebenheiten kann hierin ein "Sonderopfer" nicht gesehen werden. Das GSG hat nämlich bei der für notwendig erachteten Sofortbremsung der Ausgaben alle Gruppen von Leistungserbringern herangezogen und ihnen Beiträge zur Kostendämpfung



abverlangt. Das ist für die Frage der Gleichbehandlung der unterschiedlichen Gruppen von Leistungserbringern ein wesentlicher Gesichtspunkt (vgl BVerfGE 70, 1, 33). So ist bei den Zahntechnikern eine Absenkung der zahntechnischen Vergütung um 5 vH im Jahre 1993 vorgenommen und zugleich bestimmt worden, daß die Erhöhungen der Vergütungen in den Jahren 1994 und 1995 an die Grundlohnsummenentwicklung gebunden sind (§ 88 Abs 2a SGB V). Eine Degressionsregelung, wie sie bei den Zahnärzten erfolgte, wäre im übrigen bei den Zahntechnikern aus Sachgründen nicht möglich gewesen, weil jeder Zahntechniker selbst und mit unterschiedlichen Zahnärzten abrechnet, so daß eine zentrale Erfassung der Leistungsmengen - wie sie für eine Degressionsregelung nötig wäre - nicht erfolgt. Eine solche Regelung war auch nicht für die Gruppe der Vertragsärzte geboten, weil die Punktwertedegression inhaltlich die Zugrundelegung fester Punktwerte voraussetzt. Solche hat der Gesetzgeber des GSG im Jahre 1992 allerdings nur im vertragszahnärztlichen Bereich vorgefunden, während im vertragsärztlichen Bereich das Vergütungssystem im wesentlichen durch floatende Punktwerte gekennzeichnet war. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, daß angesichts dieser wesentlichen Verschiedenheiten im tatsächlichen Bereich der Gesetzgeber die Ausgabenbegrenzungen bereichsspezifisch nach den jeweils dort vorgefundenen Gegebenheiten umgesetzt hat. Im übrigen hat der Gesetzgeber auch für den vertragsärztlichen Bereich kostendämpfende Maßnahmen ergriffen und neben anderem der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen aufgegeben, für bestimmte kostenintensive Leistungsbereiche Regelungen zu treffen, die zu Einsparungen führen (vgl § 87 Abs 2b Satz 1 und 2 iVm § 85 Abs 4a Satz 1 SGB V für Laborleistungen; § 87 Abs 2b Sätze 3 und 4 SGB V für Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten).

Entgegen der Auffassung der Revision verstößt die Degressionsregelung des § 85 Abs 4b bis 4f SGB V nicht gegen das sich aus dem Rechtsstaatsprinzip des GG (Art 20 Abs 3 GG) ergebende Gebot der Bestimmtheit und der Normenklarheit. Ein derartiger Verstoß soll darin zu sehen sein, daß es für die betroffenen Zahnärzte unmöglich sei, den jeweiligen Zeitpunkt der Überschreitung der Punktmengengrenze zu erkennen, von dem ab sie der Degressionswirkung unterliegen. Die Partner der Gesamtverträge haben indessen aufgrund der gesetzlichen Ermächtigung in § 85 Abs 4b Satz 5 bzw § 85 Abs 4e Satz 5 SGB V die Einzelheiten der verwaltungsmäßigen Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen regeln können und auch geregelt.

Auch ein Verstoß gegen das sich aus dem Rechtsstaatsprinzip des GG ergebende Verbot der Rückwirkung bzw gegen die Verpflichtung des Gesetzgebers, eine Übergangsregelung zu erlassen, war nicht zu erkennen. Die zum 1. Januar 1993 in Kraft getretene gesetzliche Regelung betrifft nur zukünftige Leistungen und Abrechnungen. Soweit von ihr bereits abgeschlossene und noch abzuwickelnde Behandlungsverträge erfaßt werden, handelt es sich um eine sogenannte unechte Rückwirkung des Gesetzes, die, angesichts



der Schwere des Eingriffs einerseits und der verfolgten Gemeinwohlinteressen andererseits, hinzunehmen ist.

Nach allem ist die Revision der Beklagten begründet. Eine Vorlage an das BVerfG gemäß Art 100 Abs 1 GG, wie von ihr in erster Linie erstrebt, ist nicht veranlaßt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Der Senat hat es nicht für angezeigt gehalten, dem Kläger - wie nach dem Ausgang des Verfahrens naheliegend - die Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Beklagten auf der Grundlage des § 193 Abs 4 Satz 2 SGG aufzuerlegen. Die Beklagte hat in diesem Verfahren in erster Linie die Position des Klägers, wonach die maßgebliche Vorschrift des § 85 Abs 4b SGB V mit dem GG unvereinbar sei, unterstützt, und nur hilfsweise die Rechtmäßigkeit der von ihr erlassenen Bescheide verteidigt.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)