

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
28. August 1996

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 41/95

Kassenzahnärztliche Vereinigung für den Regierungsbezirk
Karlsruhe,
68167 Mannheim, Joseph-Meyer-Straße 8-10,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

Land Baden-Württemberg,
vertreten durch das Sozialministerium Baden-Württemberg,
70174 Stuttgart, Schellingstraße 15,

Beklagter und Revisionskläger,

beigeladen:

1. AOK Baden-Württemberg,
70191 Stuttgart, Heilbronner Straße 184,
2. Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg,
70806 Kornwestheim, Stuttgarter Straße 105,
3. IKK-Landesverband Baden-Württemberg,
71636 Ludwigsburg, Schlachthofstraße 3,
4. Landwirtschaftliche Krankenkasse Württemberg,
70199 Stuttgart, Vogelrainstraße 25,
5. Badische landwirtschaftliche Krankenkasse,
76135 Karlsruhe, Steinhäuser Straße 14.



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



Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 28. August 1996 durch den Vorsitzenden Richter F u n k , die Richter Dr. E n g e l m a n n und Dr. W e n n e r sowie die ehrenamtlichen Richter S c h m e i n c k und Dr. J ü r g e n s e n für Recht erkannt:

Auf die Revision des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Februar 1995 aufgehoben.

Der Rechtsstreit wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückverwiesen.

G r ü n d e :

I

Die klagende Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) vereinbarte mit den Primärkassen bzw den Landesverbänden der Primärkassen (Beigeladene zu 1) bis 5)) am 28. Mai 1993 mit Wirkung vom 1. Januar 1993 einen Nachtrag zu den Gesamtverträgen. In ihm wurde ua bestimmt, daß die Gesamtvergütungen, die als Pauschale unabhängig von den Honorarabrechnungen der einzelnen Vertragszahnärzte zu zahlen sind, für vertragszahnärztliche Leistungen entsprechend § 85 Abs 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) budgetiert werden (III 3.1 des Nachtrags). Weiter wurde festgelegt, daß Kürzungen der Vergütung bei den Teilen 1, 2 und 4 des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (Bema) gemäß § 85 Abs 4b SGB V nicht zur Absenkung der zulässigen Gesamtvergütung nach Nr 3 der Vereinbarung führten (III 3.6 des Nachtrags).

Das beklagte Land beanstandete verschiedene Teile der Nachtragsvereinbarung, ua betreffend Punkt III 3.6 (Beanstandungsschreiben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg vom 21. Juli 1993, ersetzt durch den Bescheid vom 28. Januar 1994). Zur Begründung verwies der Beklagte darauf, daß Kürzungen infolge der Punktwertdegression zu einer Absenkung der Gesamtvergütung führen müßten. Wie sich aus der Gesetzesbegründung ergebe, sollten die durch die Punktwertabsenkung erzielten Einsparungen zu einer Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Dies könne nur der Fall sein, wenn die Einsparungen an die Krankenkassen weitergegeben würden und nicht - wie in dem Nachtrag geregelt - in der Gesamtvergütung verblieben.

Auf die hiergegen erhobene Klage hat das Sozialgericht (SG) Stuttgart den Beanstandungsbescheid insgesamt aufgehoben (Urteil vom 15. Februar 1995). Zur Begründung



hat es ua ausgeführt, die Vereinbarung unter Punkt III 3.6 des Nachtrages widerspreche nicht höherrangigem Recht. Bei der vertragszahnärztlichen Versorgung sei zwischen den eigenständigen Rechtskreisen der Leistung der Gesamtvergütung und deren Verteilung an die Vertragszahnärzte zu unterscheiden. Die Regelung des § 85 Abs 4b SGB V, nach der sich der Vergütungsanspruch des einzelnen Vertragszahnarztes ab einer bestimmten Gesamtpunktmenge verringere, habe bei einer budgetierten Gesamtvergütung keine Auswirkungen auf deren Höhe. Ein hohes Abrechnungsvolumen einzelner Vertragszahnärzte erfolge insoweit nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen, weil durch die Budgetierung der Gesamtvergütung das Abrechnungsverhalten der Vertragszahnärzte in den der Budgetierung unterliegenden Bereichen von der Ausgabenentwicklung bei den Krankenkassen abgekoppelt worden sei. Abzüge vom Honorar könnten deshalb für den in § 85 Abs 3a SGB V geregelten Zeitraum nicht den Krankenkassen zugute kommen. Dem stünden die Regelungen in § 85 Abs 4c bis 4f SGB V nicht entgegen. Aus ihnen lasse sich zwar der Wille des Gesetzgebers entnehmen, die Abzüge vom Honorar den Krankenkassen gutzuschreiben. Doch könne dies nur für die Zeiten gelten, in denen keine budgetierte Gesamtvergütung vorliege. Eine Regelung zur Absenkung der Gesamtvergütung um die genannten Einsparungen analog der für Großgeräte in § 85 Abs 4a SGB V enthaltenen Minderungspflicht fehle.

Mit der Sprungrevision rügt der Beklagte eine Verletzung materiellen Rechts. Aufgrund der durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eingeführten Punktwertdegression für Vertragszahnärzte mit einer Gesamtpunktmenge von mehr als 350.000 Punkten je Kalenderjahr aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie kieferorthopädischer Behandlung verringere sich der Vergütungsanspruch des einzelnen Zahnarztes für die weiteren Behandlungen nach Maßgabe des § 85 Abs 4b SGB V um 20 bis 40 %. Diese Kürzungen müßten entgegen der von den Gesamtvertragspartnern getroffenen Vereinbarung zu einer Absenkung der Gesamtvergütung führen, mithin zu einer finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen beitragen. Der Gesetzeszweck, wie er sich aus der Begründung der Norm erschließe, gelte auch in Zeiten, in denen die Gesamtvergütung kraft Gesetzes budgetiert sei. Die Regelung des § 85 Abs 4a SGB V (Vergütung von Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten) stehe dem nicht entgegen, weil es sich insoweit um einen völlig anderen Regelungszusammenhang handele. Folge man der Ansicht im angefochtenen Urteil, stünden die mit dem GSG verfolgten Ziele des § 85 Abs 3a SGB V (Deckelung der Gesamtvergütung durch Anbindung an die Grundlohnentwicklung) und des § 85 Abs 4b SGB V (Einsparungen der Krankenkassen durch die Punktwertdegression) nicht gleichzeitig und gleichrangig nebeneinander. Unter Zugrundelegung dieser Auffassung werde jedoch das im Gesetz angestrebte Ziel verfehlt, durch die Einführung des degressiven Punktwertes im Jahre 1993 300 Mill. DM bei den Leistungsausgaben der Krankenkassen einzusparen. Es käme lediglich zu einer Honorarumverteilung unter den Vertragszahnärzten. Hiervon hätten die Krankenkassen keine Vorteile. Diese Rechtsauffassung ergebe



auch im Hinblick auf § 85 Abs 4f SGB V keinen Sinn. Es sei nicht nachvollziehbar, warum den Krankenkassen ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 % der Forderungen der KZÄVen eingeräumt worden sei, wenn es nur um die Umverteilung von Honoraren unter den Vertragszahnärzten ginge.

Der Beklagte beantragt,

das angefochtene Urteil insoweit abzuändern, als es den Beanstandungsbescheid des Sozialministeriums vom 28. Januar 1994 in dem Punkt "Kürzungen infolge der Punktwertdegression führen zu einer Absenkung der Gesamtvergütung" aufgehoben hat, und insoweit die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie weist darauf hin, daß die beanstandete gesamtvertragliche Regelung nicht die Frage betreffe, ob die wirtschaftlichen Vorteile aus der Degressionsregelung des § 85 Abs 4b SGB V der Vertragszahnärzteschaft verblieben oder den Krankenkassen zugute kämen. Sie verfare vielmehr entsprechend den Durchführungsregelungen des § 85 Abs 4c bis f SGB V. Den Krankenkassen kämen deshalb die Einsparbeträge nach Überschreitung von Punktmengengrenzen bei Vertragszahnärzten zugute. Die gesamtvertragliche Regelung habe zum Inhalt, ob Kürzungen infolge der Punktwertdegression zur Absenkung der Gesamtvergütung führten. Die von den Gesamtvertragsparteien insoweit getroffene Vereinbarung beeinträchtige die Umsetzung der degressionsrechtlichen Vorschriften nicht. Die Vereinbarung sei rechtmäßig, weil sie sich innerhalb des Gestaltungsspielraums halte, der den Gesamtvertragsparteien bei der Vereinbarung über die Gesamtvergütung zustehe.

Die Beigeladene zu 1) sieht von einer Stellungnahme im Revisionsverfahren ab. Die übrigen Beigeladenen haben sich nicht geäußert.

II

Die Revision des Beklagten ist im Sinne der Aufhebung des angefochtenen Urteils und der Zurückverweisung des Rechtsstreits begründet. Auf der Grundlage der bisher vom SG getroffenen Feststellungen war nicht zu entscheiden, ob die vom Beklagten beanstandete Bestimmung des Nachtrages vom 28. Mai 1993 gegen höherrangiges Recht verstößt.

Rechtsgrundlage der Beanstandung ist § 71 Abs 2 Satz 2 SGB V idF des Art 33 § 8 GSG vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266). Danach haben die Aufsichtsbehörden die Ver-



einbarungen über die Vergütung der Leistungen ua nach § 83 Abs 1 und § 85 SGB V bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage zu beanstanden.

Nach Punkt III 3.6 der Nachtragsvereinbarung führen Kürzungen der Vergütung bei den Teilen 1, 2 und 4 des Bema gemäß § 85 Abs 4b SGB V nicht zur Absenkung der zulässigen Gesamtvergütung nach Punkt III 3 dieser Vereinbarung. Der Beklagte hat diese Regelung beanstandet, weil sie verhindere, daß die durch die Punktwertdegression erzielten Einsparungen den Krankenkassen zufließen. Die vom SG zur Rechtswidrigkeit der Beanstandung vertretene Auffassung, wegen der Budgetierung der Gesamtvergütungen könnten sich die Punktwertminderungen nicht zugunsten der Krankenkassen auswirken, hält einer Überprüfung nicht stand.

Nach § 85 Abs 4b Satz 1 SGB V verringert sich der Vergütungsanspruch eines Vertragszahnarztes ab einer Gesamtpunktmenge aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie kieferorthopädischer Behandlung von 350.000 Punkten je Kalenderjahr 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. Die Abs 4c bis 4f des § 85 SGB V regeln im einzelnen, wie die Punktwertabstaffelung durchzuführen ist. § 85 Abs 4c SGB V legt fest, daß die KZÄV quartalsweise alle über sie abgerechneten und ihr von den Krankenkassen mitgeteilten Rechnungsdaten zu erfassen und die zahnarztbezogene Gesamtpunktmenge zu ermitteln hat. Nach der Regelung des § 85 Abs 4d SGB V werden die KZÄVen verpflichtet, den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mitzuteilen, welche Vertragszahnärzte die Punktmengengrenzen nach Abs 4b aaO überschreiten. Abs 4e aaO bestimmt weiter, daß die Vergütungsminde rung durch Absenkung des vertraglich vereinbarten Punktwerts ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Grenzwertüberschreitungen erfolgt (Satz 1 aaO). Nach Satz 3 aaO sind die abgesenkten Punktwerte nach Satz 1 den auf den Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitung folgenden Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen zugrunde zu legen. Das bedeutet, daß die KZÄV den Krankenkassen den sich aus der Vergütungsminde rung ergebenden Betrag bei der nächsten Gesamtvergütungsabrechnung gutzuschreiben hat (Hencke in: Peters, SGB V, § 85 RdNr 55; Hess in: Kasseler Komm, § 85 SGB V, RdNr 72). Die Durchführung dieses Verfahrens durch die KZÄVen und die Weitergabe der aufgrund der Punktwertdegression erzielten Honoraranteile an die Krankenkassen wird durch die gemäß § 85 Abs 4 f SGB V eröffnete Sanktionsmöglichkeit gesichert: Die Krankenkasse hat danach ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 vH gegenüber jeder Forderung der KZÄV, solange diese ihren Pflichten aus den Abs 4c bis 4e des § 85 SGB V nicht nachkommt (Satz 1 aaO). Der Anspruch auf Auszahlung der nach Satz 1 einbehaltenen Beträge erlischt, wenn die KZÄV bis zur letzten Quartalsabrechnung eines Jahres ihre Verpflichtungen für dieses nicht oder nicht vollständig erfüllt (Satz 2 aaO).



Die Vorschriften des § 85 Abs 4b bis f SGB V enthalten damit ein in sich geschlossenes, detailliertes Regelungskonzept, das dazu dient, die Weitergabe der sich durch Vergütungs-minderungen bei einzelnen Vertragszahnärzten ergebenden Honorareinsparungen an die Krankenkassen zu gewährleisten. Dies wird durch die Systematik der gesetzlichen Regelungen und ihrer Entstehungsgeschichte bestätigt. Ihnen lassen sich keine Anhaltspunkte dafür entnehmen, daß die Verpflichtung der KZÄVen zur Weitergabe der Honorarminderungen an die Krankenkassen für den Fall einer budgetierten Gesamtvergütung nicht gelten solle. Das für diese Ansicht von der Vorinstanz herangezogene Argument, die Budgetierung der Gesamtvergütung stehe einer Weitergabe der durch die Punktwertdegression erzielten Einsparung an die Krankenkassen deshalb entgegen, weil durch die Budgetierung das Abrechnungsverhalten der Vertragszahnärzte von der Ausgabenentwicklung bei den Krankenkassen gelöst worden sei, greift schon deshalb nicht, weil die budgetierte Gesamtvergütung nur einen Teil der vertragszahnärztlichen Leistungen und damit nur einen Teilbereich des der Punktwertdegression unterliegenden Honorars erfaßt. Die Leistungsbereiche der Prothetik und der Kieferorthopädie werden nämlich gemäß § 85 Abs 3a Satz 3 SGB V bei der Bestimmung der Gesamtvergütung nicht berücksichtigt. Vergütungen hierfür sind deshalb auch nicht budgetiert. Das beruht darauf, daß inso- weit andere Vergütungsformen, die der Kostenerstattung gelten, und für prothetische und kieferorthopädische Leistungen eine lineare Absenkung des bis zum 31. Dezember 1992 maßgeblich gewesen Vergütungspunktwertes um 10 vH vorgeschrieben worden ist (§ 85 Abs 2b Satz 1 SGB V idF des GSG). Die in Form von Punkten angeforderten Honorare, die für die in diesen Bereichen erbrachten Leistungen geltend gemacht werden, sind gemäß § 85 Abs 4b Satz 1 SGB V im Rahmen der Punktwertdegression bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt zu berücksichtigen, ohne daß danach zu differenzieren wäre, in welchen Leistungsbereichen - konservierend-chirurgische Leistungen, Prothetik oder Kieferorthopädie - die Honorare erzielt worden sind. Typischerweise führen hohe Leistungsansätze in den Bereichen der Prothetik und der Kieferorthopädie zur Überschreitung der in § 85 Abs 4b Satz 1 SGB V genannten Gesamtpunktmenge von 350000 Punkten je Kalenderjahr. Nachdem nur ein Teil des der Punktwertdegression unterliegenden Honorars der Budgetierung gemäß § 85 Abs 3a Satz 1 SGB V unterfällt, kann aus der Budgetierung nicht hergeleitet werden, daß durch die Punktwertdegression erlangte Honorareinsparungen nicht den Krankenkassen zufließen sollen.

Dieses Ergebnis wird zudem durch die Entstehungsgeschichte der maßgeblichen Vorschriften belegt. Die Budgetierung der Gesamtvergütung war ebenso wie die Regelung der Punktwertdegression bereits im Gesetzentwurf zum GSG vorgesehen (BT-Drucks 12/3608, Nr 41 Buchst e und g, S 12). Beide Komplexe sind in den Teilen, denen hier Bedeutung zukommt, nicht geändert worden. Der Gesetzgeber des GSG hat also die Punktwertdegression vor dem Hintergrund einer gleichzeitig von ihm beschlossenen Budgetierung der Gesamtvergütung normiert. Er ging - worauf der Beklagte zu Recht hinweist - dennoch davon aus, daß als Folge der Punktwertdegression die Krankenkassen



im Jahre 1993 um 0,300 Milliarden DM entlastet würden (BT-Drucks 12/3608, S 159 f). Das setzt notwendigerweise voraus, daß die durch Punktwertdegressionen bei Vertragszahnärzten erzielten Einsparungen trotz der Teilbudgetierung der Vergütung an die Krankenkassen weitergeleitet werden. Dem entspricht auch die Stellungnahme des BT-Ausschusses für Gesundheit (BT-Drucks 12/3937, zu Art 1 Nr 1 Buchst g, S 14). In ihr heißt es, im übrigen werde davon ausgegangen, daß die Einsparbeträge aus dem degressiven Punktwert aller zahnärztlichen Leistungsbereiche den Krankenkassen gutgeschrieben würden, auch wenn für einzelne Bereiche eine Gesamtvergütung nach Fall- oder Kopfpauschalen vereinbart werde.

Systematik und Entstehungsgeschichte der Vorschriften weisen soweit aus, daß die durch Punktwertdegressionen erzielten Honorareinsparungen den Krankenkassen zufließen sollen. Im Hinblick auf die Bindung der Partner der Gesamtverträge an die gesetzlichen Vorgaben sind deshalb Vereinbarungen unzulässig, die die Begünstigung der Kassen als Folge der Punktwertdegression verhindern.

Auch wenn somit durch gesamtvertragliche Regelungen die Weitergabe von Honorareinsparungen aufgrund von Punktwertdegressionen nicht ausgeschlossen werden kann, ist es dem Senat nicht möglich, eine abschließende Entscheidung in der Sache zu treffen. Ob der beanstandeten gesamtvertraglichen Regelung nämlich der von dem Beklagten unterstellte Sinn zukommt, läßt sich nur feststellen, wenn die den Gesamtvertrag umsetzenden satzungsrechtlichen Regelungen der Klägerin, hier insbesondere ihr Honorarverteilungsmaßstab (HVM) aus dem Jahre 1993, in die Prüfung der Rechtmäßigkeit einbezogen werden. Sollten diese zB festlegen, daß die aufgrund von Punktwertdegressionen einbehaltenen Honorarbeträge an die Krankenkassen weitergeleitet werden, wäre die gesamtvertragliche Regelung nicht zu beanstanden.

Zum Inhalt des nicht revisiblen (§ 162 SGG) HVM der Klägerin und anderer möglicherweise einschlägigen Regelungen zur Umsetzung der Punktwertdegression hat das SG - von seiner Rechtsauffassung aus zu Recht - keine Feststellungen getroffen. Das wird nunmehr nachzuholen sein. Der Rechtsstreit war daher zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das SG zurückzuweisen. Das SG wird in seiner abschließenden Entscheidung auch über die Kosten des Revisionsverfahrens zu befinden haben.

