

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 55/04 B

1.,
2.,
3.,
4.

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

g e g e n

Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe,
Auf der Horst 25, 48147 Münster,

Beklagte und Beschwerdegegnerin,

beigeladen:

1. AOK Westfalen-Lippe - Die Gesundheitskasse,
Nortkirchenstraße 103-105, 44263 Dortmund,
2. IKK-Landesverband Westfalen-Lippe, Geschäftsstelle Dortmund,
Burgwall 20, 44135 Dortmund,
3. Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,
4. Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen,
Hoher Heckenweg 76-80, 48147 Münster,
5. Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
6. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
7. Bundesknappschaft,
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum.



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



Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 22. November 2004 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n sowie die Richter Dr. W e n n e r und G a s s e r beschlossen:

Die Beschwerde der Kläger gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landesozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 16. Juni 2004 wird verworfen.

Die Kläger haben die außergerichtlichen Kosten der Beklagten auch für das Beschwerdeverfahren als Gesamtschuldner zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Die in einer Gemeinschaftspraxis zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zugelassenen Kläger wenden sich gegen die von der beklagten Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV) für das Jahr 1999 vorgenommene Kürzung ihres Honorars wegen Überschreitens der Punktmengengrenzen des § 85 Abs 4b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch <SGB V> (Degression).

Wegen Überschreiten der degressionsfreien Punktmenge von 1.399.999 Punkten kürzte die Beklagte das Honorar der Kläger um 72.533,55 DM. Im Widerspruchs-, Klage- und Berufungsverfahren haben die Kläger erfolglos geltend gemacht, zu Unrecht seien Leistungen, die sie gegenüber in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Sozialhilfeempfängern erbracht hätten, in die Berechnung der Gesamtpunktzahl ihrer Praxis eingerechnet worden. Fehlerhaft sei weiterhin, ihre Leistungen in solchen Behandlungsfällen einzurechnen, in denen der Krankenkasse auf der Grundlage des § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ein Ersatzanspruch gegen einen Drittschädiger zustehe. Das Landessozialgericht (LSG) hat seine Entscheidung damit begründet, für die von den Klägern begehrte Herausrechnung der auf diese Behandlungsfälle entfallenden Punkte bestehe keine gesetzliche Grundlage (Urteil vom 16. Juni 2004).

Mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision machen die Kläger geltend, im Rechtsstreit seien Fragen von grundsätzlicher Bedeutung zu entscheiden (Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 Sozialgerichtsgesetz <SGG>).



II

Die Beschwerde ist unzulässig. Ihr Vorbringen genügt nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Darlegungsanforderungen bei einer auf den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung gestützten Nichtzulassungsbeschwerde.

Für die Zulässigkeit der Rüge, einer Rechtssache komme grundsätzliche Bedeutung zu, ist dies gemäß § 160a Abs 2 Satz 3 SGG in der Beschwerdebegründung "darzulegen", dh eine konkrete Rechtsfrage in klarer Formulierung zu bezeichnen und auszuführen, inwiefern diese Rechtsfrage in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 19 S 34 ff; Nr 30 S 57 ff mwN*). Falls zu der Rechtsfrage bereits Rechtsprechung des Revisionsgerichts vorliegt, ist darzulegen, woraus sich ihre erneute Klärungsbedürftigkeit ergibt, indem zB neue Argumente angeführt oder auf erhebliche Einwände im neueren Schrifttum hingewiesen wird und diese dargestellt werden (*vgl BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; Nr 23 S 42; SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 ff; SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 ff*). In Fällen, in denen zwar zu einer identischen Konstellation keine höchstichterliche Rechtsprechung vorliegt, aber erkennbar Rechtmäßigkeitsmaßstäbe betroffen sind, zu denen bereits Rechtsprechung ergangen ist, muss in der Beschwerdebegründung in Auseinandersetzung mit der Entscheidung des LSG dargelegt werden, unter welchem Aspekt noch eine Klärung im Revisionsverfahren erforderlich sein könnte (*vgl dazu allgemein BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6 und § 160a Nr 21 S 38*). Diese Anforderungen an die Darlegungspflicht sind insgesamt verfassungsrechtlich unbedenklich (*vgl zB BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 29. Mai 2001 - 1 BvR 791/01 - und früher schon BVerfG <Kammer>, SozR 3-1500 § 160a Nr 6 S 10; Nr 7 S 14*).

Den aufgezeigten Anforderungen entspricht die Beschwerdebegründung der Kläger nicht. Sie rügen, die vorinstanzlichen Gerichte hätten es zu Unrecht gebilligt, dass bei der Ermittlung des von ihrer Praxis insgesamt abgerechneten Punktzahlvolumens auch die auf Behandlungsfälle in zwei besonderen Konstellationen entfallenden Punkte einbezogen worden sind. Es geht um Fälle, in denen der Krankenkasse auf der Grundlage des § 116 SGB X Ansprüche gegen Drittschädiger zustehen können, und um solche, in denen die Kläger auf Grund ihrer besonderen Qualifikation im Bereich der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Leistungen auf Überweisung von anderen Zahnärzten erbracht haben. Die Kläger stellen in diesem Zusammenhang nicht in Abrede, dass eine gesetzliche Grundlage für die Nichtberücksichtigung der auf diese beiden Gruppen entfallenden Punkte nicht besteht, zeigen aber nicht auf, weshalb das Revisionsgericht zu der Auffassung gelangen könnte, die Nichtberücksichtigung der auf diese Behandlungsfälle entfal-



lenden Punkte sei nach der gesetzlichen Konzeption geboten oder aus verfassungsrechtlichen Gründen erforderlich.

Die Kläger setzen sich nicht mit der zu den Vorschriften über die Punktwertdegression ergangenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) auseinander, der sich klare Hinweise für die Beantwortung der von ihnen aufgeworfenen Fragen entnehmen lassen. Der Senat hat mehrfach ausgeführt, dass und weshalb die Regelungen über den degressiven Punktwert in § 85 Abs 4b ff SGB V verfassungsgemäß sind (*BSGE* 80, 223 = *SozR* 3-2500 § 85 Nr 22). Bezugspunkt der Anwendung der Degressionsvorschriften ist nach § 85 Abs 4b Satz 1 und Abs 4c SGB V die "Gesamtpunktmenge". § 85 Abs 4b Satz 9 SGB V in der 1999 geltenden Fassung stellt auf die Punktmengen "aller vertragszahnärztlichen Leistungen iS des § 73 Abs 2 Nr 2 SGB V" ab. Ansatzpunkte dafür, bestimmte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbrachte Leistungen einer zahnärztlichen Praxis insoweit unberücksichtigt zu lassen, sind dem Gesetz nicht zu entnehmen. Nur diese Auslegung entspricht dem gesetzlichen Anliegen, mit der Regelung über die Punktwertdegression das Einsparvolumen zu Gunsten der Krankenkassen auf die umsatzstarken Praxen zu konzentrieren und zugleich im Sinne der Verbesserung der Qualität der zahnärztlichen Versorgung Anreize für überdurchschnittliche Umsätze zu verringern. Deshalb muss bei der Ermittlung der maßgeblichen Gesamtpunktmenge die gesamte vertragszahnärztliche Tätigkeit, unabhängig von der Vergütungs- bzw Abrechnungsstruktur, erfasst werden. Das gebietet die Einbeziehung sowohl der im Rahmen der knappschaftszahnärztlichen Versorgung abgerechneten Punktmengen bei der Degressionsberechnung (*Urteil vom 13. Mai 1998 - B 6 KA 53/97 R - = SozR 3-2500 § 85 Nr 25*) wie auch der Eigenanteile der Versicherten (*Urteil vom 13. Mai 1998 - B 6 KA 39/97 R -*). Mit dieser Rechtsprechung hätte sich die Beschwerde näher auseinander setzen und zumindest Hinweise geben müssen, wie die Herausrechnung der Behandlungsfälle, die der Vertragszahnarzt auf Überweisung von anderen Zahnärzten erbringt, mit Wortlaut und Intention des Gesetzes, wie sie in der bisherigen Rechtsprechung des Senats entwickelt worden sind, zu vereinbaren wäre. Das ist nicht geschehen.

Hinsichtlich der Behandlungsfälle mit (potenziellen) Erstattungsansprüchen der zuständigen Krankenkasse auf der Grundlage des § 116 SGB X hätte sich die Beschwerde weiterhin mit der Frage auseinander setzen müssen, wie diese Herausrechnung praktisch umgesetzt werden könnte. Zum Zeitpunkt der vertragszahnärztlichen Behandlung eines verletzten Patienten steht typischerweise nicht fest, ob und ggf in welchem Umfang die Krankenkasse von einem Schädiger Ersatz beanspruchen kann. Da die Degressionsberechnung sowie die Beteiligung der Krankenkassen an den Vorteilen des degressiven Punktwertes auf der Basis der Jahresabrechnung der zahnärztlichen Leistungen erfolgt (§ 85 Abs 4b Satz 1 SGB V), können nach der gesetzlichen Konzeption Umstände nicht



berücksichtigt werden, die uU erst Jahre nach Abschluss der Behandlung feststehen. Das trifft etwa für die rechtskräftig festgestellte Ersatzpflicht eines Drittschädigers sowie die ggf erst im Vollstreckungswege zu klärende Solvenz dieser Person zu. Da entsprechende Ausführungen in der Beschwerdebegründung fehlen, wird den Darlegungsanforderungen für die Begründung einer auf die grundsätzliche Bedeutung der entscheidungserheblichen Rechtsfragen gestützten Nichtzulassungsbeschwerde nicht hinreichend entsprochen.

Die Kostenentscheidung ergeht in entsprechender Anwendung der §§ 193 Abs 1 und 4, 194 SGG in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)