

B 6 KA 32/09 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 71 KA 401/05

Datum
11.10.2006
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 133/06

Datum
20.05.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 32/09 R

Datum
13.10.2010
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei den Degressionsregelungen des [§ 85 Abs 4b](#) ff SGB V bedarf es keiner Sonderregelung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 20. Mai 2009 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Revisionsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Gründe:

I

1

Im Streit stehen degressionsbedingte Honorarkürzungen.

2

Der Kläger nimmt als Mund-, Kiefer und Gesichtschirurg (MKG-Chirurg) an der vertragszahnärztlichen Versorgung in Berlin teil. Die beklagte Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) stellte zunächst mit vorläufigem Degressionsbescheid vom 14.10.2005 für die Quartale I bis III/2005 eine Überschreitung der Degressionsgrenze um 63 159 Punkte fest. Der hiergegen erhobene Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 7.11.2005). Während des nachfolgenden Klageverfahrens erließ die Beklagte am 26.7.2006 einen (weiteren) vorläufigen Degressionsbescheid für das Jahr 2005. Darin stellte sie fest, dass der Kläger mit einer Gesamtpunktmenge von 466 414 Punkten die degressionsfreie Punktmenge von 328 844 Punkten für das Jahr 2005 um 137 570 Punkte überschritten hatte; hieraus resultierte eine Honorarrückforderung in Höhe von 24 368,20 Euro.

3

Klage (Urteil des SG vom 11.10.2006) und Berufung (Urteil des LSG vom 20.5.2009) sind erfolglos geblieben. Das LSG hat ausgeführt, [§ 85 Abs 4b SGB V](#) sei verfassungsgemäß; daher bedürfe es keiner verfassungskonformen Auslegung zugunsten der MKG-Chirurgen. Die Neuregelungen der Degressionsvorschriften durch das GKV-Modernisierungsgesetz ((GMG) vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#)) seien weder generell noch speziell hinsichtlich der MKG-Chirurgen zu beanstanden. Die Absenkung der Degressionsgrenzwerte zum 1.1.2005 habe auch die MKG-Chirurgen erfassen dürfen, ohne dass dies gegen [Art 3 Abs 1 GG](#) und/oder [Art 12 Abs 1 GG](#) verstoße. Dies habe das BSG bereits in Bezug auf die Oralchirurgen entschieden. Die Gruppe der MKG-Chirurgen könne der Gruppe der Oralchirurgen gleichgestellt werden; beide Gruppen hätten bei typisierender Betrachtung dasselbe Leistungsspektrum und würden daher bei der Honorarverteilung gleich behandelt. Dass MKG-Chirurgen und Oralchirurgen über unterschiedliche Ausbildungen verfügten, könne außer Betracht bleiben, da der Gesetzgeber bei der für Kieferorthopäden geltenden Sonderregelung nur an die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit angeknüpft habe. Der Gesetzgeber sei bei der zulässigen generalisierenden Betrachtung der Auswirkungen auf den Berufszweig insgesamt nicht verpflichtet, darauf Rücksicht zu nehmen, dass ein Teil der MKG-Chirurgen keine oder kaum Zahnersatz-Leistungen (ZE-Leistungen) erbringe.

4

Mit seiner Revision rügt der Kläger die Verletzung von Bundesrecht. Die Absenkung der Degressionsgrenzwerte zum 1.1.2005 für Zahnärzte, die auch MKG-Chirurgen seien, verstoße gegen [Art 3 Abs 1 GG](#), weshalb eine verfassungskonforme Auslegung geboten sei. Die

Berufsgruppe der ausschließlich chirurgisch tätigen Zahnärzte zeichne sich dadurch aus, dass sie nur chirurgische Leistungen aus Teil 1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (Bema-Z) abrechne. Er - der Kläger - habe im Jahr 2005 99,3 % seines Honorars mit konservierend-chirurgischen Leistungen erzielt; prothetische und kieferorthopädische Leistungen habe er überhaupt nicht abgerechnet. Dieser Befund sei typisch für die gesamte Fachgruppe; 2004 habe der Anteil prothetischer Leistungen in der Gruppe der MKG-Chirurgen - nach Angaben der Beklagten - 2,11 % betragen.

5

Eine unangemessene Benachteiligung seiner Berufsgruppe liege schon darin, dass die Aufwertung der konservierend-chirurgischen Leistungen im Zuge der Neurelationierung des Bema-Z zum 1.1.2004 nicht mit einer Anhebung der Degressionssschwellen für ausschließlich chirurgisch tätigen Zahnärzte verbunden worden sei. Erst recht gelte dies für die mit der Neuregelung der Vergütung des Zahnersatzes begründete Absenkung der Degressionsstufen zum 1.1.2005 für alle Zahnärzte mit Ausnahme der Kieferorthopäden. MKG-Chirurgen würden damit zum einen ohne sachlich gerechtfertigten Grund wie sonstige Zahnärzte behandelt, obwohl sie anders als diese ausschließlich konservierend-chirurgisch tätig seien und keine oder nur verschwindend wenige ZE-Leistungen erbrächten; zum anderen würden sie nicht wie die Kieferorthopäden von der Absenkung ausgenommen, obwohl sie sich ebenso wie diese freiwillig auf ihr Fachgebiet beschränkten und ebenso wenig ZE-Leistungen erbrächten.

6

Die Rechtsprechung des BSG zur Gleichbehandlung der Oralchirurgen mit Allgemeinzahnärzten sei auf MKG-Chirurgen nicht übertragbar, weil sich das Abrechnungsverhalten der MKG-Chirurgen deutlich von dem der Oralchirurgen unterscheide. Zwar möge sich das Leistungsspektrum weitgehend decken, jedoch gelte dies für den Anteil anderer Leistungen - insbesondere der Prothetik - gerade nicht. Das LSG habe es unterlassen, den Sachverhalt durch Einholung valider Daten von den KZÄVen in Deutschland aufzuklären. Anlass hierzu hätte angesichts der gravierenden Unterschiede zwischen MKG-Chirurgen und Oralchirurgen bestanden. So liege der Anteil der ZE-Leistungen bei Oralchirurgen angeblich bei 13,22 %, bei MKG-Chirurgen hingegen nur bei 2,11 %. Es gebe nur wenige MKG-Chirurgen, die gelegentlich auch ZE-Leistungen erbrächten - meist im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen, die bei einem sonst nicht behandelbaren Patienten in Vollnarkose erbracht würden. So habe der Anteil der ZE-Leistungen an der Gesamtabrechnung der MKG-Chirurgen im Jahr 2003 0,66 % (KZÄV Hamburg), 0,42 % (KZÄV Schleswig-Holstein) bzw 0,03 % (KZÄV Mecklenburg-Vorpommern) betragen. Auch wenn man einen Prothetikanteil von ca 2 % im Leistungsspektrum der MKG-Chirurgen unterstelle, rechtfertige dieser verschwindend geringe Anteil keine Absenkung der Degressionsgrenzen um 25 %. Der tatsächlich verbleibende Anteil werde auf jeden Fall durch die unterbliebene Anhebung der Degressionsgrenzen nach Aufwertung der konservierend-chirurgischen Leistungen zum 1.1.2004 kompensiert.

7

Der Kläger beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 20.5.2009 und des Sozialgerichts Berlin vom 11.10.2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 14.10.2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 7.11.2005 und in der Fassung des Bescheides vom 26.7.2006 aufzuheben.

8

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

9

Sie ist der Ansicht, die Absenkung der Degressionsgrenzwerte zum 1.1.2005 rechtfertige sich daraus, dass Zahnärzte in durchaus nennenswertem Umfang auch ZE-Leistungen erbrächten. Der Gesetzgeber sei nicht verpflichtet, außer den Kieferorthopäden auch die MKG-Chirurgen davon auszunehmen. Kieferorthopäden erbrächten als gesamte Gruppe typischerweise keine ZE-Leistungen; diese Besonderheit gelte nicht für MKG-Chirurgen. Zwar gebe es MKG-Chirurgen, die - wie der Kläger - keine ZE-Leistungen erbrächten, andererseits jedoch auch solche, die - wenn auch nur in geringem Umfang (2004: 2,11 %) - prothetisch tätig seien. Kieferorthopäden seien dagegen ausschließlich kieferorthopädisch tätig.

II

10

Die Revision des Klägers ist nicht begründet. Das LSG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig. Dem Kläger steht kein höheres Honorar unter Zugrundelegung einer höheren degressionsfreien Punktmenge zu.

11

Die gesetzlichen Vorschriften über die Punktwertdegression, deren grundsätzliche Anwendbarkeit auf MKG-Chirurgen die Beteiligten ebenso wenig in Frage stellen wie ihre dem Wortlaut des Gesetzes entsprechende und rechnerisch korrekte Anwendung durch die Beklagte, sind auch in ihrer konkreten Ausgestaltung verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

12

1. Die Degressionsregelungen des [§ 85 Abs 4b bis 4f SGB V](#) sind, wie das BSG und das BVerfG bereits wiederholt entschieden haben, mit [Art 12 Abs 1 GG](#) und [Art 3 Abs 1 GG](#) sowie mit dem Rechtsstaatsprinzip vereinbar (zuletzt BSG, Urteil vom 5.5.2010 - [B 6 KA 21/09 R](#) - RdNr 17 mwN, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Auch die heute geltende Fassung des [§ 85 Abs 4b Satz 1 SGB V](#), die dieser durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#)) erhalten hat, ist verfassungsgemäß, wie der Senat bereits mit Urteil vom 29.11.2006 ([SozR 4-2500 § 85 Nr 27](#) RdNr 13 f, 25) festgestellt und

mit Urteilen vom 16.12.2009 (- [B 6 KA 10/09 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 48 RdNr 13, sowie - [B 6 KA 39/08 R](#) - [BSGE 105, 117](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 49) sowie vom 5.5.2010 (- [B 6 KA 21/09 R](#) - RdNr 18, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen) bekräftigt hat.

13

2. Die mit Wirkung zum 1.1.2005 erfolgte Absenkung der Degressionsfreien Gesamtpunktmengen und der Degressionsgrenzwerte (zu den Einzelheiten s BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 27](#) RdNr 15 und BSG Urteil vom 16.12.2009 - [B 6 KA 10/09 R](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 48 RdNr 15 f) für alle Zahnärzte mit Ausnahme der Kieferorthopäden durfte auch die MKG-Chirurgen erfassen, ohne dass dies gegen die Vorgaben des Art 3 Abs 1 und/oder des [Art 12 Abs 1 GG](#) verstößt.

14

a) Das Gleichbehandlungsgebot des [Art 3 Abs 1 GG](#) fordert, wesentlich Gleiches gleich zu behandeln, während wesentlich Ungleiches ungleich behandelt werden kann (stRspr, vgl zB [BVerfGE 113, 167](#), 214 = [SozR 4-2500 § 266 Nr 8](#) RdNr 83; vgl auch [BVerfGE 98, 365](#), 385; [BVerfGE 112, 368](#), 404 = [SozR 4-2600 § 307a Nr 3](#) RdNr 62). Eine Ungleichbehandlung ist mit [Art 3 Abs 1 GG](#) vereinbar, wenn Unterschiede solcher Art und solchen Gewichts bestehen, dass sie diese Ungleichbehandlung rechtfertigen können (s zB [BVerfGE 111, 115](#), 137 = [SozR 4-8570 § 6 Nr 3](#) RdNr 38; [BVerfGE 113, 167](#), 214 f = SozR aaO); die Gleichbehandlung ungleicher Sachverhalte ist nur dann rechtswidrig, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß ist, dass sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben darf; der Spielraum des Gesetzgebers ist dabei weit bemessen ([BVerfGE 98, 365](#), 385; [BVerfGE 112, 368](#), 404 = SozR aaO).

15

Der Normgeber darf auswählen und gewichten, nach welchen Kriterien er Sachverhalte als im Wesentlichen gleich oder ungleich ansieht, muss dabei aber sachgerecht verfahren ([BSGE 100, 144](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 41](#), RdNr 28). Er ist auch befugt, zu pauschalieren, zu typisieren, zu generalisieren und zu schematisieren (vgl zB [BVerfGE 111, 115](#), 137 = SozR aaO RdNr 38; [BVerfGE 116, 164](#), 180; zuletzt [BVerfG \(Kammer\) Beschluss vom 28.9.2010 - 1 BvR 1660/08](#) - juris RdNr 10; ebenso zB BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 28](#) RdNr 21 mwN; [BSGE 100, 144](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 41](#), RdNr 28). Dies setzt voraus, dass die damit verbundenen Härten nur unter Schwierigkeiten vermeidbar sind (vgl [BVerfGE 84, 348](#), 360; [BVerfGE 87, 234](#), 255 f), lediglich eine verhältnismäßig kleine Anzahl von Personen betreffen und der Verstoß gegen den Gleichheitssatz nicht sehr intensiv ist ([BVerfGE 63, 119](#), 128; [BVerfGE 98, 365](#), 385; [BVerfG Beschluss vom 6.7.2010 - 1 BvL 9/06](#) - ua - juris RdNr 80; zuletzt [BVerfG \(Kammer\) Beschluss vom 28.9.2010 - 1 BvR 1660/08](#) - juris RdNr 10).

16

Der Normgeber hat daher grundsätzlich bei Regelungen im (zahn)ärztlichen Vergütungsrecht - wie generell im Sozialrecht (vgl [BVerfG Beschluss vom 21.7.2010 - 1 BvR 2530/05](#) - ua - juris RdNr 86, unter 3., unter Hinweis auf [BVerfGE 17, 210](#), 216; [BVerfGE 77, 84](#), 106, und [BVerfGE 81, 156](#), 205) - eine weitgehende Gestaltungsfreiheit, ob bzw inwieweit er für verschiedene Fachgruppen unterschiedliche Regelungen trifft oder sie gleich behandelt. Dies hat der Senat bereits für den Satzungsgeber bei der Honorarverteilung ausgeführt (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 28](#) RdNr 21 ff, insbesondere auch RdNr 24 mwN), und das gilt gleichermaßen auf der hier betroffenen Ebene förmlicher Gesetze (vgl [BSGE 97, 158](#) = [SozR 4-2500 § 135 Nr 10](#), RdNr 20, mwN; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 27](#) RdNr 16).

17

b) Nach diesen Maßstäben stellt weder die Gleichbehandlung der MKG-Chirurgen mit den sonstigen Vertragszahnärzten in Bezug auf die Degressionsregelung (aa) noch die diesbezügliche Ungleichbehandlung im Verhältnis zu den Kieferorthopäden (bb) einen Verstoß gegen [Art 3 Abs 1 GG](#) dar.

18

aa) Wie der Senat bereits mit Urteil vom 29.11.2006 ([SozR 4-2500 § 85 Nr 27](#) RdNr 17) entschieden hat, durfte der Gesetzgeber die degressionsfreie Gesamtpunktmenge und die Degressionsstufen zum 1.1.2005 (s hierzu Art 2 Nr 7c iVm Art 37 Abs 8 GMG) für alle Vertragszahnärzte, die nicht als Kieferorthopäden zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen sind, im Zuge der Umstellung der Abrechnung von ZE-Leistungen auf Festzuschüsse absenken. Diese Absenkung ist auch insoweit mit [Art 3 Abs 1](#) sowie [Art 12 Abs 1 GG](#) vereinbar, als sie die MKG-Chirurgen mit erfasst.

19

Soweit der Kläger geltend macht, die zu den Oralchirurgen entwickelte Rechtsprechung des Senats könne auf MKG-Chirurgen nicht übertragen werden, muss dem nicht weiter nachgegangen werden. Deshalb bedarf es auch keiner weiteren Sachaufklärung, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang MKG-Chirurgen Zahnersatz eingliedern oder diese sich - wie der Kläger es darstellt: vergleichbar den Kieferorthopäden in ihrem originären Leistungsbereich - seit jeher auf zahnchirurgische Leistungen beschränken.

20

Die Besonderheit der Gruppe der MKG-Chirurgen besteht darin, dass diese sowohl als Vertragsärzte als auch als Vertragszahnärzte zugelassen sind. Zum Berufsbild des MKG-Chirurgen gehört es, dass er in seiner Praxis ärztliche und zahnärztliche Tätigkeiten anbietet und ausübt (vgl [BSGE 85, 145](#), 147 = [SozR 3-5525 § 20 Nr 1](#) S 3). MKG-Chirurgen müssen seit 1924 sowohl ärztlich als auch zahnärztlich ausgebildet sein (s hierzu BSG aaO = SozR aaO). Nach der Muster-Weiterbildungsordnung 2003 der Bundesärztekammer ((M-WBO-Ä), in der Fassung vom 25.6.2010) setzt die Facharztweiterbildung zum MKG-Chirurgen auch das zahnärztliche Staatsexamen voraus (vgl Abschnitt A § 4 Abs 1 Satz 2 M-WBO-Ä sowie Abschnitt B zu Nr 18 M-WBO-Ä). Ähnliche Bestimmungen enthalten die Weiterbildungsvorschriften der Länder. So setzt nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Berlin der Beginn der

Weiterbildung zum MKG-Chirurgen auch die Approbation als Zahnarzt oder die Erlaubnis zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes voraus (vgl § 4 Abs 1 Halbsatz 2 WBO vom 30.11.1994, ABI 1995 S 2573, idF des VI. Nachtrags vom 17.10.2001). Die Doppelqualifikation ist Ausdruck des gewachsenen Berufsbildes; dessen Besonderheit besteht darin, dass die MKG-Chirurgie die Bereiche Chirurgie und Zahnheilkunde zu einem einheitlichen Beruf verbindet ([BSGE 85, 145, 147 = SozR 3-5525 § 20 Nr 1 S 3 mwN](#)). MKG-Chirurgen sind daher im Regelfall auch als Zahnärzte approbiert und sowohl zur vertragsärztlichen als auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen (vgl BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 54 S 299 mwN](#))

21

Aufgrund ihrer Doppelzulassung als Vertragsärzte und als Vertragszahnärzte steht es ihnen frei, ob sie einen Tätigkeits- und Abrechnungsschwerpunkt im vertragszahnärztlichen oder im vertragsärztlichen Bereich wählen. Zudem können sie zumindest einzelne Leistungen aus ihrem gesamten Behandlungsspektrum entweder vertragsärztlich oder vertragszahnärztlich abrechnen (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 54 S 299](#); [BSGE 85, 145, 151 = SozR 3-5525 § 20 Nr 1 S 8](#); BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 36 S 204 f](#)). Denn es gibt im Rahmen der möglichen Betätigungsfelder von MKG-Chirurgen Leistungen, die nur vertragsärztlich, andere, die nur vertragszahnärztlich abrechenbar sind, und weitere, die sowohl vertragsärztlich als auch vertragszahnärztlich abrechenbar sind, je nachdem, ob es für sie Vergütungstatbestände nur im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) oder nur im Bema-Z oder in beiden Leistungsverzeichnissen gibt (vgl BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 54 S 299](#)).

22

Der EBM-Ä enthält in seinem Kapitel III. b ("Fachärztlicher Versorgungsbereich") Abschnitt 15 ("Gebührenordnungspositionen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie") sowie in seinem Kapitel IV. ("Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen") Abschnitt 31.2.8 ("Definierte operative Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie", iVm Anhang 2, dort Nr 2.10 und 2.21) eine Vielzahl von Leistungen, für die sich Entsprechungen im Bema-Z finden. Dies gilt etwa für die Extraktion von Zähnen (vgl Nr 31.2.8 iVm Nr 15321 bis 15324 EBM-Ä), die Resektion von Wurzelspitzen (Nr 15323 EBM-Ä) und die zusätzliche Wurzelkanalbehandlung (Nr 15324 EBM-Ä), also für typische Leistungen der MKG- wie auch der Oralchirurgie.

23

MKG-Chirurgen sind aufgrund ihrer Doppelzulassung, insbesondere aber ihrer primären "Verankerung" im ärztlichen Bereich - es handelt sich um eine ärztliche Weiterbildung -, in mehr oder minder starkem Umfang auch im vertragsärztlichen Bereich tätig. So ist aus früheren Verfahren bekannt, dass MKG-Chirurgen im Zusammenhang mit ihren chirurgischen Leistungen in weitem Umfang auch vertragsärztliche Leistungen abrechnen bzw abgerechnet haben (vgl BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 54 S 300](#)). Angesichts des Umstands, dass MKG-Chirurgen bei bestimmten Leistungen ein (gewisses) Wahlrecht haben, ob sie diese nach dem vertragsärztlichen oder dem vertragszahnärztlichen Leistungsverzeichnis abrechnen, hat es der Senat bereits in früheren Entscheidungen als erforderlich erachtet, im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung vertragszahnärztlicher Prüfungsgremien nach [§ 106 SGB V](#) im Regelfall neben den vertragszahnärztlichen auch die vertragsärztlichen Abrechnungswerte einzubeziehen (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 54 S 300](#); BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 36 S 204 f](#)).

24

Da die Angehörigen dieser Gruppe mithin bestimmte Leistungen aus dem Fachgebiet der MKG-Chirurgie ohne Rechtsverstoß als ärztliche oder zahnärztliche Leistungen abrechnen können, hat der Gesetzgeber sie bezogen auf die hier umstrittenen Degressionsregelungen ungeachtet des Umfangs der von ihnen erbrachten Zahnersatzleistungen wie alle Zahnärzte behandeln dürfen. Denn ähnlich wie Vertragszahnärzte typischerweise neben den aus der Gesamtvergütung honorierten und der Degression unterworfenen Leistungen aus den Bereichen konservierend-chirurgische Versorgung, Parodontosebehandlung und Individualprophylaxe auch Zahnersatz eingliedern, erbringen die MKG-Chirurgen neben den aus der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung honorierten konservierend-chirurgischen Leistungen vertragsärztliche Leistungen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung honoriert werden.

25

Ziel und Zweck der Degressionsregelung ist es neben der Erzielung von Einsparungen bei den Krankenkassen und der Berücksichtigung von Rationalisierungsmöglichkeiten und Kostenvorteilen bei großen Umsätzen, Fehlentwicklungen bei der Qualität der zahnärztlichen Versorgung entgegenzusteuern, indem Zahnärzten mit umsatzstarken Praxen ein Anreiz gegeben wird, Patienten an andere, die Punktmengengrenzen nicht erreichende Zahnärzte abzugeben und so der Gefahr von Qualitätsdefiziten infolge übermäßiger Leistungserbringung entgegenzuwirken (stRspr des BSG, zuletzt Urteil vom 5.5.2010 - [B 6 KA 21/09 R](#) - RdNr 17 mwN, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Die degressionsfreien Gesamtpunktmengen und die Degressionsstufen sind dabei auf einen in Vollzeit tätigen Zahnarzt bezogen, wie sich im Umkehrschluss aus [§ 85 Abs 4b Satz 5 SGB V](#) ergibt.

26

Geht man mithin davon aus, dass nach der Konzeption des Gesetzgebers die Grenzwerte des [§ 85 Abs 4b SGB V](#) das Leistungsvolumen beschreiben - bzw jedenfalls vor der Absenkung der Degressionsgrenzwerte beschrieben haben -, das vom einzelnen Zahnarzt hinsichtlich der chirurgischen Tätigkeit ohne Qualitätseinbußen erbracht werden kann, ist es gerechtfertigt, alle Zahnärzte gleich zu behandeln, die neben diesen Leistungen noch andere Leistungen für die Versicherten der Krankenkassen erbringen dürfen und tatsächlich erbringen. Das betrifft bei den Oralchirurgen - je nach Praxis sehr unterschiedlich - die Eingliederung von Zahnersatz und bei den MKG-Chirurgen - auch dem Umfang nach sehr unterschiedlich - vertragsärztliche Leistungen.

27

Soweit der Kläger geltend macht, in seiner Praxis spielten vertragsärztliche Leistungen keine Rolle, rechtfertigt das keine andere Beurteilung der Verfassungsmäßigkeit der gesetzlichen Regelung. Der Gesetzgeber ist berechtigt, einen Berufszweig insgesamt in den Blick

zu nehmen, um daran seine Regelung zu orientieren (vgl BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 27](#) RdNr 23 mwN). Allein der Umstand der Doppelzulassung indiziert, dass ärztliche Leistungen für die Ausübung des Berufs eines MKG-Chirurgen unverzichtbar sind. Deren Umfang hängt im Übrigen auch von der individuellen Entscheidung des Praxisinhabers ab, wo er welche Leistungen abrechnet. Es liegt auf der Hand, dass das Ausmaß der im jeweiligen Bereich abgerechneten Leistungen bei alternativer Abrechnungsmöglichkeit nicht allein fachlichen Vorgaben folgt, sondern wesentlich dadurch mitbestimmt wird, welcher Abrechnungsweg sich als ökonomisch günstiger erweist. Eine eher geringe Quote vertragsärztlicher Leistungen in der einzelnen MKG-Praxis kann daher auch darauf beruhen, dass das Vergütungsniveau im zahnärztlichen Bereich ungeachtet der Regelungen des [§ 85 Abs 4b SGB V](#) immer noch höher ist als im vertragsärztlichen Bereich.

28

bb) Aus den vorstehenden Ausführungen folgt zugleich, dass auch die Ungleichbehandlung von Kieferorthopäden und MKG-Chirurgen in Bezug auf die zum 1.1.2005 erfolgte Absenkung der Degressionsgrenzwerte verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist.

29

In seinem Urteil vom 29.11.2006 ([SozR 4-2500 § 85 Nr 27](#) RdNr 21) hat der Senat im Einzelnen dargelegt, dass sich ein ausreichender Sachgrund dafür, nur für Kieferorthopäden eine Sonderregelung zu treffen, daraus ergibt, dass diese als gesamte Gruppe typischerweise keine ZE-Leistungen erbringen. Auch soweit sie berufsrechtlich daran nicht gehindert sind (vgl BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr 12](#) RdNr 19), gliedern diejenigen Zahnärzte, die eine Zulassung als Kieferorthopäde beantragen und erhalten, faktisch keinen Zahnersatz ein. Von dieser Annahme ist auch der Gesetzgeber des GMG ausgegangen (s Fraktionsentwurf-GMG, [BT-Drucks 15/1525 S 153](#) zu Art 2 Nr 7c; vgl auch Antwort der Bundesregierung, [BT-Drucks 15/2710 S 42](#)). Es liegen auch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass Kieferorthopäden neben kieferorthopädischen noch andere zahnärztliche Leistungen erbringen.

30

Die Gruppe der Kieferorthopäden im bedarfsplanungsrechtlichen Sinne besteht aus Zahnärzten, die nur für die Erbringung kieferorthopädischer Leistungen ermächtigt sind und keine prothetischen Leistungen erbringen dürfen, sowie aus Vertragszahnärzten für Kieferorthopädie, die theoretisch Zahnersatz eingliedern dürfen, das aber in der Realität nicht tun. Das Klientel der Kieferorthopäden im vertragszahnärztlichen Bereich besteht wegen der grundsätzlichen gesetzlichen Beschränkung des Anspruchs auf Versorgung mit kieferorthopädischen Leistungen auf Kinder und Jugendliche (vgl [§ 28 Abs 2 Satz 6 SGB V](#) zum - grundsätzlichen - Ausschluss des Anspruchs auf kieferorthopädische Behandlung für volljährige Versicherte) nahezu ausschließlich aus diesem Personenkreis. Die Annahme, gerade ein Kieferorthopäde, der sein eigentliches Leistungsangebot erwachsenen Versicherten überhaupt nicht zur Verfügung stellen kann, würde Versicherte im vierten und fünften Lebensjahrzehnt, in dem ein Bedarf an prothetischer Versorgung typischerweise auftritt, mit Zahnersatz versorgen, liegt so fern, dass der Gesetzgeber dem nicht Rechnung tragen musste.

31

Die Sonderrolle der Kieferorthopäden wird - wie der Senat bereits dargelegt hat (vgl [SozR 4-2500 § 85 Nr 27](#) RdNr 21) - auch dadurch bestätigt, dass für diese eine gesonderte Bedarfsplanung erfolgt. Nach Abschnitt D.1. der seinerzeit maßgeblichen, aufgrund der Ermächtigung des [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 9 SGB V](#) erlassenen "Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung" (Bedarfsplanungs-Richtlinien Zahnärzte - BedarfsplanungsRL-ZÄ) wurden die Verhältniszahlen, von denen bei der Ermittlung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades auszugehen ist, getrennt für die zahnärztliche und die kieferorthopädische Versorgung festgelegt (aaO Abs 1 Satz 1 und 2). Hieran hat sich auch durch die Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen im vertragszahnärztlichen Bereich nichts geändert (vgl hierzu § 4 Abs 2 und § 5 Abs 1 Satz 2 BedarfsplanungsRL-ZÄ vom 14.8.2007).

32

Eine ebensolche Situation ist indessen - wie dargelegt - bei der Gruppe der MKG-Chirurgen nicht gegeben.

33

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Danach hat der Kläger die Kosten des erfolglos eingelegten Rechtsmittels zu tragen ([§ 154 Abs 2 VwGO](#)). Eine Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, weil diese im Verfahren keine Anträge gestellt haben ([§ 162 Abs 3 VwGO](#), vgl [BSGE 96, 257 = SozR 4-1300 § 63 Nr 3](#), RdNr 16).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2011-04-26