

B 6 KA 12/14 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 11 KA 5060/05 Z

Datum
26.03.2010
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KA 13/10

Datum
02.10.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 12/14 R

Datum
10.12.2014
Kategorie
Urteil

Leitsätze

Die Punktzahlreduzierung für kieferorthopädische Leistungen bei der Neugestaltung des Bewertungsmaßstabs für kassenzahnärztliche Leistungen zum 1.1.2004 unter Berücksichtigung der abgesenkten Punktwerte für diesen Leistungsbereich war rechtmäßig.

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 2. Oktober 2013 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens mit Ausnahme der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Beigeladenen zu 2.

Gründe:

I

1

Streitig ist die Höhe des vertragszahnärztlichen Honorars des Klägers im Quartal IV/2004.

2

Der Kläger nimmt als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil. Seine kieferorthopädischen Leistungen vergütete die beklagte Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) mit Honorarbescheid vom 8.3.2005 für das Quartal IV/2004 unter Anwendung des ab 1.1.2004 geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z). Im Quartal IV/2004 galten für die Vergütungsverteilung durch die Beklagte folgende Punktwerte (KCH = Kieferchirurgische Leistungen; PAR = Systemische Behandlung von Parodontopathien; KBR = Konservierende Behandlungen und Röntgenleistungen; KFO = Kieferorthopädische Leistungen; ZE = Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen):

VdAK AEV AOK IKK BKK Knappschaft

KCH/PAR/KBR 0,7858 0,7675 0,7260 0,7300 0,8000 0,7260

KFO 0,6495 0,6400 0,6340 0,6540 0,6550 0,6391

ZE 0,6495 0,6400 0,6340 0,6540 0,6550 0,6391

3

Den gegen diesen Honorarbescheid eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbeseid vom 16.9.2005 zurück. Zur Begründung der dagegen erhobenen Klage trug der Kläger vor, die Vergütung der KFO-Leistungen mit einem geringeren Punktwert als die KCH-Leistungen sei rechtswidrig. Die vom Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 ([BGBl I 2266](#)) in [§ 85 Abs 2b Satz 1 SGB V](#) angeordnete Absenkung der Punktwerte für kieferorthopädische Leistungen um 10 % könne nach der durch den BEMA-Z zum 1.1.2004 erfolgten Absenkung der Punktzahlen für diese Leistungen um etwa 19,8 % keinen Bestand mehr haben. Seit der Neurelationierung der Leistungen im BEMA-Z 2004 sei die Grundlage für die Differenzierung bei den Punktwerten entfallen. Ferner beruhe die Neubewertung der Leistungen in dem ab 1.1.2004 geltenden BEMA-Z auf einer falschen Datengrundlage. Der Bewertungsausschuss (BewA) habe für den Zeitaufwand jeweils einen Mittelwert zwischen den Ergebnissen von drei Studien gebildet, nämlich der Studie des Instituts der Deutschen

Zahnärzte (IDZ) zum arbeitswissenschaftlichen Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Leistungen - erstellt im Auftrag von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZÄBV) und Bundeszahnärztekammer -, der Studie der Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (BASYS) zur Bewertungsanalyse kieferorthopädischer Leistungen, erstellt im Auftrag des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden (BDK), und der Studie des Instituts für Funktionsanalyse im Gesundheitswesen (IFH) zur arbeitswissenschaftlichen Messung des Zeitbedarfs bei der Erbringung zahnärztlicher Leistungen, erstellt im Auftrag der Krankenkassen. Dabei habe er aber verkannt, dass sich die Studien bereits vom Design her grundlegend unterschieden, weshalb die Ergebnisse nicht vergleichbar seien.

4

Das SG hat mit Urteil vom 26.3.2010 die Klage abgewiesen. Sowohl die Regelungen des BEMA-Z als auch die Punktwerte, die bei der Honorarabrechnung der kieferorthopädischen Leistungen des Klägers für das Quartal IV/2004 zugrunde gelegt worden seien, seien rechtmäßig.

5

Das LSG hat mit dem angefochtenen Urteil die Berufung des Klägers zurückgewiesen. Sowohl die zu Lasten der Kieferorthopädie fortbestehenden Punktwertunterschiede zwischen den Leistungsbereichen als auch die durch den am 1.1.2004 in Kraft getretenen BEMA-Z erfolgten Punktzahlabsenkungen bei den kieferorthopädischen Leistungen seien mit höherrangigem Recht vereinbar. Die Punktwertunterschiede hätten ihre Rechtfertigung darin, dass sie im Wesentlichen gesetzliche Punktwertabsenkungen fortführten. Der Punktwert für kieferorthopädische Leistungen sei durch [§ 85 Abs 2b SGB V](#) in der Fassung des GSG um 10 % für das Jahr 1993 abgesenkt worden. Die weitere Punktwertanpassung sei auf der abgesenkten Basis vorzunehmen gewesen. Nach Art 15 Abs 1 Satz 2 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) seien die Punktwerte für kieferorthopädische Leistungen gegenüber 1997 um weitere 5 % abzusenken gewesen. Eine ausdrückliche Bestimmung, dass dieses abgesenkte Niveau Ausgangspunkt der Festlegung des Ausgabenvolumens für das Folgejahr sei, habe das GKV-SolG zwar nicht enthalten; sie sei jedoch wegen des Prinzips der Vorjahresanknüpfung auch entbehrlich gewesen.

6

Der Rechtsgrund für die Fortwirkung der Punktwertabsenkung sei nicht durch die Punktzahlabsenkung bei den kieferorthopädischen Leistungen im Zuge der Neufassung des BEMA-Z zum 1.1.2004 entfallen. Der durch das GSG eingefügte [§ 85 Abs 2b SGB V](#) bestimme in seinen Sätzen 3 und 4, dass der BewA "anstelle" der zum 1.1.1993 in Kraft tretenden Punktwertabsenkung eine "unterschiedliche Absenkung der Bewertungszahlen der einzelnen Leistungen" vornehmen dürfe, solange sichergestellt sei, dass die Absenkung insgesamt 10 % betrage. Ausweislich der Gesetzesmaterialien habe der Gesetzgeber es dem BewA nur ermöglichen wollen, anstelle der linearen Absenkung der Punktwerte differenzierte Veränderungen der Punktzahlen vorzunehmen. Der erweiterte Bewertungsausschuss (EBewA) sei bei der hier streitigen Neubewertung der zahnärztlichen Leistungen aber dem durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (GKV-RefG 2000) vom 22.12.1999 in [§ 87 Abs 2d SGB V](#) eingefügten Regelungsauftrag nachgekommen. Dieser spätere und umfassende, weil alle Leistungsbereiche betreffende Regelungsauftrag ([§ 87 Abs 2d SGB V](#)) werde durch die frühere und gegenständlich begrenzte Öffnungsklausel ([§ 85 Abs 2b Satz 3 SGB V](#)) nicht verdrängt.

7

Der EBewA habe den BEMA-Z entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ausgestaltet. Der Gesetzgeber habe Möglichkeiten zur Neubewertung insbesondere darin gesehen, Füllungsleistungen aufzuwerten und neue präventive Maßnahmen einzuführen, sowie den BEMA-Z zu Lasten von prothetischen Leistungspositionen, für die das Indikationsspektrum begrenzt werden sollte, sowie zu Lasten des nach bisherigen Zeitmessstudien deutlich überbewerteten kieferorthopädischen Bereichs umzustrukturieren. Die Neubewertung habe entsprechend einer ursachengerechten, zahnsubstanzschonenden und präventionsorientierten Versorgung und zudem - sowohl innerhalb der jeweiligen Leistungsbereiche (Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie) als auch in Relation zu den anderen Leistungsbereichen - gleichgewichtig erfolgen sollen. Bei der Beurteilung der Bewertungsrelationen habe der EBewA den Zeitfaktor als das mit Abstand wichtigste Kriterium angesehen; daneben hätten weitere Faktoren wie die psychophysische Belastung und betriebswirtschaftliche Aspekte Eingang gefunden. Die Umrelationierung sei auf der Basis der von Kassen- und von Zahnärzteseite vorgelegten Studien erfolgt, die allesamt auf Zeitmessungen unter Praxisbedingungen beruht hätten. Alle drei Studien hätten Zeitwerte zu den einzelnen BEMA-Z-Leistungen - entweder durch direkte Zeitmessung (IFH-Studie) oder durch die Kombination gemessener Therapieschritte (IDZ-/BASYS-Studie) geliefert. Bei unterschiedlichen Zeitwerten der Studien für dieselbe BEMA-Z-Leistung sei eine rechnerische Mittelwertbildung durchgeführt worden. Die Bewertung der Punktzahlen der einzelnen Leistungen sei in einem betriebswirtschaftlichen Eckwerte-Modell (BEM) erfolgt, das so konzipiert gewesen sei, dass es den einzelnen Leistungen möglichst verursachungsgerecht die entsprechenden Kosten zugeordnet habe. Bei dieser Berechnung seien nach Leistungsbereichen differenzierte bundesdurchschnittliche Punktwerte des Jahres 2002 zugrunde gelegt. Die mit dem BEM errechneten Punktzahlen seien schließlich im EBewA abgestimmt worden, wobei auch noch versorgungs- und präventionspolitische Aspekte Berücksichtigung gefunden hätten. Dies habe zu einer Absenkung der Punktzahlen in den Bereichen Zahnersatz um 8,3 %, Kieferorthopädie um 19,8 % und Parodontologie um 32,3 % geführt; dagegen sei bei den konservierend-chirurgischen Leistungen eine Aufwertung der Punktzahlen um 11,2 % erfolgt.

8

Der EBewA habe seinen Gestaltungsspielraum nicht dadurch überschritten, dass er bei der Neubewertung der zahnärztlichen Leistungen die Punktwertunterschiede zwischen den Leistungsbereichen berücksichtigt habe. Hätte er einen einheitlichen Punktwert für alle Leistungsbereiche zugrunde gelegt, hätte dies entsprechend geringere Punktzahlen für kieferorthopädische Leistungen zur Folge gehabt. Wären dann nicht auf dieser Basis in den KZÄV-Bezirken die Punktwerte im Bereich Kieferorthopädie an diejenigen in den anderen Leistungsbereichen angeglichen worden, hätte dies zu einer nicht intendierten Schlechterstellung der kieferorthopädischen Leistungen geführt und die vom Gesetzgeber des GKV-RefG 2000 ausdrücklich verlangte Gleichgewichtigkeit zwischen den Leistungsbereichen wäre nicht erreicht worden. Die Angleichung der Punktwerte hätte der EBewA nicht verbindlich anordnen können, da ihm dafür die Kompetenz

fehle. Es sei nicht zwingend geboten gewesen, der Neubewertung der zahnärztlichen Leistungen einen einheitlichen Punktwert für alle Leistungsbereiche zugrunde zu legen. Der EBewA habe lediglich die damals geltende Rechtslage fortgeschrieben, die von gesetzlich angeordneten Punktwertabsenkungen zur Korrektur der Bewertungsrelation des BEMA-Z geprägt gewesen sei. Der Gesetzgeber habe mit der Absenkung der Degressionsgrenzen in [§ 85 Abs 4b Satz 1 SGB V](#) das Vorgehen des EBewA bestätigt.

9

Auch bei der Auswertung der von ihm herangezogenen Zeitmessstudien habe der EBewA seinen Gestaltungsspielraum nicht überschritten. Geboten sei bei der Arbeitszeit nicht eine wissenschaftlich exakte Ermittlung realer Verhältnisse, sondern eine so weitgehende empirisch fundierte Annäherung an die Wirklichkeit, wie sie mit noch vertretbarem Aufwand möglich erscheine, zumal in Anbetracht der vom Gesetzgeber gesetzten kurzen Fristen. Gemessen an diesen Maßstäben sei nicht zu beanstanden, dass der EBewA die Studien trotz Unterschieden in Studiendesign, Methodik und Datenerhebung der Neubewertung der zahnärztlichen Leistungen zugrunde gelegt hat. Bei allen drei Zeitmessstudien seien Erhebungen unter Praxisbedingungen erfolgt. Aufgrund des Ansatzes von IDZ- und BASYS-Studie hätten mithilfe der einzelnen Therapieschritte auch Zeiten für Behandlungsleistungen ermittelt werden können, die nicht explizit im BEMA-Z aufgeführt gewesen seien. Aus diesen drei Studien hätten empirische fundierte Aussagen über die zahnärztliche Arbeitszeit abgeleitet werden können.

10

Ebenso wenig sei zu beanstanden, dass der EBewA bei Zeitabweichungen zwischen den Studien Mittelwerte gebildet habe. Hierdurch seien die Kieferorthopäden begünstigt worden. Die Arbeitszeitwerte hätten nämlich bei der IDZ-Studie im Schnitt um 40 % höher gelegen als diejenigen der IFH-Studie, die wiederum die in der BASYS-Studie ermittelten Werte im Schnitt um 32 % überstiegen hätten. Hätte der EBewA allein die Werte der von Zahnärzteseite vorgelegten Studien (IDZ und BASYS) zugrunde gelegt, hätte er im Bereich Kieferorthopädie deutlich geringere Arbeitszeiten berücksichtigen müssen. Der Vorwurf des Klägers, die IDZ-Studie sei für die Zahnärzteschaft in Deutschland mangels Zufallsauswahl der Teilnehmer nicht repräsentativ, gehe an deren zentraler Studienidee vorbei, weil nicht interessiert habe, wie bestimmte Zeitwerte oder Beanspruchungsprofile in der Gesamtheit der Zahnärzte interindividuell verteilt seien, sondern nur das zahnmedizinische Leistungsgeschehen selbst (qualitative Repräsentativität).

11

Die erst bei der abschließenden Beschlussfassung des EBewA vorgenommene Reduzierung der Bewertung einzelner Leistungspositionen - nämlich der Nr 126a und 126b BEMA-Z - lasse nicht den Schluss auf die Rechtswidrigkeit der gesamten Neufassung des BEMA-Z zu.

12

Es bestünden auch keine verfassungsrechtlichen Bedenken. Die Rechtsetzungskompetenz, die der Bund aufgrund [Art 74 Abs 1 Nr 12 GG](#) für die gesamte Sozialversicherung und damit auch für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) habe, schließe die Befugnis ein, die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung der Versicherten zu regeln. Auch materiell stelle § 87 Abs 2d (jetzt Abs 2h) SGB V eine verfassungskonforme Regelung der Berufsausübung der Vertragszahnärzte im Sinne von [Art 12 Abs 1 Satz 2 GG](#) dar.

13

Schließlich greife auch der Einwand des Klägers nicht durch, der EBewA hätte einen neuen BEMA-Z nicht erlassen dürfen, weil der alte BEMA-Z von keiner Bundesmantelvertragspartei gekündigt noch sonst irgendwie außer Kraft gesetzt worden sei. Der EBewA sei aufgrund seiner Beobachtungs- und Reaktionspflicht zur Änderung eines geltenden BEMA-Z berechtigt.

14

Zur Begründung der hiergegen eingelegten Revision trägt der Kläger vor, der Beigeladene zu 3. habe seinen Gestaltungsspielraum dadurch überschritten, dass er bei der Neubewertung der zahnärztlichen Leistungen die Punktwertunterschiede zwischen den Leistungsbereichen aufgrund der früheren gesetzlichen Punktwertabsenkung berücksichtigt habe. Dies habe zur Folge, dass das wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander nicht mehr allein durch die Punktzahlen, sondern auch durch das bereichsspezifische Punktwertniveau und damit durch tatsächliche und Veränderungen unterliegende Umstände bestimmt werde. Damit könne der BEMA-Z seinen Zweck als System der autonomen Leistungsbewertung nicht mehr erfüllen. Mit der Veränderung des Durchschnittspunktwertes verändere sich nunmehr auch das wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander. Der EBewA habe auch nicht deshalb die Punktwerte in die Bewertung der Innenrelation einbeziehen dürfen, weil er keine gleichen Punktwerte anordnen könne. Er habe davon ausgehen können, dass eine Angleichung der Punktwerte stattfinden würde, wenn er die Neurelationierung auf der Grundlage gleicher Punktwerte angenommen hätte.

15

Der Kläger beantragt, die Urteile des Sächsischen Landessozialgerichts vom 2. Oktober 2013 und des Sozialgerichts Dresden vom 26. März 2010 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung ihres Bescheides vom 8. März 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. September 2005 zu verpflichten, über den Honoraranspruch des Klägers für das Quartal IV/2004 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

16

Die Beklagte und die Beigeladene zu 1. sowie der Beigeladene zu 3., dieser schriftsätzlich, beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

17

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend. Der BewA sei nicht gehindert, auch tatsächliche Verhältnisse zu berücksichtigen. Das werde etwa in der Rechtsprechung zu Abstaffelungsregelungen deutlich. Die Bewertungsrelationen zwischen den einzelnen Leistungen ergäben sich nach wie vor allein aus dem BEMA-Z.

II

18

Die Revision des Klägers ist unbegründet. Die Vorinstanzen haben die auf zusätzliches vertragszahnärztliches Honorar gerichtete kombinierte Anfechtungs- und Bescheidungsklage (vgl dazu BSG [SozR 4-1500 § 92 Nr 2](#) RdNr 7, 12) zu Recht abgewiesen.

19

Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers auf Vergütung seiner vertragszahnärztlichen Leistungen ist [§ 85 Abs 4 SGB V](#) (hier anzuwenden in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der GKV (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#)). Danach verteilt die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung die Gesamtvergütungen an die Vertrags(zahn)ärzte. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertrags(zahn)ärzte zugrunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zugrunde zu legen. Das Nähere zu Art und Umfang der abrechnungsfähigen Leistungen ist im BEMA-Z bestimmt. Die Beklagte hat hier zu Recht der Honorarabrechnung den seit dem 1.1.2004 geltenden BEMA-Z zugrunde gelegt. Die dort vorgenommenen Bewertungen der kieferorthopädischen Leistungen sind nicht zu beanstanden.

20

1. Der Senat hat sich bereits in seinem Urteil vom 16.12.2009 - [B 6 KA 10/09 R](#) (SozR 4-2500 § 85 Nr 48) im Zusammenhang mit der Bewertung der unterschiedlichen Grenzwerte im Rahmen der Degressionsregelung für Kieferorthopäden und übrige Zahnärzte mit der Neubewertung der Leistungen zum 1.1.2004 befasst, ohne zu ihrer Rechtmäßigkeit eine abschließende Beurteilung zu treffen. In dem Urteil ist dargestellt (aaO RdNr 17), dass der BewA vom Gesetzgeber durch [§ 87 Abs 2d](#) - jetzt Abs 2h - Satz 2 SGB V in der Fassung des GKV-RefG 2000 vom 22.12.1999 ([BGBl I 2626](#)) den Auftrag erhalten hatte, die im BEMA-Z enthaltenen Leistungen neu zu bewerten. Die zahnärztlichen Leistungen waren nach [§ 87 Abs 2d Satz 2 SGB V](#) entsprechend einer ursachengerechten, zahnschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Grund für den Auftrag zur Neubewertung war nach der Begründung zum Gesetzentwurf der Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum GKV-RefG 2000 ([BT-Drucks 14/1245 S 73](#) zu [§ 87 Abs 2d SGB V](#)), dass der zahnärztliche Bewertungsmaßstab in wesentlichen Teilen nach wie vor auf der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner aus dem Jahre 1962 basierte, sodass eine Anpassung an neue wissenschaftliche Gegebenheiten und an den allgemeinen zahnmedizinischen Fortschritt, insbesondere eine stärkere Orientierung hin zu präventiven und zahnerhaltenden Maßnahmen, notwendig erschien. Möglichkeiten zur Neubewertung sah der Gesetzgeber insbesondere darin, Füllungsleistungen aufzuwerten und neue präventive Maßnahmen einzuführen, sowie den BEMA-Z zu Lasten von prothetischen Leistungspositionen, für die das Indikationsspektrum begrenzt werden sollte, sowie zu Lasten des nach bisherigen Zeitmessstudien deutlich überbewerteten kieferorthopädischen Bereichs umzustrukturieren (vgl [BT-Drucks 14/1245 S 73](#) zu [§ 87 Abs 2d SGB V](#); zur Überbewertung kieferorthopädischer Leistungen s schon [BSGE 78, 185](#), 187 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 13](#) S 86 mwN). Bei der Neubewertung der Leistungen hatte der BewA insbesondere die erforderliche Arbeitszeit als maßgebliches Kriterium zu berücksichtigen, da der Zeitfaktor aufgrund der bisherigen Erfahrungen als das mit Abstand wichtigste Kriterium für die Beurteilung der Bewertungsrelationen anzusehen ist (BT-Drucks aaO). Dabei war auch zu berücksichtigen, ob die Leistungen durch den Vertragszahnarzt selbst oder ganz bzw überwiegend durch ausgebildetes Praxispersonal erbracht werden (vgl BT-Drucks aaO), da Letzteres eine geringere Bewertung der Leistung rechtfertigt (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 48 RdNr 17).

21

Der nach Anrufung des EBewA durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nach [§ 85 Abs 2d Satz 4 SGB V](#) von jenem am 3./4.6.2003 und 5.11.2003 beschlossene und am 1.1.2004 in Kraft getretene (s Nr 6 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen zum BEMA-Z nF) neue BEMA-Z beinhaltet ua eine Punktzahlreduzierung für kieferorthopädische Leistungen in Höhe von ca 20 %. Dieser Punktzahlreduzierung entspricht die Absenkung der degressionsfreien Gesamtpunktmenge bzw der Degressionsstufen für Kieferorthopäden in [§ 85 Abs 4b Satz 1 SGB V](#) (Begründung zum Gesetzentwurf zum GMG, [BT-Drucks 15/1525 S 102](#) "Zu Buchstabe j"). Der Senat hat daraus, dass die Degressionsstufen für Kieferorthopäden im selben Ausmaß abgesenkt wurden wie die Leistungsbewertungen, gefolgert, dass sich für Kieferorthopäden aus der Änderung der Degressionsregelungen des [§ 85 Abs 4b Satz 1 SGB V](#) keine über die Punktzahlreduzierung an sich hinausgehenden Nachteile ergaben, weil sie weiterhin die gleiche Anzahl an Leistungen degressionsfrei erbringen könnten wie vor der Neuregelung der Degressionsgrenzen. Dass die Degression schon bei einem - im Vergleich zum Jahre 2003 - geringeren Umsatz aus kieferorthopädischer Tätigkeit eingreife, sei letztlich allein Folge der Absenkung der Leistungsbewertungen (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 48 RdNr 18).

22

2. Der EBewA war nicht deshalb an einer Neubewertung - und der damit verbundenen Abwertung - der kieferorthopädischen Leistungen gehindert, weil für diese Leistungen niedrigere Punktwerte als für die übrigen zahnärztlichen Leistungen bestehen. Das LSG hat zu Recht ausgeführt, dass kein Verhältnis der Alternativität - entweder Punktzahlreduzierung im BEMA-Z oder Punktwertabsenkung im Honorarverteilungsmaßstab - bestand. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GSG vom 21.12.1992 sah in [§ 85 Abs 2b SGB V](#) vor, dass die am 31.12.1991 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen zum 1.1.1993 um 20 vH abgesenkt und für die Jahre 1993, 1994 und 1995 festgeschrieben werden sollten ([BT-Drucks 12/3209 S 7](#)). In der Begründung war dazu ausgeführt, dass die Absenkung der Punktwerte für Regelleistungen beim Zahnersatz einen notwendigen Beitrag der Zahnärzte zur

Erhaltung der Beitragsstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung darstelle und dass dadurch gleichzeitig eine gleichgewichtigere Bewertungsrelation zwischen zahnerhaltenden und prothetischen Leistungen im kassenzahnärztlichen Bewertungsmaßstab hergestellt werde ([BT-Drucks 12/3209 S 47](#)). Im GSG-Entwurf in der Fassung des Antrags der Fraktionen von CDU/CSU, SPD und FDP vom 5.11.1992 war folgende Fassung der Vorschrift vorgesehen: "Die am 31. Dezember 1992 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und bei kieferorthopädischer Behandlung werden zum 1. Januar 1993 für die Dauer eines Kalenderjahres um 10 vom Hundert abgesenkt. Ab dem 1. Januar 1994 erfolgt die Anpassung auf der abgesenkten Basis." In der Begründung wurden erneut der notwendige Beitrag der Zahnärzte zur Erhaltung der Beitragsstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Schaffung von gleichgewichtigeren Bewertungsrelationen zwischen zahnerhaltenden und prothetischen sowie kieferorthopädischen Leistungen erwähnt. Zur kieferorthopädischen Behandlung hieß es ausdrücklich: "Auch nach der Umstrukturierung sind - gemessen an einer gleichgewichtigen Bewertung - prothetische Leistungen um 24,5 % und kieferorthopädische Leistungen um 28 % zu hoch bewertet" ([BT-Drucks 12/3608 S 87](#)). Diese von den Fraktionen vorgeschlagene Fassung ist mit einer geringfügigen Modifikation durch den 15. Ausschuss ([BT-Drucks 12/3930 S 26](#)) Gesetz geworden, ohne dass sich im Ausschussbericht Hinweise zur Begründung der Regelung bzw zu der vom Ausschuss vorgenommenen Modifikation finden. Angesichts dieses Materialienbefundes hat der Senat der Gesetzesbegründung hinreichend deutlich zwei Regelungsziele des Gesetzgebers entnommen, nämlich einen Beitrag der Zahnärzte zur Beitragsstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung und eine Korrektur der vom Gesetzgeber als unbefriedigend angesehenen Bewertungsrelationen zwischen konservierend-chirurgischen Zahnerhaltungsmaßnahmen und Leistungen der Prothetik bzw der Kieferorthopädie. Beide Gesichtspunkte haben nach Auffassung des Senats die Punktwertabsenkung getragen, die sich als verfassungskonforme Regelung der Berufsausübung der Vertragszahnärzte iS von [Art 12 Abs 1 Satz 2 GG](#) erweist ([BSGE 78, 185, 187 ff](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr 13 S 86 ff](#)).

23

Das LSG hat zutreffend ausgeführt, dass der durch das GSG eingefügte und inzwischen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011 ([BGBl I 2983](#)) aufgehobene [§ 85 Abs 2b Satz 3 SGB V](#) zwar vorsah, dass der BewA anstelle der zum 1.1.1993 in Kraft tretenden Absenkung nach Satz 1 eine unterschiedliche Absenkung der Bewertungszahlen der einzelnen Leistungen vornehmen könne. Von dieser Möglichkeit hat der BewA indes zum damaligen Zeitpunkt keinen Gebrauch gemacht. Vielmehr ist es zur beschriebenen und 1999 zu einer weiteren Punktwertabsenkung gekommen, die in der Folgezeit bis heute fortwirkt. Nach Art 15 Abs 1 Satz 2 GKV-SolG vom 19.12.1998 ([BGBl I S 3853](#)) durfte das Ausgabenvolumen für Zahnersatz und Kieferorthopädie für das Jahr 1999 die Gesamtheit der über die KZÄVen abgerechneten entsprechenden Vergütungen für das Jahr 1997 abzüglich 5 vH nicht überschreiten. Der Senat hat mit Urteil vom 14.12.2005 - [B 6 KA 25/04 R](#) - (USK 2005, 119) entschieden, dass wegen des Gebots der Vorjahresanknüpfung (vgl dazu zuletzt BSG Urteil vom 13.8.2014 - [B 6 KA 6/14 R](#) - zur Veröffentlichung in [SozR 4-2500 § 87a Nr 2](#) vorgesehen) für das Jahr 2000 an die abgesenkten Gesamtvergütungen anzuknüpfen war. Diese Fortwirkung der Punktwertabsenkung stand einer Neurelationierung des BEMA-Z nicht entgegen und wurde ihrerseits hierdurch nicht in Frage gestellt.

24

Rechtsgrundlage für die Neuordnung des BEMA-Z zum 1.1.2004 war nicht [§ 85 Abs 2b SGB V](#), sondern der durch das GKV-RefG 2000 vom 22.12.1999 ([BGBl I 2626](#)) eingefügte [§ 87 Abs 2d SGB V](#). Danach können die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für Zahnärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen zu Leistungskomplexen zusammengefasst werden (Satz 1). Die Leistungen sind entsprechend einer ursachengerechten, zahnsubstanzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten (Satz 2). Bei der Festlegung der Bewertungsrelationen war wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen (Satz 3). Kam eine Vereinbarung ganz oder teilweise bis zum 31.12.2001 nicht zu Stande, hatte das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich den erweiterten Bewertungsausschuss nach Abs 4 mit Wirkung für die Vertragsparteien anzurufen (Satz 4). Der erweiterte Bewertungsausschuss setzte mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von sechs Monaten die Vereinbarung fest (Satz 5). Durch diese Ermächtigungsgrundlage ist die Neuordnung des BEMA-Z gedeckt.

25

3. Voraussetzung für die Neugestaltung war nicht, dass der frühere BEMA-Z gekündigt oder aus anderen Gründen außer Kraft war. Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt nach [§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) (insoweit unverändert seit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20.12.1988, [BGBl I 2477](#)) den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen ([§ 87 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) idF des GRG, jetzt [§ 87 Abs 2 Satz 2 1. Halbsatz SGB V](#)). Bereits aus der hier normierten Beobachtungs- und Reaktionspflicht folgt, wie das LSG zutreffend ausgeführt hat, dass der BewA zur Vornahme von Änderungen bei den Bewertungen zahnärztlicher Leistungen berechtigt war (vgl [BSGE 78, 191, 196 f](#) = [SozR 3-2200 § 368i Nr 1 S 7 f](#) zu [§ 368g Abs 4 Satz 2 und 3 RVO](#)). Angesichts des in [§ 87 Abs 2d SGB V](#) formulierten gesetzlichen Auftrags, bis zum 31.12.2001 die zahnärztlichen Leistungen entsprechend einer ursachengerechten, zahnsubstanzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten, war der EBewA gemäß [§ 87 Abs 2d Satz 4 SGB V](#) gehalten, eine Neubewertung anhand der vom Gesetz genannten Kriterien vorzunehmen. Nachdem ein Beschluss des BewA innerhalb der Frist nicht zustande gekommen war, ging die Zuständigkeit auf den EBewA als Konfliktlösungsgremium (vgl dazu zuletzt BSG Urteil vom 13.8.2014 - [B 6 KA 46/13 R](#) - zur Veröffentlichung vorgesehen [SozR 4-5555 § 22 Nr 1 RdNr 32 f](#); [BSGE 111, 114](#) = [SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 43 f](#)) über. Dieser hat seinen bei der Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrags bestehenden Gestaltungsspielraum hier nicht überschritten.

26

4. Innerhalb der ihm erteilten Normsetzungsermächtigung ist dem BewA - wie auch dem EBewA - bei der Konkretisierung des Inhalts gesetzlicher Regelungen Gestaltungsfreiheit eingeräumt (vgl zuletzt [BSGE 111, 114](#) = [SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 28](#); [BSGE 105, 236](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 53, RdNr 26](#); BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 68 RdNr 27, 30](#) zu [§ 85 Abs 4a Satz 1](#) letzter Teilsatz SGB V aF; [BSGE 78, 191, 196](#) = [SozR 3-2200 § 368i Nr 1 S 7](#)). Das Maß der Gestaltungsfreiheit richtet sich nach dem Wesen der Ermächtigungsvorschrift und der ihr

zugrundeliegenden Zielrichtung (vgl. [BSGE 106, 56](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 54, RdNr 21). Nach ständiger Rechtsprechung des Senats sind die auf der Grundlage des [§ 87 SGB V](#) von den Bewertungsausschüssen vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstäbe wegen ihrer spezifischen Struktur und der Art ihres Zustandekommens nur beschränkt der gerichtlichen Überprüfung zugänglich. Durch die personelle Zusammensetzung der - paritätisch mit Vertretern der Ärzte bzw Zahnärzte und Krankenkassen besetzten - Bewertungsausschüsse und den vertraglichen Charakter der Bewertungsmaßstäbe soll gewährleistet werden, dass die unterschiedlichen Interessen der an der vertragszahnärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und auf diese Weise eine sachgerechte inhaltliche Umschreibung und Bewertung der (zahn)ärztlichen Leistungen erreicht wird. Das vom BewA erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Die gerichtliche Kontrolle im Rahmen von Inzidentprüfungen ist daher im Wesentlichen darauf beschränkt, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt hat (vgl. zuletzt BSG Urteil vom 13.8.2014 - [B 6 KA 46/13 R](#) - zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR 4-5555 § 22 Nr 1 RdNr 32 f; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 86; [BSGE 83, 218](#), 220 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 21](#) S 109; [BSGE 79, 239](#), 245 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 14](#) S 53; [BSGE 78, 98](#), 107 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 12](#) S 43; BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 13 RdNr 29; BSG [SozR 4-2500 § 75 Nr 8](#) RdNr 16; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 36; BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr 5](#) S 23). Der dem BewA in [§ 87 Abs 2 SGB V](#) übertragene Gestaltungsauftrag erschöpft sich nicht in der Aufstellung eines reinen Leistungs- und Bewertungskataloges unter medizinischen, betriebswirtschaftlichen oder sonstigen Gesichtspunkten, sondern schließt die Befugnis ein, über die Beschreibung und Bewertung der (zahn)ärztlichen Verrichtungen das Leistungsverhalten der (Zahn-)Ärzte steuernd zu beeinflussen (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 9](#) RdNr 19; [BSGE 88, 126](#), 129 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 29](#) S 147, mwN; s auch BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 3](#) RdNr 14). Dabei hat die Steuerung des Leistungsverhaltens immer über die Beschreibung und Bewertung der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungen zu erfolgen (vgl. [BSGE 78, 98](#), 105 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 12](#) S 41).

27

a) Gemessen an diesen Maßstäben ist die Umsetzung des gesetzlichen Regelungsauftrags nicht zu beanstanden. Die Vertragsparteien haben sich zunächst darauf verständigt, dass eine "große Lösung" im Sinne einer umfassenden Neudefinition von Leistungen nicht in Betracht kam, weil eine solche Reform nicht kostenneutral durchzuführen gewesen wäre. Um eine Erhöhung der Gesamtpunktmenge und der Ausgaben zu vermeiden, wurde eine Punktsummen- und Ausgabenneutralität vereinbart. Dem sollte eine Zeitsummenneutralität entsprechen. Im Rahmen einer "mittleren Lösung" wurden sodann einige Leistungspositionen neu aufgenommen, andere gestrichen und insgesamt eine Umrelationierung vorgenommen. Soweit die vom Gesetz vorgeschriebene Orientierung an Zahnerhaltung und Prävention ihren Ausdruck in der Umrelationierung fand, führte dies entsprechend der gesetzgeberischen Intention zu einer geringeren Bewertung der kieferorthopädischen Leistungen.

28

b) Dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Ansatz entsprechend sah der EBewA den Zeitfaktor als maßgebliches Kriterium für die Neurelationierung an. Dass der EBewA dieses Kriterium auf der Grundlage der Studien von IFH, IDZ und BASYS bewertet hat, ist nicht zu beanstanden. Er wäre zwar nicht gehindert gewesen, eigene Studien zur Zeitmessung erstellen zu lassen, wie dies die Gesetzesbegründung auch nahelegt ([BT-Drucks 14/1245 S 73](#): "z.B. durch eine neue wissenschaftliche Zeitmessstudie, die im Auftrag des Bewertungsausschusses erstellt wird"). Angesichts der bereits vorliegenden Studien, die von den Vertragspartnern im EBewA, den Krankenkassen (IFH) einerseits und den Zahnärzten und Kieferorthopäden (IDZ und BASYS) andererseits, in Auftrag gegeben worden waren, durfte der EBewA - nicht zuletzt im Hinblick auf den engen zur Verfügung stehenden Zeitrahmen - auf eigene Erhebungen verzichten und das vorhandene Datenmaterial verwerten. Dass den Studien unterschiedliche Konzepte zugrunde lagen, steht dem nicht entgegen. Das LSG hat zu Recht darauf hingewiesen, dass Gegenstand aller Studien Zeitmessungen unter Praxisbedingungen waren. Der Unterschied bestand darin, dass die IFH-Studie, an der 51 Zahnarztpraxen aus 11 Bundesländern teilnahmen, in erster Linie BEMA-Z-Leistungspositionen abbildete, während die IDZ-Studie unabhängig vom BEMA-Z einzelne Therapieschritte zu bestimmten Behandlungsanlässen untersucht hat. In beiden Studien erfolgte die Messung durch zahnärztlich ausgebildete Fremdbeobachter. In der IFH-Studie wurde die Zeit in Minuten, in der IDZ-Studie in Sekunden gemessen. Das methodische Konzept der IDZ-Studie war so, dass für alle Dienstleistungen des Zahnarztes sowohl Daten zur Zeitdauer als auch zum subjektiven Anstrengungsgrad (Konzentration und körperliche Belastung) dokumentiert werden sollten. Ausgehend von 27 Behandlungsanlässen wurden 400 Therapieschritte gemessen, die zu bestimmten Leistungspositionen zusammengesetzt werden konnten. An der Studie nahmen 56 Zahnärzte aus 4 Regionen teil - Hamburg/Stuttgart/München/Dresden -, die nach soziodemografischen Quotierungsmerkmalen aus 143 Projektinteressierten rekrutiert worden waren. Kieferorthopäden waren nicht einbezogen, weil diese Teilgruppe gesondert in der vom BDK in Auftrag gegebenen BASYS-Studie untersucht wurde. Nach Abschluss der Studie wurden in einer Arbeitsgruppe der KZÄBV die gemessenen Therapieschritte in die Leistungsbeschreibungen des BEMA-Z im Sinne eines Baukastensystems übersetzt. Auf diese Weise konnten für 70 % der zahnmedizinischen Behandlungen Zeitwerte entsprechend der BEMA-Z-Positionen festgelegt werden. Für BEMA-Z-Leistungen, die nicht unmittelbar rekonstruiert werden konnten, wurden sog Analogkonstrukte gebildet. Die BASYS-Studie orientierte sich als Ergänzungsstudie im Design an der IDZ-Studie. An ihr nahmen 16 kieferorthopädische Praxen teil, die aus einem Pool von 433 Kieferorthopäden nach Alter, Geschlecht und Region ausgewählt wurden.

29

Das LSG ist zutreffend davon ausgegangen, dass sowohl die IFH- als auch die IDZ-/BASYS-Studie jedenfalls verwertbare empirische Daten lieferten. In allen Untersuchungen wurden unter Praxisbedingungen Messungen von fachkundigen Personen vorgenommen. Die Einbeziehung von Daten, die sich nicht an BEMA-Z-Positionen orientierten, war bereits deshalb sinnvoll, wenn nicht unverzichtbar, weil es auch um die Datengewinnung für die Bewertung neuer Leistungspositionen ging. Zudem konnte auf diese Weise der bisher für die BEMA-Z-Leistungen zugrunde gelegte Zeitaufwand kritisch überprüft werden. Immerhin 70 % der BEMA-Z-Leistungen konnten ohne Weiteres anhand der in der IDZ-Studie untersuchten Therapieschritte abgebildet werden. Der Zeitaufwand für die übrigen Leistungen konnte im Wege eines Baukastensystems aus den gemessenen Therapieschritten ermittelt werden. Es kann offenbleiben, ob eine exakte Bestimmung des Zeitaufwandes für eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Leistung überhaupt möglich ist. In aller Regel wird es nur um Näherungswerte gehen, weil die Dauer der Leistungserbringung von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren im Einzelfall abhängig ist. Für die Rechtmäßigkeit der Festsetzungen des EBewA ist aber auch nicht erforderlich, dass der erforderliche zeitliche Aufwand wissenschaftlich exakt wiedergespiegelt wird (vgl. BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 48 RdNr 30).

30

Soweit der Kläger bemängelt, die Teilnehmer an den Studien seien nicht nach dem Zufallsprinzip ausgewählt worden, beeinträchtigt dies die Verwertbarkeit der Daten nicht. Das LSG hat zu Recht darauf verwiesen, dass es nicht um die Ermittlung einer quantitativen Verteilung der Leistungen in der Zahnärzteschaft, sondern um qualitative Aspekte des zahnärztlichen Leistungsgeschehens ging. Ziel war nicht eine repräsentative Stichprobenbildung, sondern eine empirische Dokumentation arbeitswissenschaftlicher Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Dienstleistungen. Zum anderen rekrutierten sich die Teilnehmer notwendig aus Freiwilligen, die wiederum nach Alter, Geschlecht, Praxisorganisation und soziodemographischer Zusammensetzung des Patientenkontingents ausgewählt wurden (s. Arbeitswissenschaftliche Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Dienstleistungen (BAZ II) S 71: "Das Stichprobenmodell" sowie S 299 Exkurs: Kieferorthopädische Ergänzungsstudie: "Auswahl der teilnehmenden Praxen; S 12 IFH-Studie: "Erhebungsumfang und Repräsentanz").

31

Das LSG hat zu Recht festgestellt, dass es sich bei der Heranziehung der Zeitmessungen nicht um Tatsachenfeststellungen, sondern um eine wertende Ermittlung in Umsetzung des Normsetzungsauftrags handelt, sodass eine gerichtliche Überprüfung nur daraufhin stattfindet, ob der EBewA sich in sachgerechter Weise an den vorliegenden Daten orientiert hat (vgl. zur Ermittlung von Kostensätzen BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 36, 37). In diesem Rahmen ist nicht zu beanstanden, dass der EBewA Mittelwerte aus den Studien gebildet hat, soweit die Zeitmessungen für bestimmte Leistungen auseinander gingen. Die IDZ- und die BASYS-Studien wichen erheblich von der IFH-Studie ab, die IDZ-Studie lag im Durchschnitt 40 % über der IFH-Studie, die BASYS-Studie lag 32 % unter der IFH-Studie. Die Bildung von Mittelwerten wirkte sich damit zugunsten der kieferorthopädischen Leistungen aus. Wäre allein die BASYS-Studie, die sich ausdrücklich zu den kieferorthopädischen Leistungen verhielt, berücksichtigt worden, hätten sich erheblich niedrigere Werte ergeben.

32

Es wurde im Übrigen auch kein schlichter Durchschnittswert zwischen zwei Messungen gebildet, sondern nach einem bestimmten Berechnungsverfahren eine Gewichtung vorgenommen. Um die "richtige" Zeit für eine zahnmedizinische Leistung zu ermitteln, wurde nach den Angaben des Beigeladenen zu 3. auf der Basis der IDZ-/BASYS-Studie sowie der IFH-Studie eine Tabelle mit den Zeitwerten für die einzelnen BEMA-Z Leistungen erstellt. Den einzelnen Leistungen wurde jeweils auch ihre Häufigkeit zugeordnet. Durch Multiplikation dieser Variablen ergab sich das Jahresbehandlungsvolumen zur Erbringung aller BEMA-Z-Leistungen in einem Jahr. Sodann wurde das Behandlungsvolumen aller Vertragszahnärzte für das entsprechende Jahr bestimmt. Hierzu wurde die Anzahl der Vertragszahnärzte mit dem Jahresarbeitszeitvolumen eines Zahnarztes, wie es im KZÄBV-Jahrbuch 2001 ausgewiesen gewesen sei, multipliziert. Die Auswertung dieser statischen Daten ergab ein Behandlungszeitvolumen für Patienten der GKV von 1200 Stunden pro Zahnarzt und Jahr. Nach der IFH-Studie war ein geringeres Jahresbehandlungszeitvolumen als 1200 Stunden, nach der IDZ-/BASYS-Studie ein geringfügig höheres Volumen erforderlich. Es fand daher eine Anhebung der IFH-Zeiten von 14,3 % und eine Absenkung der IDZ-/BASYS-Studien-Zeiten um 4,8 % auf den Wert von 1200 Behandlungsstunden pro Zahnarzt pro Jahr statt. Wie der Beigeladene zu 3. vor dem SG dargelegt hat, wurden die Zeitmessungen im Übrigen ergänzt durch eine Bewertung der Beanspruchungshöhe (geistig-informativ/körperlich-energetisch). Die Bewertung der Leistungen erfolgte sodann in einem eigens entwickelten betriebswirtschaftlichen Eckwerte-Modell. Das methodische Vorgehen in diesem Modell zur Ermittlung einer angemessenen Leistungsbewertung in Euro ist nicht zu beanstanden.

33

Dabei wurden als betriebswirtschaftliche Kosten für die zahnärztliche Behandlung die Summe aus steuerlichen Betriebsausgaben und kalkulatorischem Unternehmerlohn abzüglich der Kosten für Fremdlabor und Praxislabor zugrunde gelegt. Von den Kosten wurden 80 % der GKV-Praxis zugeordnet. Mithilfe eines Beanspruchungsfaktors (geistige und körperliche Beanspruchung) wurde für den kalkulatorischen Unternehmerlohn nicht nur die Arbeitszeit, sondern auch die Beanspruchung berücksichtigt, was sich zugunsten der Kieferorthopäden ausgewirkt hat. Soweit Materialeinzelkosten eine relevante Rolle spielten, etwa bei Brackets oder Bändern, wurde Datenmaterial des BDK verwendet. Spezifische Kostenzuschläge gab es etwa für Leistungen mit überproportional hohem Personalbedarf sowie für Röntgenleistungen. Die Addition der direkt zuzuordnenden Kosten, der bereinigten Praxiskosten und der leistungsspezifischen Kostenzuschläge ergab die Bewertung der einzelnen Leistung in Euro. Die Gesamtkosten in Euro waren die Basis für die Berechnung der BEMA-Z-Punktzahlen. Die Division der Gesamtkosten der einzelnen Leistung durch den bereichsspezifischen bundesdurchschnittlichen Punktwert ergab die Bewertung der Leistung in BEMA-Z-Punkten.

34

c) Dass der EBewA die Bewertung der Leistungen in diesem System unter Berücksichtigung des abgesenkten Punktwertes für die kieferorthopädischen Leistungen vorgenommen hat, ist ebenfalls rechtmäßig. Insofern entspricht die Festsetzung dem gesetzgeberischen Auftrag, die Leistungen gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Zwar obliegt dem BewA nur die Festlegung der Punktzahlen für die Bewertung einer Leistung, nicht aber die Festsetzung der Punktwerte. Eine solche Festsetzung hat der EBewA aber weder vorgenommen noch wäre er, wie das LSG zutreffend ausführt, rechtlich hierzu in der Lage gewesen. Der Wert einer nach Zeit- und Kostenaufwand bestimmten Leistung kann allerdings nicht losgelöst von seiner tatsächlichen Wertigkeit in Euro gesehen werden. Soll eine Neujustierung des Bewertungssystems insgesamt erfolgen, reicht es nur dann, die Punktzahlbewertung zu verändern, wenn von einem gleichen Punktwert auszugehen ist. Differieren hingegen die Punktwerte, bedarf es für die realistische Abbildung der Relation der Leistungen zueinander der Berücksichtigung beider Faktoren, der Punktzahl und des jeweiligen Punktwertes. Das LSG hat zu Recht darauf hingewiesen, dass bei Zugrundelegung eines gleichen Punktwertes für die zahnärztlichen und die kieferorthopädischen Leistungen die Punktzahlen für letztere noch weiter hätten abgesenkt werden müssen. Die Tabelle zu den Bewertungsrelationen für den Tarif "Kieferorthopädie" in der IFH-Studie (S 40a) belegt dies eindrücklich. Für fast alle dort aufgeführten Leistungen wären bei Zugrundelegung eines gleichen Punktwertes zwischen 1 und 6 Punkte weniger anzusetzen gewesen als bei Zugrundelegung eines ungleichen Punktwertes. Zwar ist Folge der Berücksichtigung des Punktwertes, dass sich das wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander nicht mehr allein aus der Punktzahlbewertung ergibt, wie § 87 Abs 2 Satz 1 SGB V dies vorsieht. Dies gilt allerdings nur, wenn man das gesamte zahnärztliche Leistungsspektrum betrachtet, nicht für die Leistungen in dem gesonderten

Bereich der Kieferorthopädie, der in der Honorierung auch schon durch die gesetzlich angeordneten Punktwertabsenkungen einen Sonderstatus im zahnärztlichen Versorgungsbereich einnimmt. In diesem Bereich wurde - betrachtet man ihn isoliert - gleichmäßig ein einheitlicher Punktwert berücksichtigt. Da der Gesetzgeber in diesem Bereich an der Absenkung des Punktwertes festgehalten hat, konnte eine Vergleichbarkeit mit den übrigen Leistungen aus dem zahnärztlichen Bereich nur unter Berücksichtigung dieses Umstandes herbeigeführt werden.

35

Der EBewA hat seinen Gestaltungsspielraum auch nicht dadurch überschritten, dass er dabei den bereichsspezifischen bundesdurchschnittlichen Punktwert, ermittelt durch Gewichtung der kassenspezifischen Punktwerte über alle KZÄVen mit den jeweiligen Punktmengen, zum Maßstab genommen hat. Soweit der Kläger bemängelt, dass damit die Bewertung auf außerhalb des BEMA-Z liegende Umstände aufbaue, trifft dies zwar zu. Der Beigeladene zu 3. hat damit nicht etwa ähnlich einer dynamischen Verweisung (vgl dazu zuletzt BSG Urteil vom 19.2.2014 - [B 6 KA 38/12 R](#) - SozR 4-2500 § 135 Nr 20 RdNr 30) Regelungen der Honorarverteilung zum Inhalt des BEMA-Z gemacht. Er hat vielmehr seine Bewertung auf tatsächliche Umstände gestützt, die naturgemäß Veränderungen unterworfen sind. Eine solche Bezugnahme ist solange unschädlich, wie sich diese Veränderungen in so engen Grenzen halten, dass keine wesentliche Verschiebung der Relationen erfolgt, die eine Neubewertung geboten erscheinen lassen. Das ist hier der Fall. Wie der Beigeladene zu 3. in seiner Revisionserwidmung dargelegt hat, betrug der Punktwertabstand zwischen dem KCH- und dem KFO-Bereich auf der Basis der Punktwerte aller KZÄVen und aller Krankenkassen bei Gewichtung mit der Leistungsmenge im Basisjahr 2002 im Bundesdurchschnitt 17,4 % und im Jahr 2013 17,8 %. Die Punktwertrelation erfuhr damit in ihrer Entwicklung keine signifikante Veränderung. Zwar differierte der Punktwertabstand stark zwischen den alten (18,9 %) und den neuen (12,5 %) Bundesländern, von dem vergleichsweise hohen Durchschnittspunktwert in den neuen Bundesländern war der Kläger aber nur begünstigt. Im Übrigen könnte ein "Auseinanderdriften" der Relationen zwischen KCH- und KFO-Bereich allenfalls eine verstärkte Beobachtungs- und Reaktionspflicht des Beigeladenen zu 3. begründen, Zweifeln an der Validität der von ihm zugrunde gelegten Daten zeitnah und in erforderlichem Umfang nachzugehen (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 70 RdNr 38).

36

5. Mit dem Einwand, Kieferorthopäden würden verfassungswidrig benachteiligt, weil sie keine Möglichkeit hätten, etwaige Verluste durch eine Verlagerung ihrer Tätigkeit auszugleichen, hat sich der Senat bereits in seinem Urteil vom 8.5.1996 ([BSGE 78, 191](#), 199 = [SozR 3-2200 § 368i Nr 1](#) S 10; vgl auch BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 48 RdNr 20, 27) beschäftigt und ausgeführt, dass der Gesetzgeber nicht gehalten sei, einer Berufsgruppe, deren Honoraransprüche eingeschränkt würden, die Möglichkeit zu geben, ihre Einbußen durch die Chance von Einkommenszuwächsen in anderen Leistungsbereichen auszugleichen. Er ist nicht gehindert, darauf hinzuwirken, dass bei unverändertem Leistungsverhalten Kieferorthopäden für die Behandlung von Versicherten der GKV schlechter honoriert werden als zuvor. Eine Grenze hat der Senat nur gesehen, wenn das Gebot der angemessenen Vergütung der vertrags(zahn)ärztlichen Leistungen verletzt wird. Diese Grenze ist ersichtlich nicht erreicht. Schon im Urteil des SG ([S 11 KA 5016/07 Z](#), Juris), das Gegenstand des Revisionsurteils vom 16.12.2009 - [B 6 KA 9/09 R](#) - ([MedR 2011, 179](#)) zur Punktwertdegression im Jahr 2006 war, war aufgezeigt worden, dass die Kieferorthopäden in Sachsen und der Kläger im Besonderen auch nach der Neurelationierung des BEMA-Z noch einen höheren Honorarumsatz als der Durchschnitt der Vertragszahnärzte in den neuen Bundesländern erzielt haben (Juris RdNr 31: Durchschnitt 2006: 168 308 Euro, Durchschnitt Kieferorthopäden in Sachsen: 173 261 Euro, Umsatz Kläger: 224 956 Euro). Im hier streitbefangene Quartal erzielte der Kläger ein Honorar aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit in Höhe von ca 126 000 Euro. Nach den von der Beklagten im Klageverfahren vorgelegten Zahlen sank der Umsatz der KFO-Praxen von 2005 bis 2008 zwar von 184 235 Euro je Praxis auf 170 023 Euro, allerdings bei einem gleichzeitigen Absinken der Fallzahlen von 2094 auf 1925. Im selben Zeitraum war auch eine, wenngleich geringfügige Verlagerung aus dem Bereich KFO in die Bereiche KCH, ZE und KBR zu verzeichnen.

37

Ebenfalls in der Entscheidung vom 8.5.1996 hat der Senat bereits den Vortrag beschieden, es habe einer Neurelationierung zu Lasten der Kieferorthopädie nach der Zielsetzung des Gesetzgebers nicht bedurft, weil die Kieferorthopädie der zahnschmerzschonendste Bereich überhaupt sei. Der Senat hat unabhängig davon, dass von der Absenkung des Honorars für kieferorthopädische Leistungen kein Anreiz für Kieferorthopäden ausgehen kann, vermehrt zahnerhaltende Leistungen zu erbringen, den Gesetzgeber als berechtigt angesehen, das von ihm für zu hoch gehaltene Vergütungsniveau kieferorthopädischer Leistungen insgesamt zu senken, auch um für zahnerhaltende Maßnahmen ein höheres Vergütungsvolumen zur Verfügung zu haben ([BSGE 78, 191](#), 199 = [SozR 3-2200 § 368i Nr 1](#) S 10).

38

6. Schließlich hat das LSG auch zu Recht ausgeführt, dass allein der Umstand, dass die Bewertung einzelner Leistungspositionen - hier der Nr 126a und 126b BEMA-Z - nicht nachvollzogen werden kann, die Rechtmäßigkeit des BEMA-Z nicht in Frage stellt. Nach der Rechtsprechung des Senats ist die Richtigkeit jedes einzelnen Elements in einem mathematischen, statistischen oder betriebswirtschaftlichen Sinne nicht Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit einer Gesamtregelung, für die es komplexer Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen bedarf (vgl [BSGE 100, 254](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 42](#), RdNr 19; [BSGE 88, 126](#), 136 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 29](#) S 155 f). Die Bewertung einzelner Leistungspositionen kann nicht isoliert, sondern stets nur im Kontext der Leistungsbewertungen insgesamt gesehen werden. Dies verdeutlicht nicht zuletzt die Aufspaltung der früher mit 33 Punkten bewerteten Nr 126 BEMA-Z (Eingliedern eines Bandes oder Brackets) in zwei Ziffern, was nicht nur zu einer Abwertung der Nr 126a BEMA-Z (Eingliedern eines Brackets) auf 18 Punkte, sondern auch zu einer Aufwertung der Nr 126b BEMA-Z (Eingliedern eines Bandes) auf 42 Punkte führte. Ausweislich der IFH-Studie war ein deutlicher Unterschied im Zeitaufwand für diese Leistungen festgestellt worden.

39

7. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung von [§ 154 Abs 2](#), [§ 162 Abs 3 VwGO](#). Eine Erstattung außergerichtlicher Kosten Beigeladener ist danach hinsichtlich der Beigeladenen zu 1. und 3. veranlasst; der Beigeladene zu 2. hat im Revisionsverfahren keinen Antrag gestellt (vgl [BSGE 96, 257](#) = [SozR 4-1300 § 63 Nr 3](#), RdNr 16).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2015-09-04