BUNDESSOZIALGERICHT

Im Namen des Volkes

Verkündet am
23. Mai 2007

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 16/06 R

L 4 KA 805/02 (Thüringer LSG)
S 12 KA 24/00 (SG Gotha)

.....,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte: ..... ,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen,
Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung,
   Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin,

2. Bewertungsausschuss bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
   Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 23. Mai 2007 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. W e n n e r und Dr. C l e m e n s sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. M e r z und Dr. K o r s c h a n o w s k i für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 7. Dezember 2005 wird zurückgewiesen.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Die Klägerin hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

1 Streitig ist die Höhe vertragsärztlichen Honorars.

2 Die klagende Gemeinschaftspraxis, die aus zwei Ärzten für Chirurgie bestand, wandte sich gegen die Honorarbescheide der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) für die Quartale III/1997 bis III/1999. Den Honorarbescheiden lag ua die zum 1.7.1997 in Kraft getretene Regelung des Abschnitts A I, Teil B des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) über die Praxisbudgets zugrunde. Für die Berechnung des dem einzelnen Vertragsarzt eingeräumten Praxisbudgets setzte der Bewertungsausschuss anhand bundesweiter Durchschnittswerte für jede Arztgruppe, die von der Regelung über die Praxisbudgets erfasst wurde, je Behandlungsfall zur Verfügung stehende Fallpunktzahlen fest, die nach Versichertengruppen gestaffelt waren (Nr 1.2 iVm Nr 1.5 aaO). Diese Fallpunktzahlen kamen jedoch nur zur Anwendung, wenn eine regionalisierte Vergleichsberechnung der Fallpunktzahlen einer Arztgruppe unter Heranziehung der in einer KÄV festzustellenden Abrechnungswerte nicht um mehr als 3 % abwich. Ansonsten traten an ihre Stelle die regionalisierten Fallpunktzahlen. Während für ihre Berechnung in den KÄV-Bezirken der alten Bundesländer für jede Fachgruppe jeweils ein Prozentsatz des Praxisumsatzes als Kostenanteil herangezogen wurde, legte der Bewertungsausschuss für die KÄV-Bezirke der neuen Bundesländer an die Stelle des Prozentsatzes einen Betriebsausgabensatz in DM-Beträgen fest. Grundlage hierfür waren die Praxiskosten der Arztgruppen in den alten Bundesländern abzüglich eines Abschlages von 12,5 %.

3 Die Klägerin beanstandete ua die Rechtmäßigkeit der Vorschriften des EBM-Ä über die Praxisbudgets und machte vor allem geltend, der Bewertungsausschuss sei nicht berechtigt gewesen, bei der Ermittlung der Fallpunktzahlen für die Arztgruppe der Chirurgen in den neuen Bundesländern von einem festen Kostensatz auszugehen; vielmehr hätte wie in den alten Bundesländern eine bestimmte Quote vom Umsatz als Betriebskosten veranschlagt werden müssen. Zudem sei der Kostensatz fehlerhaft festgesetzt worden. Es sei nicht gerechtfertigt, einen Abschlag von 12,5 vH von den tatsächlichen Praxiskosten in den alten Bundesländern vorzunehmen, da im gesamten Bundesgebiet vergleichbare Kostenstrukturen bestünden.

4 Widersprüche, die zur gemeinsamen Entscheidung verbundenen Klagen sowie die Berufung der Klägerin sind erfolglos geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat zur Begründung seiner Entscheidung im Wesentlichen ausgeführt, auf der Grundlage der Rechtsprechung des

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Bundessozialgerichts (BSG) zur Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses seien die Vorgaben über die Ermittlung der Praxisbudgets für die Chirurgen in den neuen Bundesländern nicht zu beanstanden. Das Ziel der Praxisbudgets, eine Stabilisierung der Punktwerte und damit letztlich eine angemessene Honorierung vertragsärztlicher Leistungen zu erreichen, stehe mit § 87 Abs 2 SGB V in Einklang. Im Hinblick auf die unterschiedliche Umsatz- und Kostenstruktur der vertragsärztlichen Praxen in Ost- und Westdeutschland im Bezugszeitraum 1994 habe der Bewertungsausschuss für die Ermittlung der Fallpunktzahlen der Praxisbudgets in den neuen Bundesländern auf feste Kostensätze abstellen dürfen und sei nicht gezwungen gewesen, dieselben Vomhundertsätze wie in den alten Bundesländern vorzuschreiben. Soweit für die Festlegung des festen Kostensatzes ein Abschlag von 12,5 vH auf die tatsächlichen durchschnittlichen Praxiskosten in den alten Bundesländern vorgenommen worden sei, trage das der unterschiedlichen Situation insbesondere im Bereich der Personalkosten Rechnung. Besondere Regelungen wegen des Investitionsbedarfs in den neuen Bundesländern und wegen des unterschiedlichen Anteils von Privatpatienten in den einzelnen KÄV-Bezirken hätten nicht getroffen werden müssen (Urteil vom 7.12.2005).

5 Mit ihrer Revision rügt die Klägerin eine Verletzung des aus Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG herzuleitenden Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit sowie des Gebotes leistungsproportionaler Honorarverteilung gemäß § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V. Die Vorgaben zur Berechnung der Fallpunktzahlen für die Gruppe der Chirurgen in den neuen Bundesländern seien mit höherrangigem Recht unvereinbar. Bereits der Ansatz eines festen Betriebskostenanteils stelle einen immanenten Systemfehler dar, der durch Besonderheiten der vertragsärztlichen Versorgung in den neuen Bundesländern nicht gerechtfertigt werde. Bei der Ermittlung der Fallpunktzahlen für jede Arztgruppe seien die Berechnungsfaktoren "durchschnittliches Arzteinkommen 1994", "durchschnittliche Fallzahl im jeweiligen KÄV-Bereich der Fachgruppe" und "Kostensatz" von entscheidender Bedeutung. Anders als in den alten Bundesländern sei in allen fünf neuen Bundesländern ein fester Betriebskostenanteil angesetzt worden, der sich für Chirurgen auf 197.000 DM pro Jahr belaufe. Damit sei trotz deutlicher Unterschiede bei Fallzahlen und Fallwerten in den einzelnen KÄVen der neuen Bundesländer eine einheitliche Grundlage für die Ermittlung der Fallpunktzahlen vorgegeben worden. Während in den alten Bundesländern die Praxisbudgets auf der Basis regionaler durchschnittlicher Arztgruppenumsätze ermittelt worden seien, sei in den neuen Bundesländern einheitlich auf einen bestimmten Betriebskostenanteil abgestellt worden. Durch den festen Kostensatz seien diejenigen Praxen begünstigt worden, deren Umsatz den bundesdurchschnittlichen Umsatz der Chirurgen unterschreite. Für umsatzstärkere Praxen ergebe sich dagegen eine erhebliche Benachteiligung. Mit dem Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 GG sei die Ungleichbehandlung der Vertragsärzte in den alten und in den neuen Bundesländern generell nicht vereinbar.

6 Nicht zu rechtfertigen sei, dass für die Ermittlung der Fallpunktzahlen in den neuen Bundesländern nicht wie bei der Regelung für die alten Bundesländer der tatsächliche durchschnittliche Praxiskostenbetrag aller chirurgischen Praxen zugrunde gelegt, sondern ein Abzug von 12,5 %

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

vorgenommen worden sei. Die zu 1. beigeladene Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÄBV) habe im Verlauf des gerichtlichen Verfahrens widersprüchliche Äußerungen zur Rechtfertigung dieses sog "Ostabschlags" abgegeben. Das Argument geringerer Personalkosten in den neuen Bundesländern, zu deren Beleg sich das Berufungsgericht auf die Tarifverträge für Arzthelferinnen bezogen habe, könne den "Ostabschlag" nicht rechtfertigen. Tatsächlich seien in den neuen Bundesländern die Arzthelferinnen in den meisten chirurgischen Praxen nach Westniveau vergütet worden. Schließlich hätte berücksichtigt werden müssen, dass wegen erheblich höherer Fallzahlen sowohl der Personal- als auch der Raumbedarf für chirurgische Praxen in den neuen Bundesländern größer als in den alten gewesen sei. Die besondere Benachteiligung der Chirurgen in den neuen Bundesländern zeige sich in dem massiven Absinken des Fallwertes von 91,64 DM im Jahre 1994 auf 66,46 DM im Jahre 1999.

7 Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 7.12.2005 und das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 10.7.2002 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale III/1997 bis III/1999 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 20.5.1998, 27.12.1999, 3.4.2000, 19.4.2000, 26.6.2000 sowie 4.10.2000 zu verurteilen, ihr - der Klägerin - Honorar im Hinblick auf die Praxisbudgets erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts festzustellen,
hilfsweise, die Sache an das Thüringer Landessozialgericht zurückzuverweisen.

8 Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

9 Sie hält das Berufungsurteil für zutreffend. Das BSG habe - bezogen auf die Gruppe der Hautärzte - bereits entschieden, dass die Festlegung der Kostensätze, die der Ermittlung der Fallpunktzahlen in den Praxis- und Zusatzbudgets zugrunde gelegen hätten, grundsätzlich mit höherrangigem Recht vereinbar sei. Die Vorgabe fester Kostensätze im Rahmen des Praxisbudgets für die Vertragsärzte in den neuen Bundesländern habe den Zweck verfolgt, die für die Berechnung der Fallpunktzahlen wichtigen Betriebskosten von den durchweg niedrigeren Umsätzen der Praxen in den neuen Bundesländern abzukoppeln. Die Festlegung in Gestalt fester Betriebsausgaben sei nicht willkürlich, sondern beruhe auf einer Analyse verschiedener Datenquellen. Der Abschlag von 12,5 % von den Betriebsausgaben der Praxen in den alten Bundesländern berücksichtige, dass die Tarifgehälter in den neuen Bundesländern erheblich geringer gewesen seien als in den alten Bundesländern. Ob tatsächlich andere Gehälter gezahlt worden seien, sei unbeachtlich, da sich der Normgeber an dem jeweils maßgeblichen Tarifvertrag für die Arzthelferinnen orientieren dürfe. In diesem sei geregelt gewesen, dass vollbeschäftigte Arzthelferinnen in den neuen Bundesländern 85,25 % der Gehälter der Helferinnen in den alten Bundesländern erhielten.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

10 Der zu 2. beigeladene Bewertungsausschuss hält die maßgeblichen Regelungen des EBM-Ä für rechtmäßig und verweist auf seine im Berufungsverfahren vorgelegten Unterlagen.

II

11 Die Revision der Klägerin ist nicht begründet. Die Vorinstanzen haben die Klagen gegen die angefochtenen Honorarbescheide zu Recht abgewiesen. Diese sind rechtmäßig. Insbesondere stehen die Vorschriften über die Ermittlung der Fallpunktzahlen für die Praxisbudgets nicht im Widerspruch zu höherrangigem Recht.

12 Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung höheren vertragsärztlichen Honorars ist § 85 Abs 4 Satz 1 bis 3 SGB V (*hier anzuwenden in der bis zum 31.12.1999 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20.12.1988, BGBl I 2477*). Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten - abrechnungsfähigen - Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zu. Das Nähere zu Inhalt und Umfang der abrechnungsfähigen Leistungen ist im EBM-Ä bestimmt, an dessen Vorgaben die KÄV bei der Ausgestaltung ihrer Honorarverteilung gebunden ist (*BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, jeweils RdNr 51*).

13 Die von der Beklagten vorgenommene Umsetzung der Praxisbudgets gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B des EBM-Ä, die vom 1.7.1997 an galten und mit Ablauf des 30.6.2003 außer Kraft gesetzt worden sind (*Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19.12.2002, DÄ 2003, A-218*), ist rechtmäßig. Nach diesen Vorschriften unterlagen ua die Leistungen der Fachgruppe der Chirurgen einer fallzahlabhängigen Budgetierung (*Allgemeine Bestimmungen A I, Teil B EBM-Ä idF ab 1.7.1997; s DÄ 1996, A-3364 ff; 1997, A-864 ff*). Die Rechtsgrundlage für diese Regelungen ergab sich aus den durch § 87 Abs 2a Satz 8 ergänzten Regelungen des § 87 Abs 2 Satz 1 iVm Abs 2a Satz 1 und 2 SGB V (*idF des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992, BGBl I 2266, mit Ergänzung durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23.6.1997, BGBl I 1520; vgl dazu die stRspr des BSG, zuletzt Urteile vom 24.9.2003, SozR 4-2500 § 87 Nr 2 RdNr 5 und vom 22.3.2006, SozR 4-2500 § 87 Nr 12 RdNr 11*). Infolge der Budgets waren die ihnen zugeordneten Leistungen je Arztpraxis und Abrechnungsquartal nur bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechenbar. Die diese Grenze überschreitenden Anforderungen wurden nicht gesondert vergütet. Die Höhe des Budgets ergab sich aus dem Produkt der festgesetzten Fallpunktzahl und der Zahl der Fälle gemäß Nr 1.4 aaO EBM-Ä *(zum Ganzen zusammenfassend: BSG SozR aaO).* Für die Vorgaben der Vergütung auf der Ebene des EBM-Ä war aber nicht allein der Zuschnitt der Praxisbudgets ausschlaggebend. Vielmehr waren bei der Honorierung der Vertragsarztgruppen, die in die Budgetierung einbezogen waren, drei

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

Leistungsbereiche zu unterscheiden *(vgl dazu zB BSGE 89, 259, 261 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 189)*. Den Praxisbudgets waren in jeder der Arztgruppen die ärztlichen Leistungen zugeordnet, die für ihr Behandlungsspektrum typisch waren und große Anteile ihres Leistungsvolumens - zwischen 45 % bei den Anästhesisten und 88 % bei den Augenärzten - erfassten *(sog grüner Bereich)*. Für weitere Leistungspositionen im Umfang von ca 10 % des Leistungsspektrums waren Zusatzbudgets geschaffen worden, deren Zuerkennung eine zusätzliche Qualifikation oder einen besonderen Versorgungsbedarf erforderte *(Allgemeine Bestimmungen A I, Teil B Nr 4 bis 4.3 EBM-Ä - sog gelber Bereich mit qualifikationsgebundenen und bedarfsabhängigen Zusatzbudgets)*. Der verbleibende, etwa 20 % des Honorarvolumens erfassende Leistungsbereich war unbudgetiert geblieben *(sog roter Bereich)*, ebenso wie bestimmte Arztgruppen, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen wurden oder hochspezialisiert waren oder bei denen die Datenlage unzureichend war, von der Budgetierung nicht erfasst wurden *(BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 12 RdNr 12)*.

14 Der Zuschnitt der Praxisbudgets zielte kalkulatorisch auf die Deckung der jeweiligen arztgruppenbezogenen Kosten für das Betreiben einer Praxis und die möglichst gleichmäßige Aufteilung des der Vertragsärzteschaft insgesamt zur Verfügung stehenden Honorarvolumens. Die Angehörigen aller Vertragsarztgruppen, für die Praxisbudgets galten, sollten danach bei durchschnittlicher Praxisauslastung jedenfalls ihre Praxiskosten in typischerweise anfallender Höhe decken und in gleichmäßigem Umfang an den in der Gesamtvergütung enthaltenen Einkommensanteilen teilhaben können (*vgl BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 12 RdNr 13*). Zur Bestimmung der für die einzelne Arztgruppe maßgeblichen und hier umstrittenen Fallpunktzahlen für das Praxisbudget wurde zunächst unter Berücksichtigung aller verfügbaren Daten ein durchschnittlicher Kostenanteil je Arztgruppe festgelegt. Dazu wurden Rechenwerte herangezogen, die auf der Basis der durchschnittlichen Kosten jeder Arztgruppe und anknüpfend an deren durchschnittlichen Praxisumsatz im Jahre 1994 die typischen Praxiskosten einer jeden Arztgruppe widerspiegeln sollten. Durch Addierung der Kostenanteile aller in die Budgets einbezogenen Arztgruppen wurde ein Kostenbetrag in DM ermittelt und von den auf diese Arztgruppe entfallenden Gesamtvergütungen - nach Vorwegabzug belegärztlicher Vergütungen - abgezogen. Der verbleibende Betrag der Gesamtvergütungen wurde als Einkommensanteil gleichmäßig auf alle in die Budgetierung einbezogenen Vertragsärzte aufgeteilt. Bei bundesweiter Betrachtung erreichte diese fiktive Einkommensgröße zuletzt 138.000 DM, wobei dieser Wert ohne die Einbeziehung der neuen Bundesländer 145.000 DM betragen hätte (*vgl Ballast, Ersatzkasse 1996, 440, 441*). Die Addition der fiktiven Einkommensgröße und der nach Arztgruppen schwankenden Durchschnittskosten ergaben einen Normumsatz. Dieser wurde durch die abgerechneten Fälle eines Bezugszeitraums dividiert. Daraus errechnete sich ein durchschnittlicher Fallwert in DM, der wiederum - in Punkte umgerechnet - die Fallpunktzahlen - nach Versichertengruppen aufgeschlüsselt - für den vom Praxisbudget erfassten Leistungsbereich ausmachte (*BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 3 RdNr 17*).

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

15 Bei dieser Modellrechnung führte die Berücksichtigung höherer Kostenanteile bei einer Arztgruppe zu einer Erhöhung des Normumsatzes und als Folge davon zu einer Erhöhung der Fallpunktzahl im Praxisbudget. Bezogen auf den einzelnen Arzt ergab sich daraus eine höhere, je Behandlungsfall abrechenbare Punktmenge. Das dem einzelnen Arzt zustehende Honorar wurde über die von ihm im Praxisbudget abrechenbaren Fallpunktzahlen und der Zahl der Behandlungsfälle hinaus von einer Reihe weiterer Faktoren bestimmt, zu denen die über Zusatzbudgets und über nicht budgetierte Leistungen abgerechneten Punktmengen zählten. Höhere Fallpunktzahlen bei den Praxisbudgets hatten typischerweise eine Verringerung des Honoraranteils zur Folge, der für die Vergütung der Leistungen aus den Zusatzbudgets und den nicht budgetierten Leistungen zur Verfügung stand. Zudem hing der Honoraranspruch des einzelnen Arztes nicht nur von der bei ihm anerkannten Gesamtpunktzahl ab, sondern wurde wesentlich durch Verteilungsregelungen im HVM der jeweiligen KÄV beeinflusst (zB Individualbudgets, Fallzahlzuwachsbegrenzungen, begrenzte Honorarkontingente für Leistungsbereiche und/oder Fachgruppen).

16 Um bestehende Unterschiede in den einzelnen KÄV-Bereichen berücksichtigen zu können, legte der Bewertungsausschuss in dem Beschluss über die Einführung der Praxisbudgets fest, dass diese von der jeweiligen KÄV an die regionalen Versorgungsstrukturen anzupassen waren. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B Nr 3 iVm Anlage 3 EBM-Ä berechneten die KÄVen die regionalen Fallpunktzahlen für die Praxisbudgets nach der Formel in Anlage 3 aaO. Ergab sich dabei für mindestens eine Arztgruppe eine Abweichung von mehr als 3 % gegenüber den durchschnittlichen, über alle Versicherten berechneten Fallpunktzahlen des EBM-Ä, waren nach Nr 1.5 aaO die regionalen Fallpunktzahlen für alle Arztgruppen anzuwenden *(s BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 3 RdNr 18)*. Nach Anlage 3 aaO waren folgende regional bestimmten Faktoren für die Berechnung der KÄV-bezogenen Fallpunktzahlen zu berücksichtigen: (1) Der regionale durchschnittliche Umsatz des Jahres 1994 der betreffenden Arztgruppe, (2) der regional verbleibende Anteil an Einkünften aus dem aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu Verfügung stehenden und an bereichseigene Ärzte budgetierender Arztgruppen ausgeschütteten Honorar des Jahres 1994 nach Abzug der Gesamtsumme der durchschnittlichen Betriebsausgaben dieser Ärzte, (3) der regionale prozentuale Anteil der in die Praxisbudgets aufgenommenen Leistungen der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 am Gesamtleistungsbedarf der Arztgruppe sowie (4) die durchschnittliche regionale Anzahl der budgetrelevanten Fälle des Jahres 1995 nach Nr 1.4 aaO der Arztgruppe je Arzt. Diese nur hinsichtlich der Betriebsausgaben streitbefangenen Faktoren für die Bildung der KÄV-bezogenen Fallpunktzahlen lassen erkennen, dass dem Bewertungsausschuss daran gelegen war, die in den einzelnen KÄV-Bezirken unterschiedlichen Umsatz- und Fallzahlstrukturen aufzugreifen. Er wollte möglichen Verwerfungen und gravierenden Abweichungen von den Umsatzstrukturen aus der Zeit bis zum zweiten Quartal 1997 hinsichtlich der budgetrelevanten Fälle und der nicht budgetierten Leistungen der einzelnen Arztgruppen vorbeugen *(vgl dazu Ballast, aaO, 444; zur Notwendigkeit, wesentliche regionale Unterschiede in den maßgeblichen Verhältnissen zu berücksichtigen: BSG SozR*

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

4-2500 § 85 Nr 26 RdNr 20). Die Klägerin stellt nicht in Frage, dass die Vorgabe des EBM-Ä, Unterschiede in der Versorgungsstruktur in einzelnen KÄV-Bereichen durch eine sog regionalisierte Berechnung abzubilden, rechtmäßig ist. Deshalb sind nähere Ausführungen hierzu nicht veranlasst (*vgl auch bereits BSGE 89, 259, 263 = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 190 f*).

17 Der Bewertungsausschuss gab für die Berechnung der KÄV-bezogenen Fallpunktzahlen für das Praxisbudget weiterhin vor, dass die KÄVen der neuen Bundesländer nicht die nach dem bundesdurchschnittlichen prozentualen Kostensatz ermittelten Betriebsausgaben, sondern die in einer Tabelle aufgeführten festen Betriebsausgaben für jede Arztgruppe anzuwenden hatten (*Anl 3 Satz 3 aaO*). Damit fand eine Differenzierung zwischen den alten und den neuen Bundesländern hinsichtlich der Berücksichtigung der Betriebskosten ausschließlich im Rahmen einer ergänzenden Berechnung KÄV-bezogener regionalisierter Fallpunktzahlen statt. Insofern ist die Auffassung der Klägerin, generell seien die Fallpunktzahlen für die Ärzte in den neuen Bundesländern mit Hilfe des abweichenden Kostensatzes vermindert worden, unzutreffend. Nur wenn die Voraussetzungen der Vorschrift der Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B Nr 3 EBM-Ä vorlagen, dass nämlich bei einer Arztgruppe eine Abweichung um mehr als 3 % von den durchschnittlichen Fallpunktzahlen bezogen auf alle Versicherten zu verzeichnen war, waren die regionalen Fallpunktzahlen für alle Arztgruppen zugrunde zu legen. Die Regionalisierung der Fallpunktzahlberechnung und - in diesem Rahmen - die Differenzierung bei den Praxiskosten dienten damit als Korrektiv und als Instrument der Feinsteuerung.

18 Die Überprüfung der im EBM-Ä für die Praxisbudgets festgelegten Kostensätze richtet sich nach den Maßstäben für die gerichtliche Kontrolle von Normsetzungen. Denn bei der Festlegung der bundesdurchschnittlichen Praxiskostensätze für die Berechnung der Praxisbudgets im EBM-Ä handelt es sich um normative Regelungen und nicht um Tatsachenfeststellungen *(dazu im Einzelnen: BSGE 89, 259, 263 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 191 f)*. Dies hat Auswirkungen auf die gerichtliche Kontrolldichte *(zur Überprüfung zahlenförmiger Normen s auch BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 26 RdNr 20*). Wie jedem anderen Normsetzer steht auch dem Bewertungsausschuss bei der ihm überantworteten Rechtsetzung eine Gestaltungsfreiheit zu, die grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren ist und in die von ihr nur in Ausnahmefällen eingegriffen werden darf. Der Gestaltungsspielraum eines Normgebers ist umso mehr zu beachten, wenn - sei es auch nur mittelbar - Regelungen über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im Streit sind oder wenn die Bewältigung komplexer Sachverhalte in Frage steht, wie sie vielfach im Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht anzutreffen sind *(s BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, jeweils RdNr 86, mwN)*. Dabei ist zu berücksichtigen, dass gerade im Bereich der GKV und dem dort der Leistungserbringung dienenden Vertragsarztrecht die Verfolgung der Aufgabe, die finanzielle Stabilität und Funktionsfähigkeit dieses Sozialleistungssystems zu erhalten, ein sensibles und hochrangig einzustufendes Gemeinschaftsgut darstellt (*BSGE 89, 259, 264 = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 192*).

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

19 Die Qualifizierung der Festlegung von Kostensätzen als Normsetzung bedeutet indessen nicht, dass der Normgeber aufgrund des ihm zustehenden Gestaltungsspielraums insoweit völlig frei wäre (*BSGE 89, 259, 264 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 192 f*). Eine Begrenzung seines Gestaltungsspielraums ergibt sich daraus, dass nach dem Normprogramm des EBM-Ä der jeweilige Kostensatz bei den verschiedenen Arztgruppen den bundesdurchschnittlichen Kostensatz des Jahres 1994 abbilden sollte (*s DÄ 1996, A-3364, 3369 f und nochmals DÄ 1997, A-867, 870 f, Anlage 2 und 3, jeweils unter b*). Damit nahm das Normprogramm auf tatsächliche Verhältnisse Bezug. Das führt zu einer strengeren gerichtlichen Kontrolle. Diese erstreckt sich in verfahrensrechtlicher Hinsicht insbesondere darauf, ob der Bewertungsausschuss bei der Festlegung der Kostensätze für alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren ist, und inhaltlich darauf, ob seine Festsetzung frei von Willkür ist, dh, ob er sich in sachgerechter Weise an Berechnungen des bundesdurchschnittlichen arztgruppenbezogenen Kostensatzes des Jahres 1994 orientiert hat, vor allem, ob sich seine Festsetzung innerhalb des Spektrums der verschiedenen Erhebungsergebnisse hält. Im Rahmen dieses Gestaltungsspielraums darf der Bewertungsausschuss weitere Gesichtspunkte, wie zB die unterschiedliche Einkommensentwicklung der Arztgruppen oder Ähnliches, berücksichtigen *(BSGE aaO S 265 bzw S 193)*. Der Bewertungsausschuss orientierte sich für die Ermittlungen der Fallpunktzahlen der Praxisbudgets in den neuen Bundesländern nicht wie in den alten Bundesländern an Vomhundertsätzen des arztgruppentypischen Umsatzes, sondern setzte DM-Beträge fest, die nur mittelbar an die vorgenannten Umsätze anknüpften. Gegen diese differenzierende Behandlung bestehen unter dem Gesichtspunkt des Gleichbehandlungsgebotes keine Bedenken.

20 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*). 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*). Dabei ist der Normgeber befugt, zu pauschalieren, zu typisieren, zu generalisieren und zu schematisieren (*vgl zB BVerfGE 111, 115, 137 = SozR aaO RdNr 39; ebenso zB BSG, Urteil vom 19.7.2006 - B 6 KA 8/05 R -, RdNr 21 mwN, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen*). Er hat grundsätzlich eine weitgehende Gestaltungsfreiheit, ob bzw inwieweit er für verschiedene Fachgruppen unterschiedliche Regelungen trifft oder sie gleichbehandelt. Dies hat der Senat bereits für den Satzungsgeber bei der Honorarverteilung ausgeführt (*BSG, aaO RdNr 21 ff, insbesondere auch RdNr 24, mwN*). Das gilt gleichermaßen auf der hier betroffenen Ebene des EBM-Ä. Für die unterschiedliche Handhabung bei der Festlegung der Kostensätze sprachen gewichtige Gesichtspunkte, und der Bewertungsausschuss orientierte sich dabei an dem verfügbaren Datenmaterial und gelangte zu einer insgesamt vertretbaren Festsetzung.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

21 Im Bezirk der beklagten KÄV waren die Voraussetzungen der Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B Nr 3 iVm Anl 3 EBM-Ä erfüllt, bei deren Vorliegen - wie oben dargestellt - die KÄV die Fallpunktzahlen des Praxisbudgets für alle Arztgruppen den regionalen Verhältnissen anpassen musste. Die Regionalisierung der Fallpunktzahlberechnung durch die Beklagte führte dazu, dass die Fallpunktzahlen für die Leistungen des Praxisbudgets bei Chirurgen in Thüringen für Rentner 591 Punkte statt 750 Punkte - so die in Teil B Nr 1.5 aaO EBM-Ä festgelegte Fallpunktzahl - und für die übrigen Versicherten 497 Punkte statt 650 Punkte betrug; bei chirurgischen Gemeinschaftspraxen betrugen die Fallpunktzahlen in Thüringen 650 und 547 Punkte je Vertragsarzt.

22 Mit der Einführung der Praxisbudgets im EBM-Ä zum 1.7.1997 wurde das Ziel verfolgt, bei der Verteilung einer insgesamt begrenzten Gesamtvergütung einen fortschreitenden Punktwertverfall infolge Ausweitung der Leistungsmengen zu vermeiden und den einzelnen Arztgruppen für den größten Teil ihrer Leistungen einen annähernd stabilen Punktwert zu gewährleisten. Dies sollte zugleich den Vertragsärzten ermöglichen, ihr zu erwartendes vertragsärztliches Honorar sicherer abzuschätzen *(sog Kalkulationssicherheit - dazu bereits im Einzelnen: BSGE 86, 16, 21 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 120 f)*. Hingegen war die Angleichung der Umsatz- und Gewinnaussichten der Vertragsärzte in den alten und in den neuen Bundesländern von vornherein nicht Absicht bei der Einführung von Praxisbudgets. Sowohl bei der Beschlussfassung über die Praxisbudgets durch den Bewertungsausschuss im November 1996 als auch im Jahre 1994, auf das sich die maßgeblichen Berechnungen über Umsätze und Kostenanteile in vertragsärztlichen Praxen stützten, waren Umsätze und Gewinne in den vertragsärztlichen Praxen in den neuen Bundesländern im Durchschnitt deutlich niedriger als in den alten Bundesländern. Das ergab sich mit solcher Eindeutigkeit aus den dem Bewertungsausschuss bei Beschlussfassung vorliegenden Unterlagen, dass nicht beanstandet werden kann, dass dieser beim Erlass der Vorschriften über die Praxisbudgets darauf abstellte.

23 Nach Mitteilung der zu 1. beigeladenen KÄBV lagen vollständige Daten für die neuen Bundesländer erst für die Jahre ab 1996 vor. Danach betrug das Honorar für vertragsärztliche Leistungen der Chirurgen in den neuen Bundesländern im Jahr 1996 171.059 Euro und in den alten Bundesländern 220.315 Euro; daraus ergibt sich, dass ein als Chirurg tätiger Vertragsarzt in den neuen Bundesländern im Durchschnitt 77,6 % der Einnahmen eines in den alten Bundesländern tätigen Chirurgen erreichte. Dieser Vomhundertsatz ist auf 86,8 % in 1997 und 87,1 % in 1998 angestiegen und dann 1999 wieder auf 81,6 % gesunken. Aus dieser auch die Abrechnungsergebnisse des Jahres 1994 widerspiegelnden Situation durfte der Bewertungsausschuss den Schluss ziehen, dass die Umsätze aus vertragsärztlicher Tätigkeit in den neuen Bundesländern deutlich geringer waren als in den alten. Anhaltspunkte dafür, wie speziell in den neuen Bundesländern das Verhältnis von Praxen mit überdurchschnittlichem zu solchen mit unterdurchschnittlichem Umsatz war, lagen nicht vor. Der Bewertungsausschuss durfte aber in typisierender Betrachtung davon ausgehen, dass in den neuen Bundesländern jedenfalls eine größere Zahl umsatzschwächerer Praxen existierte. Hätte er die aus den

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Abrechnungsergebnissen der Vertragsärzte in den alten Bundesländern ermittelten prozentualen Betriebskostensätze unmodifiziert in die Berechnungsformel für die regionalisierten Praxisbudgets übernommen, so hätte das die im Durchschnitt umsatzschwächeren Ärzte in den neuen Bundesländern belastet. Bei niedrigen Umsätzen einer Arztgruppe und einer Kostenprozentquote hätte sich auch ein niedriger Kostenanteil mit der Folge einer niedrigen Fallpunktzahl und damit auch einem niedrigen Praxisbudget pro Arzt ergeben. Ein Ziel der Vergütungsreform, über das Praxisbudget bei den einzelnen Arztgruppen eine Grunddeckung des Kostenbedarfs zu erreichen, wäre zu Gunsten der Vergütung der Leistungen aus den Zusatzbudgets und der nicht budgetierten Leistungen verfehlt worden. Dieser Effekt geringer Umsätze in Kombination mit einer Kostenquote wurde durch die Festlegung eines festen Kostensatzes aufgehoben, und damit entsprach die Berechnung der regionalisierten Fallpunktzahlen dem Bewertungsgefüge der Praxis- und Zusatzbudgets sachangemessen. Der Bewertungsausschuss durfte deshalb für den Bereich der neuen Bundesländer an Stelle der prozentualen Kostensätze in der Formel gemäß Anlage 3 der Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B EBM-Ä die Kosten gemäß der Tabelle zur Anlage 3 mit festen DM-Beträgen festlegen.

24 Entgegen der Auffassung der Klägerin hatte die Anwendung fester statt prozentualer Kostensätze nach der Formel der Anlage 3 aaO im Rahmen der Berechnung der regionalisierten Fallpunktzahlen für das Praxisbudget nicht generell eine Verminderung der Fallpunktzahlen gegenüber den bundeseinheitlich festgesetzten Zahlen zur Folge. Die Auswirkungen waren vielmehr je nach Arztgruppe und Versorgungsstruktur im jeweiligen KÄV-Bezirk unterschiedlich. So führte die Regionalisierung der Fallpunktzahlberechnung im Vergleich zu den bundeseinheitlichen Fallpunktzahlen bei den Chirurgen in Thüringen zu niedrigeren Fallpunktzahlen. Ähnliche Verhältnisse bestanden bei den Urologen im Bereich der Beklagten, wie sich aus den vom Senat am 23.5.2007 verhandelten und durch Rücknahme der Revision erledigten Verfahren B 6 KA 18/06 R und B 6 KA 19/06 R ergibt. Hingegen lagen die Fallpunktzahlen in Thüringen zB bei den Hautärzten, den HNO-Ärzten, den Kinderärzten und den Neurologen bei allen Versichertengruppen und bei den Augenärzten, den hausärztlichen Internisten und den Gynäkologen zT über den bundeseinheitlich geltenden Fallpunktzahlen *(vgl die Fallpunktzahlen in § 2 der "Grundsätze der Honorarverteilung der KÄV Thüringen für den Bereich der Primärkassen und Ersatzkassen", gültig ab 1.1.2000)*. Daraus ist abzuleiten, dass es je nach den regionalen Abrechnungsverhältnissen in den neuen Bundesländern trotz der anderen Berechnung der Praxiskosten zu höheren Fallpunktzahlen als in den alten Bundesländern kommen konnte.

25 Der Differenzierung bei den Vorgaben für die Ermittlung der Fallpunktzahlen liegt die schon vom Senat in anderem Zusammenhang für plausibel gehaltene Einschätzung zugrunde, dass mit steigenden Umsätzen tendenziell höhere Gewinne erzielt werden können, weil ein bestimmter Sockel von Praxiskosten unabhängig davon anfällt, wie hoch der in der Praxis erwirtschaftete Umsatz ist (*zB BSGE 80, 223, 226 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr 22 S 136 ff und*

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 27 RdNr 11, mwN - für den zahnärztlichen Bereich; BSG, Urteil vom 19.7.2006 - B 6 KA 8/05 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 28 = MedR 2007, 256, jeweils RdNr 18). Damit begünstigt ein fester Kostensatz in DM bzw Euro als Kalkulationsgrundlage für die Berechnung der Praxisbudgets Arztgruppen mit umsatzschwächeren Praxen, da der Betriebskostenanteil im Hinblick auf die notwendige Grundausstattung in sächlicher und personeller Hinsicht tendenziell höher ist als bei umsatzstärkeren Praxen. Bei Arztgruppen in den neuen Bundesländern mit höherem als dem bundesdurchschnittlichen Umsatz führt ein fester (und damit niedrigerer) Kostensatz allerdings zu einer niedrigeren Fallpunktzahl. Soweit der Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung des Umstands, dass in den neuen Bundesländern die Zahl der Arztgruppen mit umsatzschwächeren Praxen größer war als in den alten Bundesländern, für die neuen Bundesländer feste Kostensätze in die Berechnungsformel einstellte, kann daraus nicht auf eine sachwidrige Festlegung der Kostensätze geschlossen werden. Bezogen auf die Umsätze aus vertragsärztlicher Tätigkeit des Jahres 1997 zeigt sich nämlich, dass die festen Kostensätze für die Praxen in den neuen Bundesländern nur bei einigen Arztgruppen (zB Chirurgen und Urologen) hinter den Werten zurückblieben, die sich ergaben, wenn die durchschnittlichen Umsätze der Arztgruppen um die "bundesdurchschnittlichen Kostensätze, 1994 in Prozent" vermindert worden wären. Bei den Chirurgen hätte der (fiktive) Kostenanteil bei einer Kostenquote von 65 % und einem durchschnittlichen Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit im Beitrittsgebiet von 360.700 DM den Betrag von 234.455 DM erreicht und damit den festen Kostensatz von 197.000 DM überschritten. Die quotierten Kosten hätten dagegen bei den Orthopäden 273.225 DM betragen, während sich der feste Kostensatz auf 296.000 DM belief. Ähnliche Verhältnisse ergaben sich auch bei anderen Arztgruppen. Bei den Gynäkologen waren die (fiktiven) Praxiskosten bei Ansatz der Kostenquote von 56,2 % geringer als der feste Kostensatz von 186.000 DM, bei den Urologen wiederum höher.

26 Die Berechtigung des Bewertungsausschusses, auf die deutlichen Umsatzunterschiede in Ost und West durch eine differenzierende Berücksichtigung der Praxiskosten zu reagieren, wird nicht dadurch in Frage gestellt, dass in Nr 2 der Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B des EBM-Ä Zuschläge und Abschläge für kleine und große Praxen vorgegeben worden waren (*vgl bereits BSGE 86, 16, 19 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 118*). Diese Zu- und Abschläge gingen von dem "regionalen Fallzahlendurchschnitt des Jahres 1996" aus, hatten also keinen Bezug zu Unterschieden zwischen Ost- und Westdeutschland. Zudem griffen diese Zu- und Abschläge nur bei Abweichungen hinsichtlich der Fallzahl, nicht des Umsatzes ein, und im Übrigen erst bei Praxen, deren Fallzahl die Hälfte des regionalen Durchschnitts nicht erreichte bzw diesen überstieg. Hierdurch wurden nur besonders kleine Praxen begünstigt, und zwar unabhängig von dem in den alten Bundesländern generell höheren Umsatzniveau.

27 Soweit die Revision geltend macht, die in Relation zum alten Bundesgebiet höhere Fallzahl der Vertragsärzte in den neuen Bundesländern sei unzureichend bei der regionalisierten Berechnung der Fallpunktzahlen im Praxisbudget berücksichtigt worden, kann dem nicht gefolgt wer-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

den. Nach der Formel für die Berechnung der Fallpunktzahlen im Praxisbudget führten höhere Fallzahlen zu einer Minderung der Fallpunktzahl. Die Fallzahl war (auch) im regionalisierten Berechnungsmodell nach Anlage 3 aaO der Divisor, durch den der bereinigte Normumsatz geteilt wurde: Je größer die durchschnittliche Zahl der Fälle, mit der in einer Region eine Arztgruppe einen bestimmten Umsatz erreichte, desto geringer war der Umsatz pro Fall. Da die Fallpunktzahl einen typischen Normumsatz rechnerisch pro budgetrelevantem Fall beschrieb, musste die Punktzahl systemkonform sinken, wenn die Fallzahl stieg und der Gesamtumsatz gleich blieb.

28 Die Klägerin beanstandet in diesem Zusammenhang weiterhin das Fehlen einer Differenzierung bei der Festsetzung der Fallpunktzahlen innerhalb der fünf KÄVen in den neuen Bundesländern. Auch insoweit kann ihr nicht gefolgt werden. Die regionalisierten Berechnungen der Fallpunktzahlen im Praxisbudget wurden für alle fünf neuen Bundesländer durchgeführt und führten nach den Angaben der Klägerin für die Chirurgen dazu, dass die Fallpunktzahlen in den fünf neuen Bundesländern sowohl bei den Mitgliedern und Familienangehörigen als auch bei den Rentnern schwankten, und zwar zwischen 497 und 598 bei den Mitgliedern und zwischen 591 und 707 bei den Rentnern. Für die Forderung, nicht nur das Umsatzniveau und die Fallzahlen in den einzelnen KÄVen regionsspezifisch zu berücksichtigen, sondern auch die Höhe des Betriebskostensatzes KÄV-spezifisch variieren zu lassen, besteht keine rechtliche Grundlage. Auch die prozentualen Werte, die für die alten Bundesländer galten, wurden nicht wiederum regionsspezifisch ermittelt bzw festgesetzt. Hinzukommt, dass die festen Betriebskostensätze für die Vertragsärzte in den neuen Bundesländern auf der Grundlage von Ermittlungen zu den Betriebskosten in den alten Bundesländern festgesetzt wurden. Der von der Klägerin beanstandete Betrag von 197.000 DM für chirurgische Praxen wurde in der Weise berechnet, dass die durchschnittlichen Betriebskosten der chirurgischen Praxen in den alten Bundesländern auf der Grundlage der von der Beigeladenen zu 1. durchgeführten Ermittlungen errechnet und um 12,5 % vermindert wurden. Ohne Berücksichtigung des sog Ost-Abschlags von 12,5 vH hätte der in DM festgesetzte Betriebskostensatz genau dem durchschnittlichen Betriebskostensatz der chirurgischen Praxen in den alten Bundesländern entsprochen.

29 Zu Unrecht rügt die Klägerin ferner, dass bei den Betriebskosten auf der Basis der für die alten Bundesländer ermittelten Werte ein Abschlag von 12,5 vH für den Bereich der KÄVen im Beitrittsgebiet vorgenommen wurde. Der Bewertungsausschuss durfte sich dabei darauf stützen, dass tatsächlich die Betriebskosten der Praxen in den neuen Bundesländern im Durchschnitt niedriger lagen als in den alten Bundesländern. Ob dies in allen Fällen, zB auch in einzelnen Großstädten der neuen Bundesländer etwa in Relation zum ländlichen Raum Westdeutschlands zutraf, ist unerheblich. Insbesondere das Lohn- und Gehaltsniveau vor allem der Mitarbeiterinnen in den Praxen war jedenfalls im Referenzzeitraum 1994 in den neuen Bundesländern niedriger als in den alten Bundesländern. Zu Recht orientierte sich der Bewertungsausschuss in diesem Zusammenhang an den im Tarifvertrag für die Arzthelferinnen vereinbarten Gehältern. Die Tarifgehälter der Arzthelferinnen waren ebenso wie nahezu alle

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

tariflich geregelten Löhne und Gehälter in Ostdeutschland niedriger als in Westdeutschland. Im Bezugszeitraum 1994 bestanden hinsichtlich der Vergütung freiberuflicher Leistungen und der Höhe der Einkommen aus abhängiger Beschäftigung deutliche Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern; bei den Gehältern sind diese Differenzen bis heute noch nicht ausgeglichen. Zu Recht verweist die Beigeladene zu 1. in diesem Zusammenhang auf den Vergütungsabschlag nach den verschiedenen Verordnungen über die Anpassung der Gebührensätze für die privat(zahn)ärztliche Behandlung *(zB BGBl I 1996, 1488)*, die dazu geführt hatten, dass die privatärztlichen und privatzahnärztlichen Vergütungen in den neuen Bundesländern für die gleichen Leistungen geringer waren als für diejenigen in den alten Bundesländern. Die letzte (6.) Gebührenanpassungsverordnung mit dem sog Ostabschlag aus dem Jahre 2001 ist erst zum 1.1.2007 durch Art 7 des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes vom 22.12.2006 *(BGBl I 3439)* aufgehoben worden.

30 Im Bereich des öffentlichen Dienstes wurden die Ost- und West-Gehälter weder im Jahr 1994 noch im Jahr 1997 völlig aneinander angeglichen. Auch die seit dem 1.8.2004 geltende Besoldungsordnung für Beamte und Richter weist in allen Besoldungsstufen sowie beim Familienzuschlag immer noch Besoldungsunterschiede von knapp 10 % aus. Wenn - wie soeben dargelegt - die Unterschiede im Vergütungsniveau der Praxismitarbeiter einen Abschlag bei den Praxiskosten in den neuen Bundesländern rechtfertigen, kommt es nicht darauf an, ob auch noch andere Kosten (zB Raummiete) in Ostdeutschland typischerweise niedriger waren als in Westdeutschland. Selbst wenn die zu 1. beigeladene KÄBV in einer Stellungnahme auf diesen Aspekt zur Rechtfertigung des Abschlags von 12,5 % Bezug genommen haben sollte, rechtfertigt das keine andere Beurteilung.

31 Soweit von der Revision beanstandet wird, der Bewertungsausschuss habe sich auf den Tarifvertrag für Arzthelferinnen statt auf den Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT) gestützt, ist das ohne Relevanz. Der Senat hat in seinem die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen betreffenden Urteil vom 28.1.2004 (*BSGE 92, 87 = SozR 4-2500 § 85 Nr 8, jeweils RdNr 31*) im Rahmen einer Modellberechnung die Kosten von Praxismitarbeiterinnen auf der Basis von Vergütungen im öffentlichen Dienst berechnet. Daraus kann nicht abgeleitet werden, allein das Tarifsystem des öffentlichen Dienstes sei maßgeblich, wenn empirisch Erkenntnisse über die Personalkosten in Praxen ermittelt werden. Im Übrigen kommt es hier nicht auf die absolute Höhe der Gehälter der Mitarbeiter in Praxen, sondern allein auf das Ost-West-Gefälle an; ein solches Gefälle bestand 1994 sowohl im Tarifvertrag für Arzthelferinnen als auch im BAT.

32 Es steht weiterhin mit höherrangigem Recht in Einklang, dass die Vorgaben im EBM-Ä über die Anpassung der Fallpunktzahlen an die regionalen Versorgungsstrukturen die 1994 und 1997 (noch) existierenden Unterschiede im vertragsärztlichen Vergütungsniveau zwischen alten und neuen Bundesländern abgebildet und nicht verändert haben. Der Senat hat bereits entschieden, dass es nicht Aufgabe der Vertragspartner der Gesamtverträge und ggf des Schiedsamtes ist, über die gesetzgeberischen Maßnahmen hinaus auf eine Angleichung des

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Vergütungsniveaus für die Vertragsärzte in den neuen Bundesländern hinzuwirken (*Urteil vom 16.7.2003 - B 6 KA 29/02 R - BSGE 91, 153 = SozR 4-2500 § 85 Nr 3, jeweils RdNr 26*). Für den Bewertungsausschuss gilt insoweit nichts anderes. Die Angleichung des Vergütungsniveaus ist primär Aufgabe des Gesetzgebers, der sich ihr auch nicht entzogen hat. Über die schon im Senatsurteil vom 16.7.2003 (*aaO, RdNr 26*) erwähnten Maßnahmen hinaus hat der Gesetzgeber seit Ende 1999 in mehreren Schritten versucht, das vertragsärztliche Vergütungsniveau in den neuen Bundesländern demjenigen in den alten Bundesländern anzugleichen. Dementsprechend sieht Art 14 Abs 1a des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19.12.1998, BGBl I 3853*) vor, dass für den Fall unterschiedlicher Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen in Ost- und Westdeutschland ein Gesamtvergütungsausgleich zugunsten der KÄVen in den neuen Bundesländern stattzufinden hat. Noch weitergehend bestimmt Art 3 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11.12.2001 (*BGBl I 3526*), dass bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungen nach § 85 SGB V für die Jahre 2002 bis 2004 die Veränderungsrate nach § 71 Abs 3 SGB V im Beitrittsgebiet um jährlich bis zu drei Prozentpunkte, insgesamt jedoch höchstens sechs Prozentpunkte, überschritten werden darf, sofern in diesem Zeitraum die damit verbundenen Mehrausgaben durch Minderausgaben bei den Leistungen von Krankenkassen und Leistungserbringern in dem jeweiligen Bundesland erwirtschaftet werden und insoweit die Beitragssatzstabilität durch die Erhöhung nicht gefährdet wird. Schließlich ist § 85 SGB V durch Art 1 Nr 64 Buchst g des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003 *(BGBl I 2190)* um einen Abs 3d ergänzt worden. Nach dieser Vorschrift werden die Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet über die nach Abs 3 zu vereinbarenden Erhöhungen hinaus in den Jahren 2004 bis 2006 schrittweise um 3,8 vH erhöht und im Gegenzug in den alten Bundesländern um 0,6 vH abgesenkt. Damit wird ein Volumen von knapp 120 Mio Euro zusätzlich für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Beitrittsgebiet bereitgestellt *(BT-Drucks 15/1525 S 100, zu Art 1 Nr 65 Buchst g <§ 85>)*. Daraus ist abzuleiten, dass sich der Gesetzgeber des Problems der nach wie vor unterschiedlich hohen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den alten und den neuen Bundesländern bewusst ist und im Rahmen seiner Verantwortung für die finanzielle Stabilität der GKV auf eine Angleichung hinwirkt.

33 Auch im Übrigen greifen die Beanstandungen, die die Klägerin gegen die Vorschriften über die Ermittlung der Fallpunktzahlen für das Praxisbudget der Chirurgen in Thüringen erhebt, nicht durch. Soweit sie geltend macht, der Bewertungsausschuss hätte die höheren Praxisinvestitionen in den neuen Bundesländern berücksichtigen müssen, trifft das nicht zu. Das LSG hat schon nicht iS des § 163 SGG festgestellt, dass die Investitionskosten in den neuen Bundesländern höher waren als in den alten. Die von der beigeladenen KÄBV im Berufungsverfahren vorgelegten Unterlagen ergeben das Gegenteil, und der Hinweis auf den Nachholbedarf bei den Investitionen in Thüringen ist nur auf den ersten Blick plausibel. Er benennt zwar einen für die Höhe von Investitionskosten maßgeblichen Faktor, lässt aber nicht erkennen, wie dieser

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

sich auf die Kosten insgesamt auswirkt. Wenn etwa die Kosten für Kauf oder Miete von Praxisräumen in Ostdeutschland niedriger waren als im Westen, kann dies einen Mehrbedarf bei der Anschaffung von medizinisch-apparativer Ausstattung durchaus wieder ausgleichen.

34 Schließlich führt die Art und Weise, in der der Bewertungsausschuss die Auswirkungen der Behandlung von Privatpatienten in der vertragsärztlichen Praxis bei Ermittlung der Praxiskosten berücksichtigte, nicht zur Rechtswidrigkeit der Berechnungsvorgaben für die Fallpunktzahlen. Für die Trennung des Gesamtumsatzes in "GKV-Umsatz" und "Nicht-GKV-Umsatz" stützte er sich auf die Angaben des Statistischen Bundesamtes ohne Unterscheidung zwischen Ost- und Westdeutschland. Die Verteilung der Praxiskosten auf die beiden Umsatzblöcke nahm er so vor, dass er die beiden in Betracht kommenden Prinzipien der Zuordnung je zur Hälfte anwandte. Diese unterscheiden sich danach, ob die Kosten pro Fall in einem Prozentsatz des Umsatzes ("Tragfähigkeitsprinzip") oder ungeachtet des Umsatzes mit einem festen Geldbetrag pro Fall ("Eintrittskartenprinzip") zu veranschlagen waren. Das erstgenannte Verfahren führt dazu, dass auf der Grundlage, der Überschuss bei einem Privatpatienten sei doppelt so hoch wie bei einem GKV-Patienten, pro Privatpatient doppelt so hohe Kosten wie bei einem GKV-Patienten veranschlagt werden. In der Systematik des Beschlusses des Bewertungsausschusses hatte das niedrigere GKV-bezogene Praxiskosten und damit niedrigere Fallpunktzahlen zur Folge. Bei Anwendung des anderen Verfahrens tritt der gegenteilige Effekt ein. Der höhere Umsatz mit Privatpatienten ändert nichts an der allein fallbezogenen Kostenzuordnung, sodass bei Annahme eines 10 %-Anteils von Privatpatienten auch nur 10 % der realen Praxiskosten auf den Privatsektor verrechnet werden. Der Bewertungsausschuss entschied sich dafür, beide Prinzipien je zur Hälfte anzuwenden. Die übliche betriebswirtschaftliche Methode, Vorhaltekosten nach dem Tragfähigkeitsprinzip und Fixkosten nach Eintrittskartenprinzip zu verteilen, ließ sich nicht realisieren. Die der Beigeladenen zu 1. zur Verfügung stehenden Daten ermöglichten keine Trennung nach diesen beiden Kostenarten.

35 Zutreffend weist die Klägerin allerdings darauf hin, dass der in den neuen Bundesländern geringere Anteil von Privatpatienten nicht berücksichtigt wurde. Er wurde auch nicht in die Faktoren einbezogen, die nach Anlage 3 aaO für die Anpassung der Fallpunktzahlen im Praxisbudget an die regionalen Strukturen relevant sind. Die Erwägung des Bewertungsausschusses, es sei generell nicht danach differenziert worden, wie hoch der Privatpatientenanteil in der einzelnen Praxis sei, überzeugt insoweit nur in begrenztem Ausmaß. Es ist nicht unmittelbar einleuchtend, weshalb einerseits bei den Praxiskosten generell ein Abschlag im Bereich der neuen Bundesländer vorgesehen wurde, bei dem Anteil der Privatpatienten aber nicht. Dass der Anteil der Privatpatienten in den Praxen im Beitrittsgebiet kleiner ist als in den alten Bundesländern, beruht auf strukturellen Umständen, und zwar vor allem auf der geringeren Zahl privat versicherter Beamter in den neuen Bundesländern. Ruhestandsbeamte gab es aus historischen Gründen im Jahr 1994 dort nicht in nennenswerter Zahl und aktive Beamte nur in erheblich geringerem Umfang als in den alten Bundesländern. Gleichwohl führt die Nichtberücksichtigung

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

des typischerweise kleineren Privatpatientenanteils in den neuen Bundesländern nicht zur Rechtswidrigkeit der EBM-Ä-Regelungen. Denn Daten, aus denen sich ergeben hätte, wie hoch der Privatpatientenanteil in Ost und West ist, standen nicht zur Verfügung. Offen bleiben kann, ob - wie die Klägerin meint - der Bewertungsausschuss möglicherweise verpflichtet gewesen wäre, in die Vorgaben in Anlage 3 aaO ggf einen entsprechenden Korrekturfaktor einzubauen (*vgl zum Kostensatz der Hautärzte BSGE 89, 259, 267 = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 195*). Da die Praxisbudgets zum 30.6.2003 außer Kraft gesetzt worden sind, wäre eine solche in die Zukunft gerichtete Anpassungspflicht ohnehin entfallen.

36 Soweit die Klägerin schließlich einen deutlichen Rückgang der Fallwerte chirurgischer Praxen in Thüringen zwischen 1996 und 1999 beanstandet, führt das zu keiner anderen Beurteilung der Rechtmäßigkeit der angegriffenen Regelungen des EBM-Ä. Die Fallwerte der einzelnen Arztgruppen beruhen auf einer Vielzahl von Faktoren wie etwa der Gesamtmenge der abgerechneten Leistungen, der Höhe der Gesamtvergütungen und der Punktwerte für die vom Praxisbudget erfassten und die sog "freien" Leistungen ("roter Bereich"). Rückgänge bei den Fallwerten sind deshalb von vornherein ungeeignet als Indiz für strukturelle Fehlfestlegungen im Bereich der EBM-Ä-Regelungen. Die Klägerin macht selbst nicht geltend, dass die Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen in den streitbefangenen Quartalen generell unangemessen niedrig gewesen wäre (*zu den Maßstäben dazu näher BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, jeweils RdNr 140*). Dafür ist auch nichts ersichtlich. Die aus zwei Ärzten bestehende Klägerin erhielt in den neun streitbefangenen Quartalen Honorare zwischen 172.515,50 DM (IV/98) und 123.057,67 DM (II/99). Unter Berücksichtigung eines Kostensatzes von 65 %, wie er in der Anlage 3 der Allgemeinen Bestimmungen aaO EBM-Ä für die Chirurgen festgelegt ist, ergab sich bei durchschnittlichen Quartalseinnahmen von 150.000 DM ein Überschuss von 52.500 DM pro Quartal. Bezogen auf den einzelnen Arzt entsprach dem ein Überschuss allein aus vertragsärztlicher Tätigkeit von ca 105.000 DM im Jahr. Dieser blieb hinter dem vom Normgeber des EBM-Ä kalkulierten Durchschnittseinkommen je Arzt von 138.000 DM (*vgl BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, jeweils RdNr 123*) zurück, war aber nicht objektiv unangemessen niedrig. Der Senat hat in seinem einen Arzt für Pathologie betreffenden Urteil vom 9.12.2004 (B 6 KA 73/03 R) klargestellt, dass auch in den alten Bundesländern Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit von lediglich 12.000 Euro pro Quartal bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen, insbesondere einer gewährleisteten vertragsärztlichen Versorgung im jeweiligen Fachgebiet, für die Jahre 1998 bis 2000 keinen Anlass zur Beanstandung bieten mussten (*Umdruck S 46*). Das Vergütungsniveau in den neuen Bundesländern durfte in dieser Zeit hinter demjenigen in den alten Bundesländern zurückbleiben (*vgl BSGE 89, 1, 10 = SozR 3-2500 § 85 Nr 41 S 336*). Schließlich besteht zwischen der Arztgruppe der Chirurgen und anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen insoweit ein Unterschied, als die Chirurgen neben ihren Einnahmen aus vertragsärztlicher und privatärztlicher Tätigkeit durchweg über nennenswerte Einnahmen im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens (D-Arzt, H-Arzt) verfügen. Durch

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

die Einnahmen im D- und H-Arzt-Verfahren, die nur in geringfügigem Umfang auch anderen Arztgruppen zur Verfügung stehen, weisen die typischerweise für die Erstversorgung von Arbeits- und Schulunfällen zuständigen Chirurgen gegenüber anderen Arztgruppen eine Besonderheit auf, die es rechtfertigen kann, dass ihre Umsätze aus vertragsärztlicher Tätigkeit hinter denjenigen anderer Arztgruppen in gewissem Umfang zurückbleiben *(vgl Beschluss des Senats vom 31.8.2005 - B 6 KA 22/05 B - juris).*

37 Danach sind die angefochtenen Honorarbescheide, soweit deren Prüfung durch den Senat veranlasst war, rechtmäßig.

38 Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und Abs 4 Satz 2 SGG in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier im Hinblick auf die Klageerhebung vor diesem Stichtag maßgeblichen Fassung *(vgl BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 115 ff).*

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android

Available on the App Store
JLaw – für iOS