

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 8/09 B

L 12 KA 445/04 (Bayerisches LSG)
S 38 KA 1105/02 (SG München)

1.,
2.,
3.,
4.,
5.,
6.,
7.,
8.,
9.,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns,
Elsenheimerstraße 39, 80687 München,

Beklagte und Beschwerdegegnerin,



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





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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

beigeladen:

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin,
2. GKV-Spitzenverband der Krankenkassen,
Mittelstraße 51, 10117 Berlin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 3. Februar 2010 durch den
Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richter Prof. Dr. C l e m e n s
und E n g e l h a r d sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. O e l z e und
Dr. H u e m e r
beschlossen:

Die Beschwerde der Kläger gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Bayerischen
Landessozialgerichts vom 3. Dezember 2008 wird zurückgewiesen.

Die Kläger tragen die Kosten auch des Beschwerdeverfahrens als Gesamtschuldner.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 1.716.073 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Kläger wenden sich gegen Honorarbescheide für die Quartale III/1999 und IV/2002 ua wegen
Benachteiligungen großer gegenüber kleinen Laborpraxen durch Regelungen der Laborreform
1999.
- 2 Die Kläger betrieben in den hier betroffenen Quartalen eine aus neun Ärzten bestehende
Labor-Gemeinschaftspraxis. Der Bewertungsausschuss hat zum Quartal III/1999 das Kapitel O
des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) grundlegend
umgestaltet. Nunmehr wurde zwischen ärztlichen und analytischen Leistungen unterschieden.
Als ärztliche Vergütung erhielten die Ärzte, die ambulante Behandlungen tätigten, je
Behandlungsfall auch eine Laborgrundgebühr (Nr 3450 EBM-Ä) und zusätzlich eine
Vergütungspauschale für die "Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von
Leistungen des Kapitels O"; diese verminderte sich aber, wenn und soweit die Kosten der
Laboranalysen für diesen Fall die arztgruppenbezogene begrenzte Gesamtpunktzahl überstiegen
(sog Wirtschaftlichkeitsbonus, Nr 3452 EBM-Ä). Ferner wurden weitere neue Regelungen - wie
zB die Nr 3454 EBM-Ä für die von Laborärzten durchgeführten Auftragsleistungen - geschaffen.
Für die Analyseleistungen wurden bundesweit einheitliche Kostensätze festgelegt. Für diese



bestimmte die Vorbemerkung zu Abschnitt O III im letzten Absatz (*ab 1.4.2005: Präambel zu Abschnitt 32.3 unter Nr 12, bzw nunmehr seit 1.1.2008: Nr 10*), dass die Kostensätze, die für das Quartal III/1999 in DM und für das Quartal IV/2002 in Euro festgelegt waren, bei Laborpraxen, die mehr als 450.000 Leistungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O III abrechneten, um 20 % vermindert werden. Die durch diese Regelung bewirkte Verminderung betrug bei den Klägern im Quartal III/1999 ca 1,65 Mio DM und im Quartal IV/2002 ca 0,87 Mio Euro (bei Gesamthonoraren im Quartal III/1999 von ca 18,3 Mio DM und im Quartal IV/2002 von ca 9,5 Mio Euro).

- 3 Die von den Klägern wegen dieser Honorareinbußen erhobenen Widersprüche und Klagen sowie ihre Berufung zum Landessozialgericht (LSG) sind erfolglos geblieben. Im Urteil des LSG ist ausgeführt, dass die Verminderungsregelungen durch § 87 Abs 2a Satz 7 SGB V (*aF, dh in der vom 1.7.1997 bis 31.12.2003 gültig gewesenen Fassung; - seit 1.1.2004: Satz 9, und nunmehr seit 1.4.2007: § 87 Abs 2 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V*) gedeckt seien. Danach könne die Bewertung von Leistungen so festgelegt werden, dass sie mit zunehmender Leistungsmenge sinke (Abstaffelung). Eine "Abstaffelung" bedeute nicht notwendigerweise eine mehrfache Stufung, vielmehr reiche eine Stufe aus, wie das hier mit der Regelung des Sinkens der Auszahlungsquote (hier: nur noch 80 % für die Mehrkosten über 450.000 Leistungen hinaus) geregelt sei. Als "Leistung" könnten auch Kostenerstattungen angesehen werden, die deshalb in solche Abstaffelungsregelungen einbezogen werden dürften. Deren konkrete Ausgestaltung - mit der Abstaffelungsschwelle bei 450.000 Leistungen und dem Abstaffelungsumfang von 20 % - sei nicht zu beanstanden. Dies sei vom Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses gedeckt. Dieser dürfe verhaltenssteuernd tätig werden; er dürfe auf eine Versorgungsstruktur mit mehr regional ansässigen Laborpraxen als überregional agierenden Großpraxen hinwirken.
- 4 Mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in dem Urteil des LSG machen die Kläger die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache geltend.

II

- 5 Die Beschwerde der Kläger hat keinen Erfolg.
- 6 Ihr Vorbringen, der Rechtssache komme grundsätzliche Bedeutung zu (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*), entspricht zwar aufgrund ihrer eingehenden Ausführungen den Darlegungsanforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG. Ihre Beschwerde ist mithin zulässig. Sie ist aber unbegründet, denn nicht alle Erfordernisse für die Revisionszulassung sind erfüllt. Diese setzt eine Rechtsfrage voraus, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl Bundessozialgericht <BSG> SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-1500*



§ 160 Nr 5 RdNr 3). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt dann, wenn die Rechtsfrage bereits geklärt ist und/oder wenn sie sich ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und/oder aus der bereits vorliegenden Rechtsprechung klar beantworten lässt (*hierzu s zB BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6; BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; vgl auch BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; s auch BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*). Diese Anforderungen sind verfassungsrechtlich unbedenklich (*s die BVerfG-Angaben in BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 sowie BVerfG <Kammer> SozR 4-1500 § 160a Nr 16 RdNr 4 f*).

- 7 Nach diesen Maßstäben kommt den von den Klägern aufgeworfenen Rechtsfragen, soweit sie überhaupt klärungsfähig (entscheidungserheblich) sind, keine grundsätzliche Bedeutung zu.
- 8
 1. Dies gilt zunächst für die - hier zusammengefasst wiedergegebenen - Rechtsfragen,
 - ob der Bewertungsausschuss vor dem Hintergrund des Art 12 Abs 1 GG auf der Grundlage des § 87 Abs 2a Satz 7 SGB V den Kostenersatz im Rahmen einer Kürzungsregelung so gestalten darf, dass kleine kostenineffizient arbeitende Praxen zu Lasten größerer kosteneffizient arbeitender Praxen gefördert werden (*Beschwerdebegründung S 18 ff*),
 - und,
 - ob der Bewertungsspielraum des Bewertungsausschusses vor dem Hintergrund des Art 3 Abs 1 GG bei der Bewertung von Kostenersatz geringer ist als bei der Bewertung ärztlicher Leistungen,
 - und,
 - welchen Stellenwert betriebswirtschaftliche Erwägungen zum einen bei der Bewertung ärztlicher Leistungen und zum anderen bei der Bewertung von Kostenersatz haben (*aaO S 34 ff*).
- 9 Diese Fragen sind vom BSG bereits geklärt oder die Antworten auf sie lassen sich ohne Weiteres aus der bisherigen Rechtsprechung ableiten.
- 10 Das BSG hat bereits mehrfach zum Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses bei der Regelungen der Honorierung vertragsärztlicher Leistungen Stellung genommen. Diese Rechtsprechung hat der erkennende Senat auch bereits im Zusammenhang mit Regelungen über einen Sachkostenersatz angewendet. Im Urteil vom 23.5.2007 (*B 6 KA 2/06 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 15*) wird ausdrücklich die Geltung der Gestaltungsfreiheit des Normgebers auch im Bereich der Sachkosten zugrunde gelegt (*BSG aaO RdNr 24*). Weiterhin wird ausgeführt, dass der Bewertungsausschuss nicht maßgeblich auf betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte abstellen muss, vielmehr sog Mischkalkulationen vornehmen darf (*BSG aaO RdNr 24*). Allerdings könnten betriebswirtschaftliche Erwägungen, die eine gewisse Plausibilität für sich haben, unbedenklich berücksichtigt werden wie zB der Grundsatz, dass größere Leistungsmengen typischerweise Rationalisierungsmöglichkeiten und Kostenvorteile mit sich bringen (*BSG aaO RdNr 24*). Schließlich hat der Senat auch ausgeführt, dass die Beschränkung von Stützungen auf kleinere Praxen zulässig ist (*BSG aaO RdNr 24*).



- 11 Auf der Grundlage dieser Grundsätze hat der Senat die vom 1.1.2000 bis zum 30.6.2001 geltenden Regelungen über einen 24 %igen Aufschlag für bis zu 450.000 Leistungen im Quartal und bis zu einer auszahlenden Gesamtsumme von 6,2 Mio DM im Quartal als rechtmäßig angesehen (*BSG aaO RdNr 18 ff*).
- Ob auch die Vergütungsminde rung um 20 % für Praxen, die mehr als 450.000 Leistungen im Quartal erbringen, rechtmäßig ist, hat das BSG in jenem Urteil indessen offen gelassen (*aaO RdNr 26, vgl auch aaO RdNr 19*). Eine Rechtsfrage, derentwegen es der Revisionszulassung bedürfte, ist aber nicht ersichtlich. Die insoweit im Raum stehenden Rechtsfragen, die die Kläger formuliert haben, lassen sich auf der Grundlage der Grundsätze, die in dem dargestellten Urteil vom 23.5.2007 herausgestellt worden sind (*B 6 KA 2/06 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 15*), vielmehr ohne Weiteres beantworten.
- 12 Dies gilt zunächst für die von den Klägern aufgeworfene Frage, ob es zulässig ist, kleine kostenineffizient arbeitende Praxen zu Lasten größerer kosteneffizient arbeitender Praxen zu fördern. In dem zitierten Urteil ist ausgeführt, dass die Beschränkung von Stützungen auf kleinere Praxen zulässig ist (*BSG aaO RdNr 24*). Dies impliziert - da in dem vertragsärztlichen System begrenzter Gesamtvergütungsvolumina notwendigerweise die Förderung bestimmter Gruppen die Belastung anderer bedeutet -, dass die Förderung kleinerer Praxen zu Lasten größerer zulässig ist.
- Nichts anderes ergibt sich aus der in der Beschwerdebegründung mitunter anklingenden Auffassung, kleinere Praxen würden kostenineffizient, größere dagegen kosteneffizient arbeiten. Hieraus ergibt sich kein Bedarf nach grundsätzlicher Klärung. Gerade wenn größere Praxen effizienter als kleinere arbeiten, ist es umso mehr gerechtfertigt, bei den großen wegen ihrer Rationalisierungsgewinne die Kostenerstattungsbeträge ab einer großen Leistungsmenge abzustaffeln.
- 13 Die weiteren Fragen, ob der Bewertungsspielraum des Bewertungsausschusses bei der Festlegung von Kostenersatz geringer ist als bei der Bewertung ärztlicher Leistungen und welchen Stellenwert betriebswirtschaftliche Erwägungen zum einen bei der Bewertung ärztlicher Leistungen und zum anderen bei der Bewertung von Kostenersatz haben, geben ebenfalls keinen Anlass für eine Revisionszulassung. Denn der Senat hat in dem Urteil vom 23.5.2007 bereits geklärt, dass die Gestaltungsfreiheit des Normgebers auch im Bereich der Sachkosten gilt (*aaO RdNr 24*), sowie, dass der Bewertungsausschuss nicht maßgeblich auf betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte abstellen muss, vielmehr sog Mischkalkulationen vornehmen kann (*aaO RdNr 24*), und ferner, dass es ausreicht, wenn betriebswirtschaftliche Erwägungen eine gewisse Plausibilität für sich haben (*aaO RdNr 24*). Diese Ausführungen zeigen, dass auch im Bereich der Sachkostenerstattungen von einem weiten Gestaltungsspielraum des Normgebers auszugehen ist. Sie lassen zudem keinen unterschiedlichen Stellenwert betriebswirtschaftlicher Erwägungen bei der Bewertung von Kostenersatz im Vergleich zur Bewertung ärztlicher Leistungen erkennen.



Mag auch die Erwägung der Kläger zutreffen, dass Sachkosten eher einer präzisen betriebswirtschaftlichen Analyse zugänglich seien, so lässt sich daraus indessen nicht ableiten, dass der Bewertungsausschuss deren Bewertung vor allem betriebswirtschaftlich ausrichten müsste. Vielmehr hat der Senat das Gegenteil ausgesprochen. In dem genannten Urteil, das die Bewertung von Sachkosten betraf (*Urteil vom 23.5.2007 aaO*), hat er herausgestellt, dass der Bewertungsausschuss nicht maßgeblich auf betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte abstellen muss, vielmehr sog Mischkalkulationen vornehmen darf (*aaO RdNr 24*). Damit ist die von den Klägern aufgeworfene Frage nach dem Stellenwert betriebswirtschaftlicher Erwägungen in dem Sinne beantwortet, dass der Bewertungsausschuss bei seinen Festlegungen - ebenso wie im Bereich ärztlicher Leistungen - im Sinne zulässiger Mischkalkulation weitgehend frei ist, welches Gewicht er betriebswirtschaftlichen Erwägungen beimisst, weil diese nur einen Aspekt neben anderen Gesichtspunkten darstellen.

- 14 Mit Blick auf die Suche der Kläger "nach dem rationalen Kern der Erwägungen des Bewertungsausschusses" (*Beschwerdebegründung S 38*) ist schließlich auch darauf zu verweisen, dass in der Rechtsprechung bereits geklärt ist, dass der Normgeber nicht verpflichtet ist, seine Regelungen zu begründen (*vgl BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, jeweils RdNr 44; BSGE 96, 53 = SozR 4-2500 § 85 Nr 23, jeweils RdNr 29 mwN*), und dass er auch nicht verpflichtet ist, Ermittlungen vorzunehmen zum Zwecke treffsicherer bzw faktenorientierter Normgebung (*vgl hierzu BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, jeweils RdNr 44*). Allein maßgeblich ist, ob das Ergebnis der Normsetzung sich in dem Rahmen der weiten Gestaltungsfreiheit des Normgebers hält. Ein greifbarer Anhaltspunkt dafür, dass hiergegen verstoßen worden sein könnte, ist bei den von den Klägern als rechtswidrig beanstandeten Normen nicht ersichtlich. Allein, dass eine rationale Begründung für eine Normgestaltung nicht ersichtlich ist, kann nicht schon den Willkürvorwurf rechtfertigen (*insoweit unzutreffend Beschwerdebegründung S 39, 40*). Ergebnis ist, dass - davon ausgehend, dass die gerichtliche Normenprüfung inhaltlich wenig intensiv ist - ein konkreter Ansatzpunkt für nicht geklärte Grundsatzfragen weder aus der Beschwerdebegründung noch sonst erkennbar ist.
- 15 2. Eine Revisionszulassung wegen grundsätzlicher Bedeutung kommt auch nicht wegen der von den Klägern ferner aufgeworfenen - hier ebenfalls zusammengefasst wiedergegebenen - Rechtsfrage in Betracht,
- ob der Bewertungsausschuss vor dem Hintergrund von Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG Kürzungsregelungen so gestalten darf, dass sie die gemeinschaftliche Ausübung des Arztberufs in einer Gemeinschaftspraxis gegenüber Einzelpraxen oder Praxisgemeinschaften diskriminieren und einen Anreiz schaffen, sich in einer Weise zur Berufsausübung zu organisieren, die in der betroffenen Arztgruppe atypisch ist (*Beschwerdebegründung S 18 ff*).
- 16 Bei dieser Rechtsfrage lässt sich schon nicht die Klärungsbedürftigkeit (Entscheidungserheblichkeit) feststellen. Eine "Diskriminierung" von Gemeinschaftspraxen gegenüber Einzelpraxen oder Praxisgemeinschaften, wie dies in der Rechtsfrage impliziert wird, ist ebenso wenig



erkennbar wie das Vorliegen eines Anreizes, sich in anderer Weise zu organisieren.

In der Beschwerdebegründung wird unter Heranziehung des Urteils vom 23.5.2007 (aaO) zu-
treffend erkannt, dass die beanstandeten Regelungen in der Vorbemerkung zu Abschnitt O III
- letzter Absatz - EBM-Ä de facto nur Gemeinschaftspraxen erfassen, wie im Einzelnen in dem
Urteil vom 23.5.2007 ausgeführt ist (siehe dort RdNr 29 ff). Dass dadurch ein Anreiz geschaffen
würde, sich in einer Weise zur Berufsausübung zu organisieren, die in der betroffenen Arzt-
gruppe atypisch ist (so der zweite Satzteil in der vorzitierten Rechtsfrage) - dh in einer Praxis-
gemeinschaft statt in einer Gemeinschaftspraxis -, entbehrt konkreter Ansatzpunkte. Im Urteil
vom 23.5.2007 (RdNr 30) sind die maßgeblichen Gesichtspunkte aufgeführt, derentwegen die
Rechtsform Praxisgemeinschaft typischerweise nicht gewählt wird. Auch unter
Berücksichtigung der Nachteile durch die Regelung der Vorbemerkung aaO für
Gemeinschaftspraxen gibt es keine ausreichenden Anhaltspunkte, dass etwa doch die
Rechtsform Praxisgemeinschaft ernstlich erwogen werden würde; denn die aaO RdNr 30
aufgeführten Gesichtspunkte sind zu gewichtig, als dass diese in den Hintergrund gedrängt
werden könnten. Nach alledem ist kein greifbarer Anhaltspunkt ersichtlich, der es rechtfertigen
könnte, ernstlich von einem "Anreiz" zum Ausweichen auf die Wahl der Rechtsform
Gemeinschaftspraxis zu sprechen. Noch weniger kann von einem "massiven Anreiz"
gesprochen werden (so aber die These in der Beschwerdebegründung S 28 vor dd). Die
angeblichen Erwägungen der Kläger, ihre Gemeinschaftspraxis aufzuspalten in zwei
Gemeinschaftspraxen, die wiederum durch die Bildung einer gemeinsamen Praxisgemeinschaft
organisatorisch miteinander verbunden sind, erscheinen wenig plausibel und glaubhaft, würden
jedenfalls wohl nicht mehr als nur einen Einzelfall betreffen (und dann zumindest aus diesem
Grund keine grundsätzliche Bedeutung ergeben können).

- 17 Damit fehlt die reale Grundlage für eine Befassung mit dieser weiteren von den Klägern auf-
geworfenen Rechtsfrage, sodass eine Klärungsfähigkeit (Entscheidungserheblichkeit) nicht ge-
geben ist.
- 18 3. Im vorliegenden Verfahren, das allein die Quartale III/1999 und IV/2002 betrifft, bedarf es
keiner Aussage dazu, ob es zulässig war, dass in den Quartalen I/2000 bis II/2001 die Praxen
mit mehr als 450.000 Leistungen im Quartal sowohl von der Vergütungsminderung um 20 %
betroffen als auch von dem 24 %igen Aufschlag ausgeschlossen waren, der nur für bis zu
450.000 Leistungen im Quartal und bis zu einer auszahlenden Gesamtsumme von 6,2 Mio
DM vorgesehen war.
- 19 4. Von einer weiteren Begründung wird gemäß § 160a Abs 4 Satz 2 Halbsatz 2 SGG abgesehen.
- 20 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG iVm einer ent-
sprechenden Anwendung der §§ 154 ff Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach tragen die
Kläger die Kosten des von ihnen erfolglos geführten Rechtsmittels (§ 154 Abs 2 VwGO), und zwar



als Gesamtschuldner (§ 159 Satz 2 VwGO). Eine Erstattung der Kosten von Beigeladenen ist nicht veranlasst; sie haben im Revisionsverfahren keinen Antrag gestellt (§ 162 Abs 3 VwGO, vgl BSGE 96, 257 = SozR 4-1300 § 63 Nr 3, jeweils RdNr 16).

- 21 Die Festsetzung des Streitwerts hat ihre Grundlage in § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 und 3 Gerichtskostengesetz. Seine Bemessung erfolgt entsprechend der Berechnung der Vorinstanz, die von keinem der Beteiligten in Frage gestellt worden ist (siehe Bayerisches LSG, Beschluss vom 25.3.2009).

