

L 4 KA 589/02

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Gotha (FST)
Aktenzeichen
S 12 KA 2005/99
Datum
13.03.2002
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 589/02
Datum
07.12.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 18/06 R
Datum
23.05.2007
Kategorie
Urteil

Die Berufungen des Klägers gegen die Urteile des Sozialgerichts Gotha vom 13. März 2002 und 24. April 2002 werden zurückgewiesen.

Der Kläger hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu tragen.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Honorars für die Quartale III und IV/1997 sowie I bis III/ 1998 und in diesem Zusammenhang über die Rechtmäßigkeit der zugrunde gelegten Praxisbudgets.

Der Kläger ist als Urologe in G. nieder- und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Bei der Honorarberechnung für die streitgegenständlichen Quartale legte die Beklagte die seit der Neufassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) zum 1. Juli 1997 geltenden Praxisbudgets zugrunde. Danach unterliegen die im EBM-Ä enthaltenen ärztlichen Leistungen (die Einzelheiten ergeben sich aus den Anlagen 1 und 2 zu den allgemeinen Bestimmungen nach Abschnitt A I des EBM-Ä) je Arztpraxis und Abrechnungsquartal mit Wirkung vom 1. Juli 1997 für die dort im Einzelnen aufgeführten Arztgruppen und Leistungen einer fallzahlabhängigen Budgetierung. Zu den betroffenen Arztgruppen gehört auch die Gruppe der Urologen. Die in den Budgets enthaltenen Leistungen sind je Arztpraxis und Abrechnungsquartal jeweils bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl abrechnungsfähig, die sich aus dem Produkt der Zahl der Behandlungsfälle und einer vom Bewertungsausschuss für jede Arztgruppe festgelegten Fallpunktzahl ergibt. Der für die Fachgruppe des Klägers sich aus dem Bundesdurchschnitt ergebende Wert beträgt für Rentner 890 Punkte und für die übrigen Versicherten 740 Punkte. Die unter bestimmten, im EBM-Ä näher festgelegten, Voraussetzungen von der Beklagten durchzuführende Anpassung der Fallpunktzahlen für die Praxisbudgets an die regionalen Versorgungsstrukturen ergab für die Urologen in Thüringen eine Fallpunktzahl von 801 Punkten (Rentner) und 685 Punkten (übrige Versicherte). Ein Faktor bei der Ermittlung der regionalisierten Fallpunktzahl resultiert aus dem bundesdurchschnittlichen arztgruppenbezogenen prozentualen Kostensatz (Betriebsausgaben) des Jahres 1994, der für die Fachgruppe des Klägers in den neuen Bundesländern mit einem Festbetrag von 222.000,00 DM festgesetzt wurde. Diese Größenordnung entspricht den durchschnittlichen Betriebsausgaben in der GKV-West, die mit einem Anteil von 64,7 v. H. festgesetzt wurden, abzüglich 12,5 v. H.

Ausgehend von diesen Berechnungsmodi stellte die Beklagte in den angefochtenen Honorarbescheiden für das Quartal III/1997 ein Praxisbudget von 733.470, für das Quartal I/1998 von 880.985 Punkten und für die Quartale II und III/1998 von 848.207 bzw. 795.623 Punkten fest und vergütete dem Kläger zwischen 63,02 und 72 v. H. der für die im Praxisbudget zusammengefassten Leistungen angeforderten Punktzahlmenge.

Die gegen die streitgegenständlichen Honorarbescheide eingelegten Widersprüche wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 30. August 1999 zurück. Die dagegen erhobene Klage hat das Sozialgericht mit Urteil vom 13. März 2002 abgewiesen ([S 12 KA 2005/99](#), L4 KA 589/02 im Berufungsverfahren).

Hinsichtlich des Quartals IV/1997 verfuhr die Beklagte hinsichtlich der Praxisbudgets wie zuvor. Für dieses Quartal legte sie ein Praxisbudget von 822.717 Punkten fest und vergütete 64,25 v. H. der für die im Praxisbudget zusammengefassten Leistungen angeforderten Punktzahlmengen. Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 20. September 1999). Die dagegen erhobene Klage (S 12 KA

2200/99) hat das Sozialgericht mit Urteil vom 24. April 2002 abgewiesen ([L 4 KA 590/02](#) im Berufungsverfahren).

Mit den gegen beide Entscheidungen des Sozialgerichts eingelegten Berufungen trägt der Kläger vor, dass den Betriebskosten und der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppen eine erhebliche und entscheidende Bedeutung bei der Honorarberechnung zukämen. Es sei nicht berücksichtigt worden, dass bei der Facharztgruppe der Urologen eine weit höhere Fallzahl im Vergleich zu den Altbundesländern ausgewiesen sei. Nicht nur die Fallpunktzahlen, sondern auch die Betriebskosten hingen wiederum von der entsprechenden Fallzahl ab. Je höher die Fallzahl und damit das Patientenaufkommen, je höher auch die entsprechenden Vorhaltekosten und damit Betriebsausgaben. Dieses beginne mit der Größe der Räumlichkeiten und ende bei dem Personal. Der Betriebskostenanstieg, der bei einer variablen Betriebskostenermittlung, wie dies in den Altbundesländern der Fall gewesen sei, berücksichtigt werde, werde in den neuen Bundesländern negiert. Soweit die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Hinblick auf die Betriebskosten bisher den festen Betriebskostenanteil damit gerechtfertigt habe, dass sich bei der Multiplikation des Umsatzes der neuen Bundesländer mit dem bundesdurchschnittlichen Prozentsatz niedrigere Absolutkosten ergeben hätten, als dieses durch den so festgelegten Betriebskostenanteil gegeben sei, stimme dieses nur unter der Annahme, dass der regionale ostdeutsche fachgruppenspezifische Umsatz des Jahres 1994 geringer gewesen sei als der bundesdurchschnittliche Fachgruppenumsatz dieses Jahres. Dies werde für die streitige Facharztgruppe bestritten, die KBV möge es nachweisen. Selbst wenn sich jedoch die zugrunde gelegten Zahlen objektiverbar belegen ließen, hätte es sich erst recht aufgedrängt, eine andere Regelung zu finden, die den gleichen Grundsätzen und Maßstäben entspreche. Ein einheitlicher Maßstab für die Kostensätze, wie es das Bundessozialgericht gefordert habe, sei damit offensichtlich nicht mehr gewährleistet. Zudem werde mit dem festen Betriebskostenanteil das Regionalisierungsprinzip unterlaufen. In den gesamten fünf neuen Bundesländern würden deshalb identische Betriebskosten in die Berechnungsformel eingestellt, was sicherlich weder systemkonform sein könne, noch den tatsächlichen Gegebenheiten entspreche. Des Weiteren wirke sich der Abschlag von 12,5 v.H. bei den Betriebskosten negativ aus. Auch hier habe bisher noch niemand den Beweis dafür antreten können, dass der Abschlag den tatsächlichen Gegebenheiten entspreche. Die KBV habe diesen Anschlag in ihrer offiziellen Stellungnahme begründet mit dem niedrigeren Personalkosten in den neuen Bundesländern bei ansonsten gleich hohen Betriebsausgaben. Dieses Argument sei an den Haaren herbei gezogen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

die Urteile des Sozialgerichts Gotha vom 13. März 2002 und 24. April 2002 aufzuheben und unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale III/1997 sowie I-III/1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 30. August 1999 und des Honorarbescheides für das Quartal IV/1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20. September 1999 die Beklagte zu verurteilen, das jeweilige Honorar unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut festzustellen.

Die Beklagte beantragt sinngemäß,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, dass das Sozialgericht zu recht festgestellt habe, dass sich der im EBM-Ä verankerte Kostensatz zur Berechnung des Praxisbudgets für die Fachgruppe des Klägers im Rahmen des dem Bewertungsausschuss zukommenden Beurteilungs- und Regelungsspielraumes halte. Diesbezüglich werde vollinhaltlich auf das angefochtene Urteil Bezug genommen. Darüber hinaus seien die Vorschriften des EBM-Ä und somit auch die Anwendung der dort fortgeschriebenen Kostensätze zur Berechnung der Praxisbudgets für die Beklagte verbindlich. Nach [§ 87 Abs. 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vereinbarte die KBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztliche Leistungen. Der EBM-Ä sei zwingender Bestandteil des Bundesmantelvertrages. Er habe nach der einschlägigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts Rechtsnormcharakter. Dieser Rechtsnormcharakter gelte auch für die Festsetzung der bundesdurchschnittlichen Kostensätze. Aus alledem folge, dass die Beklagte verpflichtet sei, den streitigen Kostensatz für die Fachgruppe des Klägers bei der Berechnung seines Praxisbudgets anzuwenden.

Der Senat hat mit Beschluss vom 18. März 2003 die Verfahren [L 4 KA 589/02](#) und [L 4 KA 590/02](#) unter dem führenden Aktenzeichen [L 4 KA 589/02](#) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird verwiesen auf den Inhalt der Gerichts- und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, der Gegenstand der geheimen Beratung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten ihr Einverständnis mit dieser Verfahrensweise erklärt haben (vgl. [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -).

Die Berufungen sind statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)). Auch die übrigen Zulässigkeitsvoraussetzungen liegen vor.

Die Berufungen sind jedoch unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf höheres Honorar bzw. auf Neufestsetzung des Honorars unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats. Die Bemessung des Praxisbudgets nach den Vorgaben des EBM-Ä, woran die Beklagte im Übrigen gebunden ist, ist nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage für die Einführung von Praxisbudgets ist [§ 87 Abs. 2 Satz 1](#) i.V.m. [§ 87 Abs. 2a Satz 1](#) und 2 SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 ([BGBl. I S. 2266](#)). Danach bestimmt der EBM-Ä den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die im EBM-Ä aufgeführten Leistungen sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen. Nach Abs. 2a können, soweit dies medizinisch erforderlich ist, Einzelleistungen vorgesehen werden. Diese Regelungen lassen die Steuerung des ärztlichen Leistungsverhaltens durch die Begrenzung der dem einzelnen Vertragsarzt zustehenden Honorierung zu. Mit Wirkung zum 1. Juli 1997 ist [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) durch das 2. Gesetz zur Neuordnung von

Selbstverantwortung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 zudem um Satz 8 ergänzt worden, wonach Obergrenzen für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, vorgesehen werden können; die Obergrenzen können für die unterschiedlichen Arztgruppen auch unterschiedlich festgesetzt werden. Im Rahmen dieser Ermächtigung hat der Bewertungsausschuss mit Beschlüssen vom 19. November 1996 und 11. März 1997 den EBM-Ä, Allgemeine Bestimmungen A I, Teil B neu gefasst. Unter Anwendung der konkreten Regelungen erfolgt die fallzahlabhängige Budgetierung. Die diese Grenze überschreitenden Punktzahlanforderungen werden nicht gesondert vergütet.

Dem Sozialgericht ist beizutreten, dass die vorgenommenen Budgetierungen gerade im Hinblick auf die Entscheidung des Bundessozialgericht vom 15. Mai 2002 (Az.: [B 6 KA 33/01 R](#)) nicht zu beanstanden sind. Die Begrenzung der Punktwertmenge erfüllt dabei auch ihren gesetzlichen Zweck. Sie bewirkt die Stabilisierung des Punktwertes und gewährleistet damit eine angemessene Honorierung und letztlich die vertragsärztliche Versorgung allgemein. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird zur Begründung im Einzelnen, gerade auch zum streitigen Komplex des festen Betriebskostenanteils und des pauschalierten Abzuges von 12,5 v.H. (beides ausschließlich bedeutsam in den neuen Bundesländern) nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden und ausführlichen Entscheidungsgründe der Vorinstanz Bezug genommen.

Unabhängig davon, dass der Bewertungsausschuss die Festlegung der einzelnen Praxisbudgets im EBM-Ä zu begründen nicht verpflichtet ist, soll unter Berücksichtigung der Ausführungen der Beigeladenen im Berufungsverfahren auf Folgendes hingewiesen werden:

Die Ermittlung der Berechnungsgrundlagen erfolgte auf Grund verschiedener Analysen, die vorgenommen wurden vom Zentralinstitut für die vertragsärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, DATEV, Kreditinstituten sowie vom Statistischen Bundesamt. Die Repräsentativität und das grundsätzliche Verfahren der Zusammenführung der Kostendaten ergibt sich dabei aus den von den Beigeladenen übersandten Zusammenstellungen. Zudem wurden die Grundsätze zur Ermittlung der prozentualen Kostensätze sowie Ergebnisprotokolle und Beschlüsse übersandt. Anhand der vorgelegten Unterlagen wird nochmals nachvollziehbar, dass es sich nicht um eine willkürliche Festlegung von Zahlenmaterial handelt, sondern um eine Methode, unterschiedlichen Sachverhalten gerecht zu werden und einen Ausgleich untereinander zu finden.

Die von den Beigeladenen dargebrachten Argumente für die Festlegung der Praxisbudgets mit einem festen Betriebskostenanteil in den neuen Bundesländern ist gerichtlich nicht angreifbar, weil sie nicht willkürlich und auch nicht bewusst benachteiligend ist, wenn es vielleicht auch eine günstigere Regelung gegeben hätte. Gleichsam darf dabei auch nicht außen vor bleiben, dass bestimmte Ärzte von einem festen Betriebskostenanteil profitieren, nämlich die, die kleinere Praxen haben und/oder niedrige Betriebskosten aufweisen.

Als Besonderheit in den neuen Bundesländern wurde berücksichtigt, dass zum Zeitpunkt der Festlegung der Praxisbudgets in den neuen Bundesländern allgemein von niedrigeren Betriebskosten ausgegangen wurde (z.B. Gehälter, Miete etc.). Es wurde ferner die Besonderheit der niedrigeren Umsätze der Vertragsärzte im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer berücksichtigt. Bei der Ermittlung der Fallpunktzahl wurde anstelle des prozentualen Anteils ein fester Betriebskostenanteil eingebracht. Ziel war es, die Betriebskosten von den niedrigeren Umsätzen in den neuen Bundesländern unabhängig zu machen. All dies sind Sachargumente, die - entgegen der Meinung der Klägerseite - gerade nicht eine bewusste Benachteiligung einer bestimmten Gruppe von Vertragsärzten zum Ziel haben.

Bei der Ermittlung der Betriebskosten wurden die Investitionskosten über die Abschreibungen berücksichtigt, unabhängig davon, ob eine Praxisneugründung in den alten oder den neuen Bundesländern erfolgte. Bei Annahme höherer Investitionskosten in den neuen Bundesländern handelt es sich nur um eine bloße Behauptung, die sich nicht belegen lässt. Die vorliegende Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland zur Höhe der Investitionen bei Praxisübernahmen und Praxisneugründungen in den Jahren 1993/1994 bis 2002/2002 hat ergeben, dass die Höhe der Investitionen für den einzelnen Vertragsarzt in den neuen Bundesländern unterhalb der Investitionshöhe in den alten Bundesländern lag.

Die Ermittlung der Betriebskosten zur Berechnung der Praxisbudgets erfolgte unter Berücksichtigung des Anteils an Privatpatienten. Regionale Unterschiede, die nicht nur zwischen den alten und den neuen Bundesländern, sondern auch beim Vergleich der Regionen der alten Bundesländer bestehen, blieben generell unberücksichtigt. Auch dies ist nicht zu beanstanden.

Eine unterschiedliche Altersstruktur der zu behandelnden Patienten bedingt keine Änderung bei den Betriebskosten der Praxis. Dem erhöhten Behandlungsaufwand einer Praxis wird durch die Differenzierung der Fallpunktzahlen nach den Versichertengruppen (Rentner/Familienangehörigen) Rechnung getragen.

Von strukturellen Unterschieden in chirurgischen Praxen wurde nicht ausgegangen, lediglich bei der Ermittlung der Kosten wurde in den neuen Bundesländern von einer etwas günstigeren Kostenkonstellation ausgegangen.

Bei dem Kostenabschlag von 12,5 v.H. hat sich der Bewertungsausschuss an dem Abschlag für den Punktwert in der GOÄ (von 10 v.H.) orientiert. Auch dies ist letztlich nicht zu beanstanden. Ausschlaggebend war dabei die Höhe der Personalkosten. Je nach Tarifvertrag lagen die Entgelte bei 75 v.H. (Tarifvertrag für die Arzthelferinnen) und 82 v.H. (BAT-Ost). Bei einem rechnerischen Anteil der Personalkosten von 50 v.H. ergibt sich ausgehend von dem Tarifvertrag der Arzthelferinnen ein Abschlag in Höhe von 12,5 v.H. Der reale Anteil der Personalkosten hängt zwar von der Praxisgröße und der Arztgruppe ab, der pauschalierte Abzug erscheint aber unter Berücksichtigung des zuvor Gesagten angemessen, wenn zudem noch zu berücksichtigen ist, dass in aller Regel in den neuen Bundesländern zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Praxisbudgets die Mieten preiswerter waren als in den alten Bundesländern.

Es sind auch keine anderen Aspekte ersichtlich, die eine bewusste und gewollte Benachteiligung der hier betroffenen Fachgruppe begründen könnten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und Abs. 4 Satz 2 SGG](#) in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-ÄndG vom 17. August 2001 ([BGBl. I, 2144](#)) am 2. Januar 2002 geltenden alten Fassung. Diese kommt hier noch zur Anwendung, da es sich vorliegend um ein Verfahren nach [§ 197a SGG](#) nF handelt, das noch vor Inkrafttreten des 6. SGG-ÄndG rechtshängig geworden ist (Art 17 Abs. 1 Satz 2 6. SGG-ÄndG; vgl

...BSG Urteile vom 11. April 2002 - [B 3 KR 25/01 R](#) und vom 30. Januar 2002 - [B 6 KA 12/01 R](#) SozR 3 2500 § 116 Nr. 24).

Die Revision war zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorliegen. Zum einen ist in Thüringen eine Vielzahl von Verfahren betroffen, zum anderen handelt es sich nicht um in der Vergangenheit abgeschlossene Sachverhalte. Die Berechnung der Praxisbudgets setzt sich kontinuierlich bis in den EBM-Ä 2000 (wirksam ab 1. Januar 2005) fort.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2007-12-05