L 4 KA 10/15

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 337/14
Datum

04.02.2015
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 10/15
Datum

06.12.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Begrenzung der Berücksichtigungsfähigkeit von Praxiskosten beim Honorareinbehalt zur Erweiterten Honorarverteilung durch §§ 5 Abs. 1, 8 Abs. 1, 10 Abs. 3 GEHV in der bis 30. Juni 2012 geltenden Fassung dahingehend, dass die Regelung nur auf die Verhinderung von unzumutbaren Belastungen durch einen außergewöhnlich hohen Kostenanteil innerhalb einer Arztgruppe, nicht aber auf die Verhinderung einer Ungleichbehandlung der Arztgruppen untereinander abzielt, ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Sie ist am Maßstab des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes angemessen, da sie die Kostenerstattungsanteile der Vergütung nicht gänzlich außer Acht lässt, sondern lediglich begrenzt.

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Marburg vom 4. Februar 2015 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.
Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Abzugs vom Honorar für die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) im Quartal I/2009 und hierbei insbesondere um die Berücksichtigung besonderer Kostenanteile.

Die Klägerin ist Trägerin eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), das mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 31. Januar 2006 zur vertragsärztlichen Versorgung ab 1. April 2006 zugelassen wurde. Bei ihr sind als angestellte Ärzte die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin Dr. med. D. und Dr. med. E. sowie der Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie Dr. Dr. F. in Vollzeit im strittigen Zeitraum beschäftigt gewesen.

Im streitgegenständlichen Quartal I/2009 setzte die Beklagte das Honorar des MVZ durch Honorarbescheid vom 20. Juli 2009 (Bl. 212 der Verwaltungsakte) fest, übersendete ihn mit Schreiben vom 26. August 2009, wogegen die Klägerin am 11. September 2009 Widerspruch einlegte. Die für den hiesigen Rechtsstreit maßgeblichen Festsetzungen und Rechnungspositionen lauten:

EHV-Abzug in EUR
Dr. D. 10.143,98
Dr. Dr. F. 6.045,18
Dr. E. 12.332,44

Kostenquote EHV
Kostenanteil in % 94,9045
Allgemeine Kostenquote 48
Berücksichtigungsfähiger Kostenanteil in % 46,9045
EHV-relevantes Honorar in % 53,10
Honoraranforderung gesamt in EUR 1.074.358,11 EUR
Abzüglich berücksichtigungsfähiger Kostenanteil - 503.922,30 EUR
Verbleibende in die EHV einzubeziehende Honoraranforderung 570.435,81 EUR

Zur Begründung führte die Klägerin aus, der Widerspruch richte sich gegen die Höhe der Vergütung für die streitbefangenen Quartale. Sie habe ein zu geringes Honorar erhalten. Dies begründe sich u.a. in dem rechtswidrigen Einbehalt zur Finanzierung der EHV. Ihre Heranziehung zur Finanzierung der Erweiterten Honorarverteilung sei verfassungswidrig und von der Ermächtigungsgrundlage des § 8 des

Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (KVHG) vom 22. Dezember 1953 nicht mehr gedeckt. Die Vorschrift verstoße gegen [Art. 12 Abs. 1](#), [14 Abs. 1](#), [3 Abs. 1 GG](#), insbesondere gegen die Wesentlichkeitsrechtsprechung und das Äquivalenzprinzip. Die Klägerin wandte sich mit ihrer ausführlichen Argumentation vor allem gegen die Heranziehung als Trägerin eines MVZ. Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 10. April 2013 den Widerspruch unter Verweis auf die Regelungen zur Honorarverteilung als unbegründet zurück. Soweit die Klägerin den EHV-Abzug für bei einem ein MVZ angestellte Ärzte rüge, wies sie darauf hin, dass im Widerspruchsverfahren gegen Honorarbescheide diesem Einwand nicht nachzugehen sei. Der statusrelevante Charakter der Teilnahme an der EHV lasse es nicht zu, über die Rechtmäßigkeit der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen über die EHV an einem derartigen Verfahren zu befinden. In ihren Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung (GEHV) habe sie hinreichende Regelungen für die Gleichstellung eines angestellten Arztes mit zugelassenen Vertragsärzten.

Hiergegen hat die Klägerin am 25. April 2013 Klage erhoben, die zunächst unter dem Az. S 12 KA 290/13 geführt worden ist. Das Sozialgericht hat mit Beschluss vom 26. April 2013 das Verfahren für das Quartal II/2009 unter dem Az. S 12 KA 291/13 abgetrennt und antragsgemäß beide Verfahren zum Ruhen gebracht. Auf Antrag der Beklagten hat die Kammer die Verfahren am 18. Juli 2014 wieder aufgerufen und unter dem Aktenzeichen [S 12 KA 337/14](#) fortgeführt. Das für das Quartal II/2009 zum S 12 KA 338/14 geführte Verfahren hat die Kammer auf Antrag der Beteiligten mit Beschluss vom 28. Januar 2015 erneut zum Ruhen gebracht.

Die Klägerin hat vorgetragen, nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) - bestreite sie nicht mehr die grundlegende Pflicht des MVZ zur Teilnahme an der EHV. Sie hat weiterhin die Rechtsauffassung vertreten, die Regelung des § 5 GEHV betreffe allein die Berücksichtigung von Praxiskosten bei der Ermittlung der Höhe der zu erwerbenden Anwartschaften. Die Regelung betreffe hingegen nicht die Höhe des EHV-Einbehalts von den aktiven Vertragsärzten. Erst § 8 GEHV regle die Finanzierung der EHV-Ansprüche. Hiernach werde im aktuellen Abrechnungsquartal die angeforderte Honorarmenge der aktiven Vertragsärzte verringert. Die besondere Berücksichtigung der Kosten durch die technischen Leistungsanteile im Sinne des § 5 GEHV erfolge erstmals im Zusammenhang mit der Ermittlung der an die inaktiven Ärzte zu verteilenden Honoraranteile durch § 8 Abs. 1 Satz 3 GEHV. So werde bei der Ermittlung des Betrages, der an die inaktiven Vertragsärzte auszuschütten sei, die Berücksichtigung der Praxiskosten im Sinne des § 5 GEHV fortgeführt. Die Praxiskosten würden aber nur insoweit berücksichtigt und von der Einbeziehung in der Finanzierung der EHV ausgenommen, wie sie oberhalb des Fachgruppendurchschnitts lägen. Es sei völlig offen, auf welche Weise im Fall der Klägerin die Praxiskosten im Sinne der §§ 5, 8 GEHV Berücksichtigung gefunden hätten. Sie könne nicht nachprüfen, welche TL-Anteile tatsächlich Berücksichtigung gefunden hätten. §§ 5, 8 GEHV änderten nichts daran, dass die Einbeziehung der reinen Kostenerstattungen für die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen des Kapitel 32 EBM-Ä sowie die Kosten und Wegepauschalen zur Ermittlung des EHV-Einbehalts unter Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit den Honoraranspruch der Klägerin rechtswidrig verkürzten. Insbesondere führten die Regelungen der §§ 5, 8 GEHV nicht dazu, dass ein Vergleich vorgenommen würde, der fachübergreifend die tatsächlichen Kosten durch die technischen Leistungsanteile berücksichtige. Vielmehr führten die genannten Regelungen allenfalls dazu, dass die labormedizinischen Leistungserbringer, die eine noch höhere Kostenquote als die übrigen labormedizinischen Leistungserbringer hätten, nur im gleichen Umfang wie alle anderen Fachgruppenmitglieder durch die Kostenerstattungssummen zur Finanzierung der EHV belastet würden. Daraus folge, dass die Klägerin aufgrund ihrer hohen Kostenquote faktisch eine geringere Vergütung für ihre ärztlichen Leistungen erhalte als alle übrigen Leistungserbringer mit einer durchschnittlich geringeren Kostenquote. Für eine solche Ungleichbehandlung gebe es keine Rechtfertigung. Sie sei mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht zu vereinbaren. Die zur Erstattung der Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM-Ä auszahlenden Beträge seien zudem nicht zur Ermittlung des EHV-Einbehalts heranzuziehen, weil es sich nicht um vertragsärztliche Honorarbeträge, sondern um Kostenerstattungsbeträge als fixe Euro-Beträge handele. Die Honorarabrechnung für das Quartal I/2009 ergebe, dass nach einem Abzug der Summen für die Kostenerstattungen von der an das MVZ gezahlten Gesamtsumme über 27% der Vergütung nur für die vertragsärztliche Tätigkeit (ohne die Kostenerstattungen) zur Finanzierung der EHV im Quartal I/2009 und über 41% im Quartal II/2009 einbehalten würden. Die tatsächlichen ärztlichen Leistungen seien somit nur mit einem Vergütungsbetrag von 102.219,46 EUR bzw. 57.040,33 EUR vergütet worden. Die EHV-Einbehalte ergäben die genannten Quoten. Die Beklagte hat die Rechtsauffassung vertreten, dass § 5 Abs. 1 GEHV sehr wohl auch die Höhe des EHV-Einbehalts regle. Die hier relevante Fassung der Vorschrift sei in "EHV-aktuell" vom 6. Juli 2011 veröffentlicht worden. Die Vertreterversammlung der Beklagten habe die Liste der TL-Anteile gemäß § 5 Abs. 1 GEHV in der Vorgängerfassung mit Beschluss vom 29. Mai 2010 festgestellt. Dies sei in "EHV-aktuell" vom 6. Juli 2011 mitgeteilt worden, mit dem Hinweis, dass die Liste bei der Beklagten eingesehen werden könne. Es handelte sich um die Liste "EHV-Kostenanteile 2008", die ebenfalls von der Vertreterversammlung als zu berücksichtigender Kostenanteil ab dem Quartal I/2008 beschlossen worden sei. Sie sei um die sog. Hessenziffern ergänzt worden und sei Grundlage der Honorarverteilung und der EHV-Berechnung seit 1. April 2005. Unter beispielhafter Erläuterung der Berechnung der EHV-Anteile für das Quartal I/09 hat sie darauf hingewiesen, dass in diesem Quartal im Ergebnis die streitgegenständlichen Sachkosten zu 46,9045% von der EHV befreit seien. Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vom 19. Februar 2014 die Rechtmäßigkeit des § 5 Abs. 1 GEHV bestätigt. Im streitbefangenen Quartal sei es zu einer Vereinheitlichung der Fachgruppen gekommen. Kostenerstattungen für die laboratoriumsmedizinischen Analysen des Abschnitts 32.2 und 32.3 EBM-Ä seien berücksichtigt worden. Es sei sowohl der Fachgruppenkostensatz mit 48 % als auch der individuelle Kostenanteil (hier mit 94,9045 %) auf der Basis aller in die EHV einbezogenen Honorarforderungen berechnet worden. In Höhe des Übersteigens des individuellen Kostenanteils der Klägerin zur Fachgruppengrenze ergebe sich der EHV-befreite Anteil. Sie hat u.a. die Liste "EHV-Kostenanteile 2008" vorgelegt (Anlage B3 zum Schriftsatz vom 24. September 2014 - Bl. 23 d.A.).

Das Sozialgericht hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 4. Februar 2015 abgewiesen. Die Klage sei zulässig, die Kammer gehe davon aus, dass ausschließlich die festgesetzte Honorarhöhe angefochten werde, soweit der Honoraranspruch durch Abzüge für die EHV vermindert worden sei. Die Klage sei aber unbegründet. Der angefochtene Honorarbescheid für das Quartal I/2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. April 2013 sei, soweit er noch angefochten werde, rechtmäßig. Hinreichende Rechtsgrundlage für die Quotierung des Honoraranspruchs der Klägerin zugunsten der EHV seien die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der ab 1. Juli 2006 gültigen Fassung, veröffentlicht durch Bekanntmachung im Hessischen Ärzteblatt 9/2006, ergänzt durch die in EHV-Aktuell am 6. Juli 2011 veröffentlichte Neufassung des § 5 Abs. 1 (im Folgenden: GEHV). Nach § 1 Abs. 1 Satz 1 GEHV nehme jedes zugelassene ärztliche Mitglied der KV Hessen auch im Falle der Anerkennung seiner Berufsunfähigkeit und/oder nach Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung (inaktiver Vertragsarzt) weiterhin an der Honorarverteilung im Rahmen dieser Bestimmungen der EHV teil. Nach § 3 Abs. 1 GEHV werde für jedes Quartal nach Berücksichtigung der besonderen Kosten nach § 5 das Prozentverhältnis der anerkannten Honorarforderung aus der Abrechnung der Primär- und Ersatzkassen des einzelnen Vertragsarztes zur Durchschnittshonorarforderung aller Vertragsärzte im Bereich der KV Hessen im gleichen Quartal festgestellt. Jedem Vertragsarzt werde vierteljährlich dieser Prozentsatz in gleicher Höhe als Punktzahl auf einem Sonderkonto gutgeschrieben. Praxiskosten würden dabei nach

Maßgabe des § 5 GEHV berücksichtigt. Nach § 8 Abs. 1 GEHV würden die für die Finanzierung der nach §§ 3 ff. festgestellten EHV-Ansprüche notwendigen Mittel durch Quotierung der im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte bereitgestellt. Die Quote dürfe dabei einen Wert von 5 % nicht überschreiten. Die festgestellten Ansprüche bezögen sich dabei auf das jeweils anerkannte durchschnittliche Honorar aus der Behandlung von Versicherten der Primär- und Ersatzkassen gemäß § 3 in Verbindung mit § 5 Abs. 3. Sollten die erforderlichen Mittel (nach Abs. 1 Satz 2) für die Finanzierung der EHV-Ansprüche nicht ausreichen, seien alle Ansprüche über einen Nachhaltigkeitsfaktor so zu quotieren, dass die quotenmäßigen Belastungen der Punktwerte der Honorarverteilung einen Wert von 5 % nicht überschreite. Ein angestellter Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) sei nach § 10 Abs. 3 GEHV im Rahmen der Grundsätze der EHV den zugelassenen Vertragsärzten gleichgestellt. Der von der Klägerin noch angegriffene Umfang der Quotierung des vertragsärztlichen Honorars für die EHV sei von der Kammer nicht zu beanstanden gewesen. Nach § 5 GEHV würden bei der Ermittlung der Honorarforderung des Vertragsarztes oder einer Gemeinschaftspraxis von Vertragsärzten, die Grundlage für die Punktzahlgutschrift nach § 3 Absätze 1 a) und 1 b) sei, leistungsbezogen die unter Berücksichtigung des "TL"-Anteils im EBM 2005 definierten Honoraranteile (mit einem rechnerischen Punktwert von 5,11 Ct) im Rahmen der Honorarforderungen festgestellt. Die Liste TL-Anteile werde von der Vertreterversammlung aufgestellt und beschlossen. Der Vorstand sei berechtigt, Korrekturen, Ergänzungen oder Aktualisierungen der Liste vorzunehmen, insbesondere, wenn Änderungen der Gebührenordnung dies erforderten. Die Berücksichtigung dieser Kostenanteile erfolge nur, soweit sie einen Anteil von x % der jeweiligen Fachgruppe überstiegen. Der Anteil von x % bestimme sich dabei ab Einführung des EBM 2005 so, dass sich im Ergebnis das im jeweiligen Vorjahresquartal festgestellte Verhältnis zwischen dem Durchschnittshonorar, berechnet auf Basis aller in die EHV einbezogenen Honorarforderungen, und dem Durchschnittshonorar nach Berücksichtigung der seinerzeit anerkennungsfähigen besonderen Kosten, auch im aktuellen Abrechnungsquartal ergebe. Die Festlegung erfolge durch den Vorstand. Alle über den Anteil von x % hinausgehenden Honorarforderungen nach Satz 1 gingen in die weiteren EHV-Berechnungen nicht mehr ein. Sie würden im Rahmen der allgemeinen Honorarverteilung mit dem Bruttopunktwert bei punktzahlbewerteten Leistungen bzw. der Bruttoquote bei EUR-bewerteten Leistungen bzw. Pauschalen bewertet (§ 5 Abs. 1 GEHV). Bei der Ermittlung des (der) Durchschnittshonorar(forderung) aller Vertragsärzte seien die nach den Absätzen 1 und 2 errechneten berücksichtigungsfähigen besonderen Kosten ebenfalls entsprechend abzuziehen (§ 5 Abs. 3 GEHV). Bei der Bemessung von Beiträgen zu einer berufsständischen Versorgungseinrichtung stehe dem autonomen Satzungsgeber ein - allerdings durch den Zweck der Versorgungseinrichtung und den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz begrenzter - Gestaltungsspielraum zu, innerhalb dessen er typisieren dürfe. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebiete, auf schwerwiegende Besonderheiten und unbillige Härten, insbesondere auf die wirtschaftliche Belastbarkeit der Mitglieder, Rücksicht zu nehmen. Darüber hinaus habe die Beitragsbemessung unter Beachtung der allgemein für die Erhebung von Beiträgen geltenden Grundsätze, insbesondere des Äquivalenzprinzips und des Gleichheitssatzes, zu erfolgen. Dabei dürfe nach dem Äquivalenzprinzip die Höhe der Beiträge nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil stehen, den sie abgelden sollten. Für Versorgungseinrichtungen folge daraus, dass Beitragsleistung und Versorgungsleistung einander entsprechen müssten. Dies sei allerdings nicht dahingehend zu verstehen, dass eine Individualäquivalenz geboten wäre, wie sie in der Privatversicherung vorkomme. Vielmehr könne bei berufsständischen Versorgungseinrichtungen das Äquivalenzprinzip eine Modifikation durch den Gedanken der Solidarität erfahren. Regelungen über die Beitragsbemessung zur EHV könnten die Beitragshöhe an die Honorarhöhe und damit an den Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes koppeln. Hiergegen verstoße nicht, dass die Abzüge für die EHV beim einzelnen Vertragsarzt von den Honoraransprüchen erfolgten, ohne dass es eine Bemessungsgrenze gebe. Zu den allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts gehöre eine Pflicht zur Schaffung von Beitragsbemessungsgrenzen nicht. Der Verzicht auf eine Beitragsbemessungsgrenze widerspreche nicht dem Äquivalenzprinzip, solange aus höheren Beiträgen im Grundsatz auch höhere Versorgungsleistungen entstünden. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebiete ebenfalls nicht die Einführung einer Beitragsbemessungsgrenze. Dieser verlange zwar, bei der Beitragsbemessung auf schwerwiegende Besonderheiten und unbillige Härten, insbesondere auf die wirtschaftliche Belastbarkeit der Mitglieder Rücksicht zu nehmen. Es sei aber grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn die Regelung über die Bemessung der Beiträge zur EHV bei Vertragsärzten mit höheren Honoraransprüchen auch eine höhere wirtschaftliche Leistungsfähigkeit unterstelle (Hinweis auf BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -, juris; BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 38/12 R](#) -, juris Rn. 33). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei ferner bei der Ermittlung der für die EHV einzubehaltenden Gesamtvergütungsanteile, die auf die einzelne Praxis entfielen, die Berücksichtigung von besonderen Kosten bei bestimmten Leistungen geboten, um auf die signifikanten Unterschiede bei den Kostensätzen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu reagieren. Soweit vertragsärztliche Umsätze verschiedener Arztgruppen nicht mehr tendenziell Überschüsse in ähnlicher Größenordnung erwarten lassen, müsse dies bei Belastungen, die allein an Umsätzen ausgerichtet sind, berücksichtigt werden (Hinweis auf BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 [B 6 KA 10/13 R](#) -, juris Rn. 39 m.w.N.). Hinsichtlich der Bewertung der Praxiskosten habe die Beklagte mit § 5 GEHV eine Anpassung an die betriebswirtschaftliche Kalkulation der ärztlichen Leistungen bezogen auf einen ärztlichen Leistungsanteil und einen technischen Leistungsanteil (TL) vorgenommen. Der TL-Anteil der Kosten einer Praxis sei unmittelbar von der Honorarforderung der aktiven Vertragsärzte abgezogen worden, soweit sie über dem Anteil der jeweiligen Fachgruppe gelegen hätten. Grundlage der Bewertung der TL-Anteile seien Listen der KBV, die eine Aufstellung der technischen Leistungsanteile der Leistungsziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) enthielten. Zum Quartal II/2006 habe die Beklagte auch ihre Verwaltungspraxis hinsichtlich der Berechnung des maßgeblichen Durchschnittshonorars geändert. Zugrunde gelegt worden seien nicht mehr das Durchschnittshonorar der aktiven Vertragsärzte aus der Abrechnung der Primär- und Ersatzkassen nach EHV-Quotierung gemäß § 8 Abs. 1 GEHV, sondern vor dieser Quotierung und nach Berücksichtigung der Praxiskosten nach § 5 GEHV. Am 7. Juli 2011 habe die Vertreterversammlung eine Neufassung des § 5 Abs. 1 GEHV rückwirkend ab dem 1. April 2005 beschlossen und habe die Liste der TL-Anteile gemäß § 5 Abs. 1 GEHV ausdrücklich durch die Vertreterversammlung festgestellt. Diese Regelungen seien bisher von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht beanstandet worden (Hinweis auf BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) a.a.O. Rn. 36 ff.). Im Ergebnis würden mit der Regelung die durchschnittlichen Kosten der Fachgruppe in die EHV einbezogen, was aber alle Fachgruppen gleichermaßen treffe. Im Rahmen des Gestaltungsspielraums der Beklagten als Satzungsgeberin mit der Befugnis zur Pauschalierung und Typisierung habe die Beklagte mit ihrer Regelung auch auf den Fachgruppendurchschnitt abstellen können. Entgegen der Auffassung der Klägerin handele es sich bei den strittigen Sachkosten auch um Bestandteile des Honorars. So sei seit langem anerkannt, dass feste Honorarkontingente bzw. sog. Honorartöpfe auch für Laborärzte gebildet werden können. Dies gelte auch, soweit zum Teil nunmehr feste Vergütungssätze im EBM verankert seien. Der Gerichtsbescheid ist der Klägerin am 10. Februar 2015 zugestellt worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 13. Februar 2015 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht eingelegt.

Die Klägerin trägt unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vortrages vor, dass §§ 5, 8 GEHV dazu führten, dass die Praxiskosten nur insoweit berücksichtigt und von der Einbeziehung in die Finanzierung der EHV ausgenommen würden, wie sie oberhalb des Fachgruppendurchschnitts lägen. Dies sei mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht zu vereinbaren. Eine Auslegung des § 5 GEHV ergebe, dass die zur Erstattung der Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM

auszuzahlenden Beträge nicht zur Ermittlung des EHV-Einbehalts herangezogen werden dürfen, weil es sich nicht um vertragsärztliche Honorarbeträge handle. Nach dem Wortlaut des § 5 Abs. 1 GEHV werde ausschließlich auf Honorarforderung und Honoraranteil abgestellt. Ausgenommen seien daher reine Kostenerstattungen. Für die vertragsärztlichen Leistungen, die originär in Punkten bewertet sein entstehen erst aufgrund der Multiplikation der für eine GOP bestimmten Punktzahl mit einem veränderlichen Orientierungswert der jeweilige Preis der Euro-Gebührenordnung und in der Folge das vertragsärztliche Honorar. Anders sei dies bei den Kostenerstattungen für laboratoriumsmedizinische Analysen. Nach den Präambeln zu Abschnitt 32.2 und 33.3 EBM heiße es, dass es sich um vertraglich vereinbarte Euro-Beträge für die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen handle. Schon im EBM seien also absolut fixe Euro-Beträge festgelegt. Diese seien somit kein vertragsärztliches Honorar. Sie seien systemwidrig zu Unrecht nicht dem dafür gebildeten eigenständigen Bereich V zugeordnet, der nicht zum EBM gehöre. Die von der Beklagten praktizierte Quotierung der Auszahlungsbeträge auf einen Wert von 95 % im Fall der Kostenerstattung der Abschnitte 32.2 und 32.3 sei nicht mit der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 23. Mai 2007 – [B 6 KA 91/06 B](#) – zu vereinbaren wonach jegliche Verminderung der ausgezahlten, zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten festen Euro-Beträge durch eine Quotierung rechtswidrig sei. Zu Unrecht verweise das Sozialgericht darauf, dass die Bildung feste Honorarkontingente für Laborärzte auch dann zulässig sei, wenn diese die OP erfassten, die im EBM mit festen Vergütungssätzen vereinbart seien. Aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 10/13 R](#) – sei nicht abzuleiten, dass der fehlende Vergleich der Kostenanteile über die Fachgruppengrenzen hinweg gebilligt worden sei. Das BSGE habe entschieden, dass es der Beklagten nicht verwehrt sei, steigende Kosten für besonders aufwändige Leistungen zum Anlass einer gewissen Umverteilung zwischen den einzelnen Arztgruppen unter Einschluss auch der ehemaligen Vertragsärzte vorzunehmen. Dabei müsse lediglich nicht berücksichtigt werden, ob die Belastung der Ärzte exakt den Auswirkungen der steigenden Kosten entspreche. Strukturelle Fehlfestlegung und ersichtlich unangemessen Lastenverteilung dürften indes nicht erfolgen. Im vorliegenden Fall sei es aber so, dass die Klägerin einen Gesamtbetrag im Rahmen der Honorarbescheidung erhalte, an dem die Kostenerstattungen für die laboratoriumsmedizinischen Leistungen einen Anteil von 90,4 % ausmachten. Der Anteil der reinen Kostenerstattungen an der mit dem Honorarbescheid jeweils festgelegten Auszahlungssumme dürfte in der Arztgruppe der Laboratoriumsmediziner ebenfalls vergleichbar hoch sein. Die von der Beklagten zitierte Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 9. Dezember 2004 sei noch zu einer anderen Gestaltung der Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung ergangen. Gegenstand der dortigen Regelung zur Berücksichtigung von Kostensätzen seien nicht arztgruppenspezifische Regelungen, sondern leistungsspezifische Regelungen gewesen. Die dortigen Regelungen berücksichtigten, dass Kostenerstattungen keine Honorare für die vertragsärztliche Tätigkeit seien. Aus der Entscheidung des BSGE sei lediglich abzuleiten, dass aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) nur dann eine Berücksichtigung der Praxiskosten in einem Vergleich innerhalb der Fachgruppen nicht zwingend folgen müsse, wenn leistungsbezogen schon die Kostenanteile berücksichtigt würden. So sei aber die Regelung im hiesigen Zeitraum nicht gestaltet gewesen.

Die Klägerin beantragt,
unter Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Marburg vom 4. Februar 2015 den Honorarbescheid für das Quartal I/2009 vom 20. Juli 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. April 2013 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, über die Höhe der auszuzahlenden Honorarsumme unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, dass das Sozialgericht zutreffend ausgeführt habe, dass im Ergebnis mit der Regelung des § 5 GEHV die durchschnittlichen Kosten der Fachgruppe in die EHV einbezogen würden, was alle Fachgruppen gleichmäßig treffe. Falsch sei daher die Argumentation der Klägerin, dass sie aufgrund ihrer hohen Kostenquote faktisch eine geringere Vergütung für ihre ärztlichen Leistungen erhalte, als alle übrigen Leistungserbringer mit einer durchschnittlich geringeren Kostenquote. Vielmehr würden andere Kosten in Fachgruppen, wie etwa Nephrologen und Radiologen, ebenso behandelt wie die Klägerin. Andernfalls würde auf der einen Seite das Umlagesystem nicht ausreichend von diesen Fachgruppen mit Beiträgen gespeist werden. Auf der anderen Seite würden die aktiven Ärzte aus diesen Gruppen nur minimale Anwartschaften erwerben, so dass die Beklagte den Auftrag aus § 8 KVHG, für eine wirtschaftliche Sicherung der Invaliden und alten Vertragsärzte und deren Hinterbliebene zu sorgen, nicht mehr nachkommen würde. Im Rahmen der Befugnis zur Pauschalierung und Typisierung könne auf den Fachgruppendurchschnitt abgestellt werden. Zutreffend geht das Sozialgericht auch davon aus, dass es sich bei den strittigen Sachkosten um Bestandteile des Honorars handle. Zu beachten sei, dass es sich wirtschaftlich nicht um reine Durchlaufposten handle. Vielmehr wird schaffe die Klägerin mit dem Abrechnungssystem und folglich auch mit den Kostenerstattungen wie ein Unternehmer. Der streitgegenständliche TL-Anteil beinhalte auch Anteile von Personal-, Raum- und Gerätekosten. Das Landessozialgericht habe bereits mit Urteil vom 16. Juli 2008 – [B 6 KA 38/07](#) – zu der Sachkostenregelung des § 5 GEHV in der Fassung vom 1. Oktober 2001 entschieden, dass der Beklagten als normsetzende Körperschaft die für jede Normsetzung kennzeichnende Gestaltungsfreiheit zukomme. Die gerichtliche Kontrolle von Geeignetheit und Erforderlichkeit anspruchsbegrenzender Normen müsse auf den Ausschluss struktureller Fehlerfestlegungen und ersichtlich unangemessener Lastenverteilung ausgerichtet sein, wenn sie die Gestaltungsfreiheit des Normgebers nicht unangemessen beschränken solle. Die streitige Sachkostenregelung befinde sich nicht im Bereich einer strukturellen Fehlfestlegung. Auch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) – untermauere die Klageabweisung. Hiernach stelle die Berücksichtigung von spezifischen besonderen Kostensätzen bei einzelnen ärztlichen Leistungen bzw. Leistungsgruppen keinen Rechtsverstoß dar. Trotz der sehr unterschiedlichen Kosten Ansätze zwischen den einzelnen Arztgruppen und auch zwischen unterschiedlich ausgerichteten Praxen derselben Arztgruppe bestehe in der Anknüpfung der Beitragserhebung an den Umsatz keine mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) kollidierende sachwidrige Ungleichbehandlung. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf Gerichtsakten sowie die Verwaltungsakten der Beklagten (1 Band) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Zutreffend ist das Sozialgericht von der Zulässigkeit der Anfechtungs- und Bescheidungsklage ausgegangen. Die vom Bundessozialgericht gegen eine Inzidentprüfung der Rechtsgrundlagen der EHV in der Anfechtungs- und Bescheidungsklage gegen den Honorarbescheid angeführten Gründe (vgl. dazu BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) -, juris, Rn. 112; BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 8/13 R](#) -, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, Rn. 20) greifen hier nicht durch. Soweit die Beklagte den Widerspruch insoweit konkludent begrenzend ausgelegt oder als unzulässig angesehen hat, weil die Klägerin ursprünglich die Teilnahme an der EHV grundsätzlich abgelehnt hat, hat die

Klägerin hieran bereits erstinstanzlich nicht mehr festgehalten. Rechtsschutzziel war bereits erstinstanzlich zuletzt allein die Klärung der Rechtmäßigkeit der Höhe des Einhalts zur EHV. Nach der seinerzeit geltenden Rechtslage vor Quartal III/2012 wurde insoweit kein gesonderter Beitragsbescheid zur EHV erlassen, wie dies insbesondere nach der Umstellung auf das Beitragsklassensystem ab Quartal III/2012 praktiziert wurde. Vielmehr erscheint der Einbehalt zunächst als Rechenposition in der Anlage zum Honorarbescheid (vgl. unter "Arztrechnung", Bl. 204 ff. der Verwaltungsakte). Offenbleiben kann insoweit, ob es sich bei der Ausweisung des Einhalts um einen Verwaltungsakt handelt. Jedenfalls enthält der Honorarbescheid eine Anlage mit dem Titel "Nachweis zu den berücksichtigungsfähigen Kosten gemäß § 5 der Grundsätze der EHV Primärkassen und Ersatzkassen" (Bl. 202 der Verwaltungsakte), in der der individuelle Kostenanteil mit 94,9045 % festgesetzt wurde. Damit wurde eine für die Höhe des EHV-Einhalts im Hinblick auf die berücksichtigungsfähigen Kosten maßgebliche individuell-konkrete Regelung getroffen. Die Bescheidungsklage ist statthaft, da das Rechtsschutzziel der Klägerin nicht darauf gerichtet ist, überhaupt nicht an der EHV teilzunehmen, sondern eine Neuberechnung der berücksichtigungsfähigen Kosten zu erreichen. Insoweit kann das Ziel der Klägerin auch dahingehend verstanden werden, eine entsprechende abweichende Festsetzung der vollständig befreiten Honoraranteile zu erlangen, da sie der Rechtsauffassung ist, eine nur gedeckelte Berücksichtigung sei verfassungswidrig.

Das Sozialgericht hat die Klage auch zu Recht als unbegründet abgewiesen, da der angegriffene Honorarbescheid in der Fassung des Widerspruchsbescheides rechtmäßig ist. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der zwischen den Beteiligten allein streitigen Höhe des Abzuges zur EHV.

§ 8 Abs. 1, § 10 Abs. 3 GEHV in der ab 1. Juli 2006 gültigen Fassung, veröffentlicht durch Bekanntmachung im Hessischen Ärzteblatt 9/2006, und § 5 GEHV ergänzt durch die rückwirkend zum 1. April 2005 in Kraft gesetzte und in "EHV-Aktuell" am 6. Juli 2011 veröffentlichte Neufassung des § 5 Abs. 1 sind mit höherrangigem Recht vereinbare Rechtsgrundlagen des Abzugs. Nach § 10 Abs. 3 GEHV 2006 sind die in einem MVZ angestellten Ärzte im Rahmen der Grundsätze der EHV den zugelassenen Vertragsärzten gleichgestellt. Sie erwerben Ansprüche in Form von Prozentpunkten entsprechend dem vom Zulassungsausschuss festgelegten Tätigkeitsumfang. Der damit von § 10 Abs. 3 GEHV vorausgesetzte Erwerb von EHV-Ansprüchen nach Maßgabe von § 3 GEHV setzt die Zahlung entsprechender Beiträge voraus. Hierzu bestimmt § 8 Abs. 1 GEHV, dass die für die Finanzierung der nach §§ 3 ff. festgestellten EHV-Ansprüche notwendigen Mittel durch Quotierung im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte bereitgestellt werden, wobei die Quote einen Wert von 5 % nicht übersteigen darf. Die festgestellten Ansprüche beziehen sich dabei auf das jeweils anerkannte durchschnittliche Honorar aus der Behandlung von Versicherten der Primär- und Ersatzkassen gemäß § 3 in Verbindung mit § 5 Abs. 3 GEHV. Die Regelung über die Höhe des Abzugs nimmt damit Bezug auf die Regelung zur Ermittlung der Praxiskosten zur Bestimmung der Höhe der des Leistungsanspruchs aus der EHV. Nach § 5 Abs. 1 GEHV in der am 6. Juli 2011 bekanntgemachten Fassung, die rückwirkend zum 1. April 2005 in Kraft getreten ist, werden bei der Ermittlung der Honorarforderung des Vertragsarztes oder einer Gemeinschaftspraxis von Vertragsärzten, die Grundlage für die Punktzahlgutschrift nach § 3 Absätze 1 a) und 1 b) ist, leistungsbezogen die unter Berücksichtigung des "TL"-Anteils im EBM 2005 definierten Honoraranteile (mit einem rechnerischen Punktwert von 5,11 Ct) im Rahmen der Honorarforderungen festgestellt. Die Liste TL-Anteile wird von der Vertreterversammlung aufgestellt und beschlossen. Der Vorstand ist berechtigt, Korrekturen, Ergänzungen oder Aktualisierungen der Liste vorzunehmen, insb. wenn Änderungen der Gebührenordnung dies erfordern. Die Berücksichtigung dieser Kostenanteile erfolgt nur, soweit sie einen Anteil von x % der jeweiligen Fachgruppe übersteigen. Der Anteil von x % bestimmt sich dabei ab Einführung des EBM 2005 so, dass sich im Ergebnis das im jeweiligen Vorjahresquartal festgestellte Verhältnis zwischen dem Durchschnittshonorar, berechnet auf Basis aller in die ENV, einbezogenen Honorarforderungen, und dem Durchschnittshonorar nach Berücksichtigung der seinerzeit anerkennungsfähigen besonderen Kosten, auch im aktuellen Abrechnungsquartal ergibt. Die Festlegung erfolgt durch den Vorstand. Alle über den Anteil von x % hinausgehenden Honorarforderungen nach Satz 1 gehen in die weiteren EHV-Berechnungen nicht mehr ein. Sie werden im Rahmen der allgemeinen Honorarverteilung mit dem Bruttopunktwert bei punktzahlbewerteten Leistungen bzw. der Bruttoquote bei EUR-bewerteten Leistungen bzw. Pauschalen bewertet (§ 5 Abs. 1 GEHV). Bei der Ermittlung des (der) Durchschnittshonorar(forderung) aller Vertragsärzte sind die nach den Absätzen 1 und 2 errechneten berücksichtigungsfähigen besonderen Kosten ebenfalls entsprechend abzuziehen (§ 5 Abs. 3 GEHV). Aus diesen Bestimmungen i. V. m. dem Honorarverteilungsvertrag 2009 ergibt sich die Verpflichtung der aktiven Vertragsärzte, es hinzunehmen, dass für die Zwecke der EHV von dem allen Vertragsärzten insgesamt zustehenden Verteilungsbetrag ein Abzug erfolgt (vgl. Urteil des Senats vom 25. Juli 2012 - [L 4 KA 15/12](#) -, juris, Rn. 19 ff.; BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) -, Rn. 28 ff.).

Die vorgenannten Regelungen beruhen auf der ihrerseits verfassungskonformen Ermächtigungsgrundlage des § 8 KVHG (vgl. BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) -, Rn. 30 ff.; vgl. BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) -, = [BSGE 101, 106](#)).

Sie sind - wie das Sozialgericht zutreffend dargestellt hat - formell rechtmäßig zustande gekommen und auch materiell mit höherrangigem Recht vereinbar. Es bestehen keine Bedenken gegen die rückwirkende Änderung des § 5 GEHV sowie die rückwirkende Beschlussfassung über die Liste der TL-Anteile; wenn die Vertreterversammlung im Jahr 2010 rückwirkend die Liste der TL-Anteile aufgestellt und beschlossen hat, hat damit allein eine zulässige Klarstellung durch den Satzungsgeber stattgefunden (siehe dazu BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 10/13 R](#), juris, Rn. 44 f.).

Entgegen der Auffassung der Klägerin ist auch die Begrenzung der Berücksichtigungsfähigkeit von Praxiskosten durch § 5 Abs. 1 GEHV nicht zu beanstanden. Diese Begrenzung besteht darin, dass nur der Kostenanteil bei der Ermittlung des EHV-Einhalts abgezogen wird, der einen Anteil von x % der jeweiligen Fachgruppe übersteigt, wobei sich dieser Anteil von x % so bestimmt, dass sich im Ergebnis das im jeweiligen Vorjahresquartal festgestellte Verhältnis zwischen dem Durchschnittshonorar, berechnet auf Basis aller in die EHV, einbezogenen Honorarforderungen, und dem Durchschnittshonorar nach Berücksichtigung der seinerzeit anerkennungsfähigen besonderen Kosten, auch im aktuellen Abrechnungsquartal ergibt.

Das Bundessozialgericht hat im Grundsatz die Anknüpfung des Beitrags an die Honorarhöhe, nicht aber an den Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit am Maßstab von [Art. 3 Abs. 1 GG](#) und als Durchbrechung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit gebilligt (zum Folgenden: Urteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -, juris Rn. 125). Damit wird nicht außer Acht gelassen, dass aus den Honoraren für die erbrachten vertragsärztlichen Leistungen die bei deren Erbringung entstandenen Kosten erwirtschaftet werden müssen. Trotz der sehr unterschiedlichen Kostensätze zwischen den einzelnen Arztgruppen und auch zwischen unterschiedlich ausgerichteten Praxen derselben Arztgruppe liegt in der Anknüpfung der Beitragserhebung zur EHV an den Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit keine mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) kollidierende sachwidrige Ungleichbehandlung insbesondere der Ärzte mit hohen Praxiskosten. Soweit

vertragsärztliche Umsätze verschiedener Arztgruppen nicht mehr tendenziell Überschüsse in ähnlicher Größenordnung erwarten lassen, müsse dies allerdings bei Belastungen, die allein an Umsätzen ausgerichtet seien, berücksichtigt werden (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 10/13 R](#) –, juris, Rn. 39 m.w.N.). Die Kontrolldichte ist durch den satzungsgeberischen Gestaltungsspielraum reduziert; die Beklagte hat den Anforderungen zu entsprechen, die ein Normgeber nach Maßgabe des Verfassungsrechts bei der Regelung einer hoch komplexen Materie beachten muss (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) –, juris Rn. 125 unter Bezugnahme auf [BVerfGE 50, 290](#) (333 ff.)). Diese Grundsätze, die im Wesentlichen zu Vorläuferfassungen der GEHV entwickelt wurden, beanspruchen auch auf die hier zu überprüfende Fassung der GEHV Geltung. Zutreffend weist die Klägerin zwar darauf hin, dass die Besonderheit der §§ 5, 8 GEHV im streitgegenständlichen Zeitraum darin besteht, dass die Regelung nur auf die Verhinderung von unzumutbaren Belastungen durch einen außergewöhnlich hohen Kostenanteil innerhalb einer Arztgruppe, nicht aber auf die Verhinderung einer Ungleichbehandlung der Arztgruppen untereinander bei der Abzugsberechnung unter Einbeziehung unterschiedlich hoher Praxiskostenanteile abzielt. Dies hat zur Folge, dass die Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Kostenanteilen der einzelnen Arztgruppen unberücksichtigt bleiben. Diese Ungleichbehandlung ist aber entgegen der Auffassung der Klägerin am Maßstab des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes gerechtfertigt. Die Beklagte führt zur Rechtfertigung einen legitimen Zweck an, nämlich den Arztgruppen mit hohen Kostenerstattungsanteilen in ihrer Vergütung einen – mit den Worten des Senats – zur Lebensstandardsicherung beitragenden Teil der Altersversorgung zur Verfügung zu stellen und dabei die Arztgruppen mit hohen Kostenanteilen entsprechend zur Finanzierung heranzuziehen. Diese differenzierte Lösung bei der Berücksichtigung von Kostenerstattungsanteilen hat also nicht nur den von der Klägerin beschriebenen leistungsbezogenen Zweck, die Leistungsansprüche von Arztgruppen die kostenintensive Leistungen mit einem hohen Praxiskostenanteil zu begrenzen. Vielmehr würde die unbegrenzte Berücksichtigung von Kostenerstattungsanteilen sowohl die Leistungsansprüche als auch die Finanzierungsverantwortlichkeit dieser Arztgruppen so stark minimieren, dass die EHV dem Ziel, für die "wirtschaftliche Sicherung der invaliden und alten Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte und der Hinterbliebenen von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten" zu sorgen (so die Formulierung in § 8 Abs. 1 KVHG), nicht in gleicher Weise dienlich wäre. Das Ziel "wirtschaftlich sichernde" Ansprüche bei entsprechender Finanzierungsverantwortung auch kostenintensiv wirtschaftender Arztgruppen bereitzustellen, verwirklicht gerade den Gedanken des Äquivalenzprinzips und ist daher auch legitim. Die Regelung ist geeignet. Insbesondere durften nach § 5 GEHV die für die Trennung zwischen ärztlichen und technischen Leistungen von der KÄBV ausgewerteten Daten des Statistischen Bundesamtes und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung von der Beklagten als repräsentativ zugrunde gelegt werden (so ausdrücklich BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 10/13 R](#), juris, Rn. 43). Die Regelung ist auch erforderlich. Wäre sie spiegelbildlich konstruiert, d.h. würde sie den hohen Kostendurchschnitt der Fachgruppe gerade nicht "verbeitragen" und demgegenüber den atypischen Fall innerhalb der Arztgruppe ignorieren, so könnte dieses Ziel nicht in gleicher Weise verwirklicht werden, wie die eigene Berechnung der Klägerin zeigt: Auf dieser Berechnungsgrundlage würden die zu versorgenden Ärzte des MVZ nämlich nur einen Minimalanspruch erwerben. Die Regelung ist am Maßstab der oben aufgestellten Grundsätze auch angemessen, da sie die Kostenerstattungsanteile der Vergütung nicht gänzlich außer Acht lässt, sondern lediglich begrenzt. Es ist nicht ersichtlich und auch von der Klägerin nicht vorgetragen, dass allein die Nichtberücksichtigung der Durchschnittskostenanteile der jeweiligen Arztgruppe dazu führt, dass es zu einer unangemessenen Ungleichbehandlung bei der Berücksichtigung der Erwirtschaftung der bei der Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen die entstandenen Kosten zwischen den Betroffenen in unterschiedlichen Arztgruppen führt. Dies wäre nur dann der Fall, wenn bereits die Begrenzung der Berücksichtigung von Kostenerstattungsanteilen zu einer auch nicht durch die verbleibende Berücksichtigungsfähigkeit zu korrigierenden, unzumutbaren Verschiebung des Honorar-Gewinn-Verhältnisses im Vergleich unter den Arztgruppen führen würde. Hierfür ist nichts ersichtlich.

Soweit die Klägerin meint, der prozentuale Anteil des EHV-Abzuges an dem von ihr errechneten Honoraranteil für "rein" ärztliche Leistungen sei mit 27% von 102.219,46 EUR zu hoch, bestehen am Maßstab von [Art. 14 Abs. 1 GG](#) keine Bedenken. Durch die Heranziehung der Klägerin zur Finanzierung der EHV wird nicht in den Schutzbereich von [Art. 14 Abs. 1 GG](#) eingegriffen. [Art. 14 Abs. 1 GG](#) schützt nicht vor der staatlichen Auferlegung von Geldleistungs-, insbesondere Steuerpflichten und Zwangsbeiträgen (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 8/13 R](#) –, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, Rn. 47 mit umfangreichen w.N. aus der bundesverfassungsgerichtlichen Rechtsprechung). Etwas anderes kommt nur dann in Betracht, wenn die Geldleistungspflichten den Betroffenen übermäßig belasten und seine Vermögensverhältnisse so grundlegend beeinträchtigen, dass sie eine erdrosselnde Wirkung haben (st. Rspr., vgl. wiederum BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 8/13 R](#) –, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, Rn. 47 m.w.N.). Eine solche Konstellation liegt ersichtlich nicht vor.

§§ 5, 8 GEHV wurden durch die Beklagte auch zutreffend angewendet.

Bei den als Erstattung der Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen nach den Bewertungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 in Kapitel 32 EBM-Ä auszahlenden Beträgen handelt es sich um vertragsärztliches Honorar. Hierfür spricht zunächst der in Ziff. 1 der Abschnitte 32.2 und 32.3 in Kapitel 32 EBM-Ä beschriebene Regelungsgehalt, der die Bewertung für die "Vergütungsansprüche" von in eigener Praxis erbrachten Laborleistungen umfasst. Die Klägerin sieht selbst, dass der systematische Standort der Regelungen in Kapitel 32 eher für als gegen eine Behandlung als Honorar spricht. Eine Ausklammerung der Kostenerstattungstatbestände erscheint zudem vor dem Hintergrund nicht einleuchtend, dass für Kostenerstattungstatbestände ebenso wie für Vergütungstatbestände dieselben Auslegungsregeln gelten (Urteil des Senats vom 18. Dezember 2015 – [L 4 KA 26/12](#) –, Rn. 49 juris). Auch das Argument, dass fixe Eurobeträge nicht der Quotierung unterliegen könnten, greift in dieser Allgemeinheit nicht durch, denn auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist nicht jegliche landesrechtliche Verminderung der ausbezahlten, zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten festen Eurobeträgen unzulässig. So ist die landesvertragliche Quotierung der Vergütungen für vertragsärztliche Leistungen, die nicht den Regelleistungsvolumina unterliegen, jedoch Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, auch dann zulässig, wenn es sich um Kostenpauschalen oder Pauschalkostenerstattungen handelt, für die im Bewertungsmaßstab feste Eurobeträge vorgesehen sind (BSG, Urteil vom 19. August 2015 – [B 6 KA 34/14 R](#) –, [BSGE 119, 231](#)). Die letztgenannte Entscheidung ist gerade zum Abschnitt 32.2 EBM-Ä ergangen.

Auf der Grundlage von §§ 5, 8 GEHV hat die Beklagte ausgehend von einem abzuziehenden Durchschnittskostenanteil für die betreffende Fachgruppe von 48 % den berücksichtigungsfähigen Kostenanteil mit 46,9045% bestimmt. Nach Übersendung der Liste "EHV-Kostenanteile 2008" durch die Beklagte mit Schriftsatz vom 24. September 2014 (Bl. 23 d.A.) hat die Klägerin insoweit keine konkreten Einwände vorgebracht. Danach verbleibt eine einzubeziehende Honorarforderung von 570.435,81 EUR, aus der der von der Beklagten vorgenommene Abzug folgt. Im Übrigen wird auf die Berechnung im angefochtenen Bescheid auf Bl. 202 der Verwaltungsakte verwiesen, gegen deren rechnerische Richtigkeit die Klägerin keine substantiierten Einwände erhoben hat und an deren rechnerischer Richtigkeit der Senat auch sonst keinen Anlass hat zu zweifeln.

Die Kostengrundsentscheidung folgt aus [§ 197a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision war zuzulassen. Der Senat misst der Frage der Vereinbarkeit von § 8 Abs. 1 in Verbindung mit § 5 GEHV mit höherrangigem Recht insbesondere mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) und dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 3 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#)), grundsätzliche Bedeutung ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)) bei. Die Klägerin weist insoweit zutreffend darauf hin, dass die bisherigen Konkretisierungen des Gleichheitssatzes bzw. des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (insbesondere BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) -, juris) nicht auf die Überprüfung einer Regelung im Rahmen der EHV abzielten, die eine Begrenzung der Berücksichtigungsfähigkeit von Praxiskosten beim EHV-Einbehalt bewirkt.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-11-06