

## S 12 KA 507/09

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 507/09

Datum

08.09.2010

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 78/10

Datum

14.12.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Es ist nicht zu beanstanden, dass nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (hier: Quartal II/04) die Beitragshöhe an die Honorarhöhe und damit an den Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes anknüpft und eine Beitragsbemessungsgrenze nicht vorgesehen ist, auch wenn aus Sicht des einzelnen Vertragsarztes nach Erreichen des Höchstsatzes eine Erhöhung der Anwartschaft nicht mehr möglich ist (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris, Rdnr. 122 bis 127; BSG, Urt. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - [BSGE 101, 106](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. = USK 2008-65, juris Rdnr. 65 ff.](#)).

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um den Abzug vom Honorar für das Quartal II/04 für die erweiterte Honorarverteilung der Beklagten.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis und besteht aus drei Fachärzten und zwei Fachärztinnen für Radiologie bzw. Nuklearmedizin, die alle zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisstz in A-Stadt zugelassen sind.

Die Beklagte setzte mit Honorarbescheid vom 09.10.2004 das Nettohonorar der Klägerin auf 698.802,28 EUR fest. Für den Primär- und den Ersatzkassenbereich legte sie bei 7.739 Behandlungsscheinen das Bruttohonorar in Höhe von 690.408,97 EUR fest. Das angeforderte Honorar nach Anwendung der EBM-Bestimmungen setzte sie auf 1.281.279,58 EUR fest, ebenso das anerkannte Honorar nach Anwendung der HVM-Bestimmungen. Den Gesamtbetrag "besondere Kosten" im Rahmen der Berücksichtigungsfähigkeit nach § 5 der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung bezifferte sie mit 229.946,68 EUR für den Prämierkassenbereich und 133.841,54 EUR für den Ersatzkassenbereich. Im Prämierkassenbereich ergab sich ein in die EHV einzubeziehendes Honorarvolumen in Höhe von 579.680,25 EUR (809.626,93 EUR - 229.946,68 EUR), im Ersatzkassenbereich von 337.811,10 EUR (471.652,64 EUR - 133.841,54 EUR). Die für die Zahlung im Rahmen der EHV einbehaltenen Honoraranteile setzte sie auf 28.312,97 EUR fest.

Die Klägerin legte am 06.01.2005 Widerspruch gegen den Einbehalt der EHV-Beiträge ein. Zur Begründung führte sie aus, die EHV sei zur Finanzierung einer zusätzlichen Altersversorgung von der Ermächtigung der Beklagten nicht mehr gedeckt. Das Ziel, die Kriegsgeneration abzusichern, habe ihren sozialen Sinn verloren. Das derzeitige Umlageverfahren - Quotierung des Gesamthonorars - verletze grundlegende, durch die Verfassung geschützte Anforderungen an ein Versorgungssystem, das nicht auf freiwilliger Basis beruhe. Die Anwartschaften müssten in einem angemessenen Verhältnis zur den Beiträgen wachsen. Verfassungsrechtlich sei es nicht mehr vertretbar, wenn der Einzahlende weniger erhalten werde als er selbst an Beiträgen aufgebracht habe. Für eine radiologische Praxis mit einem Kostenanteil von 80 % bedeute die EHV, das eine Quotierung in Höhe von 95 % (d. h. 5 % des Umsatzes gingen in die EHV) im Ergebnis zu einer Gewinneinbuße von 20 % führe, während die selbe Quotierung in einer Praxis mit einem Kostenanteil von 50 % nur zur einer Gewinneinbuße von 10 % führe. Da die Kostenquote tatsächlich höher sei, sei auch die Beitragsbelastung entsprechend höher. Das "Auslaufmodell" der Beklagten bedeute, dass gerade die jungen und die neu Eintretenden Ärzte, hier insbesondere Herr Dr. C. und Frau Dr. D., benachteiligt würden. Es fehle auch an einer hinreichenden Ermächtigungsgrundlage.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 01.07.2009 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, der statusrelevante Charakter der Teilnahme an der EHV lasse es nicht zu, über die Rechtmäßigkeit der gesetzlichen und untergesetzlichen

Regelung über die EHV in einem Streitverfahren gegen Honorarbescheide zu befinden. Das Bundessozialgericht habe festgestellt, dass die Ermächtigungsgrundlage uneingeschränkt wirksam sei. Von der Frage, ob die Rechtmäßigkeit der die Grundstrukturen der EHV regelnden Normen im Honorarstreitverfahren überprüft werden könne, sei die Prüfung zu trennen, ob der Abzug von Beiträgen zur EHV in dem streitigen Quartal uneingeschränkt rechtmäßig gewesen sei. Es sei eine rechtmäßige Gestaltung, dass die Beitragshöhe an die Honorarhöhe und damit an den Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes anknüpfe. Zu den allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts gehöre nicht eine Pflicht zur Schaffung von Beitragsbemessungsgrenzen. Der Verzicht auf eine Beitragsbemessungsgrenze widerspreche nicht dem Äquivalenzprinzip, solange aus höheren Beiträgen im Grundsatz auch höhere Versorgungsleistungen entstünden. Dies sei bei der EHV der Fall. Es könne unterstellt werden, dass höhere Honoraransprüche auf einer höheren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit beruhen. Der Verzicht auf einer Beitragsbemessungsgrenze könne auf den Solidaritätsgedanken gestützt werden. Es könne auch an die Honorarhöhe anstatt an den Gewinn angeknüpft werden. Es sei zulässig, besondere Kostensätze bei einzelnen Leistung zu berücksichtigen und nicht für einzelne Arztgruppen. Das Anknüpfen an einzelne Leistungen ohne Berücksichtigung der Fachzugehörigkeit vermeide eher Ungleichbehandlungen, weil etwa auf diese Weise der unterschiedlichen Kostenbelastung zum Beispiel von chirurgischen und internistischen Praxen mit und ohne Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen (Teilradiologie) Rechnung getragen werden könne. Im Übrigen führten höhere Honorarabzüge für die EHV als Folge höherer vertragsärztlicher Umsätze während der aktiven Teilnahme an der EHV auch zu höheren Ansprüchen in der inaktiven Phase. Soweit sie sich im Interesse der Vermeidung allzu großer Ungleichheiten dazu entschlossen habe, die Leistungen in der inaktiven Phase zu begrenzen, stelle das den Grundsatz der Umsatzabhängigkeit der EHV in Rahmen der inaktiven Teilnahme nicht infrage, sondern begrenze lediglich das Ausmaß der Differenzierung (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -).

Hiergegen hat die Klägerin am 30.07.2009 die Klage erhoben. Zur Begründung führt sie aus, nach der Entscheidung des BSG vom 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - halte sie ihre bisherigen Bedenken zur Wirksamkeit der EHV nicht mehr aufrecht. Das BSG habe aber dargelegt, dass es sich um ein Versorgungswerk handle und daher auch die für Versorgungswerke entwickelten Maßstäbe gelten. Herr Dr. med. AS. sei seit dem 28.02.1983 als Radiologe niedergelassen, sein Honorar werde seitdem um einen erheblichen Anteil zur Finanzierung der EHV gekürzt. Nach Auskunft der Beklagten habe er im Abrechnungszeitraum bis 30.06.2003 (20,25 Jahre) Punktzahlen von insgesamt 23.289,253 erworben. Der durchschnittliche Arzt hätte in diesem Zeitraum eine Punktzahl von 8.100 erworben und auch nur erreichen müssen, um den Höchstsatz gem. § 3 Abs 1c GEHV von 18 % zu erreichen. Er habe daher bisher nahezu das Dreifache eingezahlt, als zur Erreichung des höchstmöglichen Anwartschaftssatzes erforderlich gewesen wäre. Er habe die erforderliche Anwartschaft bereits nach 7 ½ Jahren erworben. Bei einer Tätigkeit von voraussichtlich 30 Jahren müsste er 22 ½ Jahre überdurchschnittliche Beiträge entrichten, ohne auch nur eine Cent höhere Rente erwarten zu können. Er müsse letztlich Steuern (Abgabe ohne Gegenleistung) zahlen. Der Einbehalt für die EHV betrage, bezogen auf das Bruttohonorar, 4,1 %. Dies belege, dass die Beiträge umsatzbezogen erhoben werden. Die Korrekturen wegen der unterschiedlichen Kostenstruktur der einzelnen Fachrichtungen wirkten sich im Ergebnis minimal aus. Aufgrund der hohen Kostenstruktur sei der relative Beitrag zur EHV wesentlich höher. Die EHV könne nicht mehr mit der Versorgung der Kriegsgeneration gerechtfertigt werden. Die Leistungsfähigkeit sei bei den Ärzten nicht umsatzbezogen. Das Beitragsbemessungssystem führe zu einer sachlichen und von dem Versorgungszweck nicht mehr gedeckten Ungleichbehandlung der Ärzte der höchsten Kostenquote. Die Arztrechnung für das Quartal III/09 und die statistischen Nachweise zu der EHV Abrechnung zeigten im Vergleich mit den Unterlagen für das II/04, dass sich die Quote der EHV-relevanten Honorarumsätze im Verhältnis zu den nicht EHV-relevanten Honorarumsätzen nicht wesentlich verändert hätten.

Die Klägerin beantragt,  
den Honorarbescheid der Beklagten vom 09.10.2004 für das Quartal II/04 EHV Abzug - in Gestalt des Widerspruchsbescheides der Beklagten vom 01.07.2009 aufzuheben und die Beklagte, zu verpflichten, sie unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden,  
hilfsweise  
festzustellen, dass der angefochtene Bescheid sie in ihren Rechten verletzt und rechtswidrig ist.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid und führt ergänzend aus, streitgegenständlich könne lediglich die Frage sein, ob der Abzug von Beiträgen zur EHV uneingeschränkt rechtmäßig gewesen sei. Der Einbehalt eines Teils der Gesamtvergütung für die EHV finde seine Rechtsgrundlage in LZ 702 Abs. 1 S. 1 HVM. Das Bundessozialgericht habe nicht beanstandet, dass die Beitragshöhe an die Honorarhöhe und damit an den Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes anknüpfe. Es habe die nicht wesentlich abweichende Vorgängerregelung bestätigt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Die Kammer konnte dies trotz Ausbleibens eines Vertreters der Beklagten tun, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist.

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Honorarbescheid der Beklagten vom 09.10.2004 für das Quartal II/04 - EHV-Abzug - in Gestalt des Widerspruchsbescheides der Beklagten vom 01.07.2009 ist rechtmäßig. Er war nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch, sie unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Klage war daher im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen.

Der angefochtene Honorarbescheid der Beklagten vom 09.10.2004 für das Quartal II/04 - EHV-Abzug - in Gestalt des

Widerspruchsbescheides der Beklagten vom 01.07.2009 ist rechtmäßig.

Nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 16.07.2008 – [B 6 KA 38/07 R](#) – [BSGE 101, 106](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 43](#) = USK 2008-65 streiten die Beteiligten nicht mehr um die grundsätzliche Wirksamkeit der EHV. Streitig ist im Wesentlichen nur noch die zulässige Höhe der Honorarabzüge, wobei zwischen den Beteiligten weiterhin unstreitig ist, dass die Beklagte die Höhe der Zahlungen an die EHV nach den Satzungsbestimmungen zutreffend berechnet hat.

Nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der Fassung der Neufassung vom 02.12.2000, veröffentlicht durch Bekanntmachung im Hessischen Ärzteblatt, Oktober 2001, geändert durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung am 26.06.2004 mit Gültigkeit ab 01.01.2004 als der hier maßgeblichen Fassung, veröffentlicht als Anlage 1 zum Landesrundsreiben/Bekanntmachung vom 16.07.2004 (im Folgenden: GEHV) nimmt jedes ärztliche Mitglied der KV Hessen, soweit es rechtskräftig zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen wurde und sein Honorar mit der KV Hessen regelmäßig abrechnet (aktiver Vertragsarzt), auch im Falle der Anerkennung seiner Berufsfähigkeit und nach Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung (inaktiver Vertragsarzt) weiterhin an der (allgemeinen) Honorarverteilung im Rahmen dieser Bestimmungen der EHV teil, gegebenenfalls auch seine Hinterbliebenen. Der Honoraranspruch dieser an der Honorarverteilung weiter Beteiligten errechnet sich nach den Bestimmungen unter § 3 ff. (§ 1 Abs. 1 Satz 1 und 2 GEHV). Dem aktiven Vertragsarzt wird zu diesem Zweck ein Teil seiner Honorarforderung nach Maßgabe des § 5 GEHV abgezogen. Dabei geht die Beklagte von einem allgemeinen Praxiskostensatz in Höhe von 50 % aus und werden die darüber hinaus gemäß Anlage zu § 5 Abs. 1 für einzelne Leistungsbereiche definierten besonderen Kosten unter Berücksichtigung der abgerechneten Honorarforderung für die dort aufgeführten Leistungsbereiche (bei Unterstellung eines Punktwertes von 10 Pfg.) zusätzlich anteilig in Abzug gebracht (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GEHV). D. h. unterstellte Praxiskosten von 50 % der Honorarforderung gehen bei allen Vertragsärzten ebf. als Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur EHV ein und werden nur darüber hinausgehende Kostenanteile nicht berücksichtigt. Dies ist nicht zu beanstanden, als die Beklagte damit von pauschaliert angenommenen allgemeinen Praxiskosten ausgeht. Würde dieser Anteil von der Bemessung ausgenommen werden, so würde dies lediglich zu einer allgemeinen, alle Vertragsärzte gleichermaßen treffenden Erhöhung der EHV-Quote führen.

Gemäß Anlage zu § 5 Abs. 1 werden u. a. sonographische Leistungen und echokardiographische Leistungen nach Abschnitt C VII EBM (das sind Leistungen nach Nr. 375 bis 389 EBM) mit einem besonderen Kostensatz (bezogen auf die Honorarforderung des Leistungsbereiches) von 20 %, Leistungen der Strahlendiagnostik (konvent. Radiologie nach Abschnitt Q I, ausgenommen CT-Leistungen und Leistungen des Abschnitt Q II EBM) (das sind Leistungen nach Nr. 5000 bis 5165 und 5300 EBM) mit einem besonderen Kostensatz von 35 %, CT-Leistungen nach Nrn. 5210 und 5211, 5221, 522 EBM mit einem besonderen Kostensatz von 30 %, MRT-Leistungen nach Nrn. 5520 und 5521 EBM mit einem besonderen Kostensatz von 30 % und Strahlentherapieleistungen nach Kapitel T EBM (das sind Leistungen nach Nr. 6999 bis 7071 und 5300 EBM) mit einem besonderen Kostensatz von 25 % berücksichtigt. Damit unterliegen die wesentlichen Anteile der von der Klägerin erbrachten Leistungen zusätzlich zu berücksichtigenden Kostenanteilen und wird im Ergebnis hierfür von Kostenanteilen von 70 % bis 85 % ausgegangen.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, ist im HVM der Beklagten die konkret einschlägige Rechtsgrundlage für den Beitragsabzug enthalten. Der Einbehalt eines Teils der Gesamtvergütungen für die EHV findet seine Grundlage in LZ 702 Abs 1 Satz 1 HVM. Danach steht der nach Abzug der Vorwegzahlungen verbleibende (Verteilungs-)Betrag der Gesamtvergütung zur Befriedigung der Honoraransprüche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen, der Ansprüche aus der EHV und der Ansprüche aus Fremdkassenfällen zur Verfügung. Da nur Vertragsärzte aktiv an der EHV teilnehmen (§ 1 Abs 1 Satz 1 GEHV), ergibt sich aus LZ 702 HVM letztlich, dass der Abzug für die EHV - nach Abzug der Fremdkassenfälle - prozentual von dem allen Vertragsärzten insgesamt zustehenden Verteilungsbetrag vorzunehmen ist. Dieser prozentuale Gesamtabzug führt zu einer entsprechenden Punktwertminderung und damit zu einer entsprechenden Belastung jedes einzelnen Vertragsarztes (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, zitiert nach juris, Rdnr. 122). Die Regelung über die Beitragsbemessung zur EHV verletzt nicht revisibles Recht. Danach knüpft die Beitragshöhe an die Honorarhöhe und damit an den Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes an. Das ist eine rechtmäßige Gestaltung. Bei der Bemessung von Beiträgen zu einer berufsständischen Versorgungseinrichtung steht dem autonomen Satzungsgeber ein - allerdings durch den Zweck der Versorgungseinrichtung und den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz begrenzter - Gestaltungsspielraum zu, innerhalb dessen er typisieren darf. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet, auf schwer wiegende Besonderheiten und unbillige Härten, insbesondere auf die wirtschaftliche Belastbarkeit der Mitglieder, Rücksicht zu nehmen. Darüber hinaus hat die Beitragsbemessung unter Beachtung der allgemein für die Erhebung von Beiträgen geltenden Grundsätze, insbesondere des Äquivalenzprinzips und des Gleichheitssatzes, zu erfolgen. Dabei darf nach dem Äquivalenzprinzip die Höhe der Beiträge nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil stehen, den sie abgelden sollen. Für Versorgungseinrichtungen folgt daraus, dass Beitragsleistung und Versorgungsleistung einander entsprechen müssen. Dies ist allerdings nicht dahingehend zu verstehen, dass eine Individualäquivalenz geboten wäre, wie sie in der Privatversicherung vorkommt. Vielmehr kann bei berufsständischen Versorgungseinrichtungen das Äquivalenzprinzip eine Modifikation durch den Gedanken der Solidarität erfahren. Hiergegen verstößt es nicht, dass die Abzüge für die EHV beim einzelnen Vertragsarzt von den Honoraransprüchen erfolgen, ohne dass es eine Bemessungsgrenze gibt. Zu den allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts gehört eine Pflicht zur Schaffung von Beitragsbemessungsgrenzen nicht. Der Verzicht auf eine Beitragsbemessungsgrenze widerspricht nicht dem Äquivalenzprinzip, solange aus höheren Beiträgen im Grundsatz auch höhere Versorgungsleistungen entstehen. Dies ist bei der EHV der Fall (zur Maßgeblichkeit des Honoraranspruchs auch für die Leistungshöhe s. § 3 Abs. 1 Buchst. a GEHV). Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet ebenfalls nicht die Einführung einer Beitragsbemessungsgrenze. Dieser verlangt zwar, bei der Beitragsbemessung auf schwer wiegende Besonderheiten und unbillige Härten, insbesondere auf die wirtschaftliche Belastbarkeit der Mitglieder Rücksicht zu nehmen. Es ist 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 unterstellt. Demgegenüber konnte sich die Beklagte bei ihrer Entscheidung für den Verzicht auf eine Beitragsbemessungsgrenze auf den Solidaritätsgedanken stützen. Auch ist die Anknüpfung des Beitrags an die Honorarhöhe, nicht aber an den Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit ebenfalls nicht zu beanstanden. 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. Die Beklagte hat schon 1990 auf die signifikanten Abweichungen bei den Kostensätzen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung reagiert. Sie hat mit Wirkung ab

dem 1. Juli 1991 in § 3a GEHV für zahlreiche ärztliche Leistungen besondere Kostensätze festgelegt, die - über den kalkulatorischen Basiskostensatz von 50 % des Umsatzes aus vertragsärztlicher Tätigkeit hinaus - vor Abzug der umsatzbezogenen Honorarminderung für die EHV berücksichtigt werden. Die Kostensätze für die besonders kostenintensiven Leistungen wurden u. a. anhand der Durchschnittskosten der Strukturanalysen des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung und des Statistischen Bundesamtes ermittelt. Die besonderen zu berücksichtigenden Kostensätze, die die Bezugsgröße für die Honorarminderung reduzieren, hat die Beklagte später modifiziert und den Entwicklungen des medizinisch-technischen Fortschritts angepasst. Nach der in den bereits im Verfahren vor dem Bundessozialgericht streitbefangenen Quartalen geltenden Fassung des § 3a GEHV wurde für alle strahlendiagnostischen Leistungen ein besonderer zusätzlicher Kostensatz von 35 %, für CT- und MRT-Leistungen von 30 % und für die gesamte Nuklearmedizin ebenfalls von 30 % veranschlagt (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - aaO., Rdnr. 123 bis 125). Diese Kostensätze gelten, wie bereits ausgeführt, in dem hier streitbefangenen Quartal unvermindert fort.

Soweit sich die Beklagte bei der Ausgestaltung der EHV für die Berücksichtigung von spezifischen besonderen Kostensätzen bei einzelnen ärztlichen Leistungen bzw. Gruppen solcher Leistungen und nicht für besondere Kostensätze für einzelne Arztgruppen entschieden hat, ergibt sich daraus ebenfalls kein Rechtsverstoß. Unter Berücksichtigung des der Beklagten insoweit bei der Normsetzung zustehenden Gestaltungsspielraums kann nicht festgestellt werden, dass insoweit eine sachwidrige Benachteiligung besonders kostenintensiv arbeitender Arztgruppen vorläge. Die Anknüpfung an einzelne Leistungen ohne Berücksichtigung der Fachgruppenzugehörigkeit vermeidet eher Ungleichbehandlungen, weil etwa auf diese Weise der unterschiedlichen Kostenbelastung z. B. von chirurgischen und internistischen Praxen mit und ohne Erbringung strahlendiagnostischer Leistungen (Teilradiologie) Rechnung getragen werden kann. Im Übrigen führen höhere Honorarabzüge für die EHV als Folge höherer vertragsärztlicher Umsätze während der aktiven Teilnahme an der EHV auch zu höheren Ansprüchen in der inaktiven Phase (§ 3 GEHV) (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - aaO., Rdnr. 126 f.).

Das Bundessozialgericht hat weiter für die Quartale IV/2001 bis einschließlich IV/2002 entschieden, dass die seinerzeitigen Regelungen der GEHV, die für die Höhe der EHV-Leistungen maßgeblich waren, nicht zu beanstanden sind (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - [BSGE 101, 106](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr. = USK 2008-65, juris Rdnr. 65 ff.). Es hat dabei ausgeführt, wenn und soweit aber steigende Gesamtvergütungen eher steigende Kosten der vertragsärztlichen Tätigkeit abbilden als steigende Gewinne, ist es prinzipiell gerechtfertigt, die inaktiven Vertragsärzte von der Teilnahme an solchen rein kostenbedingten Erhöhungen auszuschließen, weil bei ihnen solche Kosten nicht mehr anfallen. Deshalb ist es der Beklagten nicht verwehrt, steigende Kosten für besonders aufwendige Leistungen zum Anlass einer gewissen Umverteilung zwischen den einzelnen Arztgruppen unter Einschluss auch der ehemaligen Vertragsärzte zu nehmen. Ob die mit der Neufassung des § 5 GEHV (2001) verbundene Belastung dieser Ärzte exakt den Auswirkungen der steigenden Kosten entspricht, bedürfe aber in diesem Revisionsverfahren keiner näheren Prüfung. Die gerichtliche Kontrolle von Geeignetheit und Erforderlichkeit anspruchsbegrenzender Normen muss auf den Ausschluss struktureller Fehlfestlegungen und ersichtlich unangemessener Lastenverteilungen ausgerichtet sein, wenn sie die Gestaltungsfreiheit des Normgebers nicht unangemessen beschränken soll (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - aaO., Rdnr. 72).

Ausgehend hiervon hält die Kammer die von der Klägerin aufgeworfenen Rechtsfragen für hinreichend geklärt. Der Kammer ist nicht ersichtlich, dass die typisierenden besonderen Kostensätze gerade für das Leistungsspektrum der Klägerin die Besonderheiten unzureichend berücksichtigt hätten oder die Kosten in den Jahren bis zum streitbefangenen Quartal überproportional gestiegen wären. Insofern fehlt es auch an einem substantiierten Vortrag der Klägerin. Die letztlich von der Klägerin geforderte Beitragsbemessungsgrenze ist rechtlich gerade nicht geboten. Die Klägerin erkennt ferner, dass nach den GEHV auch ein Schutz für den Fall einer Berufsunfähigkeit besteht (§ 1 Abs. 1 Satz GEHV).

Im Ergebnis war die Klage im Haupt- und Hilfsantrag daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2012-02-15