L 4 KA 43/11

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 350/09
Datum
24.02.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 43/11
Datum
27.06.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 10/13 R
Datum
19.02.2014
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 24. Februar 2010 sowie die Bescheide der Beklagten vom 10. Juli 2007 und vom 12. Juli 2007, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. April 2009, abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger für die Quartale III/06 und IV/06 Leistungen aus der EHV ohne Quotierung aufgrund des Nachhaltigkeitsfaktors gemäß § 8 Abs. 1 GEHV 2006 zu erbringen.
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 24. Februar 2010 abgeändert und die Klage abgewiesen, soweit die Beklagte zur Neubescheidung des EHV-Anspruchs des Klägers hinsichtlich der Kürzungen wegen technischer Leistungen gemäß § 5 GEHV verurteilt worden ist.

Im Übrigen werden sowohl die Berufung des Klägers als auch der Beklagten zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt ¾ der Gerichtskosten und der außergerichtlichen Kosten des Klägers. Der Kläger trägt ¼ der Gerichtskosten und der außergerichtlichen Kosten der Beklagten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die Berechnung seines Honorars aus der erweiterten Honorarverteilung (EHV) für die Quartale III/06 und IV/06; er erstrebt ein höheres Honorar. Im Streit steht dabei eine grundsätzliche Neuausrichtung der EHV ab dem dritten Quartal 2006 insbesondere durch die Einführung eines sog. Nachhaltigkeitsfaktors.

Der 1934 geborene Kläger war seit 1970 als Vertragsarzt mit Praxissitz in Hessen zugelassen. Seine Zulassung endete aus Altersgründen zum 30. November 1999. Seit dem 1. Dezember 1999 bezieht der Kläger Leistungen aus der EHV auf der Grundlage eines Bescheids der Beklagten vom 17. August 2000, mit dem der Anspruch des Klägers auf Teilnahme an der EHV mit einem Prozentsatz von 18 % anerkannt worden ist. Die Bezüge des Klägers aus der EHV in den Quartalen von I/00 bis II/06 betrugen zwischen knapp 7.000,00 Euro und rund 8.100,00 Euro.

Mit Wirkung zum Quartal IV/2001 hatte die Vertreterversammlung der Beklagten die Grundsätze der EHV wesentlich geändert mit dem Ziel, vor dem Hintergrund veränderter versicherungsmathematischer und demographischer Bedingungen durch ein "solidarisch ausgerichtetes Maßnahmenbündel" die EHV langfristig zu sichern (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 16. Juli 2008, B 6 KA 38/07 R, juris Rdnr. 4; Gerlich, HessÄBl 10/2001, S 527). Zu den Maßnahmen gehörten die Begrenzung des erreichbaren Höchstprozentsatzes von 18 % auf 15 %, die Ausrichtung der "Normalstaffel" auf eine 30jährige statt bisher eine 35jährige vertragsärztliche Tätigkeit und eine verstärkte Berücksichtigung von besonderen Kosten der Praxistätigkeit. Die aktiven Ärzte wurden schließlich durch die Schaffung eines zweckgebundenen Ausgleichsfonds, der aus einer Erhöhung der EHV-Quote auf die Honorare der aktiven Ärzte gespeist wurde, belastet. Die Umlagequote lag zwischen 2001 und 2006 bei 5,7 % bzw. 5,5 %.

Im Jahr 2006 beschloss die Vertreterversammlung der Beklagten eine Neuausrichtung der EHV. Die hier maßgeblichen Vorschriften in der Fassung 2006 lauten:

§ 1 Teilnahme an der EHV (1)
Jedes zugelassene ärztliche Mitglied der KV Hessen nimmt 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.

§ 3 Höhe des Anspruches
Die Feststellung des Anspruches auf Teilnahme an der EHV erfolgt nach folgenden Vorgaben:
a) Für jedes Quartal wird 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. Dabei sind auch von Versicherten direkt an den Vertragsarzt geleistete Zahlungen (honoraräquivalente Zahlungen, z. B. Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V) mit einzubeziehen. Jedem Vertragsarzt wird vierteljährlich dieser Prozentsatz in gleicher Höhe als Punktzahl auf einem Sonderkonto gutgeschrieben.
b) 400 Punkte stellen den Wert eines jährlichen Durchschnittshonorars eines Vertragsarztes aus der Behandlung von Versicherten der Primärkassen und Ersatzkassen dar, 100 Punkte den Wert des Durchschnittshonorars im Quartal. Die als Anlage zu § 3 Abs. 1 b) beigefügte "Normalstaffel" bestimmt den Prozentsatz, mit dem ein inaktiver Vertragsarzt an der EHV weiter teilnimmt, dessen Punktzahl jährlich um 400 Punkte angewachsen ist.
...
§ 5 Berücksichtigung von Praxiskosten
(1) 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) wird, sind zunächst die für ausgewählte Leistungsbereiche festgelegten besonderen Kosten gemäß Anlage zu § 5 Abs. 1 unmittelbar von der Honorarforderung abzuziehen. Von der dann verbleibenden Honoraranforderung werden leistungsbezogen die unter Berücksichtigung des "TL"-Anteils im EBM 2000plus definierten bzw. auf den Festlegungen nach Anlage zu § 5 Abs. 2 beruhenden Honoraranteile (jeweils bei Unterstellung eines Punktwertes von 5,11 Cent) im Rahmen der verbleibenden Honorarforderungen festgestellt und mit einem Anteil von x % von der verbleibenden Honorarforderung (nach Satz 1) abgezogen. Der Anteil von x % bestimmt sich dabei ab Einführung des EBM 2000plus für die folgenden vier Quartale 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 ergibt. Alle über den Anteil von x % hinausgehenden (verbleibenden) Honorarforderungen nach Satz 1 gehen in die weiteren EHV-Berechnungen nicht mehr ein (und werden dann im Rahmen der allgemeinen Honorarverteilung mit dem Bruttopunktwert bei punktzahlbewerteten Leistungen bzw. der Bruttoquote bei EUR-bewerteten Leistungen bzw. Pauschalen bewertet).
(2) Der Vorstand kann über den in der Anlage zu § 5 aufgeführten Rahmen hinaus für kostenintensive Leistungen unter Beachtung vorstehender Grundsätze des Abs. 1 weitere besondere Kostensätze festlegen und außerdem bestehende besondere Kostensätze korrigieren. Änderungen sind vor Beginn des Quartals, ab dem sie Gültigkeit haben sollen, durch Rundschreiben oder Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt allen Vertragsärzten bekannt zu machen.
(3) Bei der Ermittlung des (der) Durchschnittshonorar(forderung) aller Vertragsärzte sind die nach den Absätzen 1 und 2 errechneten berücksichtigungsfähigen besonderen Kosten ebenfalls entsprechend abzuziehen.
(4) Der Vorstand wird ermächtigt, Durchführungsbestimmungen zu erlassen.

§ 8 Finanzierung der EHV-Ansprüche
(1) Die für die Finanzierung der nach §§ 3 ff. festgestellten EHV-Ansprüche notwendigen Mittel werden durch Quotierung der im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte bereitgestellt. Die Quote darf dabei einen Wert von 5 % nicht überschreiten. 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. Sollten die erforderlichen Mittel (nach Abs. 1 Satz 2) für die Finanzierung der EHV-Ansprüche nicht ausreichen, sind alle Ansprüche über einen Nachhaltigkeitsfaktor so zu quotieren, dass die quotenmäßigen Belastungen der Punktwerte der Honorarverteilung einen Wert von 5 % nicht überschreitet.
(2) Der in der Zeit vom 1. Januar 2001 bis 30. Juni 2006 gebildete Ausgleichsfonds dient der Abdeckung des Finanzbedarfs der EHV-Ansprüche, der nicht durch die Umlage
(3) nach Abs. 1 gedeckt werden kann, soweit eine Anpassung des Nachhaltigkeitsfaktors im laufenden Quartal noch nicht erfolgen konnte. Der Ausgleich endet, wenn keine Mittel mehr im Ausgleichsfonds vorhanden sind.
...
Die Vorschrift des § 8 Abs. 2 GEHV änderte die Beklagte im Jahr 2007 nochmals ab und beschloss die Auflösung des Ausgleichsfonds und seine Auszahlung an die Vertragsärzte, die ihn gebildet hatten, bis auf eine Schwankungsreserve von 6 Mio. Euro.

Mit Bescheid vom 10. Juli 2007 setzte die Beklagte das EHV-Honorar des Klägers für das Quartal III/06 auf 6.565,23 Euro abzüglich des aktuellen Verwaltungskostensatzes fest. Hierbei ging sie von einer Durchschnittshonoraranforderung der aktiven Vertragsärzte im Bereich der Beklagten auf Primär- und Ersatzkassenbasis von 41.194,39 Euro aus. Bei einem EHV-Anspruchssatz von 18 % errechne sich ein EHV-Bruttohonorar von 7.414,99 Euro. Unter Berücksichtigung des Nachhaltigkeitsfaktors gemäß § 8 GEHV von 88,54 % ergebe sich der Auszahlungsbetrag.

Mit weiterem Bescheid vom 12. Juli 2007 erfolgte die Festsetzung des EHV-Honorars des Klägers für das Quartal IV/06. Hierbei ging die Beklagte von einer Durchschnittshonoraranforderung von 44.587,28 Euro aus und errechnete hieraus ein EHV-Bruttohonorar von 8.025,71 Euro, welches nach Quotierung auf der Grundlage des Nachhaltigkeitsfaktors von 89,0956 % den Auszahlungsbetrag in Höhe von 7.150,55 Euro ergab.

Gegen beide Bescheide erhob der Kläger am 7. August 2008 Widerspruch und rügte eine Kürzung seiner EHV-Ansprüche um mehr als 10 %. Die Widersprüche gegen die Honorarbescheide wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 15. April 2009 zurück. Der Anspruch des Klägers errechne sich auf der Basis der um die besonderen Praxiskosten (§ 5 GEHV) reduzierten Durchschnittshonoraranforderungen aller Vertragsärzte im Bereich der KVH. Mit der EHV-Reform 2006 sei in § 8 GEHV der sog. Nachhaltigkeitsfaktor eingeführt worden, der eine Quotierung der EHV-Ansprüche der inaktiven Vertragsärzte in der Weise vorsehe, dass die quotenmäßigen Belastungen der Punktwerte der Honorarverteilung einen Wert von 5 % nicht überschritten. Ab dem Quartal III/2006 sei die Berechnungsweise des EHV-Honorars umgestellt worden. Nunmehr werde nicht mehr auf das Netto-Durchschnittshonorar, sondern auf die Brutto-Durchschnittshonoraranforderung der niedergelassenen Vertragsärzte (also vor Abzug der EHV-Anteile) abgestellt. Dadurch relativierten sich die durch den Nachhaltigkeitsfaktor bewirkten Abzüge. Ein Verstoß gegen die Eigentumsgarantie liege nicht vor. Unter dem Druck langfristig steigender Beiträge zur EHV bei

rückläufigen Praxisumsätzen sei nach dem Scheitern weiterer Reformansätze der Fortbestand des EHV-Systems gefährdet gewesen. Durch die EHV werde kein festes Honorar zugesichert, da der Anspruch vom Durchschnittshonorar abhänge, welches von Quartal zu Quartal schwanke. Der Anspruchssatz des Klägers bleibe unverändert. Art. 14 GG schütze lediglich den Bestand des Eigentums, nicht aber erwartete bzw. prognostizierte Erwerbschancen in der Zukunft.

Der Kläger hat am 15. Mai 2009 Klage zum Sozialgericht Marburg erhoben, mit der er beantragt hat, die Honorarbescheide für die Quartale III/06 und IV/06 abzuändern und ihm höhere Leistungen aus der EHV ohne Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors gemäß § 8 GEHV und ohne Anwendung der Kürzung wegen technischer Leistungen gem. § 5 GEHV zu gewähren. Er hat vorgetragen, die Bescheide der Beklagten ließen nicht erkennen, wie sich die "besonderen Kosten" nach § 5 GEHV überhaupt berechneten. Ganz offensichtlich sei dies ohne echte satzungsmäßige Grundlage geschehen. Der Nachhaltigkeitsfaktor gleiche nicht Belastungen durch die Demographie aus, sondern führe zu einer Verschiebung von Honoraranteilen von den inaktiven zu den aktiven Ärzten. Die EHV-Zahlungen gingen kontinuierlich zurück, obwohl die Gesamtvergütungen der Krankenkassen steigen würden. Die Vertreterversammlung habe eine Reform beschlossen, welche allein die Interessen der aktiven Ärzte berücksichtige. Die Kürzung durch den Nachhaltigkeitsfaktor sei im Hinblick auf die vorhandenen Mittel des Ausgleichsfonds nicht erforderlich gewesen. In jedem Fall sei sie unverhältnismäßig, weil sich die Einschränkungen der Altersversorgung durch die Reformen 2001 und 2006 addierten und zu Leistungseinschränkungen im Bereich von 18 % bis 22 % führten.

Im Klageverfahren hat die Beklagte mitgeteilt, sie habe die Praxiskosten auf der Basis der Technischen Leistungsanteile (TL) der im EBM 2000plus definierten Honoraranteile ermittelt. Die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors führe zwar zu einer rechnerischen Absenkung in den streitbefangenen Quartalen um 11,1822 %, durch die Umstellung von der Netto- auf die Bruttobetrachtung bei der Honorarbasis liege die tatsächliche Reduzierung aber lediglich bei 6,1822 %. Die Kürzung sei verhältnismäßig. Bereits im Quartal II/06 sei die EHV-Quote von 5 % überschritten worden und hätte eigentlich 5,358 % betragen müssen, was aus Mitteln der Schwankungsreserve aufgefangen worden sei. Im Quartal III/06 hätte die EHV-Quote ohne Begrenzung durch den Nachhaltigkeitsfaktor 5,62 % betragen. Bei unveränderter Fortführung der EHV hätte sich in der Zukunft ein Umlagesatz für die aktiven Vertragsärzte von über 10 % ergeben. Die aktiven Vertragsärzte hätten damit eine Verdoppelung ihres Umlagesatzes zu tragen, ohne selbst auch nur ansatzweise EHV-Bezüge auf dem heutigen Niveau erhalten zu können.

Mit Urteil vom 24. Februar 2010 hat das Sozialgericht die Beklagte unter Abänderung der angegriffenen Bescheide verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden; die weitergehende Klage auf Gewährung höherer Leistungen aus der EHV hat das Sozialgericht abgewiesen. Es hat Bedenken hinsichtlich der Frage einer ausreichenden Begründung der Bescheide geäußert, diese aber letztlich dahinstehen lassen. Die Änderungen der EHV beruhten auf einer ausreichenden Rechtsgrundlage. § 8 KVHG sei nicht nur unter dem Aspekt einer Entscheidung für ein umlagefinanziertes Versorgungssystem, sondern auch im Hinblick auf die Anpassung der EHV an sich ändernde Verhältnisse hinreichend bestimmt (Hinweis auf BSG, Urteil vom 16. Juli 2008, B 6 KA 38/07 R). Aus der EHV-Berechtigung folge kein Anspruch auf eine bestimmte Höhe des Zahlbetrages, sondern lediglich ein Teilhabeanspruch im Rahmen der Aufteilung der Gesamtvergütung. Zulässig sei nach der Rechtsprechung des BSG auch die bereits 2001 eingeführte Regelung, bei der Ermittlung der Durchschnittshonoraranforderung aller Vertragsärzte besondere Kosten vorweg abzuziehen, auch soweit dieser Abzug zu einer Verringerung des Durchschnittshonorars und damit im Ergebnis auch zu einer Verringerung der EHV-Ansprüche führe.

Die Bescheide seien aber rechtswidrig, als eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Berechnung der Durchschnittshonorare und damit eines entscheidenden Eckpunkts für die Berechnung des Zahlbetrags aus der EHV fehle. Bei der Berechnung des Durchschnittshonorars seien die Kosten abzuziehen, die bei der Berechnung des für die EHV maßgeblichen Honorars des aktiven Vertragsarztes zu berücksichtigen seien (§ 5 Abs. 3 GEHV). Für die Ermittlung der Kostenquote bei der Berechnung des Durchschnittshonorars sei § 5 Abs. 1 GEHV in der ab 1. Juli 2006 geltenden Fassung (GEHV 2006) maßgeblich. Diese Vorschrift sehe Abzüge von der Honorarforderung "unter Berücksichtigung des TL-Anteils im EBM 2000plus" vor, und zwar mit einem Anteil von x %. Diese Unbekannte x werde jedoch in der Satzung der Beklagten an keiner Stelle mit Normqualität bestimmt, so dass offen bleibe, mit welchem Anteil die "Technischen Leistungen" von der Honorarforderung abgezogen würden. Die Beklagte habe dazu in der mündlichen Verhandlung erläutert, sie erhalte von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Liste, die für die Leistungen nach dem EBM 2000plus eine Aufstellung der jeweiligen technischen und ärztlichen Leistungsanteile enthalte. Auf der Grundlage dieser Vorgaben werde der durchschnittliche Anteil der technischen Leistungen fachgruppenbezogen ermittelt. Technische Leistungsanteile bis zu diesem Fachgruppendurchschnitt würden nicht gesondert berücksichtigt; in diesem Fall gehe die gesamte Honorarforderung in die EHV ein. Erst wenn die einzelne Praxis technische Leistungsanteile über dem Fachgruppendurchschnitt aufweise, werde der über dem Fachgruppendurchschnitt liegende Leistungsanteil aus der EHV-Quotierung herausgenommen. Im Ergebnis mindere damit nur der Leistungsanteil das für die Berechnung des Durchschnitthonorars heranzuziehende Honorarvolumen, der über dem Fachgruppendurchschnitt der technischen Leistungsanteile liege. Der Sache nach sei diese Vorgehensweise nicht zu beanstanden, sie sei aber ohne satzungsrechtliche Grundlage, was rechtsstaatlich nicht hingenommen werden könne, weil die Berechnung des Zahlbetrages aus der EHV einer eindeutigen Rechtsgrundlage bedürfe. Erforderlich sei daher vor der Neubescheidung des Klägers der Erlass einer ausreichenden Satzung, die regele, was von der Gesamthonoraranforderung der einzelnen Praxis vor Heranziehung zur EHV-Quote abzuziehen sei, und zwar auch im Hinblick auf Kostenerstattungen und andere Pauschalen.

Die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors sei nur insoweit zu beanstanden, als er für bereits im EHV-Bezug stehende Anspruchsberechtigte keine Absicherung nach unten vorsehe, was aber für die streitbefangenen Quartale noch nicht zu einer Rechtsverletzung führe. Der Nachhaltigkeitsfaktor sei – nachdem der 2001 eingeführte Ausgleichsfonds weitgehend wieder abgeschafft worden sei – die zweite EHV-Reform, die darauf abziele, die steigende Belastung der aktiven Vertragsärzte infolge der Alterspyramide der hessischen Vertragsärzte und der steigenden Lebenserwartung aufzufangen. Die Prognose, dass es ohne Auffangregelungen zu einer ständig steigenden EHV-Umlage komme, ohne dass die die jetzt aktiven Ärzte davon in ihrer inaktiven Phase noch angemessen partizipieren könnten, beruhe auf nachvollziehbaren Annahmen. Die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors führe allerdings nach den Berechnungen der Beklagten – ausgehend von dem Anspruchshöchstsatz von 18 % des Durchschnittshonorars – von 2006 bis 2030 zu einer wirtschaftlichen Abwertung des Höchstanspruchssatzes um 53,3 %. Von vormals 18 % sinke der Anspruchssatz bereits für das Jahr 2006 auf effektiv 17,5 % und erreiche – kontinuierlich abnehmend – im Jahr 2030 einen Wert von effektiven 8,4 %. Das sei in dem Sinne ausgewogen, als davon nicht nur die jetzigen EHV-Empfänger betroffen seien, sondern auch die Anwartschaften der später in die EHV eintretenden Ärzte vermindert würden. Während sich die jetzt noch aktiven Ärzte allerdings auf den geringeren Wert einstellen könnten, bedeute dies für die im EHV-Bezug stehenden Anspruchsberechtigten eine zunehmende Entwertung ihrer Anwartschaft, ohne dass sie noch in der Lage seien, sich auf die veränderte Situation einzustellen. Treffe die berechnete Entwicklung durch den Nachhaltigkeitsfaktor ein, so erfolge nicht nur eine

Absenkung des Zahlbetrages, sondern die EHV-Bezieher würden auch immer stärker von der tatsächlichen Entwicklung der Arzteinkommen abgekoppelt. Die Anwartschaft schütze aber gerade die Teilhabe an dieser Entwicklung und bedeute nicht lediglich einen Schutz im Hinblick auf absolute Mindestbedürfnisse. Für die streitgegenständlichen Quartale sei die Minderung des effektiven Zahlbetrages jedoch noch nicht zu beanstanden. Die Kammer schätze die Auswirkungen der neuen Kostenregelung und des Ausgleichsfaktors auf ca. 10 % im Vergleich zur Reform 2001 und auf ca. 12,5 % im Vergleich zur Lage vor der Reform 2001.

Gegen das Urteil haben sowohl der Kläger als auch die Beklagte fristgerecht Berufung eingelegt.

Die Beklagte hat nach der Zustellung des sozialgerichtlichen Urteils durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 29. Mai 2010/ 28. August 2010 die Vorschrift des § 5 Abs. 1 GEHV mit Wirkung ab dem 1. April 2005 neu gefasst. Die Änderung ist vom Hessischen Sozialministerium mit Schreiben vom 10. Juni 2011 genehmigt und durch Rundschreiben der Beklagten vom 6. Juli 2011 veröffentlicht worden.

Die Vorschrift lautet nunmehr:
(1) 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, werden leistungsbezogen die unter Berücksichtigung des "TL"-Anteils im EBM 2000plus definierten Honoraranteile (mit einem rechnerischen Punktwert von 5,11 Cent) 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, insbesondere 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 2000plus 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 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.
(2) Die auf ein Quartal entfallenden Einnahmen von Vertragsärzten aus Umsätzen ärztlicher Tätigkeit nach Abs. 1 werden mit der nach § 8 Abs. 2 für das entsprechende Quartal errechneten Quote rechnerisch belastet und zur Finanzierung der EHV herangezogen. Dieser Finanzierungsbeitrag ist bei der Auszahlung des Quartalshonorars aus der Gesamtvergütung einzubehalten. Rechnet der jeweilige Vertragsarzt im Quartal weniger Honorar über die KVH ab, als sein Finanzierungsbeitrag zur EHV aus Sonderverträgen nach dieser Vorschrift beträgt, ist er verpflichtet den nicht verrechenbaren Betrag unverzüglich nach Erhalt eines entsprechenden Zahlungsbescheides an die KVH zu zahlen.

Hierzu teilt die Beklagte mit, als zu berücksichtigender Kostenanteil nach § 5 Abs. 1 GEHV sei mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 29. Mai 2010 mit Wirkung ab dem Quartal II/2005 die Liste "GO-Stamm-Auszug II/2005 EHV" festgestellt worden. Mit Wirkung ab dem Quartal I/2008 sei ferner die Liste "EHV-Kostenanteile 2008" festgestellt worden. Die Listen entsprächen den auf der Grundlage der Mitteilungen der KBV über den in der Leistungskalkulation des EBM 2005 festgestellten TL-Anteilen für die einzelnen Gebührenordnungspositionen des EBM, ergänzt um die sog. "Hessenziffern".

Dazu meint der Kläger, die Änderung des § 5 GEHV beinhalte eine rechtsstaatswidrige Rückwirkung. Die Beklagte sei nicht befugt, im Jahr 2010 Grundlagen für die Absenkung des Durchschnittshonorars als einem der maßgeblichen Faktoren für die Berechnung der EHV-Ansprüche zu schaffen. Die Berechnung des Durchschnittshonorars sei auch weder auf der Grundlage von § 5 GEHV 2006 noch auf der Grundlage von § 5 GEHV 2010 nachvollziehbar. Im Übrigen unterscheide sich der Wortlaut von § 5 Abs. 1 GEHV alter Fassung erheblich von dem Wortlaut von § 5 Abs. 1 GEHV 2010. So nehme die Neufassung Bezug auf eine von der Vertreterversammlung beschlossene Liste "TL-Anteile", die sich offensichtlich von der früher angewandten TL-Liste der KBV unterscheide. Zudem enthalte § 5 Abs. 1 GEHV 2010 eine Art Blankett-Ermächtigung an den Vorstand, die rechtsstaatswidrig sei. Die Auffassung des Sozialgerichts, dass eine heilende Satzungsänderung möglich sei, widerspreche dem Gebot effektiven Rechtsschutzes. Es könne nicht sein, dass im Nachhinein mit Hilfe der Gerichte erhebliche Fehler in der Satzungsgestaltung repariert würden. Er habe im Jahr 2006 einen grundrechtsverbürgten Anspruch auf Teilhabe an der Honorarverteilung gehabt, was nun nicht rückwirkend korrigiert werden dürfe. Der Einwand der Beklagten, durch die zum Quartal III/06 erfolgte Umstellung bei der Berechnung des Durchschnittshonorars von der "Netto"- zur "Bruttobetrachtung" vermindere sich die Einbuße, sei nicht nachvollziehbar. Eine Rechtsgrundlage für die unterschiedlichen Berechnungsweisen gebe es nicht, so dass davon ausgegangen werden müsse, dass er vor dem Quartal III/06 einen deutlich höheren Anspruch auf EHV-Leistungen gehabt hätte. Vor diesem Hintergrund sei der Eingriff umso schwerwiegender.

Die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors in den Quartalen III/06 und IV/06 sei unverhältnismäßig. Bei den aktiven Ärzten gehe es um weniger als 1 % Beitragsersparnis. Gleichzeitig erhielten sie noch Rückzahlungen aus der Auflösung des Ausgleichsfonds und der Anspruchshöchstsatz werde durch die Reform 2006 wieder auf 18 % erhöht. Hingegen werde ihm ein Verlust in seinem Teilhaberecht von mehr als 10 % zugemutet. Hinzu komme noch der Verlust, der bereits infolge der Reform 2001 eingetreten sei. Insgesamt sei die Reform 2006 eine einseitige Begünstigung der aktiven Vertragsärzte. Die Begrenzung der Quote auf 5 % sei im Quartal III/2006 nicht notwendig gewesen, um irgendwelche demographischen Risiken zu beseitigen, sondern hier sei es allein um die Aktiven gegangen, die weniger an Umlage hätten zahlen wollen. Den in der Vertreterversammlung nicht repräsentierten Inaktiven sei jede Form der Einflussnahme verwehrt gewesen.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 24. Februar 2010 sowie die Bescheide der Beklagten vom 10. Juli 2007 und vom 12. Juli 2007, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. April 2009, abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm höhere Leistungen aus der EHV ohne Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors gemäß § 8 GEHV und ohne Anwendung der Kürzung wegen technischer Leistungen gemäß § 5 GEHV zu gewähren,
sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 24. Februar 2010 abzuändern und die Klage in vollen Umfang abzuweisen, sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie meint, durch die mit Wirkung zum 1. April 2005 beschlossene Neufassung von § 5 GEHV sei den Bedenken des Sozialgerichts Rechnung getragen. Die Neufassung entspreche ihrem tatsächlichen Vorgehen bei der Durchführung der Quartalsabrechnungen seit dem Quartal II/2005 und führe daher zu keinen Änderungen an den rechnerischen Ergebnissen der Honoraransprüche. Es sei anerkannt, dass rückwirkende Rechtsänderungen in bestimmten Ausnahmefällen zulässig seien. Ein solcher Fall sei hier gegeben, da die von Seiten des Sozialgerichts angenommene Fehlerhaftigkeit von § 5 GEHV 2006 nicht offensichtlich gewesen sei und der Kläger nicht habe davon ausgehen können, dass keine besonderen Kostensätze mehr zu berücksichtigen seien; denn schon seit 1991 seien im Rahmen der EHV besondere Kosten berücksichtigt worden, wobei sich lediglich die Ermittlung der Kostensätze von der seit dem 1. April 2005 unter der Geltung des EBM 2000plus praktizierten Methode unterschieden habe. § 5 GEHV 2010 sei durch Belange des öffentlichen Wohls gerechtfertigt. Die Satzungsregelung betreffe nicht nur die EHV-Empfänger, sondern auch die aktiven Vertragsärzte, denn die Berücksichtigung von besonderen Kosten vermindere ihre Belastung durch entsprechende Quotierungen der Honorarforderung. Es bedürfe daher der Aufrechterhaltung der bisherigen Rechtslage, da es anderenfalls zu einer erheblichen Mehrbelastung der aktiven Vertragsärzte komme, wenn diese nachträglich zu EHV-Beiträgen auf die seit dem Quartal II/2005 im Rahmen der Honorierung berücksichtigten besonderen Kosten herangezogen würden. Gleiches gelte für den Nachhaltigkeitsfaktor, durch den der Honoraranteil der aktiven Vertragsärzte zur Finanzierung der EHV konstant bei 5 % gehalten worden sei; ohne ihn hätte die EHV-Quote im Quartal III/06: 5,62 %, im Quartal IV/06: 5,65 % und im Quartal I/09: 6,05 % betragen. Allein für das Quartal III/06 entspreche das einem Finanzierungsbedarf von rund 2.3 Mio. Euro, der in den Nachfolgequartalen weiter ansteige, z. B. im Quartal I/09 auf rund 4.5 Mio. Euro. Auch ohne diese Neufassung habe § 5 GEHV alter Fassung aber eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Berechnung der Durchschnittshonorare dargestellt.

Der Nachhaltigkeitsfaktor sei rechtmäßig. Sein Ziel sei es, den Honoraranteil der aktiven Ärzte konstant zu halten. Mit der ersten EHV-Reform 2001 hätte lediglich eine mittelfristige Stabilisierung des Umlagesatzes bei ca. 6 % bewirkt werden können, da in absehbarer Zeit die angesparten Mittel aus dem Ausgleichsfonds zu einer weitergehenden Stabilisierung des Umlagesatzes nicht ausgereicht hätten. Ohne Auffangregelungen zur Kompensation künftiger demographischer Verwerfungen gäbe es einen steigenden Umlagesatz zu Lasten der Aktiven, die in ihrer inaktiven Phase davon jedoch nicht in angemessener Weise partizipieren könnten. Die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors werde durch die Umstellung der Berechnung der EHV-Bezüge von der Nettohonorarbasis auf die Bruttohonorarbasis zudem teilweise kompensiert. Dies sei eine für den Kläger begünstigende Methode. Ein formeller Beschluss habe dieser Umstellung nicht zugrunde gelegen und sei im Hinblick auf die Satzungsregelung in der GEHV und den Vorgaben in den maßgeblichen Honorarverteilungsmaßstäben ab dem Quartal II/05 auch nicht erforderlich gewesen. Die Umstellung auf die Bruttohonorarbasis sei lediglich als die rechnerisch sinnvollere Lösung gewählt worden, um in einem Rechenschritt den tatsächlichen Versorgungsaufwand jedes Quartals für die EHV-Empfänger unmittelbar berechnen zu können.

Die Bedenken des Sozialgerichts hinsichtlich einer ausreichenden Begründung der angefochtenen Bescheide teile sie nicht. Die Bescheide enthielten alle notwendigen Informationen für die Berechnung des Zahlbetrages.

Die Vertreterversammlung habe in ihren Sitzungen vom 27. August 2011/ 29. Oktober 2011 eine weitere Satzungsänderung zu § 8 Abs. 1 GEHV beschlossen. Hiernach dürfe sich durch die Quotierung über den Nachhaltigkeitsfaktor der EHV-Anspruch um maximal 20 % mindern. Soweit der Nachhaltigkeitsfaktor einen Wert von weniger als 80 % der EHV-Ansprüche erreiche, werde die Belastungsgrenze der aktiven Vertragsärzte von 5 % auf maximal 6 % erhöht, erst anschließend erfolge eine weitere Absenkung des Nachhaltigkeitsfaktors. Damit werde ein ausgewogenes Verhältnis hinsichtlich der Kürzung der EHV-Bezüge und der Belastung der aktiven Vertragsärzte sichergestellt und den Bedenken des Sozialgerichts Rechnung getragen. Mit der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors ab dem Quartal III/06 sei es allerdings nicht zu einer solchen Minderung des EHV-Zahlbetrages gekommen, dass ein Einschreiten erforderlich gewesen sei. So habe sich die Auszahlungsquote bedingt durch den Nachhaltigkeitsfaktor beispielhaft wie folgt entwickelt:
Quartal Durchschnittshonorar Auszahlungsbetrag (18%) Auszahlungsquote
III/06 41.194,39 Euro 6.565,23 Euro 88,54%
IV/06 44.587,28 Euro 7.150,55 Euro 89,09%
II/08 45.161,78 Euro 6.804,67 Euro 83,70%
I/09 48.178,21 Euro 7.164,99 Euro 82,62%

Hieraus werde deutlich, dass das Absinken der Auszahlungsquote durch den Nachhaltigkeitsfaktor nicht zwingend zu einem niedrigeren EHV-Auszahlungsbetrag führe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen sowohl des Klägers als auch der Beklagten sind zulässig. Sie sind auch jeweils begründet.

Die Berufung des Klägers hat Erfolg, soweit er sich gegen die Berechnung der EHV-Leistungen unter Anwendung des "Nachhaltigkeitsfaktors" wendet. Die angegriffenen Bescheide der Beklagten sind rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinem Eigentumsrecht aus Art. 14 Abs. 1 GG, soweit es durch den Nachhaltigkeitsfaktor zu einer Kürzung der EHV-Ansprüche für die Quartale III/06 und IV/06 kommt.

Auch die Berufung der Beklagten erweist sich als begründet, soweit das Sozialgericht die Berechnung des Durchschnittshonorars nach Maßgabe von § 5 Abs. 3 GEHV 2006 hinsichtlich des Abzugs der "besonderen Kosten" nach § 5 Abs. 1 GEHV 2006 beanstandet hat. Zwar hat das Sozialgericht zu Recht festgestellt, dass § 5 Abs. 1 GEHV 2006 wegen fehlender Bestimmtheit keine ausreichende Rechtsgrundlage für den Abzug besonderer Kosten war. Jedoch hat die Beklagte durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 29. Mai 2010/ 28. August 2010 die Vorschrift des § 5 Abs. 1 GEHV mit Wirkung ab dem 1. April 2005 in einer rechtsstaatlichen Anforderungen genügenden Weise neu gefasst und damit eine ausreichende Rechtsgrundlage für den Abzug besonderer Kosten auch bereits für die streitgegenständlichen

Quartale geschaffen.

Die angegriffenen Bescheide der Beklagten sind formell rechtmäßig. Soweit das Sozialgericht Zweifel äußert, ob diese hinreichend begründet im Sinne von § 35 Abs. 1 SGB X sind, folgt der Senat dem nicht. Maßgeblich für die Beurteilung sind insoweit die Bescheide über die Festsetzung des EHV-Honorars in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. April 2009, da ein etwaiger Begründungsmangel des Ausgangsbescheids unbeachtlich ist, wenn die erforderliche Begründung nachgeholt wird (§ 41 Abs. 1 Nr. 2 SGB X). Jedenfalls der Widerspruchsbescheid der Beklagten enthält eine ausführliche Darlegung der Sach- und Rechtslage, sowohl zur Berechnung des EHV-Anspruchs als auch zu den maßgeblichen Einwänden des Klägers in Bezug auf den Nachhaltigkeitsfaktor. Soweit das Sozialgericht in diesem Zusammenhang bemängelt, es fehle an einer Darlegung der Berechnung des Durchschnittshonorars und des Nachhaltigkeitsfaktors, weshalb eine auch nur ungefähre Überprüfung der Richtigkeit der Berechnung für den EHV-Empfänger nicht möglich sei, so ist festzuhalten, dass der Kläger dies mit seinem Widerspruch nicht begehrt hatte. Die Begründung des Widerspruchsbescheids war jedenfalls so dezidiert, dass sie dem Kläger eine sachgerechte Wahrnehmung seiner Interessen im Klageverfahren erlaubte. Weitergehende Begründungspflichten im Hinblick auf die gesamten der Berechnung zugrundeliegenden, höchst komplexen Berechnungsvorgänge oblagen der Beklagten im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht.

In materiell-rechtlicher Hinsicht ist zunächst festzustellen, dass die Altersversorgung der hessischen Vertragsärzte auf zwei Säulen beruht. Als Mitglieder des Versorgungswerks der Landesärztekammer entrichten sie einen halben Beitrag (§ 8 Abs.1 Satzung der hessischen Ärzteversorgung, derzeit ca. 550,00 Euro/Monat) und erwerben entsprechend geminderte Anwartschaften. Als zweite Säule finanzieren die aktiven Vertragsärzte in Hessen die (durch § 8 Abs. 1 S. 2 KVHG legitimierte) EHV durch eine Umlage von ihrem erwirtschafteten Honorar, wofür ihnen als Gegenleistung ab dem Eintritt in den Ruhestand bzw. bei Berufsunfähigkeit die weitere Teilnahme an der Honorarverteilung nach Maßgabe des durch Dauer und Höhe ihrer Beiträge erworbenen Anspruchssatzes und im Rahmen der vorgesehenen Höchstgrenzen zugesagt wird.

Die Honorarbescheide der Beklagten sind rechtmäßig, soweit die Berechnung des EHV-Honorars auf der Grundlage eines Durchschnittshonorars aus vertragsärztlicher Tätigkeit ermittelt worden ist, welches vorher um "besondere Kosten" nach Maßgabe von § 5 GEHV in der im Jahr 2011 neu gefassten Vorschrift (GEHV 2011) bereinigt worden ist.

Nach § 3 Abs. 1 GEHV nimmt der inaktive Arzt nach Maßgabe der "Normalstaffel" mit einem bestimmten Prozentsatz weiter an der Honorarverteilung teil, und zwar, wie sich aus § 3 Abs. 1 c) dd) GEHV 2006 ergibt, indem sein Anspruchssatz mit dem jeweiligen "Durchschnittshonorar aus vertragsärztlicher Tätigkeit" multipliziert wird. Wie dieses Durchschnittshonorar der Vertragsärzte als Rechengröße des EHV-Anspruchs genau bestimmt wird, ergibt sich aus der Satzung unmittelbar nicht; diese enthält nur verstreut einige Vorschriften, die den Begriff eingrenzen. Gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 und 3 GEHV 2006 beziehen sich die festgestellten EHV-Ansprüche auf das jeweils anerkannte durchschnittliche Honorar aus der Behandlung der Versicherten der Primär- und Ersatzkassen gemäß § 3 i. V. m. § 5 Abs. 3 GEHV. Der damit in Bezug genommene § 5 Abs. 3 GEHV regelt, dass bei der Ermittlung des (der) Durchschnittshonorar(forderung) aller Vertragsärzte die nach § 5 Abs. 1 und 2 GEHV errechneten berücksichtigungsfähigen besonderen Kosten ebenfalls entsprechend abzuziehen sind. § 5 Abs. 1 und 2 GEHV wiederum regeln, welche besonderen Praxiskosten von den Honorarforderungen der Vertragsärzte abzuziehen sind. Da der Einbehalt des "EHV-Beitrags" von den aktiven Ärzten in der Weise erfolgt, dass von ihrer Honorarforderung eine bestimmte Quote abgezogen wird, führt der Abzug besonderer Kosten zu einer Verringerung der Beitragslast.

§ 5 Abs. 1 und 2 GEHV 2006 stellte jedoch – wie das Sozialgericht zu Recht ausgeführt hat – keine rechtsstaatlichen Ansprüchen genügende Rechtsgrundlage für den Abzug von Praxiskosten von der Honorarforderung der aktiven Ärzte dar. Denn die Vorschrift war in sich unklar und durch die Bezugnahme auf einen normativ nicht festgelegten "TL-Anteil im EBM 2000plus" unbestimmt. Tatsächlich hat die Beklagte Praxiskosten in der Weise berücksichtigt, dass sie auf der Grundlage von Listen der KBV, welche eine Aufstellung der technischen und ärztlichen Leistungsanteile enthalten, den (generellen) Praxiskostenanteil der jeweiligen Fachgruppe im entsprechenden Quartal des Vorjahres bestimmt und diesen mit dem (individuellen) Praxiskostenanteil der jeweiligen individuellen Arztpraxis verglichen hat; lag dieser individuelle Wert über dem Durchschnitt, wurde der "überschießende" Anteil von der Honoraranforderung abgezogen. § 5 GEHV 2006 ließ jedoch weder den TL-Anteil erkennen noch, dass es auf den Vergleich mit dem Kostenanteil der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe ankommen sollte. Erst § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV 2010 legt nunmehr fest, dass die Liste TL-Anteile von der Vertreterversammlung aufgestellt und beschlossen wird. § 5 Abs. 1 Satz 4 GEHV 2010 stellt zudem klar, dass es auf den Kostenanteil der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe ankommt.

Die Beklagte hat aber durch § 5 GEHV 2010, der mit Wirkung zum 1. April 2005 in Kraft gesetzt worden ist, eine ausreichende Rechtsgrundlage für den Abzug besonderer Kosten bereits in den streitgegenständlichen Quartalen geschaffen.

§ 5 Abs. 1 Satz 1 GEHV 2010 sieht vor, dass zunächst im Rahmen der Honoraranforderung des Vertragsarztes der Honoraranteil ermittelt wird, der auf die technischen Leistungen (also die Praxiskosten) entfällt. Grundlage hierfür ist die von der Vertreterversammlung beschlossene Liste der TL-Anteile (S. 2). Diese Kostenanteile werden nach S. 3 nur berücksichtigt, soweit sie einen Anteil von x % der jeweiligen Fachgruppe überschreiten. Alle über den Anteil von x % hinausgehenden Honorarforderungen nach S. 1 gehen in die weiteren EHV-Berechnungen "nicht mehr ein" (S. 7). Dafür wird für das jeweilige Vorjahresquartal das Durchschnittshonorar "auf Basis aller in die EHV einbezogenen Honoraranforderungen" berechnet und dem das Durchschnittshonorar "nach Berücksichtigung der seinerzeit anerkennungsfähigen besonderen Kosten" gegenübergestellt. Dieser Verhältniswert ist dann auch für das laufende Quartal maßgebend. Der Anteil von x % wird nach Abs. 1 S. 6 durch den Vorstand festgelegt.

Der Regelungsgehalt der Vorschrift ist trotz sprachlicher Unzulänglichkeiten gerade auch im Zusammenhang mit der beanstandeten Vorgängervorschrift des § 5 GEHV 2006 hinreichend klar. Sie ordnet an, dass die als "TL-Anteil" bezeichneten Praxiskosten, welche in der durch die Vertreterversammlung beschlossenen "Liste TL-Anteile" definiert sind, unmittelbar von der Honorarforderung der jeweiligen Praxis abgezogen werden, soweit sie über dem Anteil der jeweiligen Fachgruppe liegen. Dieser TL-Anteil der jeweiligen Fachgruppe – ausgedrückt im Faktor x – wird auf der Basis des jeweiligen Vorjahresquartals ermittelt. Soweit S. 6 weiter bestimmt, dass die Feststellung des Anteils von x % durch den Vorstand erfolgt, wird hierdurch - entgegen der Auffassung des Klägers – dem Vorstand keine über S. 5 hinausgehende blankettartige Rechtssetzungsbefugnis in Bezug auf den Faktor x eingeräumt. Richtigerweise beinhaltet dies nicht mehr als die Übertragung der Aufgabe, den nach Maßgabe von S. 5 rechnerisch bestimmten Faktor x zu beurkunden. Die Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung

bestätigt, dass dies auch ihrer Handhabung der Vorschrift entspricht.

Die neugefasste Vorschrift ist insbesondere im Hinblick auf den weiten Gestaltungsspielraum des Satzungsgebers bei der Ausgestaltung der Honorarverteilung (BVerfGE 33, 171,189; 51, 74,87; BayVerfGH NZS 2004, 264, 267) rechtlich nicht zu beanstanden. Das BSG hat bereits darauf hingewiesen, dass § 5 GEHV technisch wie ein Vorwegabzug von Kostenanteilen für die EHV bezogen auf die Gesamtvergütung im Sinne des § 85 Abs. 4 SGB V wirkt, weil Anteile der Gesamtvergütung so behandelt werden, als wären sie von den Kassen an der KV vorbei den Vertragsärzten zugeflossen (BSG, Urteil vom 16. Juli 2008, B 6 KA 38/07 R, juris Rdnr. 70). Wesentlich ist insoweit aber, dass diese Regelung die Grundproblematik der Teilhabe der inaktiven Ärzte an der Progression der Praxiskosten, wenn auch nur im Ansatz, thematisiert. Diese Methodik, welche die inaktiven Vertragsärzte über die Berücksichtigung der "besonderen Kosten" an der Konsolidierung der EHV beteiligt, ist sachgerecht. Wenn und soweit 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 solche Kosten bei ihnen nicht mehr anfallen. Deshalb ist es der Beklagten nicht verwehrt, steigende Kosten für besonders aufwendige Leistungen zum Anlass einer gewissen Nivellierung der Belastung der aktiven Ärzte und einer gewissen Umverteilung zwischen den einzelnen Arztgruppen der aktiven Ärzte unter Einschluss auch der ehemaligen Vertragsärzte zu nehmen (BSG a.a.O., juris Rdnr. 72).

Schließlich ist es nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Vorschrift auch auf die Berechnung der EHV-Honorare in den streitgegenständlichen Quartalen bezieht. Zwar beinhaltet dies eine echte Rückwirkung eines materiellen Gesetzes. Denn die Vorschrift ist am 7. Juli 2011 mit Wirkung zum 1. April 2005 in Kraft gesetzt worden. Sie wirkt damit, indem sie eine Rechtsgrundlage für die Berechnung der besonderen Kosten auch für vergangene Quartale schafft, auf in der Vergangenheit liegende, abgeschlossene Honoraransprüche ein.

Eine so genannte echte Rückwirkung, mit der der Gesetzgeber nachträglich ändernd in abgeschlossene Sachverhalte eingreift, ist zwar grundsätzlich unzulässig (BVerfGE 114, 258, 300; 109, 133, 181; 101, 239, 263; 95, 64, 86; jeweils m.w.N.). Eine Ausnahme gilt aber unter anderem dann, wenn sich kein schützenswertes Vertrauen auf den Bestand des geltenden Rechts bilden konnte (BVerfGE 101, a.a.O.; 95, a.a.O. 86 f.; 22, 330, 348; jeweils m.w.N.). Das ist namentlich dann der Fall, wenn die Betroffenen schon im Zeitpunkt, auf den die Rückwirkung bezogen wird, nicht mit dem Fortbestand der Regelungen rechnen konnten. Ferner kommt ein Vertrauensschutz nicht in Betracht, wenn die Rechtslage so unklar und verworren war, dass eine Klärung erwartet werden musste. Schließlich muss der Vertrauensschutz zurücktreten, wenn überragende Belange des Gemeinwohls, die dem Prinzip der Rechtssicherheit vorgehen, eine rückwirkende Beseitigung von Normen erfordern (vgl. BVerfGE 13, 261, 272; 88, 384; st. Rspr.). Insoweit kann es unter Umständen aus Gründen der Gerechtigkeit geradezu geboten sein, Gesetze rückwirkend zu ändern: "Die Vorstellung, eine "Gläubigerposition" der Gemeinschaft gegenüber, die der einzelne nicht durch sein Verdienst oder aus einwandfreien Sachgründen, sondern infolge eines Versehens bei der Gesetzgebung erlangt hat, sei für den Gesetzgeber ein für allemal unantastbar, ist im Grunde für die Würde gerade des demokratischen Gesetzgebers verletzend und übrigens auch mit dem Prinzip des sozialen Rechtsstaats unvereinbar, in dem der Gedanke lebendig bleiben muss, dass eine formale Rechtsstellung, die dem einzelnen sachlich nicht gerechtfertigte Ansprüche auf Leistungen aus öffentlichen Mitteln gewährt, nicht zum Nachteil der anderen und des Ganzen durch die Rechtsordnung geschützt und aufrechterhalten werden darf" (BVerfG, Beschluss vom 16. Oktober 1957, 1 BvL 13/56, 1 BvL 46/56, BVerfGE 7, 129). Vor diesem Hintergrund ist auch eine solche rückwirkende Regelung unbedenklich, mit der lediglich eine bereits in der Vergangenheit herrschende Rechtsüberzeugung kodifiziert wird (BVerfGE 81, 228, 239; BFHE 146, 411, 413).

Angesichts dessen begegnet das rückwirkende Inkrafttreten von § 5 Abs. 1 GEHV 2010 keinen Bedenken. Anderenfalls wäre der Abzug besonderer Kosten von den Honorarforderungen der aktiven Vertragsärzte (mit der Folge einer rechnerischen Minderung des ärztlichen Honorars und entsprechend geringerer EHV-Belastung) in sämtlichen Quartalen ab III/06 ohne rechtliche Grundlage erfolgt. Es unterliegt aber keinem Zweifel, dass die Berücksichtigung besonderer Kosten von der Beklagten gewollt und im Hinblick auf Art. 3 GG sogar tendenziell geboten war (vgl. BSG, Urteil vom 16. Juli 2008, B 6 KA 38/07 R, juris Rdnr. 67). § 5 GEHV 2006 hat insoweit keine völlig neue Rechtslage geschaffen, sondern lediglich die bereits vorher bestehende Regelung über den Abzug besonderer Kosten in modifizierter Form weitergeführt, wobei diese Modifizierungen in erster Linie der Einführung des EBM 2000plus und der damit einhergehenden Änderungen in der Bewertung ärztlicher Leistungen geschuldet waren. Die von § 5 GEHV 2006 angeordnete Berücksichtigung besonderer Kosten wurde ab dem Quartal II/05 tatsächlich regelhaft angewandt, ohne dass es in Rechtsprechung und Literatur Bedenken gegen die Gültigkeit gegeben hätte; erst durch das Urteil des Sozialgerichts traten die Mängel der Vorschrift zutage. Auch das Sozialgericht hat die Vorschrift aber nicht deshalb beanstandet, weil sie mit materieller Gerechtigkeit unvereinbar sei, sondern wegen ihrer fehlenden Normklarheit.

Ein Vertrauen der inaktiven Vertragsärzte, dass es derartige Abzüge nicht geben würde, bestand zu keinem Zeitpunkt. Die Regelungen über den Abzug technischer Leistungsanteile von dem für die Berechnung der EHV maßgeblichen Durchschnittshonorar sind Teil einer insgesamt zu sehenden Regelung, die – worauf das BSG zu Recht hinweist – auf eine gerechte Lastenverteilung zwischen den aktiven Vertragsärzten, welche die EHV aus ihren Honoraren finanzieren, und den EHV-Empfängern, welche die EHV in der Vergangenheit finanziert haben, im Rahmen des "Generationenvertrags" zielt. § 5 GEHV 2010 bewirkt insoweit nur, dass das tatsächliche Vorgehen der Beklagten im Zeitpunkt der Bewilligung des EHV-Honorars III/06 und IV/06 hinsichtlich der Berücksichtigung der Praxiskosten nachträglich auf eine hinreichend klare Rechtsgrundlage gestellt wird. Die materielle Situation des Klägers wird rückwirkend nicht verschlechtert.

Bei dem Kläger konnte sich schützenswertes Vertrauen auf einen Nichtabzug technischer Leistungsanteile auch nicht in der Folge des Urteils des Sozialgerichts aufbauen. Zwar hat das Sozialgericht die Vorschrift des § 5 GEHV 2006 wegen fehlender Normklarheit beanstandet. Es hat aber gleichzeitig darauf hingewiesen, dass die Regelung in der praktischen Anwendung durch die Beklagte an sich sachgerecht ist, und es der Beklagten ausdrücklich vorbehalten, durch eine Neufassung der Vorschrift eine – auch rückwirkende – ausreichende Rechtsgrundlage für die Berücksichtigung besonderer Kosten zu schaffen.

Im Ergebnis ist daher festzustellen, dass die Beklagte durch § 5 GEHV 2010 eine ausreichende und auch für die streitgegenständlichen Quartale gültige Rechtsgrundlage für die Berücksichtigung technischer Leistungsanteile geschaffen hat. Das insoweit stattgebende Urteil des Sozialgerichts ist wegen dieser geänderten Umstände aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Das Urteil des Sozialgerichts kann auch insoweit keinen Bestand haben, als es die Klage gegen die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors gemäß § 8 Abs. 1 Satz 3 GEHV 2006 abgewiesen hat. Zur Überzeugung des Senats ist die mit dem Nachhaltigkeitsfaktor in seiner konkreten

Ausgestaltung durch Quotierung der Leistungsansprüche aus der EHV bewirkte Absenkung des Leistungsniveaus im Vergleich zu dem Leistungsanspruch, wie er sich ohne die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors berechnet hätte, rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten.

In der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist anerkannt, dass Rentenansprüche und Rentenanwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung, die wesentlich durch eigene Beitragsleistungen erworben wurden, unter den Schutz der Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 Satz 1 GG fallen (BVerfGE 53, 257 ff.; BVerfGE 100, 1 ff.; BVerfGE 112, 368; BVerfGE 122, 151 ff.). Denn diese erfüllen eine soziale Funktion, deren Schutz gerade Aufgabe der Eigentumsgarantie ist, und weisen auch die konstitutiven Merkmale des Eigentums im Sinne von Art. 14 GG auf. Die Anrechte des Einzelnen auf Leistungen der Rentenversicherung sind an die Stelle privater Vorsorge und Sicherung getreten und verlangen daher denselben Grundrechtsschutz, der dieser zukommt. Rentenansprüche und -anwartschaften tragen als vermögenswerte Güter auch die wesentlichen Merkmale verfassungsrechtlich geschützten Eigentums. Sie sind dem privaten Rechtsträger ausschließlich zugeordnet und zu seinem persönlichen Nutzen bestimmt. Auch kann er im Rahmen der rechtlichen Ausgestaltung wie ein Eigentümer darüber verfügen. Ihr Umfang wird durch die persönliche Leistung des Versicherten mitbestimmt, was vor allem in den Beitragszahlungen zu Ausdruck kommt. Die Berechtigung steht also im Zusammenhang mit einer eigenen Leistung, die als besonderer Schutzgrund für die Eigentumsposition anerkannt ist. Sie dient schließlich auch zur Sicherung der Existenz des Renten- bzw. Anwartschaftsberechtigten.

Gleiches gilt für den hier streitgegenständlichen eigentumsrechtlichen Schutz von Ansprüchen aus der EHV. Die Ansprüche und Anwartschaften auf Leistungen der EHV nach Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind strukturell sowie im Hinblick auf ihre alterssichernde Funktion und der besonderen Schutzbedürftigkeit der inaktiven Ärzte Ansprüchen aus betrieblichen Versorgungsanwartschaften und aus den beitragsfinanzierten Sozialversicherungssystemen vergleichbar und damit durch Art 14 Abs. 1 GG geschützt. Sie sind dem Inhaber nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts als privatnützig zugeordnet, dienen seiner Existenzsicherung und beruhen auf Eigenleistungen ihres Inhabers. Dabei übernimmt der Vorwegabzug des Anteils der aktuellen Gesamtvergütung, der für die Zwecke der als reines Umlagesystem organisierten EHV benötigt wird, die Funktion des Beitrags in der Rentenversicherung und der berufsständischen Altersversorgung. Der Vertragsarzt muss in der aktiven Phase hinnehmen, dass seine Vergütung vermindert wird, um aus dem nicht verteilten Betrag die Versorgung von invaliden und alten Ärzten zu finanzieren. Dafür erwirbt er in der aktiven Phase Teilhabeansprüche an dem zukünftig erwirtschafteten Honorar der Vertragsärzte in Form von "Punkten", die widerspiegeln, wie sich sein für die EHV relevanter Umsatz zum Durchschnittshonorar verhält (§ 3 Abs. 1 lit. c GEHV). Die "Punkte" im Sinne der EHV entsprechen in ihrer Funktion den Entgeltpunkten im Sinne des § 70 Abs. 1 SGB VI; der höchste erreichbare Wert, der pro Jahr gutgeschrieben werden kann, beläuft sich auf das Doppelte des Durchschnitts. Diese Punkte werden bei der Leistungsberechnung aufaddiert und nach Maßgabe der Normalstaffel in einen prozentualen Anspruch bezogen auf das aktuelle Durchschnittshonorar aus der vertragsärztlichen Tätigkeit in Hessen umgerechnet; dieser ist auf maximal 18 % begrenzt (§ 3 Abs.1 lit. c, dd GEHV). Eine Beitragsbemessungsgrenze enthielt die EHV allerdings für die aktive Phase der vertragsärztlichen Tätigkeit vor Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors nicht (vgl. hierzu BSG a.a.O.).

Eingriffe in das Eigentum sind zwar zulässig, sie müssen jedoch den für Inhalts- und Schrankenregelungen geltenden Vorgaben genügen, insbesondere dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und dem Vertrauensschutzgedanken Rechnung tragen (vgl. BSG aaO Rdnr. 71). Eine Rechtsstellungsgarantie, die Art. 14 Abs. 1 Satz 1 GG grundrechtlich vermittelt, steht nach Art. 14 Abs. 1 Satz 2 GG unter dem Vorbehalt einer gesetzlichen Regelung über Inhalt und Schranken der als Eigentum anzusehenden Rechtsposition.

Für rentenrechtliche Anwartschaften hat das Bundesverfassungsgericht bei der Bestimmung des Inhalts und der Schranken rentenversicherungsrechtlicher Positionen dem Normgeber grundsätzlich eine weite Gestaltungsfreiheit zugebilligt. Dies gilt im Besonderen für Regelungen, die dazu dienen, die Funktions- und Leistungsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Rentenversicherungen im Interesse aller zu erhalten, zu verbessern oder veränderten wirtschaftlichen Bedingungen anzupassen. Insoweit umfasst Art. 14 Abs. 1 Satz 2 GG auch die Befugnis, Rentenansprüche und anwartschaften zu beschränken. Allerdings verengt sich seine Gestaltungsfreiheit in dem Maße, in dem Rentenansprüche oder Rentenanwartschaften durch den personalen Bezug des Anteils eigener Leistungen des Versicherten geprägt sind (BVerfGE 53, 257, 289 ff.). Insoweit bedarf es einer besonderen verfassungsrechtlichen Legitimation, wenn der gesetzgeberische Eingriff in bestehende Ansprüche und Anwartschaften den Kern der leistungsbedingten Äquivalenz tangiert; dies muss zum Schutz überragender Rechtsgüter, zur Abwehr nachweisbarer oder höchst wahrscheinlicher schwerer Gefahren oder zum Schutz der Grundrechte anderer unumgänglich sein (vgl. Papier in Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, Art. 14 Rdnr. 139 m.w.N.). Im Zusammenhang mit der Überleitung von sog. Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der DDR in das Rentensystem hat das Bundesverfassungsgericht erneut darauf hingewiesen, dass die Befugnis zur Bestimmung von Inhalt und Schranken des Eigentums auch Änderungen erworbener Rechtspositionen einschließt, jedoch nur im Rahmen der Verhältnismäßigkeit und der Zumutbarkeit (BVerfGE 100, 1, 40). Im Rahmen der Prüfung der Verhältnismäßigkeit der De-facto-Schließung bestimmter Zusatzversorgungen unter Festschreibung einer "Zahlbetragsgarantie" weist das Bundesverfassungsgericht auf die Erhaltung des Wertes dieses Zahlbetrages hin und bestätigt zugleich, dass der Eigentumsschutz bei Versorgungsrenten nicht allein den Nominalbetrag der gezahlten Rente betrifft, sondern darüber hinaus auch je nach dem Ergebnis der Verhältnismäßigkeitsprüfung auf den Schutz der Rente gegen ihre inflationsbedingte Entwertung gerichtet sein kann (BVerfGE 100, 1, 44).

Auch im Rahmen einer berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung sind dem Normgeber durch die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit und der Zumutbarkeit Grenzen für einen Ausschluss der Berechtigten von einer in dem der Versorgung zugrunde liegenden Regelwerk angelegten Wertsicherung der Rente gezogen. Denn mit dem Eintritt des Versorgungsfalles ist eine für den Eigentumsschutz bedeutsame Änderung der Rechtslage verbunden. Zu diesem Zeitpunkt wandelt sich die durch Beitragsleistungen erworbene Versorgungsanwartschaft in einen Versorgungsanspruch um. Die Belastbarkeit der Empfänger von Versorgungsleistungen ist an dem Zweck dieser Leistungen zu messen, den Lebensunterhalt der Empfänger zu gewährleisten und ihren bisherigen Lebensstandard in angemessenem Umfang aufrechtzuerhalten. Ist der Versorgungsfall eingetreten und erfüllt die Rente ihre Zweckbestimmung, den Lebensstandard des Versorgungsempfängers entsprechend dem Versorgungssystem zu sichern, dem der Empfänger kraft hoheitlicher Anordnung beitreten musste, so darf dieser grundsätzlich auf den Fortbestand der ihm satzungsrechtlich zustehenden Versorgung vertrauen. Insbesondere ist der Satzungsgeber eines öffentlich-rechtlichen Versorgungswerks daran gehindert, das Versorgungsniveau nach dem Eintritt des Versorgungsfalles allein deswegen abzusenken, weil er die Angemessenheit der gewährten Versorgung nunmehr anders als früher einschätzt (BVerwG NJW 2006, 711, 714). Auch die Tarifpartner müssen bei ihren (normativen) Regelungen beachten, dass Betriebsrentner in besonderer Weise schutzbedürftig sind (BAG NZA 2008, 182, 187).

Diese Grundsätze beanspruchen auch für die EHV Geltung (BSG a.a.O., juris Rdnr. 57). Es handelt sich um ein Alterssicherungssystem, in das jeder hessische Vertragsarzt kraft hoheitlicher Anordnung einbezogen ist. Gemäß § 8 Abs. 1 KVHG sorgt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen im Rahmen ihrer Satzung für eine wirtschaftliche Sicherung der invaliden und alten Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte und der Hinterbliebenen von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten. Dies verpflichtet die Beklagte zur Bereitstellung und Aufrechterhaltung eines Alterssicherungssystems, welches für die wesentlichen Risiken (im Zusammenwirken mit den Leistungen des Versorgungswerks der Ärztekammer Hessen) zumindest existenzsichernde Leistungen erbringt; der Beklagten steht keine Befugnis zu, die ihr aufgetragene Alterssicherung rechtlich oder tatsächlich auslaufen zu lassen oder auf ein Niveau zu führen, welches dem Grundsatz der Existenzsicherung nicht genügt. Die aktiven Vertragsärzte finanzieren die EHV durch eine Umlage von ihrem erwirtschafteten Honorar, wofür ihnen als Gegenleistung ab dem Eintritt in den Ruhestand bzw. bei Berufsunfähigkeit die weitere Teilnahme an der Honorarverteilung nach Maßgabe des durch Dauer und Höhe ihrer Beiträge erworbenen Anspruchssatzes in den normierten Höchstgrenzen zugesagt wird. Mit dem Eintritt des Versorgungsfalls erstarkt diese Anwartschaft zum Vollrecht, welches besonderen rechtlichen Schutz genießt, insbesondere weil ein Bestandsrentner – anders als die Erwerbstätigen – auf Veränderungen hinsichtlich der zu erwartenden Rente nicht mehr (z.B. durch private Vorsorge) reagieren kann, sondern sich auf die Zahlung der Altersbezüge in einer gewissen Höhe eingerichtet und daran seinen Lebensstandard angepasst hat. Zwar ist diese Erwartungssicherheit bei einem System wie der EHV, welches aus der Gesamtvergütung als einer nicht konstanten, sondern veränderlichen Größe gespeist wird, von Vornherein mit einer größeren Unsicherheit belastet als in dem System der gesetzlichen Rentenversicherung. Jedoch ändert das nichts an der zutreffenden und rechtlich geschützten Erwartung des EHV-Beziehers, dass bei relativ gleichbleibenden Finanzmitteln, die aufgrund der Gesamtvergütung zur Verteilung unter den aktiven und inaktiven Ärzten zur Verfügung stehen, die Leistung aus der EHV in einer aufgrund des erworbenen Anspruchssatzes bestimmbaren Höhe auf Dauer zu erwarten ist (BSG aaO Rdnrn. 55, 57).

In den durch die Beitragszahlungen während der aktiven Phase erworbenen und festgestellten Anspruch des inaktiven Vertragsarztes greift § 8 GEHV 2006 ein, indem er die Quotierung des EHV-Anspruchs anordnet, sobald das zur Verteilung vorhandene Honorar aufgrund der "Deckelung" des Umlagesatzes auf 5 % nicht mehr ausreicht, um die Ansprüche der EHV-Berechtigten zu erfüllen. Dieser Eingriff, der im Ergebnis eine effektive Kürzung des erworbenen Anspruchs des Klägers bewirkt, ist mit der Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 GG nicht vereinbar.

Zwar ist die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors grundsätzlich von einem gewichtigen Gemeinwohlinteresse getragen. Denn aufgrund der demographischen Entwicklung steht das System der EHV vor ähnlichen Problemen wie sämtliche Alterssicherungssysteme in Deutschland: die heute aktiven Vertragsärzte (deren Anzahl freilich nicht unmittelbar mit der allgemeinen demographischen Entwicklung zusammenhängt) müssen mit den Beiträgen aus ihrem Honorar – andere Finanzmittel stehen im System der EHV nicht zur Verfügung – eine immer größer werdende Zahl inaktiver Vertragsärzte und ihrer Hinterbliebenen versorgen, weil einerseits die Lebenserwartung steigt und andererseits ein erheblicher Teil der hessischen Vertragsärzte rentennah ist. Derzeit wird davon ausgegangen, dass sich das Verhältnis von EHV-Beziehern zu aktiven Vertragsärzten, das im Jahr 2005 noch bei rund 1 zu 1,67 lag, umkehren und im Jahr 2040 dann 1 zu 0,8 betragen wird (Michaelsen, Hausärzte-Info 2011, S. 8). Hieraus ergibt sich bei einer unveränderten Fortführung der EHV zwangsläufig ein kontinuierlich steigender Umlagesatz, der nach den Darlegungen der Beklagten bereits im Jahr 2009 zu einer Belastungsquote des Honorars eines aktiven Arztes von 6,05 % geführt hätte; im Jahr 2010 wäre die Quote auf 6,4 % gestiegen (Haas, Hausärzte-Info 2011, S. 12). Es ist daher grundsätzlich – auch wenn die Beklagte insoweit keine konkreten Berechnungen vorgelegt hat – plausibel, dass ohne korrigierende Eingriffe der Umlagesatz innerhalb der nächsten zehn bis fünfzehn Jahre auf 10 % des ärztlichen Honorars oder noch darüber hinaus steigen könnte. Das Instrument des Nachhaltigkeitsfaktors erscheint auch generell geeignet, diesen systemgefährdenden Entwicklungen entgegenzuwirken.

Allein die Tatsache einer steigenden Beitragslast der aktiven Ärzte berechtigt allerdings nicht ohne weiteres zu Kürzungen bei den erworbenen Rentenansprüchen der Inaktiven. Grundsätzlich sind den Mitgliedern eines im Umlageverfahren betriebenen Pflichtversicherungssystems in einem gewissen Umfang auch höhere Beiträge zuzumuten, wenn dies zur Finanzierung der erworbenen und verfassungsrechtlich besonders geschützten beitragsfinanzierten Rentenansprüche erforderlich ist. So hatten es die Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung in den vergangenen Jahrzehnten hinzunehmen, dass ihre Beitragsbelastung über Jahre hinweg erheblich anstieg und mittlerweile knapp 20 % des versicherungspflichtigen Einkommens beträgt, ohne dass dies verfassungsrechtlich beanstandet worden wäre. Einer steigenden Beitragsbelastung wird allerdings durch die Grundrechte der zur Beitragszahlung herangezogenen Mitglieder Grenzen gesetzt. Das Grundgesetz verbietet Abgaben, die erdrosselnd wirken (BVerfGE 95, 267, 301 m.w.N.). Übermäßige, an die Berufsausübung anknüpfende Beitragslasten können zudem die Berufsausübungsfreiheit verletzen (vgl. BVerfGE 95, 267, 302; BVerwG NJW 2001, 1590). Schließlich berührt ein dauerhaftes und erkennbares Missverhältnis von Beitrag und Leistung die Funktionsfähigkeit und Akzeptanz eines jeden Versicherungssystems. Das verfassungsrechtliche Übermaßverbot verbietet eine offenkundige Disproportionalität von Beitragsleistung und versicherungsrechtlicher Leistung (vgl. Papier in Maunz/Dürig, GG, Art. 14 Rdnr. 148a). Auch das BVerfG spricht in neueren Entscheidungen den Grundsatz der Beitragsäquivalenz an (vgl. BVerfG – Kammer -, Beschluss vom 26. Juli 2007, 1 BvR 824/03 u. a., SozR 4-2600 § 68 Nr. 2).

Die dem Senat bekannten Daten sprechen für eine Gefährdung des Gesamtsystems der EHV im Zeitpunkt der hier zu beurteilenden Reform 2006, welche ein Eingreifen der Beklagten grundsätzlich erforderlich machte. Denn bereits zu diesem Zeitpunkt war absehbar, dass auf Dauer eine Belastung der aktiven Ärzte eingetreten wäre, die die Grenzen des Zumutbaren überschritten hätte. So ergäbe sich bei einer angenommenen Beitragssteigerung auf 10 % des erwirtschafteten Honorars und einem vertragsärztlichen Durchschnittseinkommen von 45.000 Euro im Quartal eine EHV-Umlage von 1.500 Euro im Monat. Daneben müssen noch die Beiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer finanziert werden. Hier betrug der sog. Normbeitrag 2011 1.095,00 Euro im Monat, der sog. Halbsatz für Personen mit Anspruch auf Leistungen aus der EHV immerhin noch 547,00 Euro (Haas, Hausärzte-Info 2011, S. 11). Hierbei ist zu beachten, dass nach der bisherigen Methodik der Finanzierung der EHV die Beiträge von dem gesamten ärztlichen Umsatz erhoben werden. Die Ansprüche aus der EHV wachsen somit bei jedem Umsatzzuwachs der aktiven Ärzte, ohne dass es darauf ankommt, ob sich hierin steigende Gewinne oder steigende Praxiskosten abbilden. An dieser prinzipiellen Problematik ändert sich durch die Regelung über die Berücksichtigung besonderer Kosten im Grundsatz nichts, weil hierdurch lediglich eine Entlastung besonders kostenintensiver Praxen bewirkt wird. Im Ergebnis könnten sich damit bei real sinkenden Gewinnen aus ärztlicher Tätigkeit Vorsorgebeiträge von mehr als 2.000,00 Euro im Monat ergeben, was gerade für Berufsanfänger eine erhebliche Belastung bedeuten würde und niederlassungswillige Ärzte dazu veranlassen könnte, Hessen zu meiden und auf andere Bundesländer auszuweichen. Träte dieser Effekt ein, so wäre nicht nur ein weiter steigender EHV-Umlagesatz zu erwarten, sondern es wäre eine Gefährdung des vertragsärztlichen Systems selbst denkbar.

Zudem käme es bei ungebremst steigenden Beiträgen zu einem Missverhältnis von Leistung und Gegenleistung. Die Beklagte hat vorgerechnet, dass sich bereits auf der Grundlage des Umlagesatzes von 5 % je nach der Entwicklung der Honorarbasis eine Amortisation der Einzahlungen bei den jüngeren Geburtsjahrgängen ab 1962 teilweise erst nach einer EHV-Bezugszeit von rund 25 Jahren ergibt (Hempel, info.doc. Nr. 5/Oktober 2009, S. 38 f). Bei einem regelhaften Zugang zur EHV mit dem 65. Lebensjahr (§ 1 Abs. 2 GEHV 2006) sind damit Szenarien möglich, wonach ein 1962 geborener Arzt bereits auf der Grundlage eines Umlagesatzes von 5 % annähernd das 90. Lebensjahr erreichen müsste, damit sich seine Beiträge amortisieren. Zwar ist bei dieser Betrachtung zu beachten, dass sich nicht nur die durchschnittliche Lebenserwartung weiter nach oben verschiebt, sondern darüber hinaus die Beitragsleistung zur EHV neben dem Alter noch weitere Risiken (Berufsunfähigkeit, Hinterbliebenenversorgung) versichert. Jedoch kann ungeachtet aller Fragen und Unsicherheiten, die mit dem Begriff der Beitragsäquivalenz in umlagefinanzierten Systemen verbunden sind (dazu ausführlich HLSG, Urteil vom 10. September 2009, L 8 KR 304/07, juris Rdnr. 31) festgehalten werden, dass die jüngeren Ärztejahrgänge bei eine Umlageentwicklung in Richtung einer Verdoppelung des derzeitigen Umlagesatzes mit einer "Negativrendite" in dem Sinne rechnen müssten, dass der Summe ihrer Beitragsleistungen keine auch nur annähernd entsprechenden Altersversorgungsleistungen mehr gegenüberstehen, während sich bei den Jahrgängen ab 1940 die eingezahlten Beiträge teilweise bereits nach 10 Jahren amortisiert haben (Hempel aaO). Eine Aussparung der Inaktiven von jeglicher Beteiligung an einer Finanzierung des "demographischen Problems" und die ausschließliche Lösung auf der "Beitragsseite" würde daher prognostisch zu unzumutbaren Lasten für die Aktiven mit ernsthaften Gefahren für das Gesamtsystem führen.

Der hiernach als Regelungsinstrument rechtlich nicht zu beanstandende Nachhaltigkeitsfaktor stellt sich in seiner konkreten Ausgestaltung aber als unverhältnismäßige Belastung der Inaktiven dar, durch den die rechtsstaatlichen Prinzipien des Übermaßverbots, des Vertrauensgrundsatzes und das Gebot ausgewogener Abwägung (vgl. hierzu Papier in Maunz/Dürig, GG, Art. 14 Rdnr. 137) verletzt werden. Dieser ist insbesondere mit dem Gebot einer gerechten Lastenverteilung in einem System kollektiver Verantwortung nicht vereinbar.

Durch den Nachhaltigkeitsfaktor wird die finanzielle Inanspruchnahme der aktiven Ärzte auf eine maximale Quote von 5 % ihres Honorars eingefroren, während die dadurch bewirkten Lasten allein die inaktiven Vertragsärzte tragen, deren EHV-Anspruch, sobald die quotenmäßige Belastung der Punktwerte der aktiven Vertragsärzte von 5 % erreicht ist, über den Nachhaltigkeitsfaktor gekürzt wird. Im Fall des Klägers führt die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors bereits in den streitgegenständlichen Quartalen zu einer effektiven Minderung der EHV-Leistung – bezogen auf die Leistung im entsprechenden Vorjahresquartal auf der Grundlage des ursprünglich festgestellten Anspruchssatzes – von über 6 %. Hierbei ist zu beachten, dass die Minderung noch deutlich höher ausgefallen wäre, wenn die Beklagte nicht mit der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors einen Systemwechsel in ihrer Verwaltungspraxis vorgenommen hätte und der Berechnung des Durchschnittshonorars nunmehr das (höhere) Durchschnittshonorar der Vertragsärzte vor Abzug der EHV-Beiträge zugrunde legt, statt wie bisher das Durchschnittshonorar nach Abzug der EHV. Auch wenn diese Umstellung der Berechnungsweise den für die EHV-Ansprüche zur Verfügung stehenden Honorartopf vergrößert und den Kläger daher im Ergebnis begünstigt, so ist festzuhalten, dass es allein auf einer normativ nicht abgesicherten Verwaltungspraxis beruht, dass die tatsächliche Minderung der Leistungen aus der EHV nicht die bei Weiterführung der bisherigen Berechnungsmethodik errechnete Abzugsquote von (bereits anfänglich) rund 12 % erreicht. Dies ist insbesondere deshalb bedenklich, weil die Beklagte den Wechsel in ihrer Berechnungsweise mit der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors vorgenommen hat, obwohl der Begriff des Durchschnittshonorars in §§ 3, 8 GEHV 2006 im Vergleich zur Vorgängerregelung unverändert geblieben ist.

Hinzu kommt, dass die mit der Quotierung des EHV-Anspruchs einhergehende Kürzung des jeweiligen Zahlbetrags durch § 8 GEHV 2006 nicht begrenzt worden ist. Steigen die aus der EHV zu befriedigenden Ansprüche, so sinken die aus der EHV gewährten Leistungen (bei gleichbleibendem Honorarvolumen) in Zukunft weiter ab. Die von der Beklagten bei der Novelle der GEHV 2006 ursprünglich errechnete Absenkung des EHV-Niveaus auf etwa die Hälfte des jetzigen Niveaus im Jahr 2030 – also einem bei der heutigen Lebenserwartung durchaus erreichbaren Zeitpunkt – für einen inaktiven Vertragsarzt, der bei Eintritt in den Ruhestand seiner Altersplanung auf der Basis der Bezüge aus der EHV nach den zu diesem Zeitpunkt errechneten Leistungen vorgenommen hat, stellt eine massive Entwertung des erworbenen und verfassungsrechtlich geschützten Leistungsanspruchs dar. Darauf hat bereits das Sozialgericht zu Recht hingewiesen.

Allerdings ist durch die Änderung des § 8 Abs. 1 GEHV 2011 eine – wiederum aber nur vorläufige – Untergrenze der durch den Nachhaltigkeitsfaktor zulässigen Kürzungen der EHV-Ansprüche auf 80 % eingezogen worden. Diese ändert an der Unzulässigkeit des Nachhaltigkeitsfaktors mit seiner konkreten Belastungsgrenze für die aktiven Vertragsärzte jedoch nichts. Insoweit kann - entgegen der Rechtsauffassung des Sozialgerichts - nicht allein auf die in den streitgegenständlichen Quartalen eingetretene wirtschaftliche Auswirkung des Nachhaltigkeitsfaktors für die inaktiven Ärzte abgestellt werden.

Die Unangemessenheit der von der Beklagten gewählten Regelung wird deutlich aus dem Gesamtkontext, in dem die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors steht. Die Beklagte hatte mit der ersten EHV-Reform 2001 eine Neuausrichtung vorgenommen, die durch ein "solidarisches Maßnahmenbündel" die EHV mittel- und langfristig sichern sollte (Gerlich, Hessisches Ärzteblatt 2001, 527). Hierzu gehörte einerseits eine Belastung der EHV-Berechtigten durch eine gewisse Absenkung der EHV-Bezüge, was technisch mittels einer Verkleinerung der Bemessungsgrundlage (Berücksichtigung besonderer Praxiskosten der aktiven Ärzte) erreicht wurde. Gleichzeitig erfolgten Einschränkungen der zukünftigen EHV-Anwartschaften u.a. durch eine stufenweise Absenkung des Höchstanspruchssatzes von 18 % auf 15 % und Verschlechterungen bei der Anspruchsberechnung. Die aktiven Ärzte wurden schließlich durch die Schaffung eines zweckgebundenen Ausgleichsfonds, der aus einer Erhöhung der EHV-Quote auf die Honorare der aktiven Ärzte gespeist wurde, belastet. Hierfür wurde in den Jahren ab 2001 eine Belastungsquote von 6 % (vgl. § 9 Abs. 2 GEHV 2001) als Grenze gesetzt; tatsächlich betrug der Umlagesatz von 2001 und 2006 zwischen 5,5 % und 5,7 %.

Nachdem sich die Erwartungen an die Einführung des Ausgleichsfonds nicht erfüllt hatten, also die Feststellung getroffen werden musste, dass die dauerhafte Stabilisierung der Quote auf ca. 6 % durch die beabsichtigte sukzessive Auflösung der Mittel aus dem Ausgleichsfonds nicht zu erreichen war, beschloss die Beklagte dann die hier streitige Neuausrichtung. Neben der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors beinhaltete diese, dass der erreichbare Anspruchshöchstsatz wieder auf 18 % festgelegt wurde. Der Ausgleichsfonds wurde zunächst eingefroren und im Jahr 2007 seine Auszahlung an die Ärzte, die ihn in der Zeit von 2001 bis 2006 finanziert hatten, verfügt.

Im Ergebnis bedeutet dies: Die durch die EHV-Reform 2001 eingeleiteten Schritte zur Stabilisierung der EHV durch ein zusätzliches Element der Kapitaldeckung sind durch die Reform 2006 zurückgedreht worden. Die Beklagte stellt wieder ein reines Umlagesystem dar, deren Finanzierungsprobleme allein auf der Leistungsseite durch den Nachhaltigkeitsfaktor gelöst werden. Dies trifft zwar neben den jetzigen EHV-

Beziehern auch die aktiven Ärzte, die sich bei Eintritt in den Ruhestand auf erheblich geringere EHV-Bezüge einstellen müssen. Während aber die inaktiven Ärzte bereits seit 2001 durch die Berücksichtigung besonderer Kosten bei der Berechnung des Durchschnittshonorars (§ 5 GEHV 2001) mit einem Honorarverlust von 5 % bis 6 % (vgl. BSG aaO, juris Rdnr. 76) belastet wurden, ist die in der Zeit von 2001 bis 2006 erfolgte und als Teil des "Solidarausgleichs" angelegte zusätzliche Belastung der aktiven Ärzte durch die Auflösung und Auszahlung des Ausgleichsfonds vollständig zurückgeführt worden. Die davon betroffenen Ärzte werden sowohl für die Zeit ab dem Jahr 2006 als auch rückwirkend für die gesamte Zeit ab 2001 maximal mit 5 % EHV-Umlage belastet. Im Ergebnis haben die inaktiven Ärzte also durch die EHV-Reformen ab 2001 kumulativ wirkende und im Umfang erhebliche Einschnitte hinzunehmen, während den aktiven Ärzten durch die Auszahlung der angesparten Mittel des Ausgleichsfonds rückwirkend bis 2001 eine Belastungsgrenze in Form eines maximalen Abzugs von 5 % des Honorars eingeräumt worden ist.

Diese einseitige Lösung der Finanzierungsprobleme der EHV auf der Leistungsseite bei gleichzeitiger Begrenzung der Umlagebelastung der Aktiven auf 5 % war nicht alternativlos in dem Sinn, dass nur hierdurch die Funktionsfähigkeit der EHV gewahrt werden konnte. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass nicht auch durch andere, die Inaktiven weniger stark belastende Maßnahmen eine Fortführung des Systems möglich gewesen wäre. So wäre es allein durch die Beibehaltung eines Umlagesatzes, wie er bereits in der Zeit ab 2001 bestand, und die Verwendung der Mittel des Ausgleichsfonds möglich gewesen, die Belastungen der bereits im Ruhestand befindlichen Ärzte für erhebliche Zeiträume zumindest zu mindern. Aus den von der Beklagten vorgelegten Berechnungen ergibt sich, dass es ohne jedwede Leistungskürzungen möglich gewesen wäre, mit den Mitteln aus dem ab 2001 gebildeten Kapitalstock, in dem sich zum Schluss rund 58 Mio. Euro angesammelt hatten (Haas, info.doc 8/2008, S. 14), die Umlagequote für 12 bis 15 Jahre bei ca. 6 % zu halten (Anlage B 1 zum Schriftsatz vom 2. Oktober 2009). Soweit die Beklagte dagegen einwendet, eine Verwendung der Mittel des Ausgleichsfonds hätte die Rechte der Ärzte verletzt, die diesen Fonds gebildet haben, ist nicht ersichtlich, welche Rechtspositionen dies sein sollen. Es handelte sich um einen Kapitalstock ohne individuelle Zuordnung, welches gerade zu dem Zweck angesammelt worden war, den Lastenausgleich zwischen Aktiven und Inaktiven zu finanzieren. Allein die Entscheidung der Beklagten, zu einem reinen Umlagesystem zurückzukehren, hat eine individuelle Rechtsposition der den Ausgleichsfonds finanzierenden Ärzte im Sinne eines Rückzahlungsanspruchs nicht begründet. Es war der Beklagten daher unbenommen, dieses Geld für seinen ursprünglichen Zweck des demographischen Belastungsausgleichs zu verwenden.

Unabhängig von der Verwendung der Gelder aus dem Ausgleichsfonds ist aber auch nicht zu erkennen, dass eine Gefährdung des Gesamtsystems der EHV bei Festlegung eines maßvoll über 5 % liegenden Umlagesatz eingetreten wäre. Dies kann schon deshalb ausgeschlossen werden, weil die Heranziehung der hessischen Vertragsärzte zu einem Umlagesatz bis 6 % in der Zeit der Bildung des Ausgleichsfonds ab 2001, wie sich aus § 9 Abs. 2 GEHV 2001 ergibt, von der Beklagten selbst als zumutbar angesehen worden ist und – soweit ersichtlich - keine negativen Auswirkungen auf die Niederlassungsbereitschaft in Hessen gehabt hat. Auch die Neufassung von § 8 Abs. 1 GEHV 2011 hat den aktiven Ärzten eine Umlagequote von 6 % zugemutet und die zum 1. Juli 2012 beschlossene EHV-Reform zeigt, dass es offensichtlich ohne eine Gefährdung des Gesamtsystems möglich ist, im Rahmen eines Bündels von Maßnahmen, welche Aktive wie Inaktive gleichermaßen belasten, den inaktiven Ärzten einen gewissen Bestandsschutz zu gewähren.

Eine nachvollziehbare und überzeugende Begründung für die 5 %-Grenze als zumutbare Höchstbelastung für die aktiven Vertragsärzte konnte die Beklagte nicht geben. Soweit sie in der mündlichen Verhandlung hierzu vorgetragen hat, dies sei der Honoraranteil, der in der Vergangenheit von den Vertragsärzten im Durchschnitt zur Finanzierung der EHV habe aufgewandt werden müssen, ist dies offensichtlich keine hinreichende Begründung für eine durch eine Überbelastung gebotene "Beitragsbemessungsgrenze".

Die legitimen Interessen der zum Zeitpunkt der Satzungsänderung vorhandenen EHV-Bezieher hätten seitens der Beklagten daher durch Erlass einer Regelung berücksichtigt werden müssen, welche auf einen gerechten Interessenausgleich zwischen Aktiven und Inaktiven hingewirkt und das schutzwürdige Vertrauen der EHV-Berechtigten zumindest durch langfristig angelegte Übergangsregelungen berücksichtigt hätte. Die Ausgestaltung einer solchen übergangsrechtlichen Regelung im Einzelnen steht im Ermessen des Normgebers, jedoch haben die Schutzwürdigkeit der betroffenen eigentumsrechtlichen Position und das Gewicht der entgegenstehenden Interessen des Normgebers wesentlichen Einfluss auf die zulässigen Grenzen seines Ermessens. So hat das Bundesverfassungsgericht mit Blick auf die Absenkung der Versorgungsanwartschaften nach dem Fremdrentengesetz, deren Vertrauensschutzniveau erheblich niedriger anzusetzen ist als dasjenige der dem Schutz des Art. 14 Abs. 1 GG unterfallenden Bestandsrenten aus dem Versorgungssystem des Beklagten, ausgeführt, der Gesetzgeber habe eine Regelung treffen müssen, die es den Betroffenen zumindest ermöglicht hätte, sich auf die neue Rechtslage in angemessener Zeit einzustellen. Die Übergangszeit habe so bemessen sein müssen, dass die Berechtigten in der Lage gewesen wären, ihre Lebensführung darauf einzustellen, dass ihnen auf Dauer deutlich niedrigere Renten zustehen würden. Bei einer schrittweisen Anwendung der dortigen Abschlagsregelung wäre es beispielsweise möglich gewesen, von mittel- oder langfristig wirkenden Dispositionen abzusehen oder diese der verringerten Rente anzupassen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 13. Juni 2006,1 BvL 9/00 u. a., BVerfGE 116, 96 ff). Auf die Notwendigkeit derartiger langfristig angelegter Übergangsregelungen hat das Bundesverfassungsgericht auch in anderen Zusammenhängen hingewiesen (BVerfGE 97, 271 ff; 100, 1 ff; 112, 368 m.w.N.). Hingegen bedeutet die EHV-Reform 2006 für die betroffenen Inhaber bereits entstandener Versorgungsansprüche in den streitgegenständlichen Quartalen eine sofortige und erhebliche Einbuße in Form einer über 6 %igen Absenkung ihres Anspruchs aus der EHV, verbunden mit einer Regelungssystematik, welche die erworbenen Ansprüche zukünftig immer weiter vermindert.

Insgesamt spricht damit aus Sicht des Senats vieles dafür, dass der Beklagte den erhöhten Vertrauensschutz der Bestandsrentner gar nicht in den Blick genommen hat. Denn dieser wird in dem Konzept des beratenden Fachausschusses EHV vom 2. Februar 2006 an keiner Stelle erwähnt, sondern lediglich ausgeführt, die stärkere Belastung der EHV-Empfänger werde für vertretbar angesehen angesichts der stagnierenden bis rückläufigen Honorarentwicklung bei jedoch gleichzeitig zum Teil nachhaltigem Kostenanstieg. Auch in ihren Schriftsätzen im Klageverfahren hat die Beklagte die Interessen der aktiven Vertragsärzte in den Vordergrund gestellt und hinsichtlich der Leistungsansprüche des Klägers erklärt, die EHV gewähre in den streitbefangenen Quartalen immer noch ein Leistungsniveau, das "eine bedürftigkeitsunabhängige Sicherung nach einem vollen Versicherungsleben" beinhalte.

Mithin erweist sich die Quotierung der EHV-Ansprüche des Klägers in den streitigen Quartalen auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 GEHV 2006 wegen des Verstoßes dieser Vorschrift gegen Art. 14 Abs. 1 GG als rechtswidrig. Die Beklagte ist daher verpflichtet, die EHV-Honorare des Klägers für die streitigen Quartale ohne Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors mit der festgelegten Belastungsgrenze zu berechnen. Umgekehrt hat der Kläger keinen Anspruch auf Leistungserhöhungen, die aus Maßnahmen resultieren, die als Ausgleich für die zu

einschneidenden Leistungskürzungen aufgrund des Nachhaltigkeitsfaktors getroffen wurden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und berücksichtigt, dass der Kläger, auch soweit er unterlegen ist, durch die rechtsstaatlichen Erfordernissen ursprünglich nicht genügende Satzungsregelung der Beklagten zur Klage veranlasst worden ist und die Beklagte erst im Verlauf des Berufungsverfahrens eine ausreichende Rechtsgrundlage für den Abzug besonderer Kosten geschaffen hat.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor. Die wesentlichen Fragen sind durch die Rechtsprechung des BSG und des BVerfG geklärt.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2014-12-01