

S 12 KA 420/14

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 420/14

Datum

05.11.2014

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 83/14

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ist auch für das Beitragsjahr 2012/13 grundsätzlich berechtigt, Vertragsärzte zur Erweiterten Honorarverteilung heranzuziehen.

2. Die generelle Nichtberücksichtigung besonderer Kostenanteile verstößt ebenso wie die Bildung der zu großen Beitragsklassen gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#).

1. Unter Aufhebung des Bescheids vom 31.08.2012 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 20.11.2013 wird die Beklagte verpflichtet, über die Eingruppierung der Klägerin und die Festsetzung des Quartalsbeitrags zur EHV unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Klägerin und die Beklagte haben jeweils zu ½ die Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat der Klägerin die Hälfte der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 9 und des EHV-Beitrags in Höhe von 5.643,00 EUR je Quartal, was einem Jahresbetrag von 22.572,00 EUR entspricht, nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten (GEHV) für das Beitragsjahr 2012/2013.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin sowie Fachärztin für Humangenetik zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Sie war vom 02.01.1995 bis 30.06.2010 in Einzelpraxis tätig, seit dem 01.07.2010 führt sie zusammen mit der Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin Frau Dr. med. C. eine KV-übergreifende überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis). Die Fachärztin für Humangenetik Frau EA. ist bei Frau Dr. A. seit 01.07.2008 angestellt.

Die Beklagte setzte in den Quartalen I/10 bis IV/10 das Honorar der Frau Dr. A. bzw. ihr Honorar innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft und das der Frau EA. durch Honorarbescheid wie folgt fest:

Quartal I/10 II/10 III/10 IV/10

Honorarbescheid vom 29.06.2010 27.09.2010 28.12.2010 30.03.2011

Nettohonorar gesamt in EUR 188.852,67 167.982,08 117.891,28 154.775,41

Bruttobehalt PK + EK in EUR 192.871,78 173.127,43 117.103,93 158.555,66

Fallzahl PK + EK 418 443 445 550

Klägerin

Bruttobehalt PK + EK in EUR 92.414,02 115.971,97 82.249,84 106.798,07

EHV-Einbehalt in EUR 3.625,06 4.613,55 3.280,71 4.178,97

Frau EA.

Bruttobehalt PK + EK in EUR 100.457,76 57.155,46 34.854,09 51.757,59

EHV-Einbehalt in EUR 3.940,55 2.273,46 1.391,15 2.027,82

§ 5 GEHV

Kostenanteil (ohne vollständig befreite Honoraranteile) in EUR 163.174,33 165.249,04 138.548,40 220.298,96

Nicht EHV-relevante Honoraranforderung in EUR 39.503,51 42.664,12 36.371,94 53.160,25

Verbleibende Honoraranforderung in EUR 202.677,84 207.913,16 174.863,34 273.327,21

Abzgl. berücksichtigungsfähiger Kostenanteil in EUR 49.674,72 (24,5092%) 48.817,59 (23,4798%) 40.624,34 (23,2324%) 67.235,76 (24,5990%)

Verbleibt in die EHV einzubeziehende Honoraranforderung in EUR 153.003,12 159.095,57 134.238,39 206.091,45

Die Beklagte stufte mit Bescheid vom 31.08.2012 für den Zeitraum 01.07.2012 bis 30.06.2013 die Klägerin in die Beitragsklasse 9 ein und setzte danach den Beitrag je Quartal auf 5.643,00 EUR, was einem Jahresbetrag von 22.572,00 EUR entspricht, fest. Hierbei ging sie von folgenden Eckdaten aus:

Gesamthonorar 2010 412.964,40

Durchschnittshonorar 2010 205.389,02 EUR

Anteil am Durchschnittshonorar 201,06 %

Ermittelte Beitragsklasse 9

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 09.10.2012 Widerspruch ein. Zur Begründung legte sie mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 28.6.2013 insb. dar, dass es an einer Rechtsgrundlage für die GEHV fehle und sie in ihren Grundrechten verletzt werde.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 20.11.2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie verwies auf die Neuregelung der GEHV zum 01.07.2012 hin, die angesichts einer wachsenden Anzahl von EHV-Empfängern und einer gleichzeitig abnehmenden Anzahl von Einzahlern erforderlich geworden sei. Jeder aktive Arzt werde danach in eine der neun Beitragsklassen eingestuft (§§ 3 Abs. 2, 10 Abs. 3 GEHV). Grundlage für die Einstufung bilde das prozentuale Verhältnis des arztindividuellen Honorars am Durchschnittshonorar aller aktiven Vertragsärzte (Beitragszahler). Dabei sei für die Ermittlung der Durchschnittshonorare auf das Vorvorjahr abzustellen, für den Zeitraum III/12 bis II/13 seien somit die Honorare des Jahres 2010 maßgeblich. Die Berechnung des zugrunde gelegten Honorars für das Jahr 2010 in Höhe von 412.964,40 EUR stelle sich folgendermaßen dar:

Gesamthonorar Beträge in EUR

Honorar lt. Arztrechnung I/10 96.039,08

EHV-relevantes Honorar I/10 96.039,08

Honorar lt. Arztrechnung II/10 120.585,52

EHV-relevantes Honorar II/10 120.585,52

Honorar lt. Arztrechnung III/10 85.530,55

Abzgl. EHV-befreite Honoraranteile 57,00

EHV-relevantes Honorar III/10 85.475,55

Honorar lt. Arztrechnung IV/10 110.977,04

Abzgl. EHV-befreite Honoraranteile 132,00

Zzgl. Honorarkorrekturen IV/10 21,21

EHV-relevantes Honorar IV/10 110.866,25

EHV-relevantes Honorar 2010 412.964,40

Sie habe den Anteil des Gesamthonorars der Klägerin, das einen Anteil am Durchschnittshonorar aller EHV-pflichtigen Vertragsärzte von 201,06 % aufweise, zutreffend in die Beitragsklasse 9 eingestuft. Mit dem streitgegenständlichen Bescheid werde lediglich die Höhe der Beitragsklasse festgesetzt. Eine unmittelbare Beschwerde hinsichtlich der Regelungen des § 3 Abs. 1 S. 3 GEHV sei damit nicht gegeben. Im Übrigen sei sie befugt, einen Verwaltungsakt in den Fällen zu erlassen, in denen das über sie abgerechnete Honorar nicht ausreiche, um den Beitrag zur EHV vollständig zu bedienen. Die Regelung nach § 3 Abs. 2 S. 5 GEHV betreffe nur neu niedergelassene Ärzte, für die noch keine Vergleichszahlen aus dem Jahr 2010 vorlägen; hierunter falle die Klägerin nicht. Sie habe den Ausgangsbescheid unter den Vorbehalt bezüglich der Höhe des im Beitragsjahr zu leistenden Beitrages gestellt, da zum Zeitpunkt der Beitragsfestsetzung die Entscheidung des LSG Hessen noch keine Rechtskraft erlangt habe.

Hiergegen hat die Klägerin am 27.12.2013 die Klage zum Az.: S 12 KA 709/13 erhoben. Seit Beendigung des Ruhens wird das Verfahren unter dem Az.: [S 12 KA 420/14](#) fortgeführt. Die Klägerin hält die Beitragspflicht in der EHV grundsätzlich für rechtswidrig, auch sei die konkrete Ausgestaltung der Beitragspflicht und ihre Eingruppierung rechtswidrig. Die Beitragspflicht zur EHV könne nicht auf eine hinreichend bestimmte parlamentsgesetzliche Ermächtigungsgrundlage zurückgeführt werden und verstoße gegen den Vorbehalt des Gesetzes. Es verstoße auch gegen den Gleichheitsgrundsatz, dass nach den Vorgaben der EHV grundsätzlich nur Ärzte und keine Psychotherapeuten herangezogen werden würden. Die Zwangsmitgliedschaft von niedergelassenen Vertragsärzten in der EHV und die damit verbundene Beitragspflicht könne nicht mit der Eigentumsgarantie aus [Artikel 14 Abs. 1 GG](#) in Einklang gebracht werden, wonach Zwangsversicherungen unter staatlicher Organisationshoheit mit dem verfassungsrechtlichen Äquivalenzprinzipien in Einklang gebracht werden müssten. § 8 KVHG gelte nur für "Kassenärzte", nicht aber für Vertragsärzte. Der Landesgesetzgeber habe § 8 KVHG an die Änderungen des Vertragsarztrechts nicht angepasst. Die Stabilisierung des Beitragsaufkommens der EHV sei kein Selbstzweck an sich, der eine unbeschränkte Inanspruchnahme der berufstätigen Ärztegeneration erlaube. Die Rentenanwartschaften seien schon heute ungedeckt. Wenn dem verfassungsrechtlichen Äquivalenzprinzip aber schon heute effektive Wirksamkeit zukommen solle, könne die Beitragspflicht keinen Bestand vor der Eigentumsgarantie haben. Gerade Fachgruppen, bei denen mit einem hohen Praxisumsatz auch ein hoher Kostenanteil abgedeckt werde, sei die konkrete Höhe der Beitragspflicht zur EHV schon gegenwärtig verfassungsrechtlich nicht mehr zu rechtfertigen. Die verschiedenen Alterskohorten würden mit Blick auf die Verzinsung ihrer Rückstellungen so ungleich behandelt werden, dass dies nicht mehr mit dem Gleichheitsgrundsatz in Einklang gebracht werden könne. Vorangegangene Alterskohorten hätten noch eine positive Altersrente erzielen können. Eine vergleichbare Rendite könnten die gegenwärtig tätigen Vertragsärzte aber nicht mehr erwarten.

Die Beklagte ziehe auch Beiträge von angestellten Ärzten ein, die gar nicht Mitglied bei ihr seien. Es werde immer ein Mindestbeitrag von 621,00 EUR pro Quartal festgesetzt. Bei nur im geringen Umfang tätigen Ärzten könne der überwiegende Teil der vertragsärztlichen Umsätze als EHV-Beitrag einbehalten werden. Sie beanstande auch die Einstufung in die Beitragsklasse 9. Nicht nachvollziehbar sei für sie, warum in den Quartalen III und IV/10 EHV-befreite Honoraranteile anerkannt worden seien, nicht jedoch in den beiden übrigen Quartalen. Es stehe auch ihr Gesamthonorar 2010 bis heute noch nicht abschließend bestandskräftig fest. Es sei nicht nachzuvollziehen, wie das Durchschnittshonorar 2010 ermittelt worden sei. Die Beklagte müsse für 2010 erhebliche Nachvergütungen leisten. Auf Gesamtvergütungsebene könne deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass es bei dem im Jahr 2012 ermittelten Durchschnittshonorar für das Jahr 2010 bleibe. Schon eine Differenz von 132,47 EUR beim Gesamthonorar führe dazu, dass sie in eine andere Beitragsklasse eingestuft werden müsse. Die Einbeziehung von Kosten- und Wegepauschalen und der Wirtschaftlichkeitsboni dürfe nicht mit § 3 Abs. 5 S. 1 und 2 GEHV in Einklang zu bringen sein. Sie erwirtschaftete erhebliche Teile ihres vertragsärztlichen Honorars durch humangenetische Leistungen des Kapitels 11 des EBM mit einem erheblichen technischen Leistungsanteil. Durch den EBM 2005 seien die vorher vollständig im Laborkapitel verzeichneten Analyseleistungen exklusiv für die humangenetische Diagnostik in das Kapitel 11 "gespiegelt" worden. Es handle sich daher nach der EBM-Systematik nicht mehr um Sachleistungen, die in Euro erstattet werden, sondern um Leistungen, die aus Mitteln der budgetierten Gesamtvergütung bezahlt werden. Diese Sachkostenanteile müssten aber weiterhin aus der EHV herausgerechnet werden.

Die Klägerin beantragt,

1. den Bescheid über die Mitteilung der Beitragsklasse vom 31.08.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.11.2013 (Wi I 12747/2012) aufzuheben,

2. festzustellen, dass die Klägerin in dem Zeitraum 01.07.2012 bis 30.06.2013 nicht zur Teilnahme an der EHV verpflichtet war,

3. die Beklagte zu verpflichten, an die Klägerin 22.572,00 Euro zu zahlen, hilfsweise

den Bescheid vom 31.08.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.11.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über die Eingruppierung von Frau Dr. A. im Zeitraum 01.07.2012 bis 30.06.2013 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat nochmals das geänderte EHV-System erläutert. Ferner verweist sie auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wonach die Ermächtigungsgrundlage im § 8 KVHG nicht zu beanstanden sei. Die Norm knüpfe nicht an die Mitgliedschaft bei ihr an, sondern an die Stellung als Arzt. Die Sozialgerichtsbarkeit habe bereits entschieden, dass psychologische Psychotherapeuten nicht an der EHV teilnehmen könnten. Wegen des Erfordernisses der Anpassung an sich ändernde Verhältnisse stehe ihr ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Die Zahl der Leistungsempfänger steige schneller als die der aktiven Ärzte, sofern diese überhaupt steigen würden. So werde die Zahl der Leistungsempfänger in etwa 14 Jahren die der aktiven Ärzte überschreiten. Die Bezugszeit von Leistungen aus der EHV würde sich weiter verlängern, weil die Lebenserwartung steige. Außerdem sei zu beachten, dass ihr im Rahmen der Honorarverteilung sehr viel weniger Möglichkeiten zum Ausgleich bestimmter Sonderbelastungen zur Verfügung stünden als den Gebietskörperschaften durch Sanierung ihrer Haushalte. Auch in der Vergangenheit habe sie verschiedene Änderungen vorgenommen. Ein Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip und den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz liege nicht vor. Die Äquivalenz sei zwischen Beitrag und späterer Leistung gewährleistet. Die Rendite der Beiträge bleibe positiv. Die neun Stufen des Regelbeitrags würden eine individuelle Überforderung vermeiden. Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 09.12.2004 müsse keine Individualäquivalenz bestehen, wie sie in der Privatversicherung vorkomme. Vielmehr könne bei berufsständischen Versorgungseinrichtungen das Äquivalenzprinzip eine Modifikation durch den Gedanken der Solidarität erfahren. Außerdem sei es zulässig, den gesamten Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit als Bemessungsgrundlage für die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen durch eine KV zu Grunde zu legen. Dies gelte auch für die Einbeziehung gesondert erstatteter Sachkosten. Mit der höchsten Beitragsklasse 9 sei auch eine Beitragsbemessungsgrenze eingeführt worden. Die Beiträge würden nicht weiter steigen, sondern seien auf einen Betrag in Höhe von 5.643 Euro je Quartal begrenzt. Das neue System mit den Beitragsklassen biete für aktive wie auch inaktive Ärzte eine Planungs- und Kalkulationsmöglichkeit für vier Quartale. Die höchste Beitragsklasse 9 greife schon ab einem Anteil von mehr als 200 % am Durchschnittshonorar. Die Honorardaten seien korrekt. Das Durchschnittshonorar 2010 bemesse sich unabhängig von der BSG-Rechtsprechung. Die Honorarkorrektur, die im Quartal III/10 gebucht worden sei, fließe in die Berechnung mit ein. Bei der im Quartal IV/10 berücksichtigten Honorarkorrektur handle sich um eine Nachvergütung hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsbonus für das Quartal III/10. Da diese im Quartal IV/10 gebucht worden sei, werde der Nachvergütungsbetrag auch im Quartal IV/10 anteilig gemäß der Prozentaufteilung zu 75 % honorarsteigernd berücksichtigt. Der Hilfsantrag sei unzulässig. Auf die Neueingruppierung könne ohne Ausgangs- und Vorverfahren nicht geklagt werden. Es müsse zunächst ein Antrag gestellt werden. Im Übrigen verweise sie auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid. EHV-befreit seien diejenigen Abrechnungsziffern, welche selbst keine EBM- oder Satzungsleistungen betreffen. Es handle sich im Quartal III/10 beispielsweise um die pauschale Impfstoffverlustquote. Hierbei handle sich um eine Bonus-Regelung für das bessere Management der Impfstoff-Bezüge. Da die Klägerin diesen Bonus bekommen habe, sei der entsprechende Betrag nicht mit EHV-Beiträgen belastet worden. Vollständig von der EHV befreite Leistungen würden bei der Ermittlung des Umsatzes nicht berücksichtigt werden. Relevant für die Beitragsklassen sei nur noch der Umsatz. Bei der Bildung der Beitragsklassen sei noch auf das ärztliche Honorar nach der alten Systematik abgestellt worden, so dass die Kosten hier noch Berücksichtigung gefunden hätten. Da das ärztliche Honorar jetzt aber nur noch für die Einstufung in die Beitragsklassen relevant sei und sich der EHV-Bezug nicht mehr konkret am ärztlichen Honorar orientiere, sei auf den Abzug der Kosten verzichtet worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter 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 Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist auch z. T. begründet. Der Bescheid vom 31.08.2012 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 20.11.2013 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Die Beklagte ist verpflichtet, über die Eingruppierung der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und die Beiträge entsprechend festzusetzen. Der Klage war daher im Hilfsantrag stattzugeben. Im Übrigen war die Klage aber im Hauptantrag abzuweisen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung, dass sie in der Zeit vom 01.07.2012 bis 30.06.2013 nicht zur Teilnahme an der EHV verpflichtet ist. Es besteht auch keine Verpflichtung der Beklagten, an die Klägerin 22.572,00 Euro zu zahlen.

Die Klage war im Hauptantrag abzuweisen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf grundsätzliche Nichtheranziehung zur EHV. Insoweit besteht eine Verpflichtung der Beklagten zur Durchführung der EHV und hierfür eine grundsätzlich ausreichende Rechtsgrundlage. Im Hilfsantrag war der Klage stattzugeben. Die Beklagte geht von einer fehlerhaften Festsetzung des Durchschnittshonorars aus. Es sind bei der Festsetzung des Durchschnittshonorars besondere Kostenanteile der vertragsärztlichen Leistungen zu berücksichtigen. Es verstößt die grobe Beitragsklasseneinteilung gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)).

Mit dem Hauptantrag möchte die Klägerin erreichen, grundsätzlich nicht zur EHV herangezogen zu werden. Hierauf hat sie keinen Anspruch. Vielmehr besteht eine grundsätzliche Ermächtigung der Beklagten, alle Vertragsärzte und somit auch die Klägerin zur EHV heranzuziehen.

Rechtsgrundlage für die Heranziehung der Klägerin zur EHV ist § 3 Abs. 1 Satz 1 der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung, die die Beklagte durch Beschluss ihrer Vertreterversammlung in den Sitzungen vom 10.03.2012 und 12.05.2012 mit Wirkung zum 01.07.2012 neu gefasst hat (im Folgenden: GEHV). Ermächtigungsgrundlage für den Erlass der GEHV ist § 8 des hessischen Landesgesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen i. d. F. d. Änderungsgesetzes vom 14.12.2009, GVBl. 2009, Teil I, 662, in Kraft getreten am 23.12.2009 (KVHG) i. V. m. Art. 4 § 1 Abs. 2 des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17.08.1955 ([BGBl. I 513](#)). Nach Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR bleiben landesrechtliche Regelungen über die Altersversorgung der Kassenärzte unberührt. Diese Vorschrift schützt die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits bestehenden Versorgungseinrichtungen von Kassen-(heute: Vertrags-)Ärzten. Diese Vorschrift ist ebenfalls verfassungsgemäß (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 22 ff.; ausführlich BSG, Urt. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - [BSGE 101, 106](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 43](#) = USK 2008-65, juris Rdnr. 20 bis 64; die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil wurde von BVerfG, 1. Senat, 2. Kammer, Beschl. v. 15.06.2009 - 1 BvR 3289/08 - nicht zur Entscheidung angenommen; s. a. die Verfassungsbeschwerde gegen die Parallelentscheidung BSG, Urt. v. 16.07.2008 [B 6 KA 39/07 R](#) - juris, die hiergegen erhobene Verfassungsbeschwerde wurde von BVerfG, 1. Senat, 2. Kammer, Beschl. v. 15.06.2009 - [1 BvR 3290/08](#) - ebf. nicht zur Entscheidung angenommen, zitiert nach den Angaben zu den BSG-Entscheidungen in juris). Das Bundessozialgericht hat jüngst nochmals für diese Vorläuferfassung entschieden, dass § 8 KVHG i. V. m. Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR verfassungsgemäß ist, insbesondere eine hinreichend präzise Ermächtigungsgrundlage für den Satzungsgeber enthält, im Rahmen der betroffenen grundrechtlichen Gewährleistungen von [Art 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) einerseits und [Art. 14 Abs. 1 GG](#) andererseits Regelungen zu treffen. Die Vorschriften bilden nicht nur mit hinreichender Bestimmtheit eine Grundlage für ein umlagefinanziertes Versorgungssystem, sondern auch für die Anpassung der EHV an sich ändernde Verhältnisse im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung. Nach Auffassung des Senats hat sich gezeigt, dass die Beklagte auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigungen auf (auch) grundlegende Änderungen in der Versorgungsstruktur in Bezug auf die EHV sachgerecht zu reagieren imstande ist. Das betrifft sowohl die 1991 erfolgte Erweiterung der EHV auf Honorare, die für die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen über die KÄV verteilt worden sind, als auch die Entscheidung, die Psychologischen Psychotherapeuten nicht in die EHV einzubeziehen (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) - juris Rdnr. 30 ff.).

Auch die Neufassung des § 8 KVHG ist eine hinreichende Ermächtigungsgrundlage. Die Neufassung war erforderlich geworden, um die Einbeziehung der Honorare aus Selektivverträgen, die hier nicht in Streit steht, zu gewährleisten.

Auch nach der Neufassung des § 8 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. Diese Sicherung kann auch durch besondere Honorarverteilungsgrundsätze geregelt werden (Abs. 1). Zur Sicherung der nach Abs. 1 errichteten Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen werden neben der Gesamtvergütung sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ausgezahlt werden, der Erweiterten Honorarverteilung unterworfen. Dies gilt unabhängig von der Rechtsgrundlage der Vergütung auch für die Vergütung aus Direktverträgen zwischen den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und den gesetzlichen Krankenkassen oder aus Verträgen zur Integrierten Versorgung (Abs. 2). Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind verpflichtet, den Umsatz, den sie aufgrund der Abrechnung für Leistungen nach Abs. 2 erhalten, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen offenzulegen. Sofern sie dieser Verpflichtung nicht innerhalb von drei Monaten nachkommen, ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen befugt, die Vergütung für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbracht hat und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ausgezahlt wurden, zu schätzen. Gegen diese Verfügung ist binnen eines Monats gegen über der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Widerspruch unter Vorlage der vollständigen Unterlagen zulässig. Die Vollständigkeit ist an Eides statt zu erklären (Abs. 3). Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ist berechtigt, durch Satzung die Einbeziehung der Umsätze für Leistungen nach Abs. 2 zu regeln. Durch Satzung werden auch die Anforderungen an Form und Inhalt der Offenlegung nach Abs. 3 geregelt (Abs. 4).

Das Gesetz geht zurück auf einen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD vom 09.06.2009 (LTag-Drs. 18/767; zu den eingegangene Stellungnahmen zu der schriftlichen Anhörung s. Ausschussvorlage AFG 18/6, Teil 1 und Teil 2 mit Stand: 26.08.2009, abrufbar über die Parlamentsdatenbank unter http://starweb.hessen.de/starweb/LIS/Pd_Eingang.htm), nachdem ein erster Entwurf vom 06.07.2004 (LTag-Drs. 16/2469) im Landtag nach dem Ablehnungsvorschlag des Sozialpolitischen Ausschusses (LTag-Drs. 16/3200) von der Regierungsfraktion CDU abgelehnt worden war (PIPr 16/53 v. 26.11.2004, S. 3621-3626; zur ersten Lesung s. PIPr 16/42 v. 14.07.2004, S.2786-2789). Im Gesetzentwurf vom 09.06.2009 weist die SPD-Fraktion auf die Verpflichtung zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach [§ 73b SGB V](#) bis zum 30.06.2009 durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008, [BGBl. I, S. 2426](#) hin. Hierdurch würden Leistungen, die bisher von zugelassenen Vertragsärzten im System der gesetzlichen Krankenversicherung für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten erbracht worden

sind und über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen als Gesamtvergütung abgerechnet wurden, aus diesem Abrechnungskreislauf ausgegliedert werden. Dies führe zu dem Problem, dass aus der Gesamtvergütung herausgebrochene Teile auch nicht ohne weiteres in die Berechnung der Umlage für die EHV zur Deckung der bereits erworbenen Ansprüche und Anwartschaften der Altersversorgung einbezogen werden könnten. Im Ergebnis werde die Bemessungsgrundlage für die EHV deutlich verringert. Deshalb sei eine Änderung des § 8 KVHG dringend erforderlich. Im Hinblick auf die, auch durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 16. Juli 2008 (- [B 6 KA 38/07 R](#) - [BSGE 101, 106](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 43](#) = USK 2008-65) erforderlich gewordene, anstehende Gesamtdiskussion über die Zukunft der EHV stelle die vorgeschlagene Änderung des § 8 KVHG eine Zwischenlösung dar. Die Entscheidung hierüber sollte aber der Gesamtdiskussion vorangestellt werden, da ansonsten eine Erfüllung der bereits erworbenen Ansprüche und Anwartschaften voraussichtlich bereits im Quartal III/09 nicht mehr gewährleistet werden könne. Die Änderung sei auch erforderlich, da das BSG in seinem bereits erwähnten Urteil eine Regelungspflicht des Landesgesetzgebers für die Anpassung der EHV an Änderungen der Vertragslandschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erkannt habe. Gegenüber dem Entwurf wurde in Abs. 2 der Verweis auf Verträge insb. nach [§§ 73b](#) und [73c SGB V](#) herausgenommen und es bei der Bezugnahme auf die Vergütung aus Direktverträgen belassen und es wurden ausdrücklich auch Verträge zur Integrierten Versorgung aufgenommen. Die Entwurfsfassung sah in Abs. 3 zunächst neben der Offenlegungspflicht des Arztes einen Auskunftsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gegenüber den Krankenkassen über die Vergütungshöhe des einzelnen Arztes vor, was dann durch die Ermächtigung zur Schätzung nach Abs. 3 Satz 2 bis 4 ersetzt wurde. Die Endfassung geht zunächst weitgehend auf den nicht weiter begründeten Änderungsantrag der SPD-Fraktion vom 16.09.2009 (LTag Drs. 18/1104; zu den eingegangene Stellungnahmen zu der schriftlichen Anhörung s. Ausschussvorlage AFG 18/6, Teil 1 mit Stand: 11.11.2009) zurück. Der Ausschuss für Arbeit, Familie und Gesundheit empfahl dann dem Plenum mit den Stimmen der Fraktion der SPD bei Enthaltung der übrigen Fraktionen, den Gesetzentwurf unter Berücksichtigung des Änderungsantrags in zweiter Lesung anzunehmen (LTagDrs. 18/1610 v. 27.11.2009). In einem weiteren, ebf. nicht begründeten Änderungsantrag vom 08.12.2009 (LTag-Drs. 18/1682) schlug die SPD-Fraktion dann die verabschiedete Fassung vor (zur parlamentarischen Beratung s. PIPr. 18/14 v. 17.06.2009, S.874-879; 18/29 v. 09.12.2009, S.2085-2087).

Damit wird deutlich, dass der hessische Gesetzgeber die Befugnisse der Beklagten im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung der sog. Selektivverträge erweitern und nicht verkleinern wollte. Ohne inhaltliche Änderung ersetzte der hessische Landesgesetzgeber in § 8 Abs. 1 KVHG den Begriff "Kassenärzte" durch "Vertragsärzte" und passte damit die Vorschrift an den geänderten Wortlaut der Vorschriften des SGB V an (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) - juris Rdnr. 34).

Soweit die Klägerin behauptet, die Rentenanwartschaften seien schon heute ungedeckt, weshalb die Beitragspflicht keinen Bestand vor der Eigentumsgarantie haben könne, folgt hieraus, selbst die Richtigkeit der nicht substantiierten Behauptung unterstellt, nicht die Fehlerhaftigkeit der Ermächtigungsgrundlage. Auch geht es vorliegend allein um die Berufsausübungsregelung einer Beitragsverpflichtung, die eigentumsrechtliche Belange der Klägerin nicht berühren können. Im Übrigen zeigen gerade die Reformbemühungen der Beklagten, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Beitragsverpflichtung und Anwartschaftserhaltung zu finden.

Von daher war die Beklagte grundsätzlich berechtigt, auch im strittigen Zeitraum die Klägerin zur EHV heranzuziehen.

Rechtswidrig sind allerdings die Zuordnung zur Beitragsklasse 9 und die Festsetzung des hieraus folgenden Quartalsbeitrags.

Rechtsgrundlage für die Erhebung der EHV-Beiträge ist § 3 GEHV "Beiträge und Beitragsklassen", der wie folgt lautet:

(1) Die EHV wird finanziert durch Beiträge der aktiven Vertragsärzte, die vom Honorar einbehalten werden. Die Höhe des zu leistenden Beitrags ist abhängig von dem erzielten Honorar aus ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Vorvorjahr des Beitragsjahres, das heißt aller für das herangezogene Kalenderjahr durch die KV Hessen vergüteten ärztlichen Honorare sowie der Honorare aus Selektivverträgen, die in dem entsprechenden Jahr zugeflossen sind. Soweit das über die KV Hessen abgerechnete Honorar des jeweiligen Vertragsarztes im Quartal nicht ausreichend ist, um den Beitrag durch Honorareinbehalt vollständig zu bedienen, ist er verpflichtet, den nicht verrechenbaren Betrag unverzüglich nach Erhalt eines entsprechenden Zahlungsbescheides an die KV Hessen zu zahlen.

(2) Es werden insgesamt neun Beitragsklassen festgelegt. Anhand des Durchschnittshonorars aller aktiven Vertragsärzte (Beitragszahler) bestimmt sich die Beitragsklasse 4, die den Regelbeitrag festlegt. Beitragszahler, die ein unterdurchschnittliches Honorar erzielen, zahlen einen ermäßigten Beitrag der Beitragsklassen 1 bis 3; Beitragszahler mit überdurchschnittlichem Honorar werden den Beitragsklassen 5 bis 9 zugeordnet. Die konkrete Zuordnung des Beitragszahlers zur Beitragsklasse erfolgt über das prozentuale Verhältnis des Arzthonorars zum Durchschnittshonorar. Soweit für einen Beitragszahler wegen Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit noch kein Vergleichshonorar vorliegt, erfolgt die Einstufung in Beitragsklasse 4. Dies gilt nicht, wenn der Beitragszahler eine Vertragsarztpraxis übernimmt; in diesem Fall wird das Arzthonorar des ehemaligen Praxisinhabers für die Bestimmung der Beitragsklasse herangezogen. In begründeten Einzelfällen kann der Vorstand auf Antrag des Beitragszahlers bei Vorlage eines entsprechenden Nachweises entscheiden, dass die Eingruppierung in eine andere Beitragsklasse erfolgt. Über die eingegangenen Anträge und die hierzu getroffenen Entscheidungen berichtet der Vorstand dem Beratenden Fachausschuss EHV regelmäßig.

(3) Im Einzelnen bestimmt sich der ab 1. Juli 2012 zu zahlende Beitrag nach § 10 Abs. 3. Der Betrag in Spalte 4 verändert sich jeweils zum 1. Juli eines Jahres in dem Verhältnis, in dem sich die Bezugsgröße nach [§ 18 Abs. 1 SGB IV](#) für das jeweilige Jahr gegenüber dem Vorjahr verändert hat. Kommen §§ 5 und/oder 6 zur Anwendung, verändern sich auch die Werte in § 10 Abs. 3 Spalte 3. Der Vorstand hat die Tabelle nach § 10 Abs. 3 bis zum Ende des Monats Juni für die folgenden 12 Kalendermonate neu festzusetzen und zu veröffentlichen. Dies gilt auch, wenn sich die Beitragsklassen nicht verändern.

(4) Der Beitrag ist auf volle Eurobeträge festzusetzen. Soweit die Festsetzungen in § 10 Abs. 3 Spalte 3 zu abweichenden Eurobeträgen führen, ist eine Aufrundung auf den nächsten vollen Eurobetrag vorzunehmen.

(5) Der Nachweis über die erzielten Honorare für ärztliche Leistungen, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind, erfolgt durch eine Bescheinigung eines Angehörigen der steuerberatenden Berufe. Sachkosten, die nicht innerhalb der Gebührenordnungspositionen des EBM abgegolten sind oder Kapitel 40 entsprechen, sowie Medikamentenkosten oder Erstattungen für Heil-/Hilfsmittel sind abzuziehen. Soweit ein Nachweis über die erzielten ärztlichen Honorare einschließlich von solchen, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind, nicht vorgelegt wird, erfolgt eine Einstufung in die Beitragsklasse 9. Eine Einstufung in die Beitragsklasse 9 erfolgt auch, wenn Angaben nicht plausibel oder vollständig sind. Gegen diese Einstufung ist binnen eines Monats gegenüber der KV Hessen Widerspruch unter Vorlage der vollständigen Unterlagen zulässig. Die Vollständigkeit ist an Eides statt zu erklären. Als vollständig gelten Unterlagen nur, wenn aus ihnen abschließend erkennbar ist, dass es sich bei den angegebenen Vergütungen

um alle Vergütungen aus Sonderverträgen handelt.

(6) Für den Fall des Bezugs von Leistungen der EHV nach Erreichen der Regelaltersgrenze unter weiterer Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 2 Abs. 1 lit. b), ist dieser Vertragsarzt weiterhin zur Beitragszahlung in Höhe der zutreffenden Beitragsklasse verpflichtet.

Nach § 10 Abs. 3 GEHV betragen die erstmalig festzusetzenden Beiträge zum Stichtag 1. Juli 2012 in Euro:

Beitragsklasse % Anteil am Durchschnittshonorar Beitrag je Quartal (in Prozent der jährlichen Bezugsgröße i.S. [§ 18 Abs. 1 SGB IV](#)) Beitrag je Quartal (in Euro)

(Spalte 1) (Spalte 2) (Spalte 3) (Spalte 4)

1	0 bis 25	2,0450 %	627
2	25 bis 50	4,0900 %	1.254
3	50 bis 75	6,1350 %	1.881
4	75 bis 100	8,1800 %	2.508
5	100 bis 125	10,2250 %	3.135
6	125 bis 150	12,2701 %	3.762
7	150 bis 175	14,3151 %	4.389
8	175 bis 200	16,3601 %	5.016
9	200	18,4051 %	5.643

Ausgehend hiervon hat die Beklagte auf der Grundlage der der Klägerin zuzurechnenden Honoraranteile, das ist das "erzielte Honorar aus ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung" nach § 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV, aus dem Jahr 2010 als dem Vorvorjahr, auf 412.964,40 EUR festgesetzt ("EHV-relevantes Honorar 2010"). Sie hat EHV-befreite Leistungen - hier in ganz geringem Umfang - herausgerechnet, wodurch die Klägerin begünstigt wird. Honorare aus Selektivverträgen waren nicht angefallen und daher auch nicht zu berücksichtigen. Auf dieser Grundlage hat die Beklagte die Klägerin folgerichtig in die Beitragsklasse 9 eingestuft, da das maßgebliche Jahreshonorar der Klägerin in Höhe von 412.964,40 EUR 201,06 % des von der Beklagten festgesetzten Durchschnittshonorars in Höhe von 205.389,02 EUR beträgt. Die konkrete Beitragsklassenzuordnung erfolgt nach § 3 Abs. 2 Satz GEHV über das prozentuale Verhältnis des Arzthonorars zum Durchschnittshonorar.

Die mündliche Verhandlung mit der Beklagten im Parallelverfahren zum Az.: [S 12 KA 81/14](#) hat ergeben, dass die Beklagte Sachkosten nur insoweit für die EHV-relevanten Umsätze abzieht, soweit es sich um die sog. EHV-freien Leistungen handelt. Hierfür sieht sie die Rechtsgrundlage in § 3 Abs. 5 Satz 2 GEHV, wonach Sachkosten, die nicht innerhalb der Gebührenordnungsposition des EBM abgegolten sind oder Kapitel 40 entsprechen, sowie Medikamentenkosten und Erstattungen für Heil-/Hilfsmittel abzuziehen sind. Sachkosten in dem Sinne, wie sie die § 5 GEHV in der bis zum 30.06.2012 geltenden Fassung vorgesehen waren oder soweit es sich um Sachkostenpauschale nach dem EBM handelt, zieht die Beklagte nicht ab. Sie hat dabei darauf hingewiesen, dass die sog. TL-Listen nicht mehr existierten.

Es kann hier dahinstehen, ob § 3 Abs. 5 Satz 2 GEHV für die Umsätze im Rahmen der Honorarverteilung herangezogen werden kann, obwohl sich Abs. 5 ausweislich des Satzes 1 ausdrücklich auf die "erzielten Honorare, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind", bezieht, da die Klägerin hierdurch nicht beschwert wird. Unterschiedliche Kostenstrukturen zwischen den einzelnen Arztgruppen werden damit jedenfalls nicht mehr erfasst.

Soweit die Beklagte damit das maßgebliche Durchschnittshonorar im Aufsatzjahr 2010 anhand des ärztlichen Honorars ermittelt, ohne dass die Kosten hier noch Berücksichtigung gefunden hätten, ist dies im Einklang mit den GEHV, verstößt aber gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz.

§ 3 Abs. 2 Satz 2 GEHV schreibt für die Bildung der Beitragsklasse 4 vor, dass sich diese anhand des Durchschnittshonorars aller aktiven Vertragsärzte (Beitragszahler) bestimmt. Wie dieses Durchschnittshonorar zu ermitteln ist, wird in den GEHV nicht näher bestimmt. Von daher liegt es nahe, dass das Durchschnittshonorar mit den "erzielten Honoraren" aus ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV korreliert, d. h. dass die Honoraranteile in die Ermittlung des Durchschnittshonorars einfließen, die auch Grundlage für die Erhebung der EHV-Beiträge sind. Maßgebend für den Begriff des Durchschnittshonorars kann nur das aktuelle Recht sein, soweit nicht eine abweichende Bestimmung getroffen wird. Der Satzungsgeber der GEHV hat dies ausdrücklich nur für die Ermittlung des Punktwerts der EHV-Bezieher getan. § 10 Abs. 1 Satz 2 GEHV sieht hierfür vor, dass der Ausgangswerts der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 "nach den bis zum 30. Juni 2012 gültigen Grundsätzen der EHV" ist. Gerade auch anhand der in den GEHV vorgenommenen Abkoppelung der EHV-Ansprüche von den Honorarumsätzen, wie sie insb. in der Koppelung der Steigerungsbeträge an die sozialversicherungsrechtliche Bezugsgröße des [§ 18 Abs. 1 SGB IV](#) (§ 4 Abs. 4 GEHV) und damit der Aufgabe der Bindung an die Entwicklung des Durchschnittshonorars (§ 9 Abs. 1 i. V. m. § 8 Abs. 1 GEHV a. F.) sowie in der generellen Nichtberücksichtigung der erzielten Honorare für ärztliche Leistungen nach § 3 Abs. 5 GEHV, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind, zum Ausdruck kommt, verbieten sich systematische Überlegungen, § 10 Abs. 1 Satz 2 GEHV zur Auslegung des § 3 Abs. 2 Satz 2 GEHV heranzuziehen. Aus der Regelungssystematik folgt vielmehr, dass der Satzungsgeber diese Regelung nur für die EHV-Bezieher vorgesehen hat, was insofern folgerichtig ist, als an das bisherige Versorgungsniveau anzuknüpfen und offensichtlich eine Erhöhung des Versorgungsniveaus durch Anhebung des Durchschnittshonorars nicht beabsichtigt war.

Die generelle Nichtberücksichtigung besonderer Kostenanteile verstößt aber ebenso wie die Bildung der zu großen Beitragsklassen gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#).

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 abgelten 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. Regelungen über die Beitragsbemessung zur EHV können die Beitragshöhe an die Honorarhöhe und damit an den Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes koppeln. Hiergegen verstößt es nicht, dass die Abzüge für die EHV beim einzelnen Vertragsarzt von den Honoraransprüchen erfolgten, 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. 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 (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. 123 f.; BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 38/12 R](#) - juris Rdnr. 33).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung hat, ist ferner bei der Ermittlung der für die EHV einzubehaltenden Gesamtvergütungsanteile, die auf die einzelne Praxis entfallen, die Berücksichtigung von besonderen Kosten bei bestimmten Leistungen geboten, um auf die signifikanten Unterschiede bei den Kostensätzen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu reagieren. Soweit vertragsärztliche Umsätze verschiedener Arztgruppen nicht mehr tendenziell Überschüsse in ähnlicher Größenordnung erwarten lassen, muss dies bei Belastungen, die allein an Umsätzen ausgerichtet sind, berücksichtigt werden (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 39 m.w.N.). Insofern ist auch der Gestaltungsspielraum der Beklagten als Normgeberin begrenzt.

Soweit sich die Beklagte auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Erhebung von Verwaltungskosten bezieht, betrifft dies andere Sachverhalte und geringere Prozentsätze vom Umsatz. Auch stellt das Bundessozialgericht wesentlich darauf ab, dass bei einer gebotenen typisierenden Betrachtung die Annahme, dass mit höheren Umsätzen aus vertragsärztlicher Tätigkeit regelmäßig auch der Umfang des materiellen und immateriellen Nutzens steigt, den ein Vertragsarzt aus der Existenz und der gesamten Aufgabenerfüllung - nicht lediglich der Honorarabrechnung - einer KV zieht, weder als grob fehlerhaft noch als mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise unvereinbar angesehen werden kann und dass allein die abstrakte Nutzungsmöglichkeit maßgeblich ist (vgl. BSG, Urt. v. 17.08.2011 - [B 6 KA 2/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 81 Nr. 4](#) = Breith 2012, 520 = [USK 2011-42](#) = [MedR 2012, 609](#), juris Rdnr. 22). Aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze und der sehr groben Beitragsklassen besteht aber nach der Neufassung der GEHV gerade keine lineare und damit gleichmäßige Heranziehung zur EHV.

Der allgemeine Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletzt aber das Gleichheitsgrundrecht, wenn er bei Regelungen, die Personengruppen betreffen, eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu einer anderen Gruppe anders behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten. Dabei sind dem Gesetzgeber bei der Ausgestaltung der jeweiligen Regelung umso engere Grenzen gesetzt, je stärker sich die Ungleichbehandlung auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten, etwa auf die durch [Art. 12 Abs. 1 GG](#) garantierte Freiheit der beruflichen Tätigkeit nachteilig auswirken kann (BVerfG, Urt. v. 28.01.2003 - [1 BvR 487/01](#) - [BVerfGE 107, 133](#) = [NJW 2003, 737](#), juris Rdnr. 25; BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 38/12 R](#) - juris Rdnr. 35 jeweils m.w.N.).

Die Nichtberücksichtigung besonderer Kostenanteile bei der Berechnung des Durchschnittshonorars im Aufsatzjahr 2010 führt tendenziell zu einem höheren Durchschnittshonorar als bei einer Ermittlung des Durchschnittshonorars mit Berücksichtigung besonderer Kostenanteile. Ärzte, die Leistungen mit hohen Kostenanteilen erbringen, werden dadurch tendenziell aber in eine höhere Beitragsklasse eingruppiert und letztlich in einem größeren Umfang zur Finanzierung der EHV herangezogen als Ärzte, die keine oder nur wenige Leistungen mit hohen Kostenanteilen erbringen, die tendenziell in eine geringere Beitragsklasse eingruppiert werden. Sachliche Gründe für diese Ungleichbehandlung sind nicht ersichtlich.

Deutlich wird dies im Fall der Klägerin und ihrer Angestellten Frau EA., gegen deren Heranziehung die Klägerin in einem Parallelverfahren die Klage erhoben hat ([S 12 KA 419/14](#)). Insofern liegt auch eine Beschwerde vor. Vergleicht man ihre Beitragspflicht im Jahr 2010, die unter Berücksichtigung der besonderen Kostenanteile nach § 5 GEHV a.F. erfolgte, mit der Beitragspflicht im strittigen Zeitraum, die auf denselben Umsätzen des Jahres 2010 aufsetzt, aber besondere Kostenanteile nicht berücksichtigt, so ergibt sich für die Klägerin selbst eine deutliche Beitragssteigerung von 69,5 %, für Frau EA. von 64,0 %, wobei Schwankungen im Beitragssatz vernachlässigt werden können. Gemessen am Durchschnittshonorar beträgt auch im strittigen Zeitraum der Beitragssatz etwa 5 % (10.032 EUR sind 4,9 % von 205.389,02 EUR), was auch im Aufsatzjahr 2010 der Fall war (s. § 8 Abs. 1 Satz 2 GEHV a.F.). Es erfolgten folgende EHV-Zahlungen in EUR:

Quartal Kl. Frau EA.

I/10 3.625,06 3.940,55

II/10 4.613,55 2.273,46

III/10 3.280,71 1.391,15

IV/10 4.178,97 2.027,82

Gesamt 15.698,29 9.632,98

2012/13 22.572,00 15.048

Steigerungsrate 69,5 % 64,0 %

Die Kammer ist nicht der Auffassung, dass eine andere und ggf. auch höhere Beitragsheranziehung zur EHV ausgeschlossen wäre und dass diesbezüglich ein Bestandsschutz bestünde. Die von der Kammer vorgenommene Vergleichsberechnung der konkreten Beiträge der Klägerin und ihrer angestellten verdeutlicht jedoch die Veränderung der Beitragsstruktur, die im Grundsatz so auch zuletzt vom Bundessozialgericht für rechtmäßig befunden wurde, zu Lasten einzelner Praxen, ohne dass die Beklagte hierzu auch nur ansatzweise sachliche Gründe angeführt hätte. Insofern war die fehlende Berücksichtigung besonderer Kostenstrukturen zu beanstanden.

Ausgehend von den dargelegten Grundsätzen bestehen aufgrund der Einteilung in die neun Beitragsklassen keine Bedenken gegen die

Einhaltung des Äquivalenzprinzips, sieht die Kammer aber einen weiteren Verstoß gegen den Gleichheitssatz. Hierzu wird auf folgende Berechnung hingewiesen:

Tabelle 1

1	2	3	4	5	6	7	8
1	0 EUR	- 51.347,25	EUR 2.508	- 4,8 %	100	25,08	100 -4,9
2	51.347,26	EUR - 102.694,51	EUR 5.016	9,7 %	- 4,8 %	200	25,08 100 4,9-2,4
3	102.694,52	EUR - 154.041,76	EUR 7.524	7,3 %	- 4,8 %	300	25,08 100 2,4-1,6
4	154.041,77	EUR - 205.389,02	EUR 10.032	6,5 %	- 4,8 %	400	25,08 100 1,6-1,2
5	205.389,03	EUR - 256.736,27	EUR 12.540	6,1 %	- 4,8 %	475	26,40 105 1,3-1,0
6	256.736,28	EUR - 308.083,53	EUR 15.048	5,8 %	- 4,8 %	540	27,87 111 1,1-0,9
7	308.083,54	EUR - 359.430,78	EUR 17.556	5,7 %	- 4,8 %	595	29,51 118 1,0-0,8
8	359.430,79	EUR - 410.778,04	EUR 20.064	5,6 %	- 4,8 %	640	31,35 125 0,9-0,8
9	410.778,05	EUR - 22.536	5,4 %	675	33,39	133	0,8-

Hieraus wird deutlich, dass der "Beitragspreis" eines Punktes ab Klasse 5 zunehmend teurer wird (Spalten 5 und 6). Spalte 5 beruht auf § 4 Abs. 1 GEHV, Spalte 3 auf § 10 Abs. 3 GEHV, hochgerechnet auf ein Jahr (Faktor 4). Spalte 6 beruht auf einer Division des Jahresbeitrags (Spalte 3) durch die Punktezahl, die hierfür zugesprochen wird (Spalte 5). Spalte 7 zeigt die Kostensteigerung im Verhältnis zur Beitragsklasse 1 bzw. den Beitragsklassen 1 bis 4. In absoluten Beträgen muss insofern für die gleiche Anwartschaft mehr aufgewandt werden, hinzu kommt eine weitere Beitragszahlung auch nach Erreichen des Höchstanspruchssatzes. Hieraus wird somit deutlich, dass innerhalb der Beitragsklasse mit dem gleichen absoluten Aufwand (Beitrag) die gleiche Punktezahl bzw. EHV-Anwartschaft erworben wird, dass die Kosten pro Punkt in EUR in den unteren Beitragsklassen günstiger sind (Spalte 6 und 7) und dass damit erst in den oberen Klassen (ab Klasse 5) bei steigendem Beitragseinsatz eine proportional geringere Anwartschaft erworben wird. Hinzu kommt die Deckelung der Anwartschaft bei 14.000 Punkten, die tendenziell eher die oberen Beitragsklassen betrifft. Letzteres verdeutlicht Tabelle 2:

Tabelle 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	100	140,0	0,15	0,00	bis 0,15			
2	200	70,0	0,30	0,15	bis 0,30			
3	300	46,7	0,45	0,30	bis 0,45			
4	400	35,0	0,60	0,45	bis 0,60			
5	475	29,5	0,71	0,60	bis 0,675			
6	540	25,9	0,81	0,675	bis 0,750			
7	595	23,5	0,89	0,750	bis 0,825			
8	640	21,9	0,96	0,825	bis 0,900			
9	675	20,7	1,01	0,900	+ 0,375	je 100 Punkte		

Bei gleichbleibender Zugehörigkeit wird in den oberen Beitragsklassen die maximale Punktezahl z.T. wesentlich früher erreicht als in den unteren (Tabelle 2 Spalte 3). Tabelle 2 Spalte 4 zeigt nochmals die geringere proportionale Zunahme in den Kategorien der alten GEHV, d.h. des Anspruchssatzes in den oberen Beitragsklassen. Der Vergleich der Tabelle 2 Spalte 4 und 5 zeigt zugleich, dass aber gegenüber der vorherigen GEHV eine Anhebung der Beitragsklassen 5 bis 9 erfolgt ist. Diese proportional geringere Steigerung des Anspruchssatzes ist im Hinblick auf die Modifizierung des Äquivalenzprinzips durch den Gedanken der Solidarität nicht zu beanstanden.

Ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz folgt aber aus der unterschiedlichen Heranziehung der Vertragsärzte zur Finanzierung der EHV.

So zeigt Tabelle 1 Spalte 8 die Relation zum EHV-relevanten Bruttoeinkommen. Spalte 8 setzt die Kosten für den Erwerb der Anwartschaft bzw. den absoluten Preis für 100 Punkte (Spalte 5 x 100) in das Verhältnis zum Bruttoeinkommen (Spalte 2) und gibt so an, welcher Anteil des Einkommens für den Erwerb von 100 Punkten eingesetzt werden muss. Hieraus wird ersichtlich, dass nicht nur eine erhebliche Bandbreite innerhalb insb. der unteren Beitragsklassen besteht, sondern dass im unteren Segment der Beitragsklasse 2 mehr als der sechsfache Prozentsatz des Einkommens als im oberen Bereich der Beitragsklasse 8 bzw. unteren Bereich der Beitragsklasse 9 aufgewandt werden muss. Die hier nicht streitige Beitragsklasse 1 führt noch zu wesentlich stärkeren Verzerrungen, da kein linearer Beitrag erhoben wird und keine Bemessungsfreigrenze ("Beitragsklasse 0") besteht. Die Unterschiede, die auch zu erheblich unterschiedlichen prozentualen Beitragsätzen führen, die insb. bei den unteren Beitragsklassen erheblich größer sind, beruhen auf der großen Bandbreite der Beitragsklassen. Gründe hierfür sind nicht ersichtlich.

Im Ergebnis werden tendenziell die unteren Beitragsklassen und innerhalb der Beitragsklassen die umsatzschwächeren Ärzte zu prozentual höheren Beiträgen veranlagt, unter Vernachlässigung der Beitragsklasse 1 beträgt die Schwankungsbreite 4,8 % bis 9,7 % und damit über das Doppelte.

Faktisch führt die Beklagte durch die Neufassung eine modifizierte, da auch beitragsabhängige Kopfpauschale ein, und verlässt damit das reine Umlagesystem. Angesichts des tradierten, an die Honorarverteilung anknüpfenden EHV-Systems und seines Ausnahmecharakters hätte es für eine so weitgehende Umgestaltung aber im Übrigen einer ausdrücklichen Ermächtigungsgrundlage durch den Gesetzgeber bedurft. Auf fürsorgerische Gesichtspunkte, gerade umsatzschwachen Praxen zu einer ausreichenden Altersversorgung zu verhelfen, kann die Beklagte nicht verweisen. Insofern handelt es sich um ein verpflichtendes System, zu dessen Heranziehung dem einzelnen Arzt keine Alternative verbleibt. Für solche Zwangsbefugnisse der unterschiedlichen Behandlung bedürfte es erst Recht einer parlamentarischen Ermächtigungsgrundlage. Die Beklagte kann auch nicht auf eine Vermutung zurückgreifen, dass das Durchschnittshonorar eine Auskunft darüber gibt, in welchem Umfang Ärzte ihrem Versorgungsauftrag nachkommen. Insofern ist aus Streitigkeiten zur Honorarverteilung bekannt, dass ganze Arztgruppen Umsätze unterhalb der Durchschnittsgröße erzielen.

Von daher war der angefochtene Bescheid aufzuheben, da es an einer ausreichenden Rechtsgrundlage für die Bildung und Zuordnung zu einer Beitragsklasse fehlt. Die Beklagte war dennoch nicht zur Rückzahlung der festgesetzten EHV-Beiträge zu verpflichten. Soweit § 3 Abs. 2 Satz 1 bis 4, Abs. 3 Satz 1 i. V. m. § 10 Abs. 3 GEHV rechtswidrig und nichtig sind, tritt nicht automatisch die frühere Regelung in Kraft. Insofern obliegt es der Beklagten, eine Neuregelung innerhalb von sechs Monaten zu verabschieden, wobei grundsätzlich an der Konzeption des Vorvorjahres als Aufsatzjahr mit festen Beiträgen festgehalten werden kann. Soweit Beitragsklassen gewählt werden, dürfen diese nur geringe Schwankungsbreiten von ca. 0,1 % des Durchschnittshonorars bzw. ca. 200 EUR aufweisen, um eine gleichmäßige Heranziehung zur EHV zu gewährleisten. Insofern steht es der Beklagten auch frei, höhere Honoraranteile zur EHV heranzuziehen. Insofern besteht kein zwingender Anspruch der Klägerin, dass in jedem Fall maximal ein geringer Beitrag festzusetzen ist. Im Hinblick hierauf und auf die Notwendigkeit der Finanzierung der EHV-Ansprüche hat die Klägerin es hinzunehmen, dass die Beklagte trotz Rechtswidrigkeit der Beitragsfestsetzung die Beiträge jedenfalls bis zu einer Neubescheidung nicht auskehrt.

Nach allem war der Klage im tenorierten Umfang stattzugeben, war sie aber im Übrigen abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Die Quotelung folgt dem Anteil des jeweiligen Unterliegens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-11