

S 12 KA 172/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 172/13
Datum
10.12.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 3/15
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Parallelverfahren zu SG Marburg, Urt. v. 10.12.2014 - [S 12 KA 229/13](#) -).

1. Unter Aufhebung des Bescheids vom 31.08.2012 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 13.03.2013 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. Die Beklagte hat notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.
3. Der Streitwert wird auf 1.158,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 2 und des EHV-Beitrags in Höhe von 1.254,00 EUR je Quartal, was einem Jahresbetrag von 5.016,00 EUR entspricht, nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten (GEHV) für das Beitragsjahr 2012/2013.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Psychiatrie und Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin seit 01.01.1997 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in C-Stadt zugelassen.

Die Beklagte setzte für die Quartale I bis IV/10 das Honorar der Klägerin 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 14.873,49 15.282,79 11.568,99 16.568,47
Bruttohonorar PK + EK in EUR 15.352,01 15.750,90 11.916,47 17.047,51
Fallzahl PK + EK 45 50 46 47
Abzug EHV-Beiträge in EUR 807,98 828,94 627,17 897,22
Bruttohonorar PK + EK mit EHV-Beiträgen in EUR 16.159,99 16.579,84 12.543,64 17.944,73

Die Beklagte stufte mit Bescheid vom 31.08.2012 für den Zeitraum 01.07.2012 bis 30.06.2013 die Klägerin in die Beitragsklasse 2 ein und setzte danach den Beitrag je Quartal auf 1.254,00 EUR, was einem Jahresbetrag von 5.016,00 EUR entspricht, fest. Hierbei ging sie von folgenden Eckdaten aus:

Gesamthonorar 2010 in EUR 67.700,50
Durchschnittshonorar 2010 in EUR 205.389,02
Anteil am Durchschnittshonorar 32,96 %
Ermittelte Beitragsklasse 2

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 24.09.2012 Widerspruch ein. Sie trug vor, eine Deckelung bevorzuge die Kollegen mit hohen Einkommen, was nicht hinzunehmen sei. Durch das Einstufungssystem sei ihr Beitrag um 30 % gestiegen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 13.03.2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, eine Reform der EHV sei angesichts einer wachsenden Anzahl von EHV-Empfängern und einer gleichzeitig abnehmenden Anzahl von Einzählern erforderlich geworden. Mit der aktuellen Neufassung habe sie u.a. ein Beitragsklassenmodell eingeführt. Jeder aktive Vertragsarzt werde danach in eine der neun Beitragsklassen eingestuft. Grundlage für die Einstufungen in die jeweilige Beitragsklasse bilde das prozentuale Verhältnis des arztindividuellen Honorars zum Durchschnittshonorar aller aktiven Vertragsärzte (Beitragszahler). Das Honorar der Klägerin im für den Beitrag maßgebliche Jahr 2010 in Höhe von 67.700,50 EUR ergebe sich aus dem Honorar, was die Beklagte quartalsmäßig darstellte. Es werde nicht nur der Beitrag der Ärzte, die im Vergleich zum Durchschnittseinkommen mehr als 201 % erwirtschafteten, gedeckelt, sondern auch die zu erreichende Punktzahl pro Jahr. Es entstehe somit für Ärzte mit einem Anteil am Durchschnittseinkommen von mehr als 201 % kein Vorteil.

Hiergegen hat die Klägerin am 21.03.2013 die Klage erhoben. Sie trägt vor, ein übermäßig hoher Anteil des Umsatzes werde bei ihr für die Zahlung in die EHV abgezogen. Sie greife weiterhin an, dass eine Deckelung der zu zahlenden Beiträge durch die insgesamt neun Stufen erfolge. Kleine Einzelpraxen würden im Verhältnis zu Gemeinschaftspraxen und großen Praxen deutlich benachteiligt. Dies verstoße gegen den Grundsatz der Beitragsgerechtigkeit und den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Innerhalb der Beitragsklasse 2 mit einem Anteil von 25,01 % bis 50,00 % zahlten alle Ärzte, egal ob am unteren oder oberen Rand, den gleichen monatlichen Beitrag und würden die gleiche Höhe des EHV-Anspruchs erwerben. Mit einem Prozentsatz von 32,96 % habe sie den gleichen Beitrag zu leisten wie ein Arzt, der 50 % des Durchschnittshonorars erwirtschaftete. Bei einem Umsatz über 200 % bleibe der Beitrag gleich. Es finde eine Entlastung der Ärzte mit hohem Umsatz zu Lasten derjenigen Ärzte mit geringem Umsatz statt. Ihre Belastung betrage mit den Zahlungen an die Ärzteversorgung zusammen 41,7 %. Bei Erreichen des Höchstsatzes erfolge bei bestehender Beitragspflicht keine weitere Steigerung.

Die Klägerin beantragt,
unter Aufhebung des Bescheids der Beklagten vom 31.08.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.03.2013 die Beklagte zu verurteilen, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie erläutert die GEHV in der Neufassung und ist der Auffassung, dass ihr ein weiter Gestaltungsspielraum zukomme. Mit jeder Beitragsklasse sei ein fester EHV-Anspruch in Punkten verknüpft. Für den Regelbetrag erhalte der Beitragszahler pro Jahr 400 Punkte. Davon abweichend erhalte der Beitragszahler in den Beitragsklassen 1 bis 3 und 5 bis 9 Punkte anhand einer in der Vorschrift angeführten Tabelle. Die Beitragsklasse 2 entspreche einer Punktzahl von 200 Punkten pro Jahr. Aus der Multiplikation der Punktezahl, maximal 14.000 Punkte, mit einem festen Punktwert in Euro, ergebe sich die Höhe des monatlichen EHV-Bezugs. Die Veränderung des Punktwerts zwischen den Beitragsjahren hänge von der Änderung der Bezugsgröße und dem Mengenfaktor ab. Der Mengenfaktor stelle die Entwicklung der EHV-Ansprüche im Verhältnis zur Entwicklung der aktiven Ärzte (Beitragszahler) dar. Sofern die Beiträge der aktiven Ärzte nicht ausreichten, um den Finanzbedarf zu decken, würde der zusätzliche Anteil von beiden Gruppen getragen. Dieser "paritätische Defizitausgleich" führe dazu, dass sich die Beiträge je Stufe der aktiven Ärzte erhöhen könnten. Auf der Seite der EHV-Empfänger sinke dann der Punktwert im Vergleich zum vorherigen Beitragsjahr, mit dem die EHV-Ansprüche bewertet würden. Dies gelte allerdings nicht für EHV-Empfänger, die schon einmal einen höheren Punktwert bekommen hätten, Stichwort "Rentengarantie". Ihr komme als Satzungsgeber ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Die Zahl der Leistungsempfänger steige schneller als die der aktiven Ärzte, sofern diese überhaupt steigen würden. So hätte die Zahl der Leistungsempfänger in etwa 14 Jahren die der aktiven Ärzte überschritten. Durch die steigende Lebenserwartung werde die Bezugszeit von Leistungen aus der EHV verlängert. Sie habe auch weniger Möglichkeiten zum Ausgleich bestimmter Sonderbelastungen als Gebietskörperschaften zur Sanierung ihrer Haushalte. Die Äquivalenz zwischen Beitrag und späterer Leistung werde gewährleistet. Die Rendite der Beiträge bleibe positiv. Die neuen Beitragsklassen vermieden eine individuelle Überforderung. Das neue System biete zudem für alle Ärzte eine Planungs- und Kalkulationsmöglichkeit für vier Quartale. Die Honorarhöhe entscheide über die Einordnung in die neuen Beitragsklassen. In einer Beitragsklasse zahlten alle Ärzte den gleichen Beitrag und würden die gleiche Höhe des EHV-Anspruchs im Jahr erwerben. Es bestehe auch eine Verzahnung zwischen der EHV und dem Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen. Für niedergelassene Ärzte ermäßige sich der Beitrag zum Versorgungswerk nach Vorlage einer Kopie der Zulassung um 50 %. Dadurch werde eine finanzielle Überforderung ausgeschlossen. Nach § 3 Abs. 2 S. 7 GEHV könne der Vorstand auf Antrag die Eingruppierung in eine andere Beitragsklasse vornehmen. Die Bemessung anhand des Bezirksjahres sei nicht zu beanstanden. Nach der Satzung würden die Punkte für die einzelnen Beitragsklassen wie folgt gutgeschrieben werden:

Beitragsklasse Punktzahl pro Jahr

1 100
2 200
3 300
4 400
5 475
6 540
7 595
8 640
9 675

In den ersten vier Beitragsklassen erfolge jeweils eine Steigerung um 100 Punkte, ab der Beitragsklasse 5 erfolge jedoch eine Abstufung, die in den höheren Beitragsklassen noch stärker ausgeprägt sei, sodass in der höchsten Beitragsklasse 9.675 Punkte pro Jahr gutgeschrieben würden. Auch in anderen Altersversorgungssystemen gebe es eine Beitragsbemessungsgrenze. Außerdem sei nicht nur der Beitrag der Ärzte, die im Vergleich zum Durchschnittseinkommen mehr als 201 % erwirtschafteten, begrenzt, sondern auch die zu erreichende Punktzahl pro Jahr. Weiterhin könnten maximal 14.000 Punkte berücksichtigt werden. Bereits in der Vorgängerregelung sei ein Höchstanspruchssatz von 18 % vorgesehen gewesen. Bei berufsständischen Versorgungseinrichtungen könne das Äquivalenzprinzip eine Modifikation durch den Gedanken der Solidarität erfahren. Durch die Zahlung des Beitrags für die EHV könne nicht von einer finanziellen Überforderung der Klägerin ausgegangen werden. Im Übrigen verweise sie auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte 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 Kammer konnte dies ohne weitere mündliche Verhandlung tun, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

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

Die Klage ist auch begründet. Der Bescheid vom 31.08.2012 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 13.03.2013 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Die Beklagte ist verpflichtet, über die Eingruppierung der Klägerin und die Festsetzung des Quartalsbeitrags zur EHV unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Der Klage war daher stattzugeben.

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 eingegangenen 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).

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

Rechtswidrig sind allerdings die Zuordnung zur Beitragsklasse 2 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 EUR)

(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 bis 225 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 67.700,50 EUR festgesetzt ("EHV-relevantes Honorar 2010"). Honorare aus Selektivverträgen waren nicht angefallen und daher auch nicht zu berücksichtigen. Auf dieser Grundlage hat die Beklagte die Klägerin folgerichtig in die Beitragsklasse 2 eingestuft, da das maßgebliche Jahreshonorar der Klägerin 32,96 % 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.

Soweit die Beklagte Sachkosten nur insoweit für die EHV-relevanten Umsätze abzieht, soweit es sich um die sog. EHV-freien Leistungen handelt, nicht aber weitere Sachkosten in dem Sinne, wie sie die § 5 GEHV in der bis zum 30.06.2012 geltenden Fassung vorgesehen waren, wird die Klägerin nicht beschwert, da sie solche besonderen Kosten nicht geltend macht und auch nicht ersichtlich ist, dass sie solche besonderen Kosten hätte. Im Übrigen hat die Kammer bereits mit Urteilen vom 05.11.2014 - [S 12 KA 81/14](#), [S 12 KA 419/14](#) und [S 12 KA 420/14](#) - entschieden, dass die generelle Nichtberücksichtigung besonderer Kostenanteile gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#).

Die Bildung der zu großen Beitragsklassen verstößt gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Dies hat die Kammer in den Urteilen vom 05.11.2014 ebf. bereits entschieden, woran sie nach nochmaliger Prüfung festhält.

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, Ur. 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, Ur. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 38/12 R](#) - [juris Rdnr. 33](#)).

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, Ur. v. 28.01.2003 - [1 BvR 487/01](#) - [BVerfGE 107, 133](#) = [NJW 2003, 737](#), [juris Rdnr. 25](#); BSG, Ur. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 38/12 R](#) - [juris Rdnr. 35](#) jeweils m.w.N.).

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	9	Beitragsklasse	Absolute Anteile am Durchschnittshonorar	Jahresbeitrag zur EHV (in EUR)	Belastung in % vom Jahresumsatz	
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 Beitragsklasse Punktezahl pro Jahr Erreichen der Höchstpunkt-zahl 14.000 in Jahren Anspruchssatz pro Jahr 12.000 Punkte = 18 %
§ 10 Abs. 1 GEHV Anspruchssatz pro Jahr GEHV a.F. in % (Normalstaffel)
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 Beitragssätzen 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. Deutlich wird die Benachteiligung der Klägerin auch in der Steigerung ihrer Beiträge von 3.161,31 EUR auf 5.016,00 EUR oder um 63,0 % bzw. in Bezug auf den Umsatz von 5 % auf 7,4 %. Die von der Kammer vorgenommene Vergleichsberechnung beruht auf folgender Grundlage, wobei die Einwirkung weiterer Faktoren vernachlässigt werden kann, da eine Vergleichbarkeit auf der Grundlage der jeweils maßgeblichen Quartalsumsätze im Jahr 2010 gegeben ist:

Tabelle 3 Quartal Bruttohonorar PK+EK in EUR Abzug EHV-Beiträge in EUR

I/10 16.159,99 807,98
II/10 16.579,84 828,94
III/10 12.543,64 627,17
IV/10 17.944,73 897,22
Gesamt 2010 63.228,2 3.161,31
Honorarkorrektur 4.472,30
Gesamt 2010 mit Korrektur 67.700,50
Jahresbetrag 2012/2013 5.016,00

Die von der Kammer vorgenommene Vergleichsberechnung der konkreten Beiträge der Klägerin und ihrer Angestellten verdeutlicht die Veränderung der Beitragsstruktur zu Lasten einzelner Praxen, ohne dass die Beklagte hierzu auch nur ansatzweise sachliche Gründe angeführt hätte.

Ein Vergleich der Umsatzzahlen der Klägerin mit ihrer Vergleichsgruppe zeigt auch, dass ursächlich hierfür keinesfalls eine evtl. geringere Praxistätigkeit der Klägerin ist. Insofern zeigen die Umsatzzahlen der Fachgruppe der Klägerin, dass bestimmte Arztgruppen bereits im Durchschnitt nicht den Durchschnitt aller Ärzte erreichen und dass gerade diese Arztgruppen tendenziell höhere Anteile ihres Umsatzes an die EHV abführen müssen. Die Beklagte gibt für Ärzte für Psychotherapeutische Medizin, also der Fachgruppe der Klägerin, folgende durchschnittlicher Umsatzzahlen an:

Quartal Durchschnittshonorar in EUR

I/10 21.872,96

II/10 21.977,77

III/10 21.892,89

IV/10 22.048,69

Gesamt 2010 87.792,31

Anteil Gesamtdurchschnitt 205.389,02 EUR 42,7 %

Ein Beitrag von jährlich 5.016,00 EUR in der Beitragsklasse 2, in die dieses Durchschnittshonorar einzugruppiert wäre, würde immerhin noch einen Anteil am Honorarumsatz von 5,7 % ausmachen.

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 fürsorgliche 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, was auch gerade die Umsatzzahlen für die Fachgruppe der Klägerin bestätigt.

Die Einbeziehung von Nachvergütungen war nicht zu beanstanden. Nach § 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV gilt grundsätzlich ein Zuflussprinzip, wovon auch die Beklagte ausgeht. Nachvergütungen aus Zeiträumen außerhalb des Bemessungszeitraums sind zu berücksichtigen (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - [S 12 KA 81/14](#) -), insoweit auch die Nachvergütungen wegen Erhöhung der Punktwerte für die Quartale I/00 bis IV/01, die in den Quartalen III und IV/10 geleistet wurden.

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. Insoweit 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 stattzugeben.

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

Die Streitwertfestsetzung erfolgte durch Beschluss des Vorsitzenden.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Auszugehen ist von einem Beitrag in Höhe von 1.052 EUR/Quartal bzw. 5.016 EUR jährlich. Die Klägerin wendet sich gegen eine Steigerung um 30 %. Damit begehrt sie einen Jahresbetrag von höchstens 3.858,46 EUR. Der Differenzbetrag ergab – gerundet – den Streitwert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2015-01-21