L 4 KA 2/15

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 23/14
Datum
10.12.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 2/15
Datum
11.04.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 12/18 R
Datum
11.12.2019
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1.Zu rechtfertigen ist die mit einer grundsätzlich am Umsatz und nicht am Gewinn orientierten Finanzierung der EHV einhergehenden Durchbrechung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit bzw. die entsprechende Ungleichbehandlung nur, wenn nicht außer Acht gelassen wird, dass aus den Honoraren für die erbrachten vertragsärztlichen Leistungen die bei deren Erbringung entstandenen Kosten erwirtschaftet werden müssen. Wenn vertragsärztliche Umsätze verschiedener Arztgruppen nicht mehr tendenziell Überschüsse in ähnlicher Größenordnung erwarten lassen, muss dies bei Belastungen, die allein an Umsätzen ausgerichtet seien, berücksichtigt werden.

2. Es führt zur Unangemessenheit von § 3 GEHV, dass der Satzungsgeber nicht einmal den Versuch unternommen hat, die vorhandenen unterschiedlichen Kostenstrukturen zwischen den Arztgruppen zu berücksichtigen.
I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 10. Dezember 2014 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte hat auch die Kosten der Berufung zu tragen einschließlich der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 9 anstatt der Beitragsklasse 2 und des EHV-Beitrags in Höhe von 5.794,00 EUR anstatt 1.254,00 EUR pro Quartal nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten (GEHV) für das Beitragsjahr 2013/2014 und hierbei insbesondere um die fehlende Berücksichtigung von Dialysesachkosten nach Kapitel 40.14 EBM-Ä als besondere Praxiskosten.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Sie übt ihre vertragsärztliche Tätigkeit in einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft zusammen mit dem Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie Herrn C. aus, der zum 1. Januar 2012 für Herrn Dr. D. in die Praxis eingetreten ist.

Die Beklagte stufte mit Bescheid vom 26. Juni 2013 für den Zeitraum 1. Juli 2013 bis 30. Juni 2014 die Klägerin in die Beitragsklasse 9 ein und setzte danach den Beitrag je Quartal auf 5.794,00EUR, was einem Jahresbetrag von 23.176,00 entspricht, fest. Hierbei ging sie von folgenden Eckdaten aus:
Gesamthonorar 2011 896.158,68 EUR
Durchschnittshonorar 2010 214.537,75 EUR
Anteil am Durchschnittshonorar 417,72 %
Ermittelte Beitragsklasse 9

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 9. Juli 2013 Widerspruch ein. Zur Begründung verwies sie auf ihren Widerspruch für das Vorjahr mit Schreiben vom 13. September 2012, in dem sie bereits der Änderung der GEHV widersprochen habe. Mit Schriftsatz vom 29. Juli 2013 führte sie weiter aus, die Leistungen des Abschnitts 40.14 EBM-Ä dürften im Rahmen der EHV-Systematik keine Berücksichtigung finden. Die Maßnahme belaste die Praxis in deutlich höherem Maße als bisher, ohne dass hierfür ein angemessener Gegenwert entstehe. Sie verstoße gegen den Gleichheitsgrundsatz, weil nur die Gruppe der Nephrologen belastet werde, die die erbrachten nichtärztlichen Dialyseleistungen selbst gemäß Abschnitt 40.14 EBM-Ä abrechneten. Die Kostenerstattungsregelungen des Abschnitts 40.14 EBM-Ä seien generell für die EHV aufgrund ihres Kostenerstattungscharakters ungeeignet und belasteten die diese Leistungen abrechnenden Ärzte in

sachwidriger Weise. Die gegenüber den Vorquartalen deutlich höhere Belastung erbringe nur einen marginalen Leistungsvorteil gegenüber der vorherigen Situation, wobei die Werthaltigkeit aufgrund der zukünftigen finanziellen Entwicklung des EHV-Gefüges noch nicht einmal gewährleistet werden könne. In Hessen existierten drei unterschiedliche Versorgungsmodelle im Bereich der Dialysebehandlung. Neben ihrem Modell gebe es nephrologische Praxen, die die nichtärztlichen Dialyseleistungen auf der Basis eines Zusammenwirkens mit einer nichtärztlichen Einrichtung gemäß § 196 Abs. 3 SGB V abrechneten. Diese Ärzte rechneten die nichtärztlichen Dialyseleistungen nicht selbst ab. Die Abrechnung geschehe unmittelbar durch die nichtärztliche Einrichtung, die ihrerseits den Ärzten für die in den Dialysezentren erledigten umfangreichen Regiearbeiten eine Vergütung zahlten, die in die EHV nicht einzubeziehen sei. Auch in ihrer Praxis fänden diese Regiearbeiten statt. Ähnlich verhalte es sich in den ärztlich geleiteten ermächtigten Dialyseeinrichtungen, die mit ärztlichen Leitern kooperierten, die ihrerseits als Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie als Vertragsärzte zugelassen seien. Auch diese Ärzte erhielten Vergütungen, die ebenfalls von der EHV-Verteilung nicht erfasst würden. Darin liege die Ungleichbehandlung. Nichtärztliche Dialyseleistungen seien grundsätzlich nicht geeignet, in einem Verteilungssystem berücksichtigt zu werden, welches eine Umverteilung auf der Basis der Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zur Grundlage habe. Die EHV sei ausschließlich aus dem erzielten Honorar aus ärztlicher Tätigkeit zu finanzieren. Wenn die Beklagte im Rahmen von § 3 Abs. 5 GEHV ohne nähere Begründung Sachkosten oder Erstattungen lediglich dann von den erzielten Honoraren für ärztliche Leistungen abziehen lasse, wenn sie u.a. nicht dem Kapital 40 EBM-Ä entsprächen, werde deutlich, dass hier willkürlich die Honorare in die Beitragsbemessung mit einbezogen würden, die (mehr oder weniger zufällig) u.a. im Kapitel 40 EBM-Ä aufgelistet seien. Diese Einbindung in den EBM-Ä sei erst mit Einführung der bundeseinheitlichen Wochenpauschalen ab dem Quartal III/2002 erfolgt.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 11. Dezember 2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie verwies auf die Neuregelung der GEHV zum 1. Juli 2012, 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 2011 maßgeblich. Die Berechnung des zugrunde gelegten Honorars für das Jahr 2011 in Höhe von 1.366.508,06 EUR stelle sich folgendermaßen dar:
2011 Gesamthonorar Beträge in EUR
Honorar lt. Arztrechnung I/11 176.593,77
Abzgl. EHV-befreite Honoraranteile 1,50
EHV-relevantes Honorar I/11 176.592,27
Honorar lt. Arztrechnung II/11 232.633,07
Abzgl. EHV-befreite Honoraranteile 4,61
EHV-relevantes Honorar II/11 232.637,68
Honorar lt. Arztrechnung III/11 241.338,63
Abzgl. EHV-befreite Honoraranteile 4.361,12
EHV-relevantes Honorar III/11 245.699,75
Honorar lt. Arztrechnung IV/11 235.821,72
Abzgl. EHV-befreite Honoraranteile 25,50
Abzgl./zzgl. Honorarkorrekturen IV/11 5.432,76
EHV-relevantes Honorar IV/11 241.228,98
EHV-relevantes Honorar 2011 896.158,68

Das zu berücksichtigende Honorar setze sich aus sämtlichen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erzielten Honoraren des Vorjahres zusammen (§ 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV). Dabei werde das ärztliche Bruttohonorar der Primär- und Ersatzkassen im Jahr 2011 unter Berücksichtigung evtl. erfolgter Honorarkorrekturen bekannt gegeben. Die einzelnen Werte könnten den Honorarbescheiden entnommen werden. Anhand der Ausgangsdaten für das Beitragsjahr 2013/2014 sei die Zuordnung der Klägerin zutreffend erfolgt. Hinsichtlich der Dialysekosten weise sie daraufhin, dass die bisherige Systematik der GEHV grundsätzlich fortgeführt worden sei. Auch gemäß § 5 GEHV in der bis zum 30. Juni 2012 geltenden Fassung seien für die Dialysesachkosten jeweils der Abzug für die EHV erhoben worden, lediglich die TL Anteile der Praxis im Verhältnis zur Fachgruppe seien für die in die EHV einzubeziehenden Honoraranforderungen nicht berücksichtigt worden. Bei der Ermittlung des Gesamthonorars 2011 seien sämtliche Honoraranteile herangezogen worden, einschließlich der Dialysesachkosten im Ganzen, weshalb im Gegenzug nun auch die technischen Leistungsanteile für die EHV berücksichtigt werden müssten. Eine Ungleichbehandlung liege nicht vor, da nicht nur für das zugrunde zu legende Gesamthonorar 2011, sondern auch für die Ermittlung des Durchschnittshonorars die Sachkosten berücksichtigt worden seien. Würden diese außer Acht gelassen werden, würde sich zwar das zu berücksichtigende Gesamthonorar 2011 reduzieren, aber ebenso das als Maßstab dienende Durchschnittshonorar 2011. § 3 Abs. 5 GEHV betreffe nur jene Honorare, die nicht direkt über sie abgerechnet werden würden, d.h. Einnahmen aus Sonderverträgen. Ein Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip liege nicht vor. Die EHV sei als reines Umlagesystem organisiert. Der Vertragsarzt müsse daher in der aktiven Phase hinnehmen, dass seine Vergütung gemindert werde, um aus dem nicht verteilten Betrag die Versorgung von invaliden und alten Ärzten sowie Hinterbliebenen zu finanzieren. Dafür erwerbe er Teilhabeansprüche an dem zukünftig erwirtschafteten Honorar der Vertragsärzte in Form von Punkten, die grundsätzlich widerspiegelten, wie sich sein für die EHV relevantes Honorar zum Durchschnittshonorar verhalte. Es bestehe kein Anspruch auf eine bestimmte Höhe des Zahlbetrages, sondern lediglich ein Teilhabeanspruch im Rahmen der Aufteilung der Gesamtvergütung. Den Mitgliedern eines im Umlageverfahren betriebenen Pflichtversicherungssystems seien in einem gewissen Umfang auch höhere Beiträge zuzumuten, wenn dies zur Finanzierung der erworbenen Rentenansprüche erforderlich sei. Auf der anderen Seite fordere schließlich das verfassungsrechtliche Übermaßverbot auch die Beteiligung der EHV-Empfänger, um die Funktionsfähigkeit der EHV zu erhalten. Dementsprechend sei mit der GEHV 2012 u.a. eine schrittweise Anhebung der Regelaltersgrenze, ab der ein Eintritt in die EHV ohne Abzüge erfolge, auf 67 Jahre beschlossen worden. Bereits im Ausgangsbescheid sei ein Vorbehalt bezüglich der Höhe des im Beitragsjahr 2013/2014 zu leistenden Beitrages angefügt worden, da im Zeitpunkt der Beitragsfestsetzung die entsprechende Entscheidung des Landessozialgerichts noch keine Rechtskraft erlangt habe.

Hiergegen hat die Klägerin am 13. Januar 2014 Klage erhoben.

Sie hat die Auffassung vertreten, dass die Honorare aus der Erbringung nichtärztlicher Dialyseleistungen gemäß Abschnitt 40.14 EBM-Ä nicht zur Beitragsermittlung und Beitragsfestsetzung herangezogen werden dürften. Es sei davon auszugehen, dass von dem

berücksichtigten Gesamthonorar in Höhe von 896.158,68 EUR etwa 90 % Honorare aus nichtärztlichen Dialyseleistungen stammten. Ihr sich um diesen Bereich bereinigter Anteil am Durchschnittshonorar betrage etwa 41,77 % von 214.237,75 EUR. Sie wäre deshalb in die Beitragsklasse 2 mit einem Quartalsbeitrag in Höhe vom 1.254,00 EUR einzustufen. Sie werde in Höhe des Differenzbetrages von 4.540,00 EUR pro Quartal zu hoch in die Umlage einbezogen.

Die Beklagte hat sich auf die Begründung des Widerspruchsbescheids bezogen und die Umstellung der GEHV auf ein Beitragsklassenmodell für rechtmäßig gehalten. Die Zahl der Leistungsempfänger steige schneller als die der aktiven Ärzte, sofern diese überhaupt steige. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung sei die Bezugszeit von Leistungen aus der EHV weiter zu verlängern. Außerdem sei zu beachten, dass hier im Rahmen der Honorarverteilung sehr viel weniger Möglichkeiten zum Ausgleich bestimmter Sonderbelastungen zur Verfügung stünden als die in Gebietskörperschaften zur Sanierung ihrer Haushalte. Die Äquivalenz zwischen Beitrag und späterer Leistungen sei gewährleistet. Die Rendite der Beiträge bleibe positiv. Die neun Stufen des Regelbeitrags würden eine individuelle Überforderung vermeiden. Für das Verhältnis von Beitragsleistung und Versorgungsleistung 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. Im Übrigen sei mit der höchsten Beitragsklasse 9 auch eine Beitragsbemessungsgrenze eingeführt worden. Die Beiträge stiegen gar nicht weiter an, sondern seien in dem streitgegenständlichen Zeitraum auf einen Betrag in Höhe von 5.794,00 EUR 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. Der Anteil der Klägerin am Durchschnittshonorar betrage mit 417,72 % mehr als das Zweifache des Anteils, ab dem schon eine Einstufung in die Beitragsklasse 9 erfolge. Es bestehe auch eine Verzahnung zwischen der EHV und dem Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen. Für niedergelassene Ärzte mit Vertragszulassung ermäßige sich der Beitrag zum Versorgungswerk nach Vorlage einer Kopie der Zulassung um 50 %. Dadurch werde eine finanzielle Überforderung ausgeschlossen.

Außerdem sei es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts mit dem Äquivalenzprinzip und dem Gleichheitssatz vereinbar, den gesamten Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit als Bemessungsgrundlage für die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen durch eine KV zugrunde zu legen. Dies gelte auch für die Einbeziehung besonders erstatteter Sachkosten (Hinweis auf BSG, Urteil vom 28. November 2007 - B 6 KA 1/07 R -). Das BSG habe ferner mit Urteil vom 17. August 2011 - B 6 KA 2/11 R - die Erhebung des Verwaltungskostenbeitrages auch von Sachkostenerstattungen im Rahmen von Dialysen für rechtmäßig erachtet.

Das Sozialgericht hat die Beklagte mit Urteil vom 10. Dezember 2014 – der Beklagten zugestellt am 17. Dezember 2014 – unter Aufhebung des Bescheides vom 26. Juni 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Dezember 2013 verpflichtet, über die Eingruppierung der Klägerin und die Festsetzung des Quartalsbeitrags zur EHV unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Klage sei begründet. Der Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Dezember 2013 sei rechtswidrig und daher aufzuheben gewesen. Die Beklagte sei auch verpflichtet, über die Eingruppierung der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und die Beiträge entsprechend festzusetzen. Die Beklagte gehe von einer fehlerhaften Festsetzung des Durchschnittshonorars aus. Es seien bei der Festsetzung des Durchschnittshonorars besondere Kostenanteile der vertragsärztlichen Leistungen zu berücksichtigen. Die grobe Beitragsklasseneinteilung verstoße gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung (Art. 3 Abs. 1 GG). Rechtswidrig seien die Zuordnung zur Beitragsklasse 9 und die Festsetzung des hieraus folgenden Quartalsbeitrags. Die Beklagte ziehe Sachkosten nur insoweit für die EHV-relevanten Umsätze ab, soweit es sich um die sog. EHV-freien Leistungen handele. Sachkosten in dem Sinne, wie sie in § 5 GEHV in der bis zum 30. Juni 2012 geltenden Fassung vorgesehen gewesen seien oder soweit es sich um Sachkostenpauschale nach dem EBM-Ä handele, ziehe die Beklagte nicht ab. Sie habe dabei darauf hingewiesen, dass die sog. "TL"-Listen nicht mehr existierten. Die generelle Nichtberücksichtigung besonderer Kostenanteile verstoße 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 stehe dem autonomen Satzungsgeber ein - allerdings durch den Zweck der Versorgungseinrichtung und den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz begrenzter - Gestaltungsspielraum zu, innerhalb dessen er typisieren dürfe. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebiete, auf schwer wiegende Besonderheiten und unbillige Härten, insbesondere auf die wirtschaftliche Belastbarkeit der Mitglieder, Rücksicht zu nehmen. Darüber hinaus habe die Beitragsbemessung unter Beachtung der allgemein für die Erhebung von Beiträgen geltenden Grundsätze, insbesondere des Äquivalenzprinzips und des Gleichheitssatzes, zu erfolgen. Bei berufsständischen Versorgungseinrichtungen könne das Äquivalenzprinzip eine Modifikation durch den Gedanken der Solidarität erfahren. Regelungen über die Beitragsbemessung zur EHV könnten die Beitragshöhe an die Honorarhöhe und damit an den Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes koppeln. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebiete nicht die Einführung einer Beitragsbemessungsgrenze. Dieser verlange zwar, bei der Beitragsbemessung auf schwer wiegende Besonderheiten und unbillige Härten, insbesondere auf die wirtschaftliche Belastbarkeit der Mitglieder Rücksicht zu nehmen. Es sei aber grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn die Regelung über die Bemessung der Beiträge zur EHV bei Vertragsärzten mit höheren Honoraransprüchen auch eine höhere wirtschaftliche Leistungsfähigkeit unterstelle (Hinweis auf BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - B 6 KA 44/03 R -, juris Rn. 123 f. und BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - B 6 KA 38/12 R – juris, Rn. 33).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung habe, sei 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 ließen, müsse dies bei Belastungen, die allein an Umsätzen ausgerichtet sind, berücksichtigt werden (Hinweis auf BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - B 6 KA 10/13 R – juris, Rn. 39 m.w.N.). Insofern sei auch der Gestaltungsspielraum der Beklagten als Normgeberin begrenzt.

Soweit sich die Beklagte auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Erhebung von Verwaltungskosten beziehe, betreffe dies andere Sachverhalte und geringere Prozentsätze vom Umsatz. Auch stelle 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 steige, den ein Vertragsarzt aus der Existenz und der gesamten Aufgabenerfüllung - nicht lediglich der Honorarabrechnung - einer KV ziehe, weder als grob fehlerhaft noch als mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten

Betrachtungsweise unvereinbar angesehen werden könne und dass allein die abstrakte Nutzungsmöglichkeit maßgeblich sei (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. August 2011 B 6 KA 2/11 R - juris Rn. 22). Aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze und der sehr groben Beitragsklassen bestehe aber nach der Neufassung der GEHV gerade keine lineare und damit gleichmäßige Heranziehung zur EHV.

Der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG gebiete, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Damit sei dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletze aber das Gleichheitsgrundrecht, wenn er bei Regelungen, die Personengruppen beträfen, eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu einer anderen Gruppe anders behandele, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestünden, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten. Dabei seien 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 könnten (Hinweis auf BVerfG, Urteil vom 28. Januar 2003 - 1 BvR 487/01 - BVerfGE 107, 133 = NJW 2003, 737, juris Rn. 25; BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 B 6 KA 38/12 R - juris Rn. 35 jeweils m.w.N.).

Die Nichtberücksichtigung besonderer Kostenanteile bei der Berechnung des Durchschnittshonorars im Aufsatzjahr 2010 führe tendenziell zu einem höheren Durchschnittshonorar als bei einer Ermittlung des Durchschnittshonorars mit Berücksichtigung besonderer Kostenanteile. Ärzte, die Leistungen mit hohen Kostenanteilen erbringen, würden 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 würden. Sachliche Gründe für diese Ungleichbehandlung sind nicht ersichtlich. Die erheblichen Veränderungen der Beitragsstruktur zeige ein Vergleich der Beiträge der Klägerin für das Ausgangsjahr und den strittigen Zeitraum. Deutlich wird die Benachteiligung der Klägerin in der Steigerung der Beiträge von 7.130,47 EUR auf 23.176,00 EUR oder um 225 %. Die Deckelung der Beiträge in der Beitragsklasse 9 sei nicht in jedem Fall dazu geeignet, den fehlenden Abzug besonderer Kostenanteile zu kompensieren, wie das Beispiel der Klägerin zeige.

Zwar bestünden aufgrund der Einteilung in die neun Beitragsklassen keine Bedenken gegen die Einhaltung des Äquivalenzprinzips, die Kammer sehe aber einen weiteren Verstoß gegen den Gleichheitssatz. Im unteren Segment der Beitragsklasse 2 müsse mehr als der sechsfache Prozentsatz des Einkommens als im oberen Bereich der Beitragsklasse 8 bzw. unteren Bereich der Beitragsklasse 9 aufgewandt werden. Die hier nicht streitige Beitragsklasse 1 führe noch zu wesentlich stärkeren Verzerrungen, da kein linearer Beitrag erhoben werde und keine Bemessungsfreigrenze ("Beitragsklasse 0") bestehe. Die Unterschiede, die auch zu erheblich unterschiedlichen prozentualen Beitragssätzen führten, die insbesondere bei den unteren Beitragsklassen erheblich größer seien, beruhten auf der großen Bandbreite der Beitragsklassen. Gründe hierfür seien nicht ersichtlich. Im Ergebnis würden tendenziell die unteren Beitragsklassen und innerhalb der Beitragsklassen die umsatzschwächeren Ärzte zu prozentual höheren Beiträgen veranlagt, unter Vernachlässigung der Beitragsklasse 1 betrage die Schwankungsbreite 4,8 % bis 9,7 % und damit über das Doppelte. Faktisch führte die Beklagte durch die Neufassung eine modifizierte, da auch beitragsabhängige Kopfpauschale ein, und verlasse 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, könne die Beklagte nicht verweisen. Insofern handele es sich um ein verpflichtendes System, zu dessen Heranziehung dem einzelnen Arzt keine Alternative verbleibe. Für solche Zwangsbefugnisse der unterschiedlichen Behandlung bedürfte es erst Recht einer parlamentarischen Ermächtigungsgrundlage.

Von daher sei der angefochtene Bescheid aufzuheben gewesen, da es an einer ausreichenden Rechtsgrundlage für die Bildung und Zuordnung zu einer Beitragsklasse fehle. Die Beklagte sei dennoch nicht zur Rückzahlung der festgesetzten EHV-Beiträge zu verpflichten gewesen. Soweit § 3 Abs. 2 Satz 1 bis 4, Abs. 3 Satz 1 i. V. m. § 10 Abs. 3 GEHV rechtswidrig und nichtig seien, trete nicht automatisch die frühere Regelung in Kraft. Insofern obliege 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 könne. Soweit Beitragsklassen gewählt würden, dürften diese nur geringe Schwankungsbreiten von ca. 0,1 % des Durchschnittshonorars bzw. ca. 200 EUR aufweisen, um eine gleichmäßige Heranziehung zur EHV zu gewährleisten. Insoweit stehe es der Beklagten auch frei, höhere Honoraranteile zur EHV heranzuziehen.

Hiergegen hat die Beklagte am 9. Januar 2015 Berufung eingelegt.

Die Beklagte trägt vor, das Sozialgericht gehe in unzutreffender Weise davon aus, dass die Beklagte durch die Neufassung des Beitragsrechts eine modifizierte Kopfpauschale einführe und damit das reine Umlagesystem verlassen würde und dass es angesichts des tradierten, an die Honorarverteilung anknüpfenden Systems und seines Ausnahmecharakters für eine so weitgehende Umgestaltung einer ausdrücklichen Ermächtigungsgrundlage durch den Gesetzgeber bedurft hätte. Das System der Beitragsklassen wahre vielmehr den nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts anzuerkennenden Gestaltungsspielraum. Es handele sich nach wie vor um ein Umlagesystem, dies zeige bereits der Vergleich zum kapitalgedeckten System des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen. Auch das neue System sei mit den Beitragsklassen nicht losgelöst von den Honoraren des Vertragsarztes.

Als solche sei es auch verhältnismäßig. Die Lasten, die sich aus der Demographie ergäben, würden gerechter verteilt und damit die verfassungsrechtlichen Probleme, an denen die bisherigen Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung gescheitert wären, vermieden. Es bestehe eine Verzahnung zwischen der EHV und dem Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen; für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit Vertragszulassung ermäßige sich der Beitrag zum Versorgungswerk um 50 %. Damit werde eine finanzielle Überforderung ausgeschlossen. Der Beitragssatz zum Versorgungswerk entspreche dem zur gesetzlichen Rentenversicherung. Die Beitragsbemessungsgrenze der DRV gelte ebenfalls für das Versorgungswerk. Hieraus errechne sich ein monatlicher Höchstbeitrag von 1.096,20 EUR, die Hälfte hiervon betrage 548,10 EUR. Demgegenüber betrage in der Beitragsklasse 2 im System der EHV der Beitrag 1.288 EUR pro Quartal, liege also insoweit unter dem hälftigen Beitrag der Landesärztekammer für Vertragsärzte. Im Hinblick auf den Einwand, dass die Belastungsquote für die Beitragszahler mit niedrigem Einkommen höher sei als für Beitragszahler mit hohen Einkommen, sei anzumerken, dass im Versorgungswerk wegen der dortigen Beitragsbemessungsgrenze nur Einkommen bis zur jährlichen Grenze von 69.600 EUR berücksichtigt würden. Für höhere Einkommen bestünde keine weitere Unterteilung. Im Gegensatz dazu würden oberhalb der Beitragsklasse 2 mit absoluten Anteilen am Durchschnittshonorar von 51.347,26 EUR - 102.694,51 EUR noch weitere Beitragsklassen bis zur Beitragsklasse 9 mit einem Einkommen i.H.v. 410.778,05 EUR und darüber gebildet. Der Mindestbeitrag, der im Rahmen des

Beitragsmodells der EHV gefordert werde, sei im Zusammenhang mit § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV zu sehen, wonach die Zulassung den Arzt verpflichte, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Im Hinblick auf die vom Sozialgericht beanstandete große Schwankungsbreite bzw. Bandbreite innerhalb der einzelnen Beitragsklassen sei anzumerken, dass sich dies über die Jahre bei den Ärzten ausgleiche.

Der Beitrag der Klägerin sei zwar im Rahmen der EHV-Reform gestiegen (von z.B. 1.683,94 EUR im Quartal I/12 auf 5.794 EUR pro Quartal im Zeitraum der Quartale III/13-II/14, aber auch schon in der Vergangenheit seien grundlegende Änderung im Bereich der erweiterten Honorarverteilung mit Beitragssteigerungen erfolgt.

Soweit das Sozialgericht angeführt habe, dass Ärzte, die Leistung mit hohen Kostenanteilen erbrächten, dadurch tendenziell in eine höhere Beitragsklasse eingruppiert würden und in einem größeren Umfang zur Finanzierung der EHV herangezogen würden als Ärzte, die keine oder nur wenigen Leistungen mit hohen Kostenanteilen erbrächten, die tendenziell in eine geringere Beitragsklasse eingruppiert würden, sei zu sagen, dass selbst bei Zugrundelegung des von den Bevollmächtigten der Klägerin angeführten bereinigten Anteils am Durchschnittshonorar – ohne die Honorare gemäß Abschnitt 40.14 EBM-Ä – von 41,77 % von 214.237,75 EUR, also ein Betrag i.H.v. 89.487,11 EUR die prozentuale Belastung durch den erhobenen Jahresbeitrag i.H.v. 23.176,00 EUR in der Beitragsklasse 9 in etwa gleich sei, nämlich 25,9 %, z.B. im Vergleich zu einem Arzt mit einem Anteil von 5 % am Durchschnittshonorar, also 10.711,89 EUR mit einem Jahresbeitrag i.H.v. 2.576,00 EUR in der bei der Klasse 1 mit einer prozentualen Belastung i.H.v. 24,05 %.

Zu berücksichtigen sei, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Regelung über die lediglich hälftige Beitragsverpflichtung zum Versorgungswerk ihre Rechtfertigung verliere, wenn zukünftig nicht mehr typisierend die Annahme zuträfe, dass Vertragsärzte über die Teilnahme an der EHV einen relevanten Beitrag zur Altersversorgung erarbeiten könnten (Hinweis auf BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 – B 6 KA 39/07 R –, Rn. 51).

Auch die Nichtberücksichtigung besonderer Kostenanteile verstoße nicht gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz. Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. August 2011 – B 6 KA 2/11 R – sei die Erhebung des Verwaltungskostenbeitrags auch von Sachkostenerstattungen im Rahmen von Dialysen für rechtmäßig erachtet worden. Die Sachkosten bei Dialysepraxen unterschieden sich ihrer Art nach nicht wesentlich von den Sachkosten anderer Arztpraxen. Derartige Kosten fielen in unterschiedlichen Anteilen in jeder Arztpraxis an. Auch bei den übrigen Praxen stellten die für den Ausgleich der Praxiskosten vorgesehenen Honoraranteile im wirtschaftlichen Ergebnis lediglich einen durchlaufenden Posten dar, weil die Begleichung der Praxiskosten notwendige Voraussetzung für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit sei.

Die Einbeziehung gesondert abgerechneter Sachkosten sei ebenfalls grundsätzlich nicht zu beanstanden. Eine unterschiedliche Behandlung der mit vertragsärztlicher Tätigkeit verbundenen Kosten bei der Beitragserhebung je nach Art der Abrechnungswege werde weder vom Äquivalenzprinzip noch vom Gleichheitssatz gefordert. Im Gegenteil wäre es rechtfertigungsbedürftig, wenn abweichend von einem allgemein angewandten Bemessungsprinzip nur bestimmte Kostenanteile von der Beitragspflicht freigestellt werden würden (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. August 2011 – B 6 KA 2/11 R – Rn. 23). Eine Einbeziehung der Dialysesachkosten in die Beitragsbemessung sei nicht unter dem Gesichtspunkt zu beanstanden, dass diese den ganz überwiegenden Teil des Umsatzes ausmachten. Der Blick allein auf die gesondert ausgewiesenen und abgerechneten Sachkosten erweise sich als zu eng, weil er nicht berücksichtige, dass auch das ärztliche Honorar anderer Arztgruppen pauschalierter Erstattungen für die Kosten des Praxisbetriebes beinhalte. Die Sachkosten bei Dialysepraxen unterschieden sich ihrer Art nach nicht wesentlich von den Sachkosten anderer Arztpraxen. Nach der genannten Entscheidung des BSGE sei es nicht gerechtfertigt, den bei der Erbringung von Dialyseleistungen entstehenden Aufwand für Zwecke der Beitragsbemessung in solchen der ärztlichen und solchen der nichtärztlichen Leistungserbringung aufzuspalten.

Auch nach dem Quartal II/2012 fänden die vollständig befreiten Honoraranteile nach wie vor Berücksichtigung. Im Quartal III/2010 seien dies z.B. die folgenden Leistungen gewesen:

- Sachkostenerstattung Ersatzkassen (GOP 90014)
- HPV-Impfung (00110.00111)
- Sachkosten Kataraktlinsen (90401 ff.)
- Sachkosten LDL-Apherese (90406 ff.)
- PHV-Pauschalen (90401 ff.)
- Pauschale psychiatrische Versorgung Altenheime (91410)
- Pauschale für Institut Fulda (91421)
- Pauschale LWV (91601)
- Pauschale für Klinik Hohemark (91521)
- Jugendarbeitsschutz (91951 ff.)
- DMP Diabetes Typ II (92131 ff.)
- HZV BKK Kind (92310 ff.)
- Managementpauschale (93025)
- FAMK-Impfungen (97000 ff.)
- Homöopathie (97300 ff.).

Dass Nephrologen in allen drei von der Klägerin genannten Varianten der Kooperation vergleichbare Tätigkeiten leisteten, führe nicht dazu, dass die Honorare für die nichtärztlichen Dienstleistungen für die Klägerin nicht in die EHV einzubeziehen seien. So nähmen nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Damit leisteten auch ermächtigte Ärzte im Rahmen des genehmigten Leistungsumfangs vergleichbare Leistungen wie zugelassene Ärzte, nähmen aber nicht an der erweiterten Honorarverteilung teil. Es handele sich insoweit bei den drei Versorgungsmodellen nicht um vergleichbare Sachverhalte. Dies gehe insbesondere aus der Anlage 9.1 BMV-Ä "Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten" hervor. Dort komme die Differenzierung zwischen ermächtigter ärztlicher Versorgung einerseits und vertragsärztlicher Versorgung andererseits deutlich zum Ausdruck.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 10. Dezember 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Klägerin trägt vor, durch die Einbeziehung der mit sehr hohen Kostenanteilen belasteten Honorarumsätze der Nephrologen im Zusammenhang mit der Abgeltung der nichtärztlichen Dialyseleistungen liege ein Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip und gegen den Gleichheitssatz vor. Wenn es sich auch bei den abgerechneten so genannten nichtärztlichen Dialyseleistungen gemäß Abschnitt 40.14 EBM-Ä um Honorarbestandteile handele, sei gleichwohl festzuhalten, dass diese wegen des fehlenden wirtschaftlichen Effekts für den Vertragsarzt der Beitragspflicht zur Vermeidung von extremen Verzerrungen entzogen sein müssten. Eine differenzierte Betrachtung sei schon aus dem Umstand heraus geboten, dass – anders als bei allen anderen Arztgruppen – der immense Kostenanteil in diesen Honoraranteilen dazu führe, dass die augenfällig deutlich über den durchschnittlichen Arzthonoraren liegenden Honorare der Nephrologen zu etwa 90 % von diesen Honoraranteilen geprägt seien, die vom Prinzip her vollständig durch Kosten aufgezehrt werden würden. Im Jahr 2014 seien die über den Abschnitt 40.14 EBM-Ä abgerechneten Honorare nahezu vollständig von den spezifischen Kosten für die nichtärztlichen Dialyseleistungen verbraucht worden. Mithin sei das um den Honoraranteil nach Abschnitt 40.14 EBM-Ä bereinigte, von den vertragsärztlichen Nephrologen abgerechnete ärztliche Honorar die einzig sachgerechte Grundlage für einen Vergleich mit den Honoraren alle anderen Arztgruppen, soweit diese zur EHV herangezogen würden. Es dürfe nicht übersehen werden, dass auch in diesen bereinigten ärztlichen Honoraren der Nephrologen klassischerweise – wie in den anderen Arztgruppen auch – Sachkostenanteile enthalten seien, für welche die klagenden Nephrologin selbstverständlich keine Sonderbehandlung bei der Berechnung der Beitragsklasse gefordert hätte.

Die von der Beklagten in Bezug genommenen Entscheidungen des Bundessozialgerichts zur Erhebung von Verwaltungskostenbeiträgen seien auf den hier zu entscheidenden Fall nicht zu übertragen, weil dort die Frage zu entscheiden gewesen sei, welcher Umlagemaßstab rechtmäßig sei, wenn die Umlage der Finanzierung des gesamten Verwaltungsaufwandes der kassenärztlichen Vereinigung diene. Im Gegensatz dazu werde mit der EHV-Umlage ein Versorgungssystem für Ärzte und damit der Aufwand für eine ärztliche Altersversorgung finanziert. Im Rahmen der Äquivalenzprüfung mache es einen entscheidenden Unterschied, ob eine solche Umlage den Aufwand finanzieren solle, den eine kassenärztliche Vereinigung im Rahmen ihrer gesamten Tätigkeit habe, zu welcher in der Tat auch die Verhandlung bzw. abrechnungstechnische Abwicklung von Umsätzen im Rahmen einer Kostenerstattung gehöre, während im Bereich der EHV der Aufwand für die Altersversorgung von Ärzten finanziert werde, wobei die so finanzierten Leistungen einen unmittelbaren oder auch nur mittelbaren Bezug zu den vorangegangenen Erstattungen von Sach- und Dienstleistung vermissen ließen. Ein Umlagesystem für die EHV dürfe daher lediglich die Honorare für die klassischen ärztlichen Leistungen erfassen, mit denen der Vertragsarzt sein Lebensunterhalt verdiene.

Darüber hinaus leite sich aus den drei unterschiedlichen Kooperationsformen in nephrologischen Praxen eine Ungleichbehandlung ab, soweit bei anderen Kooperationsformen die nichtärztlichen Honorare eben auch nicht selbst abgerechnet werden würden. Insoweit sei nochmals darauf hinzuweisen, dass es im Wesentlichen drei unterschiedliche Kooperationsformen im Rahmen der ambulanten Dialysebehandlung gebe: Nur im Falle der Betreuung der nephrologischen Patienten mit allen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen wie bei der Klägerin seien die Honorare für die nichtärztlichen Dialyseleistungen umlagepflichtig. Dies sei nicht der Fall bei der Betreuung in Kooperation mit einem Leistungserbringer, der einen Vertrag gemäß §§ 126 Abs. 3, 127 SGB V mit den Krankenkassen abgeschlossen habe und auch nicht bei der Betreuung der nephrologischen Patienten im Rahmen einer Institutsermächtigung gemäß § 5 der Anlage 9.1 BMV-Ä. Entgegen der Auffassung der Beklagten handele es sich um vergleichbare Sachverhalte. Alle drei Versorgungsmodelle nähmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil und seien bereits deshalb vergleichbar.

Die Honorierung der nichtärztlichen Dialyseleistungen sei zudem insoweit ein Sonderfall, als diese Honorare nicht der Dynamik der ärztlichen Gesamtvergütung unterworfen seien, sondern von den Partnern des Bundesmantelvertrages unabhängig von dieser Gesamtvergütung bewertet und festgesetzt würden.

Die Ausführungen der Beklagten zur Rechtfertigung des fehlenden Sachkostenabzuges überzeugten nicht. Es mache einen Unterschied, ob eine Umlage auf Honorarzahlung erhoben werde, die der Deckung real entstandener oder noch entstehender Kosten, oder aber der Thesaurierung einer altersabhängigen Versorgungsoption dienen solle. Die Sachkosten bei Dialysepraxen könnten nicht mit Sachkosten anderer Praxen gleichgestellt werden. Zum einen handele sich bei dem nichtärztlichen Aufwand in einer Dialysepraxis nicht um Sachkosten, sondern um umfassende Prozesskosten, die ihrer Natur nach im Rahmen einer "Aktivitätenteilung" dergestalt strukturell verselbständigt werden könnten, dass die hier beschriebenen Versorgungsvarianten entstünden. Selbst der Gesetzgeber gehe von einer Sonderstellung der nichtärztlichen Dialysekosten aus (§ 85 Abs. 3a Satz 4 SGB V a.F. bis 2010, § 126 Abs. 3 SGB V).

Auf die Verfügung des Berichterstatters vom 13. November 2017 hat die Beklagte die arztgruppenbezogenen Summen der Vergütungen des Kapitels 40 EBM-Ä vorgelegt (Anlage B 14). Weiterhin hat sie für die Quartale I/2010 bis II/2012 u.a. die der EHV zugrunde gelegten Honorarsummen, die nach der Vorgängerregelung relevanten EHV-Kostenanteile, die Summe der EHV-freien Leistungen und die Summe der individuell berücksichtigten Kostenanteile vorgelegt (Anlage B 15). Vorgelegt hat sie auch Bescheide bezüglich der Klägerin nach altem Recht sowie Material zum Hintergrund der Sachkostenpauschalen im Dialysebereich. Wegen des Sach- und Streitgegenstands im Übrigen wird auf die Sitzungsniederschriften vom 8. Dezember 2017 und vom 11. April 2018 sowie den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlungen gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist unbegründet.

I.

Die Klage ist zulässig. Bei der Festsetzung der EHV-Beitragsklasse und des EHV-Beitrages für das Beitragsjahr 2013/14 handelt es sich um Verwaltungsakte, die eine Inzidentprüfung der Rechtsgrundlagen der EHV zulassen; es sind nicht lediglich nachrichtliche Übernahmen oder Berechnungspositionen im Bescheid über die Honorarverteilung (vgl. dazu BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - B 6 KA 44/03 R -, juris, Rn.

112; BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – B 6 KA 8/13 R –, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, Rn. 20), vielmehr liegt ihnen die vom Bundessozialgericht geforderte inzidente Feststellung der Statusentscheidung zur Teilnahme an der EHV zugrunde.

Die Klage ist auch als Bescheidungsklage zulässig, da die Klägerin nicht auf ihre Ansprüche aus der EHV verzichten möchte. Insoweit besteht ein Rechtsschutzbedürfnis, denn § 4 Abs. 1 GEHV in der Fassung der Beschlüsse der Vertreterversammlung der Beklagten vom 10. März 2012 und 12. Mai 2012 mit Wirkung zum 1. Juli 2012, der die Höhe des Anspruchs regelt, stellt auf "durch die Beiträge gesammelte Punkte" ab, die der "Beitragszahler" erhält. Dies spricht dafür, dass Anwartschaften nur erworben werden können, wenn zumindest eine durch Verwaltungsakt konkretisierte und vollziehbare Beitragspflicht besteht.

II.

Die Klage ist auch begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 26. Juni 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Dezember 2013 ist rechtswidrig und daher aufzuheben. Die Beklagte ist nach Erlass neuer satzungsrechtlicher Vorschriften über die Beitragsbemessung verpflichtet, über die Eingruppierung der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden und die Beiträge entsprechend festzusetzen.

1. Zwar ist die von der Beklagten herangezogene Rechtsgrundlage der Beitragsfestsetzung auf einer hinreichenden landesgesetzlichen Grundlage ergangen. Nach der Rechtsauffassung der Beklagten ist Rechtsgrundlage für die Heranziehung der Klägerin zur EHV § 3 Abs. 1 Satz 1 GEHV in der ab 1. Juli 2012 geltenden Fassung. Eine Änderung des § 3 Abs. 2 GEHV (Einfügung von Satz 8) durch Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 23. Januar 2013 und 23. Februar 2013 wurde durch die Aufsichtsbehörde am 9. Juli 2013 genehmigt und in "info.service" August 2013 bekannt gegeben. Die in den Sitzungen vom 13. Dezember 2014, 14. März 2015 und 30. Mai 2015 beschlossene rückwirkende Änderung des § 3 Abs. 2 Satz 8 und Abs. 5 GEHV wurde durch Mitgliederrundschreiben vom 22. Juni 2015 bekanntgemacht. 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. Dezember 2009, GVBl. 2009, Teil I, 662, in Kraft getreten am 23. Dezember 2009 (KVHG) I. V. m. Art. 4 § 1 Abs. 2 des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. August 1955 (BGBl I 513). Diese Vorschriften sind verfassungsgemäß (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - B 6 KA 10/13 R -juris Rn. 22 ff.; ausführlich zur vorherigen Rechtslage BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 - B 6 KA 38/07 R - BSGE 101, 106 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 43 = USK 2008-65, juris Rn. 20 bis 64; die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil wurde nicht zur Entscheidung angenommen, BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 15. Juni 2009 - 1 BvR 3289/08 -; s. a. die Verfassungsbeschwerde gegen die Parallelentscheidung BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 - B 6 KA 39/07 R - juris, die hiergegen erhobene Verfassungsbeschwerde wurde ebenfalls nicht zur Entscheidung angenommen, BVerfG, 1. Senat, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 15. Juni 2009 - 1 BvR 3290/08 -). Insbesondere ist die Neufassung des § 8 KVHG eine hinreichende Ermächtigungsgrundlage. Die Neufassung war erforderlich geworden, um die Einbeziehung der Honorare aus Selektivverträgen, die hier nicht in Streit steht, zu gewährleisten.

Die maßgebliche materiell-rechtliche Regelung für die Erhebung der EHV-Beiträge enthält § 3 GEHV in der o.g. Fassung, der nachfolgend auszugsweise wiedergegeben wird:

"§ 3 Beiträge und Beitragsklassen (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. Auf Antrag von Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten kann der Vorstand unter Beibehaltung der Beitragsstufen eine Änderung der Aufteilung der satzungsgemäßen Punktgutschrift für die EHV für die in diesen Praxen/MVZ tätigen Ärzte gemäß dem beantragten Aufteilungsschlüssel genehmigen oder ablehnen. Über die eingegangenen Anträge und die hierzu getroffenen Entscheidungen berichtet der Vorstand dem Beratenden Fachausschuss EHV regelmäßig. ( )

(6) Der Nachweis über die erzielten Honorare für ärztliche Leistungen, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind, erfolgt durch eine Bescheinigung eines Angehörenden der steuerberatenden Berufe. Sachkosten, die nicht innerhalb der Gebührenordnungspositionen des EBM-Ä 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. ( )"

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)

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

2. Die Regelung über die Beitragsklassen als solche begegnet entgegen der Auffassung des Sozialgerichts keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken.

a) Die Neufassung der Finanzierung der EHV kann sich auf die Ermächtigung aus § 8 KVHG stützen. Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass allein aus dem Umstieg auf Beitragsklassen – anstelle der sog. Quotierung der im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte nach § 8 Abs. 1 GEHV a.F. – das Umlagesystem nicht verlassen wird, wobei das Sozialgericht im Ansatz zutreffend davon ausgeht, dass § 8 KVHG den Satzungsgeber auf ein Umlagesystem festlegt. Die Einführung von Beitragsklassen wirkt sich nicht darauf aus, dass aus der Gesamtsumme der Beiträge nach wie vor die Leistungen aus der EHV an die derzeit Berechtigten ausgekehrt werden, was prägend für ein Umlagesystem ist. Entgegen der Auffassung des Sozialgericht bedurfte es daher auch keiner ausdrücklichen Erweiterung von § 8 KVHG im Hinblick auf das Beitragsklassensystem (zu den Anforderungen an die Wesentlichkeitslehre BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 – B 6 KA 38/07 R –, BSGE 101, 106, zit. nach juris, Rn. 42).

b) Die Einteilung in neun Beitragsklassen genügt Art. 3 Abs. 1 GG, insbesondere dem Äquivalenzprinzip.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ergeben sich die materiellen Anforderungen an gesetzliche wie untergesetzliche Regelungen der Alters- und Invaliditätssicherung von Vertragsärzten für die Beitragsseite insbesondere aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG) und den allgemeinen Anforderungen an die Ausgestaltung von Beiträgen aus Art. 3 Abs. 1 GG. Der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG gebietet dem Normgeber, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln (vgl. BVerfGE 98, 365 (385); 130, 240 (252); stRspr). Hinsichtlich der Anforderungen aus Art. 3 Abs. 1 GG an die Ausgestaltung des Honorareinbehalts als Beitrag zur EHV kann zudem auf die verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Regelung von Sozialversicherungsbeiträgen zurückgegriffen werden. Die EHV ist zwar kein Teil der Sozialversicherung, sie basiert jedoch auf dem auch eine solche Versicherung tragenden Gedanken einer kollektiven Pflichtversicherung zur Absicherung der Risiken von Invalidität und Alter. Diese Annährung an den Charakter einer solidarischen Pflichtversicherung rechtfertigt es, die vorgenannten, seitens des BVerfG für den Bereich der Sozialversicherung aufgestellten Grundsätze sinngemäß auch auf die EHV zu übertragen (so ausdrücklich BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – B 6 KA 8/13 R , SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, Rn. 43). Insofern hat der Satzungsgeber das beitragsrechtliche Äquivalenzprinzip und den solidarischen Charakter der Alterssicherung, der für eine Verbeitragung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit streitet (vgl. BVerfGE 79, 223 (Leitsatz 2)), gegeneinander abzuwägen und in Ausgleich zu bringen (vgl. zur Sozialversicherung Bittner, in: Emmenegger/Wiedmann (Hrsg.), Linien der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts - erörtert von den wissenschaftlichen Mitarbeitern (Band 2), 2011. S. 213 (219 ff.); ähnl. auch Oppermann, in: Masuch u.a. (Hrsg.), Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats; Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung Band 2, 2015, S. 83 (103)). Dabei fordert das Äquivalenz-, Beitrags oder Versicherungsprinzip, dass im Grundsatz gleicher Beitragsleistung und gleicher Bedarfssituation gleiche Versicherungsleistungen gegenüber stehen, mithin im Grundsatz eine Äquivalenz von Beitrag und Leistung besteht (BVerfGE 79, 87 (101)). Von Verfassungs wegen ist es aber nicht geboten, dass bei der Bemessung eine versicherungsmathematische Individualäquivalenz zwischen den entrichteten Beiträgen und der Höhe der Leistungen erzielt wird (BVerfG, Beschluss vom 11. Januar 1995 – 1 BvR 892/88 –, Rn. 57, juris; vgl. BVerfGE 51, 115 (124); 53, 313 (328)). Vielmehr kann das Äquivalenzprinzip bei der EHV ebenso wie bei berufsständischen Versorgungseinrichtungen eine Modifikation durch den Gedanken der Solidarität erfahren (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 44/03 R –, juris Rn. 123, = BSGE 94, 50). Auch außerhalb des Sozialversicherungsrechts lässt sich zudem eine Differenzierung bei der Abgabenbelastung nach Leistungsfähigkeit oder einer abgestuften Finanzierungsverantwortlichkeit rechtfertigen(vgl. BVerfGE 97, 332 (344 f.)).

Diesen Maßstäben genügt die Regelung über die Beitragsklassen. Zur Veranschaulichung wird hier die vom Sozialgericht erstellte Tabelle 1 wiedergegeben:
1 2 3 4 5 6 7 8 Beitragsklasse Absolute Anteile am Durchschnittshonorar Jahresbeitrag zur EHV (in EUR) Belastung in % vom Jahresumsatz Punktzahl pro Jahr Kosten pro Punkt in EUR Kosten pro Punkt Beitragsklasse 1 = 100 Prozentsatz des Einkommens für 100 Punkte in %
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 -

Die Regelung führt zwar dazu, dass der Beitragsaufwand zum Erwerb eines Punktes ab Klasse 5 ansteigt (Spalten 5, vgl. § 4 Abs. 1 GEHV; Spalte 6 (Division des Jahresbeitrages durch die Punktzahl) vgl. § 10 Abs. 3 GEHV; Spalte 7 zeigt die Kostensteigerung im Verhältnis zu den Beitragsklassen 1-4). Hinzu kommt die auch vom Sozialgericht erwähnte Deckelung der Anwartschaft bei 14.000 Punkten, die tendenziell eher die oberen Beitragsklassen betrifft, was die vom Sozialgericht erstellte Tabelle 2 verdeutlicht: 1 2 3 4 5 Beitrags-klasse Punktezahl pro Jahr Erreichen der Höchstpunktzahl 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 0,75 7 595 23,5 0,89 0,75 bis 0,825 8 640 21,9 0,96 0,825 bis 0,90 9 675 20,7 1,01 0,90 + 0,375 je 100 Punkte

Sowohl die Steigerung des Beitragsaufwandes für einen Punkt als auch die Deckelung der Leistungsseite sind durch das Solidarprinzip, das eine Orientierung an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Vertragsarztes trägt, gerechtfertigt. Insbesondere ist die Begrenzung auf 14.000 Punkte angemessen, da ihr auf Leistungsseite eine Beitragsobergrenze in Gestalt der Beitragsklasse 9 mit 22.536,00 EUR Jahresbeitrag gegenübersteht. Ergänzend wird auf die zutreffenden Ausführungen in der angefochtenen Entscheidung auf S. 19 der Ausfertigung verwiesen.

c) Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts folgt ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz nicht aus der unterschiedlichen Heranziehung der Vertragsärzte zur Finanzierung der EHV durch die Bandbreite der Beitragsklassen, mit der Folge eines prozentual höheren Honorareinbehalts in den niedrigeren Beitragsklassen.

Dass eine erhebliche Bandbreite innerhalb der Beitragsklassen besteht, die in Spalte 8 der Tabelle 2 zum Ausdruck kommt, liegt in der Natur der grundsätzlich zulässigen Pauschalierung durch Beitragsklassen. Ebenso wenig wie eine Beitragsbemessungsgrenze wegen der durch sie verursachten Bandbreite in den oberen Einkommen gegen das Grundgesetz verstoßen muss, verstößt eine solche Staffelung in Beitragsklassen gegen Art. 3 Abs. 1 GG.

Die vom Sozialgericht gesehene Verfassungswidrigkeit am Maßstab von Art. 3 Abs. 1 GG setzte voraus, dass aus Art. 3 Abs. 1 GG eine Untergrenze für den solidarischen Ausgleich folgen würde. Dies ist aber jedenfalls aus Art. 3 Abs. 1 GG nicht ersichtlich (vgl. zur Entkopplung von Beitrag und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit Mecke, SGb 2016, 61 (66 ff.); BSG, Urteil vom 23. September 1999 – B 12 KR 17/98 R –, SozR 3 1100 Art. 74 Nr. 3- Leitsatz Nr. 2 zum sog. "Krankenhausnotopfer"). Vielmehr folgt die Berechtigung zur sozialpolitischen Ausgestaltung einer solchen Untergrenze aus dem Sozialstaatsprinzip und ist auf der Ebene der Rechtfertigung einer nicht nur leistungsbezogen-proportionalen, sondern einer auch der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit folgenden, umverteilenden Beitragsausgestaltung angesiedelt. Zudem hat das Bundesverfassungsgericht anerkannt, dass es bei der Ausgestaltung der Beitragsseite eines umlagefinanzierten Systems am Maßstab von Art. 3 Abs. 1 GG zu rechtfertigen ist, dass bei der Verbeitragung des Arbeitseinkommens Selbständiger (§ 15 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Viertes Buch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – SGB IV), also der Verbeitragung nach dem Nettoprinzip, eine Mindesteinkommensgrenze normiert wird (vgl. BVerfGE 103, 392). Damit bestehen auch keine Bedenken gegen den damit verbundenen höheren Prozentsatz vom Honorar in der niedrigsten Beitragsklasse. Diese niedrigste Beitragsklasse ist einer Mindesteinkommensgrenze vergleichbar.

Jenseits von Art. 3 Abs. 1 GG wäre eine Beitragsgestaltung in Richtung einer Kopfpauschale nur verfassungsrechtlich oder unionsrechtlich bedenklich, wenn dadurch der Charakter eines solidarischen Systems verloren gehen würde, der die Pflichtmitgliedschaft rechtfertigt (dezidiert EuGH, Urteil vom 5. März 2009 – C-350/07 –, "Kattner Stahlbau GmbH", juris Rn. 54, zur solidarischen Gestaltung des Beitrages zur deutschen Unfallversicherung als Rechtfertigungsgrund für eine Beeinträchtigung der Grundfreiheiten); zudem markiert die Kompetenznorm des Art. 74 Abs. 1 Nr.12 GG eine Untergrenze, da ein fehlende solidarische Gestaltung die Vereinbarkeit mit dem Typus der Sozialversicherung in Zweifel ziehen könnte (vgl. Mecke, SGb 2016, 61 (68)); dies gilt aber primär für das Beitragsrecht der Sozialversicherung; inwieweit dies auf das Leistungserbringerrecht und die EHV übertragen werden muss, kann aber offenbleiben: Dass hier das Solidarprinzip auf der Beitragsseite gar nicht verwirklicht wird, ist nicht erkennbar; insbesondere werden durch die Beitragsklassen für höhere Einkommen die Punkte teurer, wie aus Spalten 6 und 7 der Tabelle 1 hervorgeht. Bereits dies verwirklicht das Solidarprinzip. Alles Weitere unterliegt dem Gestaltungsspielraum des Satzungsgebers.

3. § 3 Abs. 1 Satz 1 EHV verstößt aber gegen Art 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG, soweit die Regelung keine Sachkostenabzüge vorsieht und damit in unangemessener Weise das weitgehend ungekürzte Honorar der Beitragsbemessung zu Grunde legt, ohne die mit der allein umsatzbezogenen Betrachtung einhergehende ungleiche Belastung in anderer Weise zu berücksichtigen.

a) Das Bundessozialgericht hat die oben unter II.2.b) genannten, allgemeinen Anforderungen an die Beitragsseite bzw. den Honorareinbehalt der EHV, die aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG) und allgemein aus Art. 3 Abs. 1 GG folgen, im Hinblick auf die Beitragsbemessungsgrundlage bereits näher konkretisiert. Die Berücksichtigung von besonderen Kosten bei bestimmten Leistungen bei der Bestimmung der Höhe des EHV-Einbehalts bzw. der Beitragsbemessung hat das Bundessozialgericht dabei nicht nur gebilligt, sondern am Maßstab von Art. 3 Abs. 1 GG für geboten gehalten (Urteil vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 44/03 R –, juris, Rn. 125, = BSGE 94, 50; BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 – B 6 KA 38/07 R –, juris Rn. 67, = BSGE 101, 106; BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – B 6 KA 10/13 R –, juris Rn. 39). Zu rechtfertigen ist die mit einer grundsätzlich am Umsatz und nicht am Gewinn orientierten Finanzierung der EHV einhergehenden Durchbrechung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl. die Bezugnahme in BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – B 6 KA 10/13 R –, juris Rn. 34) bzw. die entsprechende Ungleichbehandlung nur, wenn nicht außer Acht gelassen wird, dass aus den Honoraren für die erbrachten vertragsärztlichen Leistungen die bei deren Erbringung entstandenen Kosten erwirtschaftet werden müssen (vgl. Urteil vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 44/03 R –, juris, Rn. 125, = BSGE 94, 50). Trotz der sehr unterschiedlichen Kostensätze zwischen den einzelnen Arztgruppen und auch zwischen unterschiedlich ausgerichteten Praxen derselben Arztgruppe liegt in der Anknüpfung der Beitragserhebung zur EHV an den Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit nicht in jedem Fall eine mit Art. 3 Abs. 1 GG kollidierende sachwidrige Ungleichbehandlung insbesondere der Ärzte mit hohen Praxiskosten. Wenn allerdings vertragsärztliche Umsätze verschiedener Arztgruppen nicht mehr tendenziell Überschüsse in ähnlicher Größenordnung erwarten lassen, muss dies bei Belastungen, die allein an Umsätzen ausgerichtet seien, berücksichtigt werden (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – B 6 KA 10/13 R –, juris, Rn. 39 m.w.N.). Ob diese Berücksichtigung in hinreichender Weise erfolgt, ist nach Auffassung des Senats letztlich eine Frage der Konkretisierung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes.

Die gerichtliche Kontrolldichte ist dabei wegen des satzungsgeberischen Gestaltungsspielraums reduziert; die Beklagte hat den Anforderungen zu entsprechen, die ein Normgeber nach Maßgabe des Verfassungsrechts bei der Regelung einer hoch komplexen Materie beachten muss (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 44/03 R –, juris Rn. 125 unter Bezugnahme auf BVerfGE 50, 290 (333 ff.)). Aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ergeben sich darüber hinaus tendenziell widerstreitende Anforderungen: Einerseits gilt im Beitragsrecht eine strenge Bindung an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, wenn es den verpflichteten Personen nicht freisteht, am Umlageverfahren teilzunehmen, sondern wie hier ein System mit Pflichtmitgliedschaft besteht (vgl. BSG, Urteil vom 20. Juli 2017 – B 12 KR 14/15 R –, juris Rn.

43). Andererseits ist der Normgeber bei der Ordnung von Massenerscheinungen im Beitragsrecht (vgl. zum Folgenden: BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 28. September 2010 – 1 BvR 1660/08 –, juris, Rn. 10) berechtigt, generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen zu verwenden, ohne allein wegen der damit verbundenen Härten gegen den allgemeinen Gleichheitssatz zu verstoßen. Allerdings setzt die Rechtfertigung einer Typisierung voraus, dass diese Härten nur unter Schwierigkeiten vermeidbar wären (vgl. BVerfGE 84, 348 (360); 87, 234 (255 f.); stRspr), lediglich eine verhältnismäßig kleine Zahl von Personen betreffen und der Verstoß gegen den Gleichheitssatz nicht sehr intensiv ist (vgl. BVerfGE 63, 119 (128); 84, 348 (360)). Allgemein sind allerdings 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, Urteil vom 28. Januar 2003 - 1 BvR 487/01 - = BVerfGE 107, 133, zitiert nach juris Rn. 25; BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - B 6 KA 38/12 R -, juris Rn. 35 jeweils m.w.N.).

b) Mit diesen Anforderungen sind die Regelungen über das in die EHV einzubeziehende Honorar in § 3 Abs. 1 Satz 1 GEHV nicht zu vereinbaren.

aa) Die von der Beklagten vorgelegten Daten zur vor dem 3. Quartal 2012 geltenden Rechtslage (Anlage B 15 zum Schriftsatz vom 31. Januar 2018, Bl. 342 ff. d.A.) belegen, dass mit der Streichung der Berücksichtigung von Kostenanteilen eine wesentliche Ungleichbehandlung einhergeht. Für den Senat steht aufgrund der nachfolgend genannten Indizien fest, dass Angehörige von Arztgruppen mit gleichem Gewinn einer unterschiedlichen Beitragslast unterliegen. Angehörige von Arztgruppen mit überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteilen in der Vergütung müssen im Verhältnis zum Gewinnanteil höhere Beiträge bzw. denselben Beitrag aus einem niedrigeren Gewinn erwirtschaften. Aufgrund mehrerer Indizien steht für den Senat fest, dass erheblich unterschiedliche Kostenstrukturen zwischen den Arztgruppen bestehen, was zur Folge hat, dass nicht Überschüsse in ähnlicher Größenordnung zu erwarten sind.

Das erste Indiz ist der Durchschnitt der Kostenanteile in der jeweiligen Arztgruppe, der bereits nach der alten Rechtslage nicht abgezogen wurde (sog. EHV-Kostenanteil), aber immerhin die Basis des Abzugs des überdurchschnittlichen Kostenanteils bildete (vgl. zur alten Rechtslage Senatsurteil vom 6. Dezember 2017 – L 4 KA 10/15 –, juris). So belief sich der durchschnittliche EHV-Kostenanteil (Spalte 6 der Aufstellung) bezogen auf die jeweilige Arztgruppe z.B. im Quartal II/2010 bei den Nephrologen (mit Dialyse-SK) auf 9 %, bei den übrigen Nephrologen auf 66 %. Auch im Übrigen ist die Schwankungsbreite erheblich, wenn man den Gynäkologen mit 35 % und den Orthopäden mit 37 % die Humangenetiker mit 56 % und Radiologen mit 51 % gegenüberstellt. Hausärzte lagen bei 48 %. Die Aufstellung für die übrigen Quartale, zuletzt Quartal II/2012 weist hier und auch bei den nachfolgend dargestellten Daten nur geringfügige Abweichungen aus. Waren bei der Vorgängerregelung diese Durchschnittswerte lediglich Ausgangspunkt der Deckelung der berücksichtigungsfähigen Kosten, so weist das Verhältnis des tatsächlich berücksichtigungsfähigen Kostenanteils mit der Honoraranforderung ohne vollständig befreite Honoraranteile (Spalte 12 geteilt durch Spalte 11), dass die Vorgängerregelung zu erheblichen Unterschieden bei der Berücksichtigung von Kostenanteilen geführt hat. Bei der Arztgruppe der Klägerin ("Nephrologen mit Dialyse-SK" bzw. "vollzugelassene Internisten mit SP Nephrologie") wurden 83,93 % der verbleibenden Honoraranforderung als Summe aller individueller, über dem Arztgruppenschnitt liegender Kostenanteile nicht in die EHV einbezogen (beispielhaft berechnet anhand Quartal II/2010, Spalte 12 geteilt durch Spalte 11). Bei Gynäkologen, bei denen im Quartal II/2010 ein EHV-Kostenanteil von 35 % ausgewiesen wurde, waren es 11,22 %, bei Humangenetikern, bei denen im Quartal II/2010 ein EHV-Kostenanteil von 56 % ausgewiesen wurde, waren es 25,76 %. Bei Hausärzten, bei denen in diesem Quartal 48 % ausgewiesen wurden, waren es allerdings nur knapp 2 %. Es bedarf hier keiner Klärung, inwieweit und warum die Vorgängerregelung bei einzelnen Arztgruppen – etwa der Gruppe der Klägerin – Atypiken der Kostenberücksichtigung erzeugt hat. Die zum früheren Beitragssystem erhobenen Daten belegen jedoch sowohl erhebliche Unterschiede bei der Bedeutung der Vergütung von Sachkostenanteilen bzw. Kostenerstattungen für die Gesamtvergütung als auch erhebliche Unterschiede bei der Berücksichtigung der Kosten. Beides fällt mit der Neuregelung weg.

Ein weiteres Indiz für erheblich unterschiedliche Kostenstrukturen der Arztgruppen, die zur Folge hat, dass nicht Überschüsse in ähnlicher Größenordnung zu erwarten sind, ist die Höhe der Honorare nach Kapitel 40 EBM-Ä aufgeschlüsselt nach Arztgruppen (Anlage B 14, Bl. 350 f. d.A.), beschränkt auf den Bereich der Primär- und Ersatzkassen. Zwar ist die Indizwirkung dieser Aufstellung begrenzt, da zum 1. Juli 2013 eine Neuregelung insbesondere der Sachkostenpauschalen für Dialysen erfolgt ist, weil nach einer Untersuchung des Instituts des Bewertungsausschusses die Sachkosten tendenziell zu hoch und die ärztlichen Betreuungsleistungen tendenziell zu gering bewertet worden waren. Unstreitig handelt es sich aber bei dem Kapitel 40 EBM-Ä um Kostenpauschalen, die zwar keinen Aufwendungsersatz, aber einen pauschalierten Ausgleich eines Kostenanteils darstellen; sie sind ein letztlich auf einer Mischkalkulation und dem Gesichtspunkt der Vereinfachung beruhender Pauschalbetrag (BSG, Urteil vom 19. August 2015 – B 6 KA 34/14 R –, juris Rn. 31). Dies lässt aber eine Tendenz in der Kostenbelastung einer Arztgruppe erkennen. Dabei verkennt der Senat nicht, dass die mit der vertragsärztlichen Tätigkeit verbundenen Kosten bei der Abrechnung im EBM-Ä unterschiedlich behandelt werden: Sie können in die Bewertung der Leistungspositionen für ärztliche Leistungen integriert werden oder als gesonderter Zuschlag (etwa für ambulante Operationen) oder aber als pauschalierter Sachkostenersatz berücksichtigt werden (BSG, Urteil vom 19. August 2015 a.a.O., Rn. 31).

Hieraus ergibt sich bei den Honoraren aus Kapitel 40 EBM-Ä ein ähnliches Bild wie aus der oben genannten tabellarischen Aufstellung zu den EHV-Kostenanteilen. Im Quartal II/2010 erwirtschafteten 702,5 Gynäkologen 610.984,62 EUR (Durchschnitt: ca. 870,00 EUR), 416,59 Orthopäden 781,781,33 EUR (Durchschnitt: ca. 1694,00 EUR) 11,25 Humangenetiker 6.234,19 EUR (Durchschnitt: ca. 554,00 EUR), 247,96 Radiologen 1.089.958,75 EUR (Durchschnitt: ca. 4.397,00 EUR) und 3832,6 Hausärzte (Durchschnitt: ca. 565,00 EUR). Die höchsten Einnahmen erzielten 41,32 Nephrologen mit Dialyse-SK 9.022.180,33 EUR (Durchschnitt: 218.349,00 EUR). In den Folgequartalen bis zur Rechtsänderung ab dem 3. Quartal 2012 sind keine wesentlichen Veränderungen ersichtlich.

Auch wenn die Kostenpauschalen des Kapitel 40 EBM-Ä nur einen Ausschnitt der Vergütung von Kosten darstellen, was die Indizwirkung einschränkt, bestätigen sie doch das wesentlich aussagekräftigere Bild der Betrachtung der durchschnittlichen EHV-Kostenanteile sowie der nach altem Recht berücksichtigten, über dem jeweiligen Arztgruppenschnitt liegenden Kostenanteile dahingehend, dass die Kostenstrukturen der einzelnen Arztgruppen sehr unterschiedlich sind.

Dieser Feststellung des Senats widersprach in der mündlichen Verhandlung vom 11. April 2018 auch kein Vertreter der Beklagten.

bb) Diese Ungleichbehandlung ist nicht bereits über die Grundsätze von Generalisierung, Typisierung und Pauschalierung zu rechtfertigen.

Insbesondere kann entgegen der Auffassung der Beklagten keine Parallele zur Erhebung von Verwaltungskostenbeiträgen gezogen werden, bei denen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 28. November 2007 – B 6 KA 1/07 R –, juris Rn. 22 und 26; vgl. auch BSG, Urteil vom 17. August 2011 – B 6 KA 2/11 R –, juris) die Bemessung nach dem Umsatz unbeanstandet geblieben ist. Maßgeblich war dort, dass bei der 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 KÄV zieht, weder als grob fehlerhaft noch als mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise unvereinbar angesehen werden könne. Dies lässt sich auf das Verhältnis zwischen Beitrag und Anwartschaft im Rahmen der Erweiterten Honorarverteilung nicht übertragen, worauf zutreffend sowohl Klägerin als auch Sozialgericht hingewiesen haben. Das Äquivalenzprinzip ist in den zwei genannten Entscheidungen allein auf die Verwaltungskosten zu beziehen, die gleichermaßen durch die Honorarverteilung von Positionen mit wie ohne Sachkostenanteil entstehen. Die honorarverwaltende und honorarverteilende Tätigkeit der Verwaltung ist als Ganzes die Gegenleistung für den Verwaltungskostenbeitrag. Daher hat das Bundessozialgericht die umsatzbezogene Beitragsbemessung beim Verwaltungskostenbeitrag gerade deshalb gebilligt, weil damit ein mitgliedschaftsbezogener Vorteil abgegolten wird, der umsatzbezogen anfällt (so die eigene Interpretation des BSG im Urteil vom 16. Juli 2008 – B 6 KA 38/07 R –, juris Rn. 67, = BSGE 101, 106). Demgegenüber sollen bei der EHV die Beiträge der Finanzierung einer umlagefinanzierten Alterssicherung dienen, die zudem den Zweck hat, "wirtschaftlich sichernde" Ansprüche zu generieren, also zur Lebensstandardsicherung beizutragen, was wiederum von der (vorherigen) wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abhängt. Eine Vermutung, dass höhere Umsätze einen höheren Gewinn und damit eine höhere wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zur Folge haben, mit dem Ziel, dass diesen Personen auch höhere Anwartschaften zukommen sollten, gibt es hier nicht, wie die vorliegenden Daten zur bis Quartal II/2012 geltenden Rechtslage zeigen. Schließlich greifen die in der bundesverfassungsgerichtlichen Rechtsprechung anerkannten Rechtfertigungsgründe bei Generalisierung, Typisierung und Pauschalierung hier nicht, weil die Ungleichbehandlung intensivere Folgen als beim Verwaltungskostenbeitrag hat (dazu auch sogleich); der Verwaltungskostenanteil betrug im Fall des Urteils des Bundessozialgerichts vom 17. August 2011 – B 6 KA 2/11 R – nur 2,2 % des Honorars.

cc) Die Streichung des Abzuges von Kostenanteilen mit der hier anzuwendenden Fassung des § 3 Abs. 1 Satz 1 GEHV genügt auch im Übrigen nicht dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz.

(1) Für die Rechtfertigung der mit der Streichung der Berücksichtigung von Kostenanteilen einhergehende Ungleichbehandlung, dass Arztgruppen mit überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteilen in der Vergütung im Verhältnis zum Gewinnanteil höhere Beiträge zahlen müssen bzw. – als sachwidrige Gleichbehandlung formuliert – denselben Beitrag aus einem niedrigeren Gewinn erwirtschaften müssen, gibt es zwar ein legitimes Ziel. Die zum 3. Quartal 2012 in Kraft getretene Neuregelung hat wie auch vorherige Reformen – das Ziel, den Arztgruppen mit hohen Kostenerstattungsanteilen in ihrer Vergütung einen – mit den Worten des Senats – zur Lebensstandardsicherung beitragenden Teil der Altersversorgung zur Verfügung zu stellen und dabei die Arztgruppen mit hohen Kostenanteilen entsprechend zur Finanzierung heranzuziehen. Das Ziel "wirtschaftlich sichernde" Ansprüche bei entsprechender Finanzierungsverantwortung auch kostenintensiv wirtschaftender Arztgruppen bereitzustellen, ist in § 8 KVHG angelegt und legitim, weil es der Verwirklichung des Äquivalenzprinzips entspricht (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 6. Dezember 2017 – L 4 KA 10/15 –, juris).

(2) Die Nichtberücksichtigung von Kostenanteilen ist auch geeignet, dieses Ziel zu erreichen.

(3) Es bestehen allerdings bereits Zweifel an der Erforderlichkeit. An der Erforderlichkeit fehlt es allerdings nur, wenn das Ziel der staatlichen Maßnahme durch ein anderes, gleich wirksames Mittel erreicht werden kann, mit dem das betreffende Grundrecht nicht oder weniger fühlbar eingeschränkt wird, wobei die sachliche Gleichwertigkeit bei Alternativen in jeder Hinsicht eindeutig feststehen muss (vgl. BVerfGE 81, 70 (90) m.w.N.; stRspr).

Die Beklagte führt insoweit nur an, dass die Listen über die sog, "TL"-Anteile, deren Grundlage Listen der KBV waren, die eine Aufstellung der technischen Leistungsanteile der Leistungsziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) enthielten, und so früher u.a. eine arztgruppenbezogene Ermittlung der sog. EHV-Kostenanteile ermöglichten, nicht mehr existierten.

Es ist aber nicht ersichtlich, dass damit alle Erkenntnisquellen entfallen sind, um nach den Vorgaben des Bundessozialgerichts "bei Belastungen, die allein an Umsätzen ausgerichtet seien", zu berücksichtigen, dass "vertragsärztliche Umsätze verschiedener Arztgruppen nicht mehr tendenziell Überschüsse in ähnlicher Größenordnung erwarten lassen" (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – B 6 KA 10/13 R –, juris, Rn. 39 m.w.N.). Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass jedenfalls für eine gewisse Dauer die Fortschreibung der alten Daten sachwidrig gewesen wäre. Zudem sind der Beklagten auch eigene Ermittlungen zuzumuten, soweit der damit verbundene Verwaltungsaufwand nicht unverhältnismäßig ist. Auch spricht nichts gegen eine Typisierungsbefugnis der Beklagten, bestimmte Gebührenordnungspositionen als "kostenträchtig" einzustufen und ggf. verbunden mit einer Obergrenze oder einem Dämpfungsfaktor versehen nur anteilig abzuziehen, um in gleicher Weise wie bisher das Ziel zu verwirklichen, mit einem nur anteiligen Kostenabzug auch bei sachkostenintensiven Arztgruppen zu einer hinreichenden Beitragshöhe zu kommen. Diese Typisierungsbefugnis erscheint dem Senat bereits deshalb unbedenklich, weil die Beklagte nachvollziehbar darauf verweist, dass die Kostenerstattungstatbestände keinen sicheren Rückschluss auf die Kostenbelastung zulassen, es handelt sich regelmäßig nicht die wirtschaftlich "reine" Kostenerstattung. Das satzungsgeberische Ermessen bei der Typisierung wird hier allerdings seinerseits durch Art. 3 Abs. 1 GG begrenzt, nämlich dem Gebot, eine Ungleichbehandlung verschiedener Arztgruppen gerade durch die Nichtberücksichtigung bestimmter GOPen zu vermeiden (wohl auch BSG, Urteil vom 28. November 2007 B 6 KA 1/07 R –, Rn. 26). Ein weiteres milderes Mittel könnte schließlich eine gewinnbezogene Bemessung nach Auswertung von Steuererklärung und Steuerbescheid sein; so sind zur Ermittlung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit die Krankenkassen auch in der Massenverwaltung in der Lage, Steuerbescheide zur Verbeitragung freiwilliger selbständiger Mitglieder auszuwerten. In Zusammenschau mit der Steuererklärung dürfte hier eine Ermittlung des allein auf die vertragsärztliche Tätigkeit entfallenden Gewinn möglich sein; die damit einhergehende zeitliche Verschiebung der Beurteilung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit als Grundlage der Beitragserhebung ist nicht von vornherein ihrerseits verfassungsrechtlichen Bedenken ausgesetzt. Zudem stellt auch die hiesige Regelung auf das Vorvorjahr ab.

(4) Jedenfalls ist die Regelung unangemessen. Um dem Erfordernis der Angemessenheit zu entsprechen, muss bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs bzw. hier: der Ungleichbehandlung einerseits und dem Gewicht und der Dringlichkeit der ihn rechtfertigenden Gründe andererseits die gesetzliche Regelung insgesamt die Grenze der Zumutbarkeit noch wahren; die Maßnahme darf

also die Betroffenen nicht übermäßig belasten (vgl. BVerfGE 83, 1 (19); Beschluss vom 8. Juni 2010 – 1 BvR 2011/07 –, Rn. 120, stRspr.). Hier ist dogmatisch auch das Erfordernis der Berücksichtigung unterschiedlicher Honorarstrukturen sowie der Ausgleich zwischen Äquivalenz und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit bzw. Solidarität bei der Errichtung eines Beitragssystems in der Umlagefinanzierung zu verorten.

Die Streichung der Berücksichtigung von Kostenanteilen über die EHV-freien Honoraranteile hinaus führt dazu, dass letztlich gar nicht mehr nach Arztgruppen differenziert wird, obwohl gewichtige Unterschiede bestehen. Damit entfällt auch die vom Bundessozialgericht geforderte Berücksichtigung der Unterschiede, dass vertragsärztliche Umsätze verschiedener Arztgruppen nicht mehr tendenziell Überschüsse in ähnlicher Größenordnung erwarten lassen. Diese Unterschiede sind auf der Basis der von der Beklagten vorgelegten Daten bis einschließlich II/2012 so gewichtig (s.o.), dass sie nicht im Rahmen der Rechtfertigung von Typisierung und Pauschalierung als "nicht sehr intensiv" angesehen werden könnten. Die Beklagte kann auch nicht damit gehört werden, dass die bisherigen Regelungen zum Abzug von Kostenanteilen dazu geführt hätten, dass nicht nur reine Durchlaufposten abgezogen worden seien oder der "reine" Kostenanteil in Abgrenzung zur Vergütung der ärztlichen Leistung nur schwer zu ermitteln sei. Denn die Beklagte ist nicht darauf verwiesen, die Unterschiede bei dem Honorar-/Gewinnverhältnis allein anhand der Kategorisierung von Gebührenordnungspositionen zu berücksichtigen. Wie oben erwähnt, gibt es auch andere normative Anknüpfungsmöglichkeiten. Zudem fordert das satzungsgeberische Ziel "wirtschaftlich sichernder" EHV-Ansprüche gar nicht, sämtliche Kostenlasten und die damit einhergehenden Unterschiede unberücksichtigt zu lassen. Letztlich führt nach Auffassung des Senates zur Unangemessenheit, dass der Satzungsgeber nicht einmal den Versuch unternommen hat, die vorhandenen unterschiedlichen Kostenstrukturen zu berücksichtigen. Dies gilt entgegen der Auffassung der Klägerin nicht nur für Dialysesachkosten nach Kapitel 40.14 EBM-Ä, sondern für alle GOPen mit Kostenerstattungscharakter.

Auch die konkrete Erhöhung des Einbehalts bzw. Beitrags im Falle der Klägerin durch die Rechtsänderung nach dem Quartal II/2012 belegt die Unangemessenheit. Dabei ist im Rahmen des Gleichheitssatzes zwar nicht ausschlaggebend, dass die Klägerin durch die Streichung der Berücksichtigung von Kostenanteilen übergangsregelungslos einer Steigerung von 225 % ausgesetzt war. Diese extreme Steigerung belegt aber einmal mehr, welche Belastung der Umstieg von einer auch-kostenberücksichtigenden Beitragsbemessung auf eine rein oder fast vollständig (dazu sogleich) umsatzorientierte Beitragsbemessung mit sich bringt, was ein weiteres Indiz für die unangemessene Belastung infolge der Ungleichbehandlung der Angehörigen der einzelnen Arztgruppen ist.

(5) Nicht zur Erforderlichkeit oder Angemessenheit führt der von der Beklagten angeführte Umstand, dass in den sog. EHV-freien Leistungen auch Kostenerstattungsanteile oder Erstattungsleistungen mit vergleichbarer Funktion enthalten sind, z.B. die von der Beklagten angeführte Sachkostenerstattung Ersatzkassen (GOP 90014), die Sachkosten Kataraktlinsen (GOP 90401 ff.) oder die Sachkosten LDL-Apherese (GOP 90406 ff.). Dabei hat der Senat nicht zu prüfen, ob die hier anzuwenden Fassung der GEHV einen derartigen Abzug überhaupt ermöglicht. Jedenfalls ist ein entsprechender Abzug wirtschaftlich völlig zu vernachlässigen. Dies ergibt sich bereits aus den von der Beklagten vorgelegten Aufstellung aus Spalte 10. So betrug der Abzug von der zu verbeitragenden Honoraranforderung bei der Arztgruppe der Hausärzte insgesamt rund 2 %, bei der Arztgruppe der Klägerin ("Nephrologen mit Dialyse-SK" bzw. "vollzugelassene Internisten mit SP Nephrologie") nur 1,5 % (beispielhaft berechnet anhand Quartal II/2010, Spalte 10 geteilt durch Spalte 9). In diesen Prozentanteilen finden sich wiederum nur zu einem kleinen Bruchteil Sachkosten wieder. Wie bereits erwähnt, führte demgegenüber die vor der Reform zu Quartal III/2012 geltende Regelung über den EHV-Einbehalt dazu, dass bei der Arztgruppe der Klägerin ("Nephrologen mit Dialyse-SK" bzw. "vollzugelassene Internisten mit SP Nephrologie") ca. 83,93 % der verbleibenden Honoraranforderung als Summe aller individueller, über dem Arztgruppenschnitt liegender Kostenanteile nicht in die EHV einbezogen wurden (beispielhaft berechnet anhand Quartal II/2010, Spalte 12 geteilt durch Spalte 11). Dies liegt in der Nähe der Situation der Klägerin mit dem von der Beklagten beispielhaft vorgelegten Bescheid vom 2. Januar 2012, der einen individuellen Abzug von 84,64 % ausweist.

(6) Es besteht auch keine Möglichkeit zur verfassungskonformen Auslegung. Es ist erklärter Wille des Satzungsgebers, keine im Rahmen des EBM-Ä vorgesehene Sachkostenvergütung abzugsfähig zu machen. Dies folgt aus der Formulierung des § 3 Abs. 1 GEHV, der keinen Raum für Abzüge lässt. Einen Ansatzpunkt bietet auch nicht die sprachlich verunglückte Regelung des § 3 Abs. 6 Satz 2 GEHV. Soweit dort bei Selektivverträgen Abzüge für Sachkosten eröffnet werden, "die nicht innerhalb der Gebührenordnungspositionen des EBM-Ä abgegolten sind oder Kapitel 40 entsprechen", soll diese Regelung gerade einen Gleichklang mit dem EBM-Ä herstellen; abziehbar sind auch bei den Einnahmen aus Selektivverträgen nicht Sachkosten, die Kapitel 40 entsprechen, wie die Vertreter der Beklagten in der mündlichen Verhandlung vom 8. November 2011 ihre Lesart und ständige Verwaltungspraxis erläutert haben.

c) Auf die zuletzt von den Beteiligten intensiv diskutierte Problematik, ob die drei unterschiedlichen Versorgungswege bei Nephrologen zu einer gleichheitswidrigen Verbeitragung führen, kommt es nach alledem nicht an.

4. Durch die Heranziehung der Klägerin zur Finanzierung der EHV wird nicht in den Schutzbereich von Art 14 Abs. 1 GG eingegriffen. Art 14 Abs. 1 GG schützt nicht vor der staatlichen Auferlegung von Geldleistungs-, insbesondere Steuerpflichten und Zwangsbeiträgen (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – B 6 KA 8/13 R –, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, Rn. 47 mit ausführlichen weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts). Etwas anderes kommt nur dann in Betracht, wenn die Geldleistungspflichten den Betroffenen übermäßig belasten und seine Vermögensverhältnisse so grundlegend beeinträchtigen, dass sie eine erdrosselnde Wirkung haben (stRspr, vgl. wiederum BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – B 6 KA 8/13 R –, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, Rn. 47 m.w.N.). Eine solche Konstellation liegt ersichtlich nicht vor.

5. Der angefochtene Bescheid war aufzuheben, da es der Beitragsbemessung mit § 3 Abs. 1 Satz 1 GEHV an einer verfassungskonformen Rechtsgrundlage fehlt. Die Beklagte war nicht zur Rückzahlung der festgesetzten EHV-Beiträge zu verpflichten, da dies die Klägerin nicht beantragt hat. Zudem hat die Klägerin ein für den Bescheidungsantrag hinreichendes Interesse an einer rückwirkenden Inkraftsetzung einer verfassungskonformen, der oben genannten Rechtsauffassung des Senats genügenden Neuregelung durch die Beklagte, um in den Genuss von EHV-Anwartschaften zu kommen, deshalb war im Ergebnis auch die vom Sozialgericht ausgesprochene Verurteilung zur Bescheidung zutreffend. Es handelt sich allerdings nicht um eine Normerlassanspruch, sondern um einen Anspruch auf Neubescheidung nach Erlass einer verfassungskonformen Norm. Bei der Neugestaltung der Beitragsbemessung muss die Beklagte im Rahmen ihres satzungsgeberischen Gestaltungsspielraums die bei der Erforderlichkeitsprüfung (siehe II.3.b)cc)(3)) aufgezeigten Regelungsalternativen und insbesondere die bei der Prüfung der Angemessenheit konkretisierten Grenzen des Gestaltungsspielraums ((siehe II.3.b)cc)(4)) berücksichtigen bzw. beachten.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 und § 162 Abs. 3 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung zuzulassen, denn die Frage, ob und wie Sach- oder Praxiskostenanteile gleichheitskonform aus dem für die Beitragsbemessung zugrunde gelegten Honorar herausgerechnet werden müssen, ist eine Konkretisierung von Art. 3 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 12 Abs. 1 GG und damit revisibles Recht; die Rechtssätze aus den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 44/03 R –, juris, Rn. 125, = BSGE 94, 50; BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 B 6 KA 38/07 R –, juris Rn. 67, = BSGE 101, 106; BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – B 6 KA 10/13 R –, juris Rn. 39 einerseits und dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. August 2011 – B 6 KA 2/11 R –, juris, zu den Verwaltungskostenbeiträgen bedurften, wie aus den obigen Entscheidungsgründen ersichtlich, der weiteren Konkretisierung.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2020-11-12