

S 12 KA 392/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 392/13
Datum
05.11.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 88/14
Datum
08.11.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

§ 11 Abs. 1 Satz 1 GEHV in der ab Juli 2011 geltenden Fassung, wonach die Kassenärztliche Vereinigung Hessen berechtigt ist, sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärzte an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der KV Hessen ausgezahlt werden, für die EHV heranzuziehen, ist nicht zu beanstanden. Die Vorschrift beruht auf der ebf. nicht zu beanstandenden Ermächtigungsgrundlage des § 8 KVHG i.d.F. des hessischen Landesgesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 14.12.2009, GVBl. 2009, Teil I, 662, in Kraft getreten am 23.12.2009.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

3. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nach § 11 Abs. 6 GEHV für das Quartal IV/11 und hierbei insbesondere um die Frage, ob hierfür eine Rechtsgrundlage besteht.

Der Kläger übt seine vertragsärztliche Tätigkeit im Bereich der Beklagten mit Praxissitz in A-Stadt in Berufsausübungsgemeinschaft mit vier weiteren Ärzten (Dr. C, Dr. D., E und Dr. F) aus.

Der Kläger meldete mit Schreiben vom 15.10.2012, bei der Beklagten am 18.10.2012 eingegangen, seine Umsätze aus Sonderverträgen für die Quartale IV/11 bis II/12.

Die Beklagte setzte gegenüber dem Kläger mit Bescheid vom 24.10.2012 im Wege der Schätzung die Umsätze aus Sonderverträgen für GKV-Leistungen für das streitbefangene Quartal IV/11 auf den Betrag von 25.000,00 Euro fest. Zur Begründung verwies sie auf § 8 Abs. 2 S. 1 i. V. m. § 11 Abs. 1 S. 1 der Grundsätze der EHV, wonach neben der Gesamtvergütung sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV, die Vertragsärzte an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbrachten und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ausgezahlt werde, heranzuziehen sei. Hieraus folge eine Meldepflicht der Umsätze ab dem Quartal III/11. Der sei die Berufsausübungsgemeinschaft nicht nachgekommen, weshalb sie zu einer Schätzung berechtigt sei. Hierüber habe sie bereits mit einem Rundschreiben im Juli 2011 informiert. Der geschätzte Umsatz beruhe auf eine, Mittelwert der gemeldeten Umsätze.

Mit weiteren Bescheiden vom 25.10.2012 und 26.10.2012 nahm sie eine entsprechende Festsetzung in gleicher Höhe für die Quartale I und II/12 fest.

Hiergegen legte die Berufsausübungsgemeinschaft am 22.11.2012 Widerspruch ein. Zur Begründung verwies sie auf die Ausführungen in ihren personenbezogenen Widersprüchen, die der Beklagten parallel zuzingen. Diesen seien eidesstattliche Versicherungen der einzelnen Ärzte zum Sachverhalt bzw. Fragen der jeweiligen Einnahmen beigelegt.

Auf Grund der Meldungen ging die Beklagte mit Bescheiden vom 10.12.2012 von Umsätzen aus Sonderverträgen in Höhe von 10.197,66

Euro, 15.461,71 Euro bzw. 14.808,25 Euro aus, was zu Gutschriften in Höhe von 780,53 Euro, 504,67 Euro bzw. 542,11 Euro führte.

Der Kläger teilte mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 07.01.2013 mit, er betrachte seine Widersprüche nicht als erledigt, zumal sie sich nicht nur gegen die Schätzung als solche richteten, sondern auch gegen die Rechtmäßigkeit der Verfahrensweise insgesamt. Er verweise auf seine Ausführungen in den Widersprüchen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 26.06.2013 die Widersprüche als unbegründet zurück. Darin führte sie aus, sie habe die ursprünglichen Schätzbescheide auf der Grundlage ihrer Satzung zur EHV erlassen können. In der teilweisen Abhilfe liege kein teilweiser Erfolg der Widersprüche, da diese auf der nachträglichen Erfüllung der Mitwirkungspflichten beruhe.

Hiergegen hat der Kläger am 02.07.2013 die Klage erhoben. Die Kammer hat mit Beschluss vom 05.07.2013 die Verfahren bzgl. der Quartale I und II/12 unter den Az.: S 12 KA 399 und 400/13 abgetrennt und auf Antrag der Beteiligten mit Beschluss vom 05.11.2014 zum Ruhen gebracht.

Der Kläger trägt zur Begründung seiner Klage vor, für die Bescheide fehle es an jeglicher Rechtsgrundlage. Entsprechende Festsetzungen und Einbehalte im Hinblick auf Sonderverträge und die EHV seien sowohl der Höhe nach, als auch dem Grunde nach nicht gerechtfertigt, da jegliche gesetzliche Vorgaben in einer Form fehlten, die erforderlich wäre, um als ausreichende Legitimationsgrundlage Gültigkeit zu beanspruchen. Gerade das Gesetz über die KV Hessen einerseits und die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung andererseits, auf die die Beklagte verweise, stellten keine ausreichende Legitimationsgrundlage dar und würden vor allen Dingen nicht von höherrangigen Rechtsgrundlagen getragen. Es werde bezweifelt, ob durch ein Landesgesetz eine Erweiterung der Bemessungsgrundlagen auf Einkünfte aus Sonderverträgen überhaupt hätten erfolgen dürfen. Mit der durch Bundesgesetz vorgenommenen Einschränkung des Sicherstellungsauftrags der Beklagten sei eine "Trennlinie" zwischen einerseits der Gesamtvergütungen und der Honorare aus Direkt- bzw. Selektivverträgen gezogen worden. Hieran halte sich die Beklagte nicht. Bereits auf Landesebene fehle eine ausreichende Legitimation durch eine bundesgesetzliche Regelung. Das entsprechende Landesgesetz sei wegen Verstoßes gegen die Gesetzgebungszuständigkeit des Grundgesetzes rechtswidrig. Der Honorarbescheid führe immer nur zur honorartechnischen Umsetzung der Vorgaben der Bescheide zur EHV. Es sei relevant, ob die Bescheide überhaupt zutreffende Beträge enthielten und rechnerisch nachvollziehbar gestaltet seien.

Der Kläger beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 24.10.2012, abgeändert durch den Bescheid vom 10.12.2012 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Beklagten vom 26.06.2013 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (KVHG) vom 22.12.1953, zuletzt geändert mit Gesetz zur Änderung des KVHG vom 14.12.2009. Es handle sich um eine auch nach Bundesrecht zulässige fortbestehende landesrechtliche Regelung über die Altersversorgung der Kassenärzte im Sinne von Art. 4 § 1 Abs. 2 S. 2 des Gesetzes über das Kassenarztrecht (GKAR). Die maßgeblichen Regelungen für die EHV enthielten die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung. In Folge des Urteils des Bundessozialgerichts vom 16.07.2008 - B 6 KA 38707 R - sei seitens des Landesgesetzgebers eine Grundlage für die Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen außerhalb der Gesamtvergütungen in die EHV geschaffen worden. Sie habe daraufhin § 11 GEHV verabschiedet. Danach seien alle Ärzte auskunftspflichtig. Der Kläger habe als Vertragsarzt seine Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nicht innerhalb der Frist von 3 Monaten nach Quartalsende gemeldet. Sie habe deshalb die Schätzung vornehmen können. Der entsprechende Abzug sei im Honorarbescheid für das Quartal II/12 der Berufsausübungsgemeinschaft ausgewiesen worden. Der Kläger habe sodann Umsätze in Höhe von 10.197,66 Euro nachgemeldet. Von dem Schätzbescheid gingen tatsächlich keine Rechtswirkungen mehr aus. Soweit der Kläger diesen EHV-Abzug in seinem Grunde und in seiner Höhe angreife, fehle ihm dafür die erforderliche Aktivlegitimation. Denn der Abzug treffe die Rechtspersönlichkeit der Berufsausübungsgemeinschaft.

Die Berechnung der EHV-Beiträge sei nicht streitgegenständlich; die Beiträge wirkten sich erst im Honorarbescheid II/12 der Berufsausübungsgemeinschaft aus. Zur Vereinbarkeit des § 8 KVHG mit Bundesrecht sei sie nicht die richtige Adressatin.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG).

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

Die Klage ist auch als Anfechtungsklage zulässig ([§ 54 Abs. 1 und 2 SGG](#)). Durch Klage kann die Aufhebung eines Verwaltungsakts oder seine Abänderung begehrt werden. Soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, ist die Klage zulässig, wenn der Kläger behauptet, durch den Verwaltungsakt oder durch die Ablehnung oder Unterlassung eines Verwaltungsakts beschwert zu sein. Der Kläger ist beschwert, wenn der Verwaltungsakt oder die Ablehnung oder Unterlassung eines Verwaltungsakts rechtswidrig ist. Soweit die Behörde, Körperschaft oder Anstalt des öffentlichen Rechts ermächtigt ist, nach ihrem Ermessen zu handeln, ist Rechtswidrigkeit auch gegeben, wenn die gesetzlichen Grenzen dieses Ermessens überschritten sind oder von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung nicht entsprechenden Weise Gebrauch gemacht ist.

Gegenstand des Verfahrens ist die Festsetzung der Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nach § 11 Abs. 6 GEHV für die drei Quartale IV/11 bis II/12. Die Beklagte hat hierzu die angefochtenen Bescheide vom 24., 25. und 26.10.2012 mit den Abhilfebescheiden vom

10.12.2012 nicht aufgehoben, sondern nur dahingehend abgeändert, dass anstatt des pauschalierten Umsatzes aus Sonderverträgen der vom Kläger angegebene Umsatz festgesetzt wird. Damit liegt weiterhin ein anfechtbarer Verwaltungsakt vor, wovon auch offensichtlich die Beklagte selbst im angefochtenen Widerspruchsbescheid vom 26.06.2013 ausgeht, da sie die Widersprüche lediglich als unbegründet zurückgewiesen hat.

Soweit die Beklagte nunmehr im Klageverfahren davon ausgeht, von den Schätzbescheiden vom 24., 25. und 26.10.2012 gingen keine Rechtswirkungen mehr aus, setzt sie sich in Widerspruch zu ihren Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid, in dem sie nur von einer teilweisen Abhilfe aufgrund der Abänderungsbescheide vom 10.12.2012 ausgeht. Im Übrigen regeln die Abänderungsbescheide vom 10.12.2012 nicht nur die - nicht angefochtene - Höhe der Rückzahlung der EHV-Beträge, sondern nehmen eine Festsetzung der EHV-relevanten Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen fest. Es wird jeweils die Höhe der Umsätze genannt. Damit wird der ursprünglich mit 25.000,00 EUR pauschalierte Bemessungsbetrag auf der Grundlage der Angaben des Klägers verringert. Ob die Beklagte berechtigt ist, die Festsetzung der EHV-Beiträge in einen Bescheid über die Bemessungsgrundlage und in einen Bescheid über die Höhe des EHV-Beitrags aufzuspalten, ist keine Frage der Zulässigkeit der Klage, sondern ihrer Begründetheit.

Der Kläger ist auch weiterhin beschwert durch die Abänderungsbescheide vom 10.12.2012, da er jegliche Beitragserhebung aus Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen für unzulässig hält und die Festsetzung der Bemessungsgrundlage Voraussetzung für die Festsetzung der Höhe des EHV-Beitrags ist.

Im Übrigen ist der Kläger selbst und nicht die Berufsausübungsgemeinschaft Adressat des angefochtenen Verwaltungsakts, wie sich eindeutig aus dem Widerspruchsbescheid ergibt, und besteht bereits aus diesem Grund eine Anfechtungsbefugnis. Im Übrigen ist nicht ersichtlich, warum ein Gesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft nicht befugt sein sollte, in eigenem Namen gegen die Berufsausübungsgemeinschaft ergangene Bescheide anzufechten.

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 24.10.2012, abgeändert durch den Bescheid vom 10.12.2012 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Beklagten vom 26.06.2013 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Die Klage war abzuweisen.

Rechtsgrundlage für die Festsetzung der EHV-relevanten Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen sind die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, gültig ab: 01.07.2006 und in der geänderten Fassung ab Juli 2011 (im Folgenden: GEHV). Danach nimmt jedes zugelassene ärztliche Mitglied der KV Hessen auch im Falle der Anerkennung seiner Berufsunfähigkeit und/oder nach Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung (inaktiver Vertragsarzt) weiterhin an der Honorarverteilung im Rahmen dieser Bestimmungen der EHV teil (§ 1 Abs. 1 Satz 1 GEHV). Die für die Finanzierung der nach §§ 3 ff. festgestellten EHV-Ansprüche notwendigen Mittel werden durch Quotierung der im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte bereitgestellt. Die Quote darf dabei einen Wert von 5 % nicht überschreiten. Die festgestellten Ansprüche beziehen sich dabei auf das jeweils anerkannt durchschnittliche Honorar aus der Behandlung von Versicherten der Primär- und Ersatzkassen gemäß § 3 in Verbindung mit § 5 Abs. 3. Sollten die erforderlichen Mittel (nach Abs. 1 Satz 2) für die Finanzierung der EHV-Ansprüche nicht ausreichen, sind alle Ansprüche über einen Nachhaltigkeitsfaktor zu quotieren. Die Quotierung durch den Nachhaltigkeitsfaktor darf die EHV-Ansprüche um bis zu maximal 20 % mindern. Soweit der Nachhaltigkeitsfaktor einen Wert von weniger als 80% der EHV-Ansprüche erreicht, wird die Belastungsgrenze der aktiven Vertragsärzte nach Satz 2 ausnahmsweise soweit erhöht, dass die Ansprüche bis zur Höhe von 80 % bedient werden können. Die quotenmäßigen Belastungen der Punktwerte der Honorarverteilung nach Satz 2 dürfen in diesem Fall aber einen Wert von 6 % nicht überschreiten. Soweit die quotenmäßige Belastung der Punktwerte den Wert von 6 % überschreitet, erfolgt eine weitere Absenkung des Nachhaltigkeitsfaktors (§ 8 Abs. 1 Satz 1 bis 8 GEHV).

§ 11 GEHV "Ergänzende Bestimmungen zur Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen außerhalb der Gesamtvergütung" lautet wie folgt:

(1) Zur Finanzierung der Erweiterten Honorarverteilung werden ergänzend zu der Quotierung der Gesamtvergütung nach § 8 (1) GEHV 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, herangezogen. 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.

(2) Die auf ein Quartal entfallenden Einnahmen von Vertragsärzten aus Umsätzen ärztlicher Tätigkeit nach Abs. 1 werden mit der nach § 8 Abs. 2 für das entsprechende Quartal errechneten Quote rechnerisch belastet und zur Finanzierung der EHV herangezogen. Dieser Finanzierungsbeitrag ist bei der Auszahlung des Quartalshonorars aus der Gesamtvergütung einzubehalten. Rechnet der jeweilige Vertragsarzt im Quartal weniger Honorar über die KVH ab, als sein Finanzierungsbeitrag zur EHV aus Sonderverträgen nach dieser Vorschrift beträgt, ist er verpflichtet den nicht verrechenbaren Betrag unverzüglich nach Erhalt eines entsprechenden Zahlungsbescheides an die KVH zu zahlen.

(3) Der sich aus Abs. 2 insgesamt ergebende Finanzierungsbetrag aus allen Einnahmen aus Sonderverträgen wird zu der nach § 8 Abs. 1 GEHV errechneten Quote hinzugerechnet. Dies geschieht in der Weise, dass, wenn die Quote nicht ausreichend ist, um alle EHV-Ansprüche zu finanzieren, die zusätzlichen Finanzierungsmittel zunächst zu verwenden sind, um die Quotierung der Ansprüche über den Nachhaltigkeitsfaktor zu reduzieren. Sollte durch die zusätzlichen Finanzierungsmittel der Nachhaltigkeitsfaktor 1,0 betragen und weitere Mittel unverbraucht sein, werden diese unverbrauchten Restbeträge in der Weise verteilt, dass der sich rechnerisch ergebende Faktor größer 1 dann tatsächlich zur Berechnung des Auszahlungsbetrages zugrunde gelegt wird.

(4) Die Vertragsärzte, die nach diesem Paragraphen zur Finanzierung der EHV über die Einbeziehung von Leistungen aus Sonderverträgen einen Finanzierungsbeitrag leisten, erhalten für jedes Quartal des zusätzlichen Finanzierungsbeitrages eine Punktegutschrift in entsprechender Anwendung der Vorschriften des § 3 GEHV.

(5) Bei der Berechnung des zusätzlichen Finanzierungsbeitrages nach Abs. 2 und der Punktegutschrift nach Abs. 4 sind alle Betriebskosten in entsprechender Anwendung des § 5 GEHV zu berücksichtigen. Soweit eine Anwendung der Kostenermittlung nach § 5 nicht in Betracht kommt, weil im Rahmen der sondervertraglichen Vergütung nicht ausschließlich Gebührenordnungsnummern des EBM abgerechnet werden oder die Vertragsinhalte der KVH nicht bekannt sind, können stattdessen pauschale EBM-analoge Berechnungsverfahren angewendet

werden. Über die hierfür zu verwendende geeignete Datenbasis entscheidet der Vorstand im Benehmen mit dem Beratenden Fachausschuss EHV und betroffenen Vertretern der Vertreterversammlung.

(6) Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind verpflichtet, den Umsatz, den sie aufgrund der Abrechnung für Leistungen nach Abs. 1 erhalten, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nach Abschluss eines Quartals offenzulegen, abzüglich der Kosten und Honorare, die weiteren Selektivvertragsteilnehmern zu zahlen sind, wenn nur ein Gesamthonorar zur Auszahlung kommt. Sofern sie dieser Verpflichtung nicht innerhalb von drei Monaten nach Ende eines Quartals 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. Eine Schätzung ist auch möglich, wenn Angaben nicht plausibel oder vollständig sind. Diese Schätzung wird gegenüber dem Vertragsarzt festgesetzt. Der Nachweis des Umsatzes, sofern er sich nicht aus den vorliegenden Verträgen und/oder der Summen- und Leistungsstatistik ergibt, ist durch eine Bescheinigung eines angehörigen der steuerberatenden Berufe zu führen.

(7) Gegen diese Festsetzung ist binnen eines Monats gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung 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.

Danach ist die Beklagte berechtigt, sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärzte an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ausgezahlt werden, für die EHV heranzuziehen (§ 11 Abs. 1 Satz 1 GEHV), und zwar mit derselben EHV-Quote wie die von der Beklagten abgerechneten Honorarumsätze.

Die Richtigkeit der auf dieser Grundlage ergangenen und noch angefochtenen Festsetzungen wird von dem Kläger nicht bestritten. Fehler sind der Kammer auch nicht ersichtlich. Der Kläger hält die Bescheide nur deshalb für rechtswidrig, weil er die Satzungsgrundlage für rechtswidrig hält und dies insb. wiederum, weil er das dieser zugrunde liegende Landesgesetz wegen Verstoßes gegen Gesetzgebungskompetenz für rechtswidrig und damit für nichtig hält.

Das seit 1954 in Hessen bestehende Altersversorgungssystem der Beklagten, das die Altersversorgung der Vertragsärzte - anders als in allen anderen KV-Bezirken - neben dem Versorgungswerk der Ärztekammer Hessen sicherstellt, war in den vergangenen Jahren wiederholt Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen, wobei z. T. auch die Gültigkeit und/oder Bestimmtheit der gesetzlichen Grundlagen bestritten worden sind. Die sozialgerichtliche Rechtsprechung hat die Ermächtigungsgrundlagen für die EHV dabei immer in allen Instanzen als ausreichend angesehen.

§ 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen v. 22.12.1953 (HessGVBl. 1953, 206) (im Folgenden: KVHG) ist in der bis zum 22.12.2009 geltenden Fassung bundesrechts- und verfassungskonform und also uneingeschränkt wirksam Nach § 8 Abs. 1 KVHG, sowohl in der alten als auch der gegenwärtig geltenden Fassung,) sorgt die KV Hessen "im Rahmen ihrer Satzung für eine wirtschaftliche Sicherung der invaliden und alten Kassenärzte und Hinterbliebenen von Kassenärzten (seit 2009: , Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte und der Hinterbliebenen von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten'). Diese Sicherung kann auch durch besondere Honorarverteilungsgrundsätze geregelt werden." Bundesgesetzliche Grundlage für die landesrechtliche Vorschrift des § 8 KVHG ist die nach wie vor geltende Regelung des Art. 4 § 1 Abs. 2 Satz 2 des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17.08.1955 (BGBl. I 513). Danach 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 des BSG 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 KV 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.).

§ 11 GEHV wurde durch die Beschlüsse der Vertreterversammlung der KV Hessen in den Sitzungen vom 20.02.2010, 29.05.2010 und 28.08.2010 verabschiedet und gemäß [§ 81 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vom Hessischen Sozialministerium mit Schreiben vom 10.06.2011 genehmigt und veröffentlicht durch das Mitgliederrundschreiben der Beklagten "EHV Aktuell" vom 06.07.2011. Gründe für eine formelle Rechtswidrigkeit sind derzeit nicht ersichtlich. Soweit der Prozessbevollmächtigte dies in der mündlichen Verhandlung bestritten hat, konnte er dies weder konkretisieren noch substantiieren. Von daher hält es die Kammer gegenwärtig für ausreichend, dass die Beklagte die wirksame Verabschiedung der veröffentlichten Norm durch den Genehmigungsvermerk des Hessischen Sozialministeriums in Kopie vorgelegt hat, obwohl sie im Gerichtsverfahren der Kammer verschiedene Unterlagen zum Normgebungsprozess nicht oder nur unvollständig bzw. mit Schwärzungen versehen in rechtswidriger Weise vorenthalten hat. Die Kammer hat dennoch von einer Durchsetzung ihres Auskunfts- und Vorlageanspruchs abgesehen, weil es letztlich in diesem Verfahren hierauf nicht ankommt und um weiterer Verfahrensverzögerungen zu vermeiden.

§ 11 GEHV mit der Einbeziehung der Honorare aus Selektivverträgen wiederum beruht auf § 8 KVHG in der Fassung des hessischen Landesgesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 14.12.2009, GVBl. 2009, Teil I, 662, in Kraft getreten am 23.12.2009.

Danach sorgt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zunächst wie bisher 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 eingegangenen 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).

Der Landesgesetzgeber hat mit der Neufassung damit von der ihm vom Bundesgesetzgeber eingeräumten Regelungskompetenz Gebrauch gemacht. Das Bundessozialgericht hat wiederholt betont, wovon abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, dass § 8 KVHG a.F. i. V. m. Art.4 § 1 Abs. 2 GKAR 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 bildet (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 24; 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. 42 ff.). Dies galt bisher in erster Linie für Änderungen der GEHV seitens der Beklagten, da der Landesgesetzgeber bisher keine Veranlassung sah, die Rechtsgrundlage selbst anzupassen. So hat das BSG auf die 1991 erfolgte Erweiterung der EHV auf Honorare, die für die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen über die KV verteilt worden sind als auch auf die Entscheidung, die Psychologischen Psychotherapeuten nicht in die EHV einzubeziehen, hingewiesen (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 25). Weiter zu nennen ist die Einbeziehung der MVZ bzw. die bei diesen und bei Vertragsärzten angestellten Ärzte in die EHV (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) - juris). Diese Rechtsauffassung gilt erst recht auch für den Landesgesetzgeber (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 01.11.2006 - [L 6/7 KA 66/04](#) - juris Rdnr. 69 und 80 ff.). Soweit deshalb ein entsprechendes Versorgungssystem auf landesgesetzlicher Grundlage bereits eingeführt war, ist auch von einer entsprechenden Kompetenz des Landes zur Weiterentwicklung desselben auszugehen, ohne dass das Land auf den einmal gegebenen Regelungszustand festgelegt sein kann und darf (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 01.11.2006 - [L 6/7 KA 66/04](#) - juris Rdnr. 81). Auch der Landesgesetzgeber ist befugt, Anpassungen auf sich verändernde Versorgungsstrukturen vorzunehmen. Insoweit war die Beklagte als Satzungsgeberin nicht selbst befugt, die Änderungen vorzunehmen, da die hier strittigen Honoraranteile außerhalb des Kompetenzbereichs der Beklagten erzielt werden. Die Notwendigkeit der Anpassungen der EHV ergab sich aus der veränderten Versorgungsstruktur.

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) v. 26.03.2007, [BGBl. I 2007, S. 378](#), propagierte zur Stärkung bzw. Schaffung von Wettbewerbsstrukturen die Abkehr vom Kollektiv- zum Selektivvertragssystem. Die bereits zuvor bestehende, aber eher bescheidene und wenig angenommene Tendenz des Gesetzgebers, die

Vertragskompetenz der Krankenkassen unter Ausschaltung der KVen zur Schaffung neuer Versorgungsstrukturen zu erweitern, wurde erheblich ausgebaut insbesondere durch die [§§ 73b, 73c](#) und [73d SGB V](#) in der damaligen Fassung. Die bereits ab 2004 eingeführte hausarztzentrierte Versorgung nach [§ 73b SGB V](#) wurde nunmehr für alle Krankenkassen obligatorisch als flächendeckende Versorgung. Mit der "Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung" nach [§ 73c SGB V](#) können die Krankenkassen fakultativ Verträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, ihren Gemeinschaften, Managementgesellschaften oder auch den KVen über Versorgungsaufträge, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen, schließen. Die integrierte Versorgung sollte im Hinblick auf eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ausgebaut werden ([§ 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Diese ist insbesondere dann anzunehmen, wenn entweder in einer größeren Region (z. B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z. B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in einer integrierten Versorgung angeboten wird oder in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehen der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird (vgl. [BTDrs. 16/3100, S. 152](#)). Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) v. 15.12.2008, [BGBI I, 2426](#) setzte den Krankenkassen nunmehr eine Frist bis zum 30.6.2009 zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach [§ 73b SGB V](#). Gleichzeitig wurde der Sicherstellungsauftrag der KVen reduziert (so ausdrücklich [§ 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) und die durch das GKV-WSG eingefügten [§§ 73b Abs. 4 Satz 5, 73c Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)), ohne den Sicherstellungsgrundsatz der Kassenärztlichen Vereinigungen als Grundsatz ([§ 75 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB V) abzuschaffen. Entsprechend ist die Gesamtvergütung zu verringern ([§§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 SGB V](#)).

Von daher ist die Einschätzung des Landesgesetzgebers jedenfalls innerhalb seines Gestaltungsspielraums, hierdurch würden Leistungen, die bisher von zugelassenen Vertragsärzten im System der gesetzlichen Krankenversicherung für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten erbracht und über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen als Gesamtvergütung abgerechnet worden sind, aus diesem Abrechnungskreislauf ausgegliedert werden, was die Probleme der EHV verschärfen könnten, nicht zu beanstanden. Das Bundessozialgericht hat bereits im Jahr 2008 gerade im Hinblick auf die neuen Versorgungsformen darauf hingewiesen, ob solchen strukturellen Umbrüchen allein durch Regelungen auf der Ebene der Honorarverteilung Rechnung getragen werden könne, erscheine fraglich. Insoweit habe indessen das beigeladene Land in diesem Verfahren ausdrücklich seine Verpflichtung bekräftigt, zu reagieren und gesetzliche Regelungen zu entwickeln, auf deren Grundlage die Beklagte in Bezug auf die EHV tätig werden könnte. Bei (unterstellt) grundlegenden Systemverschiebungen erforderlichen notwendigen Anpassungen unterliege es keinem Zweifel, dass bei solchen Veränderungen der Landesgesetzgeber gesetzliche Vorgaben normieren müsste, auf deren Grundlage dann konkretisierende Bestimmungen von der Ärztekammer und/oder in den Regelungen über die (erweiterte) Honorarverteilung zu treffen wären (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - a.a.O. Rdnr. 50 und 52). In einem obiter dictum hat das BSG bisher § 8 KVHG in der Neufassung folgerichtig nicht beanstandet (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 25).

Nach allem war die Klage daher abzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-11-28