

S 12 KA 439/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12

1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 439/13
Datum

10.12.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum

-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

§ 11 Abs. 1 Satz 1 GEHV in der ab Juli 2011 geltenden Fassung ist nicht zu beanstanden. § 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG, wonach Widerspruch nur unter Vorlage der vollständigen Unterlagen zulässig ist, sind als bloße Ordnungsvorschriften zu verstehen. Die KVH kann bei fehlender Auskunft Schätzbescheide in Höhe der von ihr geschätzten Durchschnittseinnahmen festsetzen, für die Quartale III/11 bis II/12 in Höhe von 25.000,00 € pro Quartal (Parallelverfahren zu SG Marburg, Urt. v. 19.11.2014 - [S 12 KA 442/13](#) - juris).

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Zulässigkeit der Widersprüche gegen die Bescheide zur Festsetzung der Umsetzung der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nach § 11 Abs. 6 der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten (GEHV) für die Quartale III/11 bis II/12 und hierbei um die Festsetzung der Umsätze für GKV-Leistungen aus Sonderverträgen im Wege der Schätzung auf jeweils 25.000,00 EUR.

Der Kläger ist als Facharzt für Chirurgie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisnitz in A-Stadt zugelassen. Bis zum September 2011 war er mit acht weiteren Ärzten in der beigeladenen überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft tätig. Vom 01.01.2010 bis 31.03.2012 trat ein weiterer Arzt als Gesellschafter und eine weitere Ärztin als Angestellte hinzu, ab 01.04.2012 war wiederum eine Ärztin angestellt.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 11.09.2012 für das Quartal III/11, mit Bescheid vom 24.10.2012 für das Quartal IV/11, mit Bescheid vom 25.10.2012 für das Quartal I/12 und mit Bescheid vom 26.10.2012 für das Quartal II/12 die Umsätze für GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nach § 11 Abs. 6 GEHV im Wege der Schätzung auf jeweils 25.000,00 EUR fest. Zur Begründung führte sie aus, nach § 8 Abs. 2 S. 1 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (KVHG) i. V. m. § 11 Abs. 1 S. 1 GEHV würde zur Finanzierung der Erweiterten Honorarverteilung in Hessen (EHV) ergänzend neben der Gesamtvergütung sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV, die Vertragsärzte an gesetzlich versicherten Patienten erbrächten und nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der KV Hessen ausgezahlt würden, herangezogen werden. Hieraus folge für Vertragsärzte nach § 8 Abs. 3 KVHG i. V. m. § 11 Abs. 6 GEHV und § 5 Abs. 3 der Satzung der KV Hessen die Verpflichtung, der KV Hessen nach Abschluss eines Quartals ihre Umsätze für die KV-Leistungen aus Sonderverträgen mitzuteilen. Diese Verpflichtung gelte ab dem Quartal III/11. Nach § 8 Abs. 3 S. 2 KVHG i. V. m. § 11 Abs. 6 S. 2 GEHV sei sie zur Schätzung befugt, wenn die Meldung nicht innerhalb von drei Monaten nach Ende eines Quartals erfolge. Eine Schätzung sei auch möglich, wenn die Angaben nicht plausibel oder vollständig seien (§ 11 Abs. 6 S. 3 GEHV). Hierüber habe sie bereits mit Rundschreiben "EHV Aktuell" vom 06.07.2011 informiert. Mit Schreiben vom 27.12.2011 bzgl. des Quartals III/11, vom 11.04.2012 bzgl. des Quartals IV/11, vom 10.07.2012 bzgl. des Quartals I/12 und vom 10.08.2012 bzgl. des Quartals II/12 habe sie unter Fristsetzung gebeten, die Honorare aus Sonderverträgen zu melden. Hieran habe sie jeweils erinnert. Der Kläger sei seiner Meldepflicht trotz dieser ausdrücklichen Hinweise und Fristsetzungen nicht nachgekommen, weshalb sie die Umsätze nunmehr geschätzt habe. Sie müsse davon ausgehen, dass grundsätzlich Umsätze für GKV-Leistungen aus Sonderverträgen erzielt worden seien. Der Kläger sei ausdrücklich darauf hingewiesen worden, er müsse auch melden, wenn er an anderen Verträgen nicht teilnehme oder keine Umsätze erzielt habe. Der Betrag von 25.000,00 EUR entspreche einem Mittelwert der gemeldeten Umsätze.

Hiergegen legte der Kläger mit Schreiben vom 04.10.2012 bzgl. des Quartals III/11 und vom 30.10.2012 bzgl. der übrigen Quartale Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, unter Hinweis auf ein rechtsanwaltliches Rechtsgutachten halte er einen Anspruch dem Grunde nach nicht für gegeben. Der Bescheid sei unzureichend begründet, weil er nicht hinreichend über Tatsachen, welche der Schätzung

zu Grunde gelegt worden seien, aufkläre. Schätzgrundlage könne nur sein, was durch direkte Abrechnungen dem Zugriff der KV Hessen entzogen werde. Einkünfte wegen integrierter Versorgung resultierten aus Leistungen, welche erstmals zusätzlich und anderweitig abrechenbar seien. Das darauf entfallene Honorar werde der Beklagten nicht entzogen. Es sei auf dasjenige abzustellen, was durch Systemänderungen den Leistungen in die EHV entzogen worden sei. Wie dies hierauf abgestellt worden sei, lasse der Schätzbescheid nicht erkennen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 26.06.2013 alle vier Widersprüche als unzulässig zurück. Sie verwies auf § 8 Abs. 3 S. 3 und 4 und Abs. 4 KVHG i. V. m. § 11 Abs. 7 GEHV, wonach der Widerspruch gegen den Bescheid der Festsetzung der Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nur zulässig sei, wenn er innerhalb der Widerspruchsfrist von einem Monat unter Vorlage der vollständigen Unterlagen erhoben werde und eine eidesstattliche Versicherung über die Vollständigkeit der Unterlagen erhalte. Als vollständig würden nur Unterlagen gelten, wenn aus ihnen abschließend erkennbar sei, dass es sich bei angegebenen Vergütungen um alle Vergütungen aus Sonderverträgen handle. Der Kläger habe hingegen keine bzw. nicht vollständige Unterlagen im Rahmen der Widerspruchsfrist eingereicht, sondern lediglich die Rechtmäßigkeit der Verpflichtung der Umsätze aus Sonderverträgen in Frage gestellt. Die Frage der Rechtswidrigkeit der Meldeverpflichtung sei nicht Gegenstand des laufenden Widerspruchsverfahrens. Hier sei es nicht möglich, von der verbindlichen Norm des § 8 KVHG und deren Voraussetzungen abzuweichen. Die Neufassung der GEHV sei vom Hessischen Sozialministerium mit Schreiben vom 25.05.2012 genehmigt worden.

Hiergegen hat der Kläger am 25.07.2013 die Klage erhoben. Er ist der Auffassung, den angefochtenen Bescheiden mangle es an einer wirksamen Rechtsgrundlage. Auch werde nicht hinreichend nachvollziehbar substantiiert, was im Einzelnen einbezogen sein soll. Soweit sich die Beklagte auf die Argumentation des Urteils des BSG vom 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - berufe, dessen Annahmen wohl auch der hessische Gesetzgeber geteilt habe, seien die Annahmen unrichtig. Von einer gravierenden strukturellen Änderung könne nur dann ausgegangen werden, wenn die zu verteilende Gesamtvergütung erheblich sinke. Nach den Angaben der KBV für das Quartal IV/11 seien die Honorarsummen der vertragsärztlichen Praxen in Hessen gestiegen und stiegen weiter. Es gehe nicht um den Ausgleich stagnierender oder rückläufiger Verteilungsvolumina, sondern die Bemessungsgrundlage für Versorgungsleistungen werde noch weiter ausgeweitet. Der Beklagten seien die Verträge bekannt, an denen er teilnehme. In diesen Verträgen würden wie in allen relevanten Verträgen der integrierten Versorgung in Hessen nicht ambulante Leistungen vergütet werden, sondern vielmehr solche, welche dem stationären Sektor i. S. d. [§ 140a](#) ff. SGB V zuzurechnen seien. Die Verträge definierten ein neues, gesondert vergütetes, von niedergelassenen Ärzten zu übernehmendes Aufgabenspektrum. Die Beklagte beziehe Honorare für stationäre Leistungen aus diesen Verträgen ein. Auch beziehe sie Leistungen ein, die gar nicht im EBM enthalten seien. Bei einem Teil der Umsätze handle es sich auch um durchlaufende Posten, wie zum Beispiel Ersatz für beschaffte Hilfsmittel. Auch Sachkosten würden erfasst werden, die ansonsten unmittelbar mit den Krankenkassen und abseits der EHV abgerechnet werden würden. Auch sei die Schätzung der Beklagten fehlerhaft. Auf Grund der Dauer seiner vertragsärztlichen Tätigkeit könne die Beklagte Veränderungen in seinem Honorar in die Schätzung einbeziehen. Die Beklagte verfüge auch über spezifische Daten der Umsatz- und Kostenentwicklungen im Bereich der einzelnen Facharztgruppen. Die Novellierung des § 8 KVHG mit Wirkung ab dem 23.12.2009 lasse die Rechtmäßigkeit der Regelung in mehrerlei Hinsicht zweifelhaft erscheinen. Der hessische Landesgesetzgeber besitze nicht die Kompetenz, die Bemessungsgrundlage der EHV zu erweitern. Direkt- bzw. Selektivverträge unterlägen nicht mehr dem Zuständigkeitsbereich der KV. Zwischen dem Honorar aus Direkt- bzw. Selektivverträgen und den Gesamtvergütungen sei zu unterscheiden. Jedenfalls könne die KV nicht solche Vergütungsanteile in die EHV einbeziehen, die nie Teil der Gesamtvergütungen gewesen seien. § 8 KVHG greife in die zwischenzeitliche alleinige Gesetzgebungskompetenz des Bundes ein. Auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei eine Erweiterung des Systems auf aus Direkt- oder Selektivverträgen resultierenden Honoraren nicht möglich. Der KV Hessen könne eine Satzungsbefugnis nicht übertragen werden. Die Satzungsbefugnis werde durch den Sicherstellungsauftrag begrenzt. Das Honorar aus Direkt- oder Selektivverträgen gehöre gerade nicht zum Aufgabenbereich der KV Hessen. Unzulässig sei auch, die Ärzte zur Auskunft durch Landesgesetz oder Satzung der KV Hessen zu verpflichten. In dem Online-Auskunftsverlangen der KV Hessen sei mangels Regelungscharakters auf Grund fehlender Vollstreckbarkeit kein Verwaltungsakt zu erblicken. Auskünfte könnten durch die KV nicht erzwungen werden. Anfechtbar sei nur der Schätzbescheid. Jedenfalls bei der Festlegung der Höhe einer Beitragsbemessungsgrenze handle es sich um eine essentielle Entscheidung, die durch den (Landes-)Gesetzgeber selbst getroffen werden müsse und nicht der KV Hessen übertragen werden dürfe. Auch die Regelungen des § 3 GEHV zur Höhe von Versorgungsansprüchen und deren Höhe (mit Blick auf unlimitierte Beitragspflichten) seien unwirksam, weil die Übertragung der Regelungskompetenz durch die Landesgesetzgeber rechtswidrig sei. Ein Widerspruch sei belegungsfrei zulässig. Eine Widerspruchsbelehrung, welche die Zulässigkeit des Widerspruchs von spezifischen Angaben abhängig mache, löse Fristen nicht aus. Der Schätzbescheid sei jedenfalls nichtig, da er willkürlich fehlerhaft erfolgt sei. Er hat die rechtliche Stellungnahme seines Prozessbevollmächtigten vom 17.01.2012 zur Gerichtsakte gereicht.

Der Kläger beantragt,

die Bescheide zur Festsetzung der Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nach § 11 Abs. 6 GEHV vom 11.09.2013 für das Quartal III/11, vom 24.10.2012 für das Quartal IV/11, vom 25.10.2012 für das Quartal I/12 und vom 26.10.2012 für das Quartal II/12, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.06.2013, aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie teilt mit, auf Grund der strittigen Bescheide seien die EHV-Beiträge für das Quartal III/11 in Höhe von 1.250,00 EUR, für das Quartal IV/11 in Höhe von 1.318,25 EUR, für das Quartal I/12 in Höhe von 1.322,75 EUR und für das Quartal II/12 in Höhe von 1.329,78 EUR einbehalten worden. Ferner verweist sie auf ihr Meldeverfahren, das den Vertragsärzten eine differenzierte Erfassung ihrer Honorarumsätze ermögliche. Sie habe wiederholt auf die Meldepflicht hingewiesen. Erst dann habe sie die Schätzung vorgenommen. Im Widerspruchsverfahren habe sie eine Nachmeldemöglichkeit angeboten. Bei allen eingelegten Widersprüchen habe es an der Zulässigkeitsvoraussetzung des Einreichens der Umsatzunterlagen gefehlt. Anstelle einer eidesstattlichen Versicherung habe sie auch eine Erklärung der Richtigkeit und Vollständigkeit ausreichen lassen und dies mitgeteilt. Die besondere Voraussetzung zum Widerspruchsverfahren in § 11 Abs. 7 GEHV entspreche der Vorgabe in § 8 Abs. 3 KVHG. Sie sei an die Vorgaben des Landesgesetzes gebunden. Die Unterlagenvorlage sei als besondere Zulässigkeitsvoraussetzung des Widerspruchsverfahrens normiert. Sie beschreibe nach Form und Wesen eine besondere Ausprägung des Rechtsschutzbedürfnisses. Die rein pauschale Behauptung, dass die Schätzung unrechtmäßig (berechnet) sei, sei für sich genommen für eine Überprüfung ungeeignet. Bei fehlenden Angaben sei sie zur Schätzung befugt. Derjenige, der seiner Meldepflicht nicht nachkomme, dürfe nicht besser stehen als der durchschnittlich Gesetzestreue. Sie habe keine andere Möglichkeit zur Sachverhaltserforschung und sei auf

die Mitwirkung angewiesen. Individuelle Daten hätten ihr nicht vorgelegen. Die Rechtsgrundlagen für ihre Bescheide seien rechtmäßig.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 21.11.2014 die Beiladung ausgesprochen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

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

Ein Vorverfahren ist durchgeführt worden. Die von der Beklagten angenommene Unzulässigkeit der Widersprüche führt nicht bereits zur Unzulässigkeit der Klage. Die Beklagte beruft sich auf die Versäumung der Widerspruchsfrist, weil innerhalb der Widerspruchsfrist nicht die erforderlichen Unterlagen eingereicht worden seien. Die Einhaltung der Widerspruchsfrist ist aber keine Voraussetzung für die Zulässigkeit der Klage (vgl. BSG, Urt. v. 12.10.1979 - [12 RK 19/78 - BSGE 49, 85](#) = SozR 1500 § 84 Nr. 3, juris Rdnr. 18 ff.; BFH, Urt. v. 11.10.1977 - [VII R 73/74 - BFHE 124, 1](#), juris Rdnr. 7; FG München, Urt. v. 19.07.2013 - [8 K 3028/12](#) - [EFG 2014, 322](#), juris Rdnr. 26; Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/ders., SGG, 11. Auflage 2014, § 84, Rdnr. 8).

Die Klage ist aber unbegründet. Die angefochtenen Bescheide vom 11.09.2012, 24.10.2012, 25.10.2012 und 26.10.2012, alle in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.06.2013, sind im Ergebnis rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Die Klage war abzuweisen.

Soweit die Beklagte von einer Unzulässigkeit der Widersprüche ausgeht, war ihr allerdings nicht zu folgen. § 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG sind als bloße Ordnungsvorschriften zu verstehen. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass der Landesgesetzgeber mit § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG eine weitere Voraussetzung für die Zulassung eines Widerspruchs aufstellen wollte, was im Übrigen gegen Bundesrecht ([§ 84 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) verstoßen würde. Im Ergebnis nicht zu beanstanden waren aber die Festsetzungen in den strittigen Ausgangsbescheiden. Mit § 11 GEHV und § 8 KVHG besteht eine ausreichende und wirksame Rechtsgrundlage. Der einzelne Arzt konnte zur Auskunft verpflichtet werden. Die Beklagte konnte die Schätzbescheide in der Höhe der von ihr auf 25.000,00 EUR geschätzten Durchschnittseinnahmen festsetzen. Dies hat die Kammer bereits mit Urteil vom 19.11.2014 - [S 12 KA 442/13](#) - entschieden, woran die Kammer nach nochmaliger Prüfung festhält.

Die Widersprüche des Klägers waren nicht unzulässig.

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 1. Juli 2011. 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 einen Wert von 5 % nicht überschreiten. Die festgestellten Ansprüche beziehen sich auf das jeweils anerkannt durchschnittliche Honorar aus der Behandlung von Versicherten der Primär- und Ersatzkassen gemäß § 3 i. V. m. § 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 quotenmäßige Belastung der Punktwerte der Honorarverteilung nach Satz 2 darf 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 angehörnden 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.

§ 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).

§ 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG mit dem Erfordernis, innerhalb der Widerspruchsfrist von einem Monat die vollständigen Unterlagen zu den Einkünften aus sog. Selektivverträgen vorzulegen, ist nicht als abweichende Vorschrift zum Sozialgerichtsgesetz anzusehen. Nach [§ 84 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) ist der Widerspruch binnen eines Monats, nachdem der Verwaltungsakt dem Beschwerdeführer bekanntgegeben worden ist, schriftlich oder zur Niederschrift bei der Stelle einzureichen, die den Verwaltungsakt erlassen hat. Eine Begründung ist grundsätzlich nicht erforderlich (vgl. Leitherer, a.a.O., § 84, Rdnr. 2). § 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG sind daher als bloße Ordnungsvorschriften zu verstehen, die nicht abweichend zu den Vorschriften des Sozialgerichtsgesetzes weitere Zulässigkeitsvoraussetzungen für die Erhebung eines Widerspruchs aufstellen (vgl. bereits zu einer ähnlichen Vorschrift im Güterkraftverkehrsgesetz BVerwG, Urt. v. 17.01.1957 - [I C 34.56](#) - [BVerwGE 4, 233](#) = Buchholz 442.03 § 79 GüKG Nr. 1, juris Rdnr. 8; siehe ferner Kopp/Schenke, Verwaltungsgerichtsordnung, 14. Aufl. 2005, § 70, Rdnr. 5 m.w.N.).

Diesem Auslegungsergebnis steht die Heranziehung der Entstehungsgeschichte nicht entgegen. Aus den Gesetzesmaterialien wird vielmehr deutlich, dass sich der Landesgesetzgeber mit der von der Kammer hier aufgezeigten Problematik bundesrechtlicher Vorgaben nicht auseinandergesetzt hat und jedenfalls nicht eine weitere Zulässigkeitsvoraussetzung für einen Widerspruch schaffen wollte.

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).

Möglicherweise sollte die Widerspruchslösung den Bedenken der Beklagten im Gesetzgebungsprozess Rechnung tragen. Die Beklagte hatte in ihrer Stellungnahme zu der schriftlichen Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der SPD (LTag-Drs. 18/767) mit Schreiben vom 27.08.2009, Seite 6, Bedenken dahingehend geäußert, dass die Schätzung die Gefahr berge, dass die Vertragsärzte gegen die Schätzung und den daraus resultierenden Honorarabzug Widersprüche einlegen würden und somit die Höhe des quartalsweise zur Verfügung stehenden EHV-Betrages rechtsverbindlich erst nach Abschluss der Widerspruchsverfahren feststehen würde (vgl. Ausschussvorlage AFG 18/6, Teil 2, S. 21 ff., 26). Mit diesen Bedenken wurde jedoch nicht berücksichtigt, dass Widersprüche gegen diese Festsetzungen oder Schätzbescheide keine aufschiebende Wirkung haben. Im Übrigen hätte es ansonsten einer ausdrücklichen bundesgesetzlichen Vorschrift bedurft, dass Widerspruch und Klage keine aufschiebende Wirkung haben ([§ 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG](#)), soweit nicht davon auszugehen ist, dass die Festsetzungsbescheide selbst als Bescheide über Beitrags- und Umlagepflicht bzw. bei Zusammenziehen der Umsatzfestsetzungen mit den eigentlichen Festsetzungen der EHV-Beiträge unter [§ 86a Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) fallen.

Widerspruch und Klage gegen die hier strittigen Festsetzungen haben keine aufschiebende Wirkung. Bei der Erweiterten Honorarverteilung nach den GEHV handelt es sich noch um eine Honorarverteilung i. S. d. [§ 87b SGB V](#), auch wenn für diese viele Besonderheiten gelten (vgl. LSG Hessen, UrT. v. 13.07.2011 - L 4 KA 52/10 -, Umdruck S. 6 m.w.N.). Die Berechtigung der Beklagten zur Durchführung der EHV und die Verpflichtung des Vertragsarztes zur Duldung der damit verbundenen Minderung des für ihn geltenden Auszahlungspunktwertes hat das Bundessozialgericht ausdrücklich als integralen Bestandteil des besonderen Status angesehen, unter dem die hessischen Vertragsärzte in der aktiven wie in der inaktiven Phase an der Honorarverteilung teilnehmen (vgl. BSG, UrT. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 115 f.; BSG, UrT. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) - juris Rdnr. 22). Gerade für die Beitragseinziehung bei den aktiven Vertragsärzten bzw. Leistungserbringern gilt, dass dies Teil der Honorarverteilung ist. Von daher ist [§ 87b Satz 4 SGB V](#) hier anwendbar, wonach Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung keine aufschiebende Wirkung haben. Dies gilt auch für Festsetzungen der Einnahmen aus Sonderverträgen, die der EHV unterworfen werden.

Im Übrigen bestünden erhebliche Zweifel, ob der Landesgesetzgeber und die Beklagte abweichende Regelungen zum Sozialgerichtsgesetz treffen könnten. Insofern ist das Sozialgerichtsgesetz und hier insb. [§ 84 SGG](#) abschließend zu verstehen und lässt es Abweichungen nicht zu (s. [§ 219 SGG](#)) bzw. fehlt es im Sozialgerichtsgesetz an einem Vorbehalt zugunsten der Landesgesetzgebung. Maßgeblich für die Einlegung von Widersprüchen ist allein Bundesrecht. Der Bundesgesetzgeber versteht das Vorverfahren als Prozessvoraussetzung und damit Teil des Prozessrechts, weshalb er das Vorverfahren in den jeweiligen Prozessordnungen abschließend geregelt hat, wofür er auch zuständig ist (für die VwGO s. BVerfG, Beschl. v. 11.10.1966 - [2 BvL 15/64](#) - [BVerfGE 21, 106](#) = [BVerfGE 21, 106](#), juris Rdnr. 37 ff.; BVerfG, Beschl. v. 17.01.1967 [2 BvL 24/63](#) - [BVerfGE 21, 106](#), juris Rdnr. 33). Für Bescheide der Beklagten und das sozialgerichtliche Verfahren gilt allein [§ 84 SGG](#).

Im Übrigen bestünden Zweifel, ob überhaupt eine Begründungspflicht eingeführt werden könnte. Soweit z. B. § 44 Abs. 1 Ärzte-ZV in der bis Ende 2006 geltenden Fassung eine Begründungsfrist vorsah, nach der innerhalb eines Monats nicht nur Widerspruch einzulegen, sondern auch der Widerspruch zu begründen ist, was im allgemeinen Verwaltungsverfahren unbekannt ist, hat das Bundessozialgericht dies als eine zulässige Sonderregelung gegenüber den Vorschriften des SGG über das Widerspruchsverfahren angesehen, aber zuletzt auf seine Rechtsprechung zum Gesetzesrang der Ärzte-ZV, wovon allerdings nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht mehr ausgegangen werden kann (vgl. BVerfG, Beschl. v. 13.09.2005 - [2 BvF 2/03](#) - [BVerfGE 114, 196](#) = [SozR 4-2500 § 266 Nr. 9](#), juris Rdnr. 190 ff.), hingewiesen, weshalb dem Gesichtspunkt der Sonderregelung gegenüber den [§§ 78, 83](#) ff. SGG weniger Bedeutung zukomme, und Ausnahmen als möglich angesehen (vgl. BSG, UrT. v. 23.02.2005 [B 6 KA 69/03 R](#) - [GesR 2005, 411](#) = [ZMGR 2005, 229](#), juris Rdnr. 21 ff.; BSG, UrT. v. 23.02.2005 - [B 6 KA 70/03 R](#) - [SozR 4-5520 § 33 Nr. 5](#), juris Rdnr. 22 ff.; im Einzelnen s. Pawlita, in: jurisPK-SGB V, 1. Auflage 2008, [§ 97 SGB V](#), Rdnr. 15). Das Bundesverfassungsgericht hat in einem einstweiligen Anordnungsverfahren nach [§ 32 Abs. 1 BVerfGG](#) aufgrund einer Zulassungsentziehung eine offensichtliche Unbegründetheit einer Verfassungsbeschwerde verneint, weil zu prüfen sein werde, ob die mittelbar angegriffene Vorschrift des § 44 Zahnärzte-ZV von der Ermächtigung in [§ 98 Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#) gedeckt sei und mit [§ 97 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), der ohne Einschränkung auf [§ 84 Abs. 1 SGG](#) verweise, in Einklang stehe (vgl. BVerfG, Beschl. v. 25.05.2001 - [1 BvR 848/01](#) - juris Rdnr. 2).

Auf § 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG kann daher eine Unzulässigkeit des Widerspruchs nicht gestützt werden. Der Kläger weist insofern auch zutreffend darauf hin, dass die Rechtsauffassung der Beklagten zu einer Verletzung der Rechtsschutzgarantie nach [Art. 19 Abs. 4 GG](#) führen würde. Eine besondere Sanktion gegen die Ordnungsvorschriften nach § 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG ist nicht vorgesehen. Eine zusätzliche Verpflichtung zur bereits nach § 11 Abs. 6 Satz 1 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 1 KVHG bestehenden Meldepflicht wird nicht aufgestellt. Insofern kommt bei einem Pflichtenverstoß, da es sich bei der Auskunftspflicht um eine Pflicht nach [§ 95](#)

[Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) handelt, ggf. eine disziplinarrechtliche Sanktion ([§ 81 Abs. 5 SGB V](#)) in Betracht und verbleibt es bei der Schätzungsbefugnis der Beklagten nach § 11 Abs. 6 Satz 2 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 2 KVHG. Zusätzliche Verfahrensvoraussetzungen, wie sie die Beklagte annimmt, können daraus jedenfalls nicht abgeleitet werden.

Von einer Verpflichtung der Beklagten zur materiellrechtlichen Bescheidung der Widersprüche des Klägers konnte die Kammer aber aus Gründen der Prozessökonomie absehen, da sich die Beklagte sachlich auf die Klage eingelassen und deren Abweisung beantragt hat (vgl. BVerwG v. 02.09.1983 - [7 C 97/81](#) - Buchholz 442.03 § 9 GüKG Nr. 13, juris Rdnr. 8 m.w.N.).

Die angefochtenen Bescheide vom 11.09.2012, 24.10.2012, 25.10.2012 und 26.10.2012, alle in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.06.2013, sind im Ergebnis aber rechtmäßig.

Die Rechtsgrundlage für die Festsetzung der EHV-relevanten Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nach § 11 GEHV und § 8 KVHG ist rechtmäßig. Die Satzungsgrundlage und das dieser zugrunde liegende Landesgesetz sind insbesondere nicht wegen Verstoßes gegen die Gesetzgebungskompetenz rechtswidrig und damit nichtig. Dies hat die Kammer bereits mit Urteil vom 05.11.2014 - [S 12 KA 392/13](#) - entschieden, woran sie festhält.

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 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 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. Die Kammer hält es 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 Verzögerungen zu vermeiden.

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 insbesondere durch die [§§ 73b, 73c](#) und [73d SGB V](#) in der damaligen Fassung erheblich ausgebaut. 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, [BGBl. I, 2426](#) setzte den Krankenkassen nunmehr eine Frist bis zum 30.06.2009 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).

Der Landesgesetzgeber hat auch nicht danach unterschieden, ob es sich bei den Leistungen nach den Sonderverträgen um Leistungen handelt, die vormals über die Beklagte im Rahmen der Teilnahme an der Honorarverteilung handelt. Auch soweit in Sonderverträgen zusätzliche Leistungen vereinbart werden, was im begrenzten Rahmen zulässig ist, handelt es sich um Leistungen "aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung", da die gesetzlichen Krankenkassen immer Kostenträger dieser Leistungen sind und ihr Leistungskatalog den gesetzlichen Vorgaben entsprechen muss. Weder der Landesgesetzgeber und noch ihm folgend der Satzungsgeber waren darauf beschränkt, als Schätzgrundlage nur das heranzuziehen, was durch direkte Abrechnungen dem Zugriff der KV Hessen entzogen worden ist. Es können auch Einkünfte aus Sonderverträgen, insbesondere aus Verträgen der integrierten Versorgung herangezogen werden, die aus Leistungen resultieren, welche erstmals zusätzlich und anderweitig abrechenbar sind, auch wenn das darauf entfallene Honorar der Beklagten nicht unmittelbar entzogen wird. Insofern kommt es nicht darauf an, ob die Leistungen auch über die Beklagte abgerechnet werden könnten oder nicht. Jedenfalls war der Landesgesetzgeber im Rahmen einer zulässigen Pauschalierung nicht gehalten, weitergehende Differenzierungen vorzunehmen, da es sich bei den weiteren Leistungen im Regelfall nur um einen geringeren Teil handeln und eine Unterscheidung zu erheblichen Abgrenzungsproblemen führen dürfte. Besondere Kostenstrukturen im Rahmen der Sonderverträge werden durch [§ 11 Abs. 5](#) und [Abs. 6 Satz 1 GEHV](#) hinreichend berücksichtigt.

Der Beklagten sind auch die Verträge nicht bekannt, an denen der Kläger teilnimmt. Im Übrigen ist es dem Kläger ohne weiteres möglich, die Verträge zu benennen und/oder vorzulegen. Soweit er vorträgt, in diesen Verträgen würden wie in allen relevanten Verträgen der integrierten Versorgung in Hessen nicht ambulante Leistungen vergütet werden, sondern vielmehr solche, welche dem stationären Sektor i. S. d. [§§ 140a ff. SGB V](#) zuzurechnen seien, war dies für die Kammer nicht nachvollziehbar. [§ 140a ff. SGB V](#) beinhalten eine sektorenübergreifende Versorgung, bereits von daher können sie nicht pauschal dem stationären Sektor zugeordnet werden. Dies gilt insbesondere für die Tätigkeit des Klägers als Vertragsarzt, der gerade auch im Bereich der [§§ 140a ff. SGB V](#) weiterhin ambulant tätig wird. Soweit der Kläger - wiederum nur ganz allgemein - behauptet, bei einem Teil der Umsätze handele es sich auch um durchlaufende Posten, wie zum Beispiel Ersatz für beschaffte Hilfsmittel, sind solche Positionen grundsätzlich abzugsfähig. Auch für Sachkosten gelten die Regelungen, wie sie auch für die über die Teilnahme an der Honorarverteilung abgerechneten Leistungen gelten.

Die Beklagte ist damit 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. Für diese Zwecke war sie berechtigt, die hier strittigen Festsetzungen im Wege der Schätzung gegenüber dem Kläger nach [§ 11 Abs. 6 Satz 2](#) und [4 GEHV](#) und [§ 8 Abs. 3 Satz 2 KVHG](#) vorzunehmen.

Die Festlegung der Höhe einer Beitragsbemessungsgrenze ist vorliegend nicht streitbefangen, so dass Ausführungen zur diesbezüglichen

Reichweite des Gestaltungsspielraums der Beklagten als Satzungsgeberin und der Bestimmtheit der Ermächtigungsgrundlage entbehrlich sind. Gleiches gilt für die Regelungen des § 3 GEHV zur Höhe von Versorgungsansprüchen und deren Höhe (mit Blick auf unlimitierte Beitragspflichten).

Auskunftspflichtig nach § 11 Abs. 6 Satz 1 GEHV ist der einzelne Vertragsarzt - hier der Kläger - und nicht die evtl. bestehende Berufsausübungsgemeinschaft. Ihm gegenüber ist die Beklagte bei fehlender oder unzureichender Auskunft befugt, eine Schätzung vorzunehmen und den Schätzbescheid zu erlassen. Das ist insofern konsequent, als Vertragspartner eines Sondervertrags nicht zwingend die Berufsausübungsgemeinschaft wird, sondern u. U. der einzelne Vertragsarzt selbst. Dieser tritt einem Hausarztvertrag bei bzw. unter weiteren Voraussetzungen kann u. U. auch mit ihm ein Hausarztvertrag geschlossen werden ([§ 73b Abs. 5 SGB V](#)). Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung und zur integrierten Versorgung können ebf. mit einzelnen Vertragsärzten geschlossen werden ([§ 73c Abs. 3 Satz 1 Nr. 1](#) bzw. [§ 140b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)). Andererseits sind zur Finanzierung der Erweiterten Honorarverteilung ergänzend zu der Quotierung der Gesamtvergütung sämtliche Vergütungen aus den Sonderverträgen heranzuziehen (§ 11 Abs. 1 Satz 1 GEHV). Schuldner dieser Leistung kann aber als der gegenüber der Beklagten auftretende Leistungserbringer nur die Berufsausübungsgemeinschaft sein, auch wenn der einzelne Arzt und nicht die Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MVZ die Anwartschaft auf spätere Teilnahme an der EHV erwirbt (§ 1 Abs. 1 Satz 1 GEHV), da die für die Finanzierung der nach §§ 3 ff. festgestellten EHV-Ansprüche notwendigen Mittel durch Quotierung der im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte bereitgestellt werden (§ 8 Abs. 1 Satz 1 GEHV). Die Heranziehung sämtlicher Vergütungen aus den Sonderverträgen zu der Quotierung der Gesamtvergütung nach § 11 Abs. 1 Satz 1 GEHV bedeutet demnach, dass die auf die einzelnen Gesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft entfallenden weiteren Einnahmen dem der EHV unterliegenden Honorar der Berufsausübungsgemeinschaft - fiktiv - hinzugerechnet werden. Von daher entfalten die Festsetzungen über den Umfang dieser Einnahmen aus Sonderverträgen Drittwirkung gegenüber der Berufsausübungsgemeinschaft.

Die Beklagte konnte die Schätzbescheide in der Höhe der von ihr auf 25.000,00 EUR geschätzten Durchschnittseinnahmen festsetzen. Die Satzung ermächtigt die Beklagte bei fehlenden Angaben des Arztes zur Schätzung. Die Beklagte hat nunmehr den Umfang der Einnahmen aus Sonderverträgen angegeben und hierzu weitere Unterlagen vorgelegt. Danach ist von folgenden Einnahmen (Angaben in EUR) auszugehen:

Quartal III/11 IV/11 I/12 II/12
Gesamtsumme 11.313.339,05 10.148.049,42 11.504.895,80 10.263.640,20
Summe Schätzbescheide 4.600.000,00 2.818.750,00 3.756.250,00 3.493.750,00
Summe Meldungen) 0 EUR 6.713.339,05 7.329.299,42 7.748.645,80 6.789.890,20
Anzahl Ärzte 820 923
Obere 30 % 6.175.175,00 7.089.907,80
Anzahl Ärzte 246 277
Durchschnitt 25.102,34 25.595,34

Bei ihrer Schätzung konnte die Beklagte von den Durchschnittseinnahmen auf der Grundlage der oberen 30 % der gemeldeten Umsätze ausgehen, da zu Recht vermutet werden kann, dass derjenige, der seine Umsätze nicht meldet, überdurchschnittliche Umsätze hat und in dieses Drittel fällt. Dem Kläger wäre es ohne weiteres möglich, die Schätzgröße durch Angabe seiner tatsächlichen Umsätze zu widerlegen. Als ungefähre Schätzgröße konnte die Beklagte auch von einem einheitlichen Betrag in allen vier streitbefangenen Quartalen ausgehen. Soweit mit dem LSG Hessen davon auszugehen ist, dass bei Schätzungen kein der Gerichtskontrolle entzogener Beurteilungsspielraum besteht, sondern das Gericht die Schätzung selbst vorzunehmen bzw. jedenfalls selbst nachzuvollziehen hat, was allerdings nicht bedeutet, dass das Gericht nunmehr erneut alle Schätzungsgrundlagen erhebt und eine völlig eigene Schätzung vornimmt, sondern es ausreicht, wenn das Gericht sich diese Ausführungen zu Eigen macht (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 27.08.2014 - [L 4 KA 11/13](#) - unter Hinweis auf BSG, Urt. v. 14.07.1998 - [11/7 RAR 41/87](#) - [SozR 4100 § 115 Nr. 2](#), S. 14; BSG, Urt. v. 17.09.1997 - [6 RKA 86/95](#) - [SozR 3-5550 § 35 Nr. 1](#) = [MedR 1998, 338](#), juris Rdnr. 28), so konnte die Kammer die Schätzung aus den genannten Gründen nachvollziehen. Insofern kommt es nicht darauf an, dass die Beklagte die Grundlagen ihrer Schätzung in den Bescheiden gegenüber den Gesellschaftern oder im Bescheid zur Beitragsfestsetzung nicht angegeben hat.

Dem Antrag der Beigeladenen auf Schriftsatznachlass war nicht Folge zu leisten. Die Beiladung erfolgte, weil die Kammer von einer Drittwirkung des angefochtenen Bescheids ausgeht. Der Prozessbevollmächtigte hat in der mündlichen Verhandlung ausgeführt, er wolle noch zu den einzelnen Leistungen aus den Sonderverträgen gerade in Bezug auf den Kläger hinweisen. Für die Einbeziehung der Vergütung aus Sonderverträgen kommt es aber, wie bereits ausgeführt und von der Kammer bereits mit dem in den bekannten Datenbanken veröffentlichten Urteil vom 19.11.2014 - [S 12 KA 442/13](#) - entschieden, worauf die Kammer mit Verfügung vom 21.11.2014 hingewiesen hat, nicht darauf an, ob es sich um Leistungen handelt, die auch nach dem EBM abgerechnet werden könnten oder um darüber hinausgehende Leistungen, die ohne einen Sondervertrag privatärztlich abzurechnen wären. Ferner handelt es sich hier um einen Schätzbescheid, der nicht auf den tatsächlichen Leistungen des Klägers beruht, da dieser jede Auskunft verweigert hat. Im Übrigen geht es um Leistungen des Klägers und nicht der beigeladenen Berufsausübungsgemeinschaft, der der Kläger zudem angehört. Dem Kläger wäre es unbenommen gewesen, hierzu bereits in der Vergangenheit vorzutragen. Auch hat die Beigeladene nicht behauptet, sie sei nicht vollständig über das Prozessgeschehen informiert. Dafür spricht auch, dass der Geschäftsführer der Beigeladenen in der mündlichen Verhandlung mit dem Prozessbevollmächtigten des Klägers, der die Beigeladene ebf. vertritt, für diesen aufgetreten ist. Eine Vertagung hätte daher zu weiteren Verzögerungen geführt, wofür ein Grund nicht ersichtlich ist.

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

2016-03-11