S 12 KA 330/13

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 330/13
Datum
06.02.2015
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 11/15
Datum
11.04.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 16/18 R
Datum
11.12.2019
Kategorie
Gerichtsbescheid
Leitsätze
1. Bei dem Einbehalt des EHV-Beitrags im Honorarbescheid ab dem Quartal III/12 handelt es sich um einen Realakt, mit dem die Umsetzung des Beitragsklassenbescheides vorgenommen wird. Eine Anfechtungsklage hiergegen ist unzulässig. Eine Rechtsschutzlücke entsteht hierdurch nicht, da der Rechtsweg jedenfalls gegen den Beitragsklassenbescheid eröffnet ist.
2. Im Übrigen Parallelverfahren zu SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - S 12 KA 420/14 - RID 14-04-67, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 83/14 -.
1. Unter Aufhebung des Bescheids vom 31.08.2012 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 10.04.2013 und des Bescheids vom 02.08.2013 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 12.03.2014 wird die Beklagte verpflichtet, über die Eingruppierung der Klägerin und die Festsetzung des Quartalsbeitrags zur EHV unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

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

4. Der Streitwert wird auf 17.540,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 4 und des EHV-Beitrags in Höhe von 2.508,00 EUR je Quartal, was einem Jahresbetrag von 10.032,00 EUR entspricht, nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten (GEHV) für das Beitragsjahr 2012/2013, die Ablehnung der Änderung der Beitragsklasse und den Abzug des EHV-Beitrags im Honorarbescheid für das Quartal IV/12 in Höhe von 2.508,00 EUR, wobei die Klägerin insb. ihre Heranziehung zur EHV grundsätzlich als rechtswidrig ansieht.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Allgemeinmedizin seit 01.04.2012 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in C-Stadt zugelassen.

Die Beklagte stufte mit Bescheid vom 31.08.2012 für den Zeitraum 01.07.2012 bis 30.06.2013 die Klägerin in die Beitragsklasse 4 ein und setzte danach den Beitrag je Quartal auf 2.508,00 EUR, was einem Jahresbetrag von 10.032,00 EUR entspricht, fest. Hierbei ging sie von folgenden Eckdaten aus:
Gesamthonorar 2010 in EUR 199.507,21
Durchschnittshonorar 2010 in EUR 205.389,02
Anteil am Durchschnittshonorar 97,14 %
Ermittelte Beitragsklasse 4

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 20.09.2012 Widerspruch ein, den sie nicht näher begründete.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 10.04.2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, eine Reform der EHV sei angesichts einer wachsenden Anzahl von EHV-Empfängern und einer gleichzeitig abnehmenden Anzahl von Einzahlern erforderlich geworden. Mit der aktuellen Neufassung habe sie u. a. ein Beitragsklassenmodell eingeführt. Jeder aktive Vertragsarzt werde danach in eine der neun Beitragsklassen eingestuft. Grundlage für die Einstufungen in die jeweilige Beitragsklasse bilde das prozentuale Verhältnis des arztindividuellen Honorars zum Durchschnittshonorar aller aktiven Vertragsärzte (Beitragszahler). Das Honorar der Klägerin

im für den Beitrag maßgebliche Jahr 2010 in Höhe von 199.507,21 EUR ergebe sich aus dem Honorar ihres Vorgängers C., was die Beklagte quartalsmäßig darstellte.

Hiergegen hat die Klägerin am 10.05.2013 die Klage erhoben.

Die Klägerin wies mit Schreiben vom 18.02.2013 darauf hin, sie sei erst ab dem 01.04.2012 vertragsärztlich tätig, weshalb sie die Einstufung in die niedrigste Beitragsklasse erwarte. Mit dem Abrechnungsbescheid für das Quartal III/12 habe sie erfahren, dass anstatt einer Restzahlung ein Einbehalt in Höhe von 2.508,00 EUR verbucht worden sei.

Die Beklagte wies mit Bescheid vom 02.08.2013 den Antrag auf Änderung der Beitragsklasse ab. Darin führte sie aus, bei einer Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit erfolge die Einstufung in die Beitragsklasse 4. Auf der Grundlage des § 3 Abs. 2 GEHV habe ihr Vorstand beschlossen, bei fehlenden Ausgangswerten aus dem Jahr 2010 stattdessen als Ausgangswerte für die Einstufung in die Beitragsklasse das Jahr 2011 heranzuziehen. Sofern die Ausgangswerte des Jahres 2011 ebf. nicht vollständig vorlägen, würden die ersten vier Quartale seit Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit herangezogen werden. Soweit keine vier zusammenhängenden Abrechnungsquartale vorlägen, erfolge die Einstufung auf Basis einer Hochrechnung der vorhandenen Abrechnungsdaten zu einem Jahresgesamthonorar. Als Vergleichsgröße bleibe das Durchschnittshonorar aus dem Vorvorjahr (2010) bestehen.
Gesamthonorar (Hochrechnung auf Basis der Quartale II bis IV/12 in EUR 167.523,08
Durchschnittshonorar 2010 in EUR 205.389,02
Anteil am Durchschnittshonorar in EUR 81,56 %
Ermittelte Beitragsklasse 4

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 07.08.2013 Widerspruch ein, den sie nicht näher begründete.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 12.03.2014 den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie verwies nochmals auf ihren Vorstandsbeschluss und ging von folgenden Daten aus, die sie im Einzelnen erläuterte:
Gesamthonorar Beträge in EUR
Honorar lt. Arztrechnung II/12 44.164,16
EHV-relevantes Honorar II/12 50.001,83

Honorar lt. Arztrechnung III/12 38.092,60
EHV-relevantes Honorar III/12 48.668,18

Honorar lt. Arztrechnung IV/12 43.385,55
EHV-relevantes Honorar IV/12 49.755,71

EHV-relevantes Honorar 2012 (Hochrechnung) 167.523,08

Die Beklagte setzte im Quartal IV/12 das Honorar der Klägerin durch Honorarbescheid wie folgt fest:

Quartal IV/12
Honorarbescheid vom 08.04.2013
Nettohonorar gesamt in EUR 41.606,43
Bruttohonorar PK + EK in EUR 40.877,55
Fallzahl PK + EK 871
Abzug EHV-Beiträge in EUR 2.508,00

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 10.06.2013 Widerspruch bzgl. des Abzugs für die EHV ein, den sie nicht weiter begründete.

Die Beklagte wies mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 12.03.2014 den Widerspruch hinsichtlich des EHV-Einbehalts als unzulässig und im Übrigen als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie u. a. aus, bei dem im nunmehr angefochtenen Honorarbescheid einbehaltenen EHV-Beitrag handele es sich lediglich um einen Realakt, in dem die Umsetzung des Beitragsklassenbescheides vorgenommen werde. Der hiergegen erhobene Widerspruch sei deshalb unzulässig. Sie weise im Übrigen auf die bereits erhobene Klage gegen den Bescheid zur Einstufung in die Beitragsklasse hin. Soweit sich aufgrund des Verfahrens zur Änderung der EHV-Beitragsklasse eine andere Entscheidung ergeben sollte, werde diese unabhängig von der Bestandskraft der Honorarbescheide umgesetzt werden. Ferner machte sie weitere Ausführungen zur Festsetzung des Honorars.

Mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 15.04.2014 hat die Klägerin die Klage auf die beiden Widerspruchsbescheide vom 12.03.2014 erweitert.

Zur Begründung ihrer Klage trägt die Klägerin vor, nach Erhalt des ersten Beitragsklassenbescheides habe sie der Beklagten telefonisch mitgeteilt, sie erwarte ein Jahreshonorar in Höhe von 120.000,00 EUR. Ausgehend hiervon wäre sie höchstens in die Beitragsklasse 3 einzustufen gewesen, wobei die Praxiskosten nicht berücksichtigt seien. Die Beklagte hätte dies als Antrag auf Änderung der Beitragsklasse werten müssen. Nachdem die Beklagte zunächst mitgeteilt habe, sie werde im Hinblick auf das anhängige Klageverfahren die weiteren Widerspruchsverfahren zunächst zurückstellen, habe sie nach Erlass der weiteren Widerspruchsbescheide die Klage erweitern müssen. Sie beanstande die GEHV und stelle diese insgesamt zur Überprüfung durch das Gericht. Es sei nicht geklärt, warum es einem Arzt zwingend aufgegeben werden könne, an der "Erweiterten Honorarverteilung" teilzunehmen. Das Recht auf Eigentum bzw. die Berufsfreiheit stritten für die Freiheit des Arztes, hieran nicht teilzunehmen. Sie wende sich gegen das Satzungswerk der Beklagten im Ganzen, das auf Umlagebasis eine Finanzierung vorsehe. Sie würde gerne hierauf verzichten und unabhängig hiervon ihre Versorgung bzw. Vorsorge sicherstellen.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid vom 31.08.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.04.2013, den Honorarbescheid vom 08.04.2013 für das Quartal IV/12, soweit darin ein Abzug vom Honorar in Höhe von 2.508,00 EUR als EHV-Beitrag vorgenommen wird, in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.03.2014 und den Bescheid vom 02.08.2013 zur Änderung der Beitragsklasse für die EHV in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.03.2014 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie erläutert ihre Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung in der Neufassung und die Einstufung der Klägerin in die Beitragsklasse 4, wobei sie nochmals auf den Vorstandsbeschluss hinweist. Für das Quartal II/12 ergebe sich aus der Arztrechnung ein Betrag in Höhe von 44.164,16 EUR, die "Summe Primär-/Ersatzkassen" mit dem Betrag in Höhe von 41.907,59 EUR um die Position "Für die Zahlung im Rahmen der EHV einbehaltene Honoraranteile" zu erhöhen sei. Entsprechend erläuterte sie die Abrechnungswerte für die Quartale III/12 bis I/13. Insgesamt ergebe sich für den Zeitraum der Quartale II/12 bis I/13 einschließlich ein Betrag in Höhe von 173.022,31 EUR, der 84,24 % des Durchschnittshonorars in Höhe von 205.389,02 EUR entspreche. Die Einstufung in die Beitragsstufe 4 sei daher zu Recht erfolgt. Im Übrigen bestehe eine Verzahnung zwischen der EHV und dem Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen. Vertragsärzte könnten eine Ermäßigung des Beitrags zum Versorgungswerk um 50 % erreichen. Dadurch werde eine finanzielle Überforderung ausgeschlossen.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach § 105 SGG entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit Verfügung vom 19.01.2014 angehört.

Die Klage ist unzulässig, soweit sie sich gegen den Abzug des EHV-Beitrags im Quartal IV/12 wendet. Der Widerspruchsbescheid vom 12.03.2014 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Beklagte hat zu Recht den Widerspruch der Klägerin mit Schreiben vom 10.06.2013 bzgl. des Abzugs für die EHV als unzulässig zurückgewiesen.

Eine Anfechtungsklage kann nur gegen einen Verwaltungsakt erhoben werden (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG). Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass es sich bei dem im nunmehr angefochtenen Honorarbescheid einbehaltenen EHV-Beitrag lediglich um einen Realakt handelt, in dem die Umsetzung des Beitragsklassenbescheides vorgenommen wird. Nach der Neufassung der Grundsätze der EHV erfolgt eine gesonderte Beitragsfestsetzung nach Beitragsklassen. Der Beitrag zur EHV erfolgt dadurch nicht mehr unmittelbar über eine Quotierung der ärztlichen Leistungen. Insofern handelt es sich bei dem EHV-Beitrag im Honorarbescheid um einen bloßen Rechnungsposten, der zur Aufrechnung mit dem Honoraranspruch dient und der auf diese Weise den Honoraranspruch vermindert und insofern lediglich indirekt zu einer Quotierung führt. Eine Rechtsschutzlücke entsteht hierdurch nicht, da der Rechtsweg jedenfalls gegen den Beitragsklassenbescheid eröffnet ist, wovon die Klägerin auch Gebrauch gemacht hat.

Die im Übrigen zulässige Klage ist auch z. T. begründet. Der Bescheid vom 31.08.2012 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 10.04.2013 und der Bescheid vom 02.08.2013 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 12.03.2014 sind rechtswidrig und waren daher aufzuheben. Die Beklagte ist verpflichtet, über die Eingruppierung der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und die Beiträge entsprechend festzusetzen. Der Klage war daher z. T. stattzugeben. Im Übrigen war die Klage aber, auch soweit sie zulässig ist, abzuweisen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf grundsätzliche Nichtheranziehung zur EHV. Insoweit bestehen eine Verpflichtung der Beklagten zur Durchführung der EHV und hierfür eine grundsätzlich ausreichende Rechtsgrundlage.

Es sind bei der Festsetzung des Durchschnittshonorars besondere Kostenanteile der vertragsärztlichen Leistungen zu berücksichtigen. Es verstößt die grobe Beitragsklasseneinteilung gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung (Art. 3 Abs. 1 GG).

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

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

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

Das Gesetz geht zurück auf einen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD vom 09.06.2009 (LTag-Drs. 18/767; zu den eingegangene Stellungnahmen zu der schriftlichen Anhörung s. Ausschussvorlage AFG 18/6, Teil 1 und Teil 2 mit Stand: 26.08.2009, abrufbar über die Parlamentsdatenbank unter http://starweb.hessen.de/starweb/LIS/Pd Eingang.htm), nachdem ein erster Entwurf vom 06.07.2004 (LTag-Drs. 16/2469) im Landtag nach dem Ablehnungsvorschlag des Sozialpolitischen Ausschusses (LTag-Drs. 16/3200) von der Regierungsfraktion CDU abgelehnt worden war (PlPr 16/53 v. 26.11.2004, S. 3621-3626; zur ersten Lesung s. PlPr 16/42 v. 14.07.2004, S.2786-2789). Im Gesetzentwurf vom 09.06.2009 weist die SPD-Fraktion auf die Verpflichtung zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V bis zum 30.06.2009 durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008, BGBl. I, S. 2426 hin. Hierdurch würden Leistungen, die bisher von zugelassenen Vertragsärzten im System der gesetzlichen Krankenversicherung für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten erbracht worden sind und über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen als Gesamtvergütung abgerechnet wurden, aus diesem Abrechnungskreislauf ausgegliedert werden. Dies führe zu dem Problem, dass aus der Gesamtvergütung herausgebrochene Teile auch nicht ohne weiteres in die Berechnung der Umlage für die EHV zur Deckung der bereits erworbenen Ansprüche und Anwartschaften der Altersversorgung einbezogen werden könnten. Im Ergebnis werde die Bemessungsgrundlage für die EHV deutlich verringert. Deshalb sei eine Änderung des § 8 KVHG dringend erforderlich. Im Hinblick auf die, auch durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 16. Juli 2008 (- B 6 KA 38/07 R - BSGE 101, 106 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 43 = USK 2008-65) erforderlich gewordene, anstehende Gesamtdiskussion über die Zukunft der EHV stelle die vorgeschlagene Änderung des § 8 KVHG eine Zwischenlösung dar. Die Entscheidung hierüber sollte aber der Gesamtdiskussion vorangestellt werden, da ansonsten eine Erfüllung der bereits erworbenen Ansprüche und Anwartschaften voraussichtlich bereits im Quartal III/09 nicht mehr gewährleistet werden könne. Die Änderung sei auch erforderlich, da das BSG in seinem bereits erwähnten Urteil eine Regelungspflicht des Landesgesetzgebers für die Anpassung der EHV an Änderungen der Vertragslandschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erkannt habe. Gegenüber dem Entwurf wurde in Abs. 2 der Verweis auf Verträge insb. nach §§ 73b und 73c SGB V herausgenommen und es bei der Bezugnahme auf die Vergütung aus Direktverträgen belassen und es wurden ausdrücklich auch Verträge zur Integrierten Versorgung aufgenommen. Die Entwurfsfassung sah in Abs. 3 zunächst neben der Offenlegungspflicht des Arztes einen Auskunftsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gegenüber den Krankenkassen über die Vergütungshöhe des einzelnen Arztes vor, was dann durch die Ermächtigung zur Schätzung nach Abs. 3 Satz 2 bis 4 ersetzt wurde. Die Endfassung geht zunächst weitgehend auf den nicht weiter begründeten Änderungsantrag der SPD-Fraktion vom 16.09.2009 (LTag Drs. 18/1104; zu den eingegangene Stellungnahmen zu der schriftlichen Anhörung s. Ausschussvorlage AFG 18/6, Teil 1 mit Stand: 11.11.2009) zurück. Der Ausschuss für Arbeit, Familie und Gesundheit empfahl dann dem Plenum mit den Stimmen der Fraktion der SPD bei Enthaltung der übrigen Fraktionen, den Gesetzentwurf unter Berücksichtigung des Änderungsantrags in zweiter Lesung anzunehmen (LTagDrs. 18/1610 v. 27.11.2009). In einem weiteren, ebf. nicht begründeten Änderungsantrag vom 08.12.2009 (LTag-Drs. 18/1682) schlug die SPD-Fraktion dann die verabschiedete Fassung vor (zur parlamentarischen Beratung s. PlPr. 18/14 v. 17.06.2009, S.874-879; 18/29 v. 09.12.2009, S.2085-2087).

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

Soweit die Klägerin behauptet, die Beitragspflicht könne keinen Bestand vor der Eigentumsgarantie bzw. der Berufsfreiheit haben, wird dies nicht ansatzweise substantiiert. Insbesondere setzt sich die anwaltlich vertretene Klägerin nicht mit der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und Bundesverfassungsgerichts auseinander.

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

Rechtswidrig sind allerdings die Zuordnung zur Beitragsklasse 4 und die Festsetzung des hieraus folgenden Quartalsbeitrags.

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

(1) Die EHV wird finanziert durch Beiträge der aktiven Vertragsärzte, die vom Honorar einbehalten werden. Die Höhe des zu leistenden Beitrags ist abhängig von dem erzielten Honorar aus ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Vorvorjahr des Beitragsjahres, das heißt aller für das herangezogene Kalenderjahr durch die KV Hessen vergüteten ärztlichen Honorare sowie der Honorare aus Selektivverträgen, die in dem entsprechenden Jahr zugeflossen sind. Soweit das über die KV Hessen abgerechnete Honorar

des jeweiligen Vertragsarztes im Quartal nicht ausreichend ist, um den Beitrag durch Honorareinbehalt vollständig zu bedienen, ist er verpflichtet, den nicht verrechenbaren Betrag unverzüglich nach Erhalt eines entsprechenden Zahlungsbescheides an die KV Hessen zu zahlen.
(2) Es werden insgesamt neun Beitragsklassen festgelegt. Anhand des Durchschnittshonorars aller aktiven Vertragsärzte (Beitragszahler) bestimmt sich die Beitragsklasse 4, die den Regelbeitrag festlegt. Beitragszahler, die ein unterdurchschnittliches Honorar erzielen, zahlen einen ermäßigten Beitrag der Beitragsklassen 1 bis 3; Beitragszahler mit überdurchschnittlichem Honorar werden den Beitragsklassen 5 bis 9 zugeordnet. Die konkrete Zuordnung des Beitragszahlers zur Beitragsklasse erfolgt über das prozentuale Verhältnis des Arzthonorars zum Durchschnittshonorar. Soweit für einen Beitragszahler wegen Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit noch kein Vergleichshonorar vorliegt, erfolgt die Einstufung in Beitragsklasse 4. Dies gilt nicht, wenn der Beitragszahler eine Vertragsarztpraxis übernimmt; in diesem Fall wird das Arzthonorar des ehemaligen Praxisinhabers für die Bestimmung der Beitragsklasse herangezogen. In begründeten Einzelfällen kann der Vorstand auf Antrag des Beitragszahlers bei Vorlage eines entsprechenden Nachweises entscheiden, dass die Eingruppierung in eine andere Beitragsklasse erfolgt. Über die eingegangenen Anträge und die hierzu getroffenen Entscheidungen berichtet der Vorstand dem Beratenden Fachausschuss EHV regelmäßig.
(3) Im Einzelnen bestimmt sich der ab 1. Juli 2012 zu zahlende Beitrag nach § 10 Abs. 3. Der Betrag in Spalte 4 verändert sich jeweils zum 1. Juli eines Jahres in dem Verhältnis, in dem sich die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV für das jeweilige Jahr gegenüber dem Vorjahr verändert hat. Kommen §§ 5 und/oder 6 zur Anwendung, verändern sich auch die Werte in § 10 Abs. 3 Spalte 3. Der Vorstand hat die Tabelle nach § 10 Abs. 3 bis zum Ende des Monats Juni für die folgenden 12 Kalendermonate neu festzusetzen und zu veröffentlichen. Dies gilt auch, wenn sich die Beitragsklassen nicht verändern.
(4) Der Beitrag ist auf volle Eurobeträge festzusetzen. Soweit die Festsetzungen in § 10 Abs. 3 Spalte 3 zu abweichenden Eurobeträgen führen, ist eine Aufrundung auf den nächsten vollen Eurobetrag vorzunehmen.
(5) Der Nachweis über die erzielten Honorare für ärztliche Leistungen, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind, erfolgt durch eine Bescheinigung eines Angehörenden der steuerberatenden Berufe. Sachkosten, die nicht innerhalb der Gebührenordnungspositionen des EBM abgegolten sind oder Kapitel 40 entsprechen, sowie Medikamentenkosten oder Erstattungen für Heil-/Hilfsmittel sind abzuziehen. Soweit ein Nachweis über die erzielten ärztlichen Honorare einschließlich von solchen, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind, nicht vorgelegt wird, erfolgt eine Einstufung in die Beitragsklasse 9. Eine Einstufung in die Beitragsklasse 9 erfolgt auch, wenn Angaben nicht plausibel oder vollständig sind. Gegen diese Einstufung ist binnen eines Monats gegenüber der KV Hessen Widerspruch unter Vorlage der vollständigen Unterlagen zulässig. Die Vollständigkeit ist an Eides statt zu erklären. Als vollständig gelten Unterlagen nur, wenn aus ihnen abschließend erkennbar ist, dass es sich bei den angegebenen Vergütungen um alle Vergütungen aus Sonderverträgen handelt.
(6) Für den Fall des Bezugs von Leistungen der EHV nach Erreichen der Regelaltersgrenze unter weiterer Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 2 Abs. 1 lit. b), ist dieser Vertragsarzt weiterhin zur Beitragszahlung in Höhe der zutreffenden Beitragsklasse verpflichtet.

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

Beitragsklasse % Anteil am Durchschnittshonorar Beitrag je Quartal (in Prozent der jährlichen Bezugsgröße i.S. § 18 Abs. 1 SGB IV) Beitrag je Quartal (in Euro)
(Spalte 1) (Spalte 2) (Spalte 3) (Spalte 4)
1 0 bis 25 2,0450 % 627
2)25 bis 50 4,0900 % 1.254
3)50 bis 75 6,1350 % 1.881
4)75 bis 100 8,1800 % 2.508
5)100 bis 125 10,2250 % 3.135
6)125 bis 150 12,2701 % 3.762
7)150 bis 175 14,3151 % 4.389
8)175 bis 200 16,3601 % 5.016
9)200 18,4051 % 5.643

Ausgehend hiervon hat die Beklagte auf der Grundlage der der Klägerin zuzurechnenden Honoraranteile, das ist das "erzielte Honorar aus ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung" nach § 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV, aus dem Jahr 2010 als dem Vorvorjahr, auf 199.507,21 EUR festgesetzt ("EHV-relevantes Honorar 2010"), indem sie zunächst von dem Honorarumsatz des Praxisvorgängers der Klägerin ausgegangen ist. Auf dieser Grundlage hat die Beklagte die Klägerin folgerichtig in die Beitragsklasse 4 eingestuft, da das maßgebliche Jahreshonorar der Klägerin in Höhe von 199.507,21 EUR 97,14 % des von der Beklagten festgesetzten Durchschnittshonorars in Höhe von 205.389,02 EUR beträgt. Die konkrete Beitragsklassenzuordnung erfolgt nach § 3 Abs. 2 Satz GEHV über das prozentuale Verhältnis des Arzthonorars zum Durchschnittshonorar. Die Beklagte hat dann geprüft, ob aufgrund der eigenen Honorarumsätze der Klägerin eine andere Einstufung in Betracht kommt. Sie hat ein Gesamthonorar aufgrund einer Hochrechnung auf Basis der Quartale II bis IV/12 in Höhe von 167.523,08 EUR, das mit 81,56 % vom Durchschnittshonorar ebf. zu einer Eingruppierung nach der Beitragsklasse 4 geführt hat. Auf der Grundlage der verabschiedeten GEHV ist dies nicht zu beanstanden.

Zu beanstanden ist aber die gänzliche Nichtberücksichtigung von Sachkosten. Die Beklagte zieht Sachkosten nur insoweit von den für die EHV-relevanten Umsätzen ab, soweit es sich um die sog. EHV-freien Leistungen handelt. Hierfür sieht sie die Rechtsgrundlage in § 3 Abs. 5 Satz 2 GEHV, wonach Sachkosten, die nicht innerhalb der Gebührenordnungsposition des EBM abgegolten sind oder Kapitel 40 entsprechen, sowie Medikamentenkosten und Erstattungen für Heil-/Hilfsmittel abzuziehen sind. Sachkosten in dem Sinne, wie sie die § 5 GEHV in der bis zum 30.06.2012 geltenden Fassung vorgesehen waren oder soweit es sich um Sachkostenpauschale nach dem EBM handelt, zieht die Beklagte nicht ab. Sie hat dabei darauf hingewiesen, dass die sog. TL-Listen nicht mehr existierten.

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

Soweit die Beklagte damit das maßgebliche Durchschnittshonorar im Aufsatzjahr 2010 anhand des ärztlichen Honorars ermittelt, ohne dass

die Kosten hier noch Berücksichtigung gefunden hätten, ist dies im Einklang mit den GEHV, verstößt aber gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz.

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

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

Bei der Bemessung von Beiträgen zu einer berufsständischen Versorgungseinrichtung steht dem autonomen Satzungsgeber ein - allerdings durch den Zweck der Versorgungseinrichtung und den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz begrenzter - Gestaltungsspielraum zu, innerhalb dessen er typisieren darf. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet, auf schwer wiegende Besonderheiten und unbillige Härten, insbesondere auf die wirtschaftliche Belastbarkeit der Mitglieder, Rücksicht zu nehmen. Darüber hinaus hat die Beitragsbemessung unter Beachtung der allgemein für die Erhebung von Beiträgen geltenden Grundsätze, insbesondere des Äquivalenzprinzips und des Gleichheitssatzes, zu erfolgen. Dabei darf nach dem Äquivalenzprinzip die Höhe der Beiträge nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil stehen, den sie abgelten sollen. Für Versorgungseinrichtungen folgt daraus, dass Beitragsleistung und Versorgungsleistung einander entsprechen müssen. Dies ist allerdings nicht dahingehend zu verstehen, dass eine Individualäquivalenz geboten wäre, wie sie in der Privatversicherung vorkommt. Vielmehr kann bei berufsständischen Versorgungseinrichtungen das Äquivalenzprinzip eine Modifikation durch den Gedanken der Solidarität erfahren. Regelungen über die Beitragsbemessung zur EHV können die Beitragshöhe an die Honorarhöhe und damit an den Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes koppeln. Hiergegen verstößt es nicht, dass die Abzüge für die EHV beim einzelnen Vertragsarzt von den Honoraransprüchen erfolgten, ohne dass es eine Bemessungsgrenze gibt. Zu den allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts gehört eine Pflicht zur Schaffung von Beitragsbemessungsgrenzen nicht. Der Verzicht auf eine Beitragsbemessungsgrenze widerspricht nicht dem Äquivalenzprinzip, solange aus höheren Beiträgen im Grundsatz auch höhere Versorgungsleistungen entstehen. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet ebenfalls nicht die Einführung einer Beitragsbemessungsgrenze. Dieser verlangt zwar, bei der Beitragsbemessung auf schwer wiegende Besonderheiten und unbillige Härten, insbesondere auf die wirtschaftliche Belastbarkeit der Mitglieder Rücksicht zu nehmen. Es ist aber grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn die Regelung über die Bemessung der Beiträge zur EHV bei Vertragsärzten mit höheren Honoraransprüchen auch eine höhere wirtschaftliche Leistungsfähigkeit unterstellt (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R - SozR 4-2500 § 72 Nr. 2 = BSGE 94, 50 = GesR 2005, 307 = MedR 2005, 538 = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 123 f.; BSG, Urt. v. 19.02.2014 - B 6 KA 38/12 R - juris Rdnr. 33).

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

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

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

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

Die Kammer hat bereits in den Urteilen vom 05.11.2014 zum Az.: S 12 KA 419/14 und S 12 KA 420/14 festgestellt, dass sich für die dortige Klägerin eine erheblich Zunahme der Beiträge ergeben habe und hierzu ausgeführt, sie sei nicht der Auffassung, dass eine andere und ggf. auch höhere Beitragsheranziehung zur EHV ausgeschlossen wäre und dass diesbezüglich ein Bestandsschutz bestünde. Die von der Kammer vorgenommene Vergleichsberechnung der konkreten Beiträge der dortigen Klägerin und ihrer Angestellten verdeutliche jedoch die Veränderung der Beitragsstruktur, die im Grundsatz so auch zuletzt vom Bundessozialgericht für rechtmäßig befunden wurde, zu Lasten einzelner Praxen, ohne dass die Beklagte hierzu auch nur ansatzweise sachliche Gründe angeführt hätte. Insofern war die fehlende Berücksichtigung besonderer Kostenstrukturen zu beanstanden. Ob die Klägerin im vorliegenden selbst hiervon in ähnlicher Weise betroffen ist, ist zwar eher angesichts ihres Fachgebiets zu bezweifeln, kann aber letztlich dahingestellt bleiben, da die Beitragsklasseneinteilung bereits aus anderen Gründen rechtswidrig ist.

Ausgehend von den dargelegten Grundsätzen bestehen aufgrund der Einteilung in die neun Beitragsklassen keine Bedenken gegen die Einhaltung des Äquivalenzprinzips, sieht die Kammer aber einen weiteren Verstoß gegen den Gleichheitssatz. Hierzu wird auf folgende Berechnung hingewiesen:

Tabelle 1
1 2 3 4 5 6 7 8 Beitragsklasse Absolute Anteile am Durchschnittshonorar Jahresbeitrag zur EHV (in EUR) Belastung in % vom Jahresumsatz Punktzahl pro Jahr Kosten pro Punkt in EUR Kosten pro Punkt Beitragsklasse 1 = 100 Prozent-satz des Einkom-mens für 100 Punkte in %
3./. 2 3./. 5 6 x 100./. 2
1 0 EUR - 51.347,25 EUR 2.508 - 4,8 % 100 25,08 100 -4,9
2 51.347,26 EUR - 102.694,51 EUR 5.016 9,7 % – 4,8 % 200 25,08 100 4,9-2,4
3 102.694,52 EUR - 154.041,76 EUR 7.524 7,3 % - 4,8 % 300 25,08 100 2,4-1,6
4 154.041,77 EUR - 205.389,02 EUR 10.032 6,5 % - 4,8 % 400 25,08 100 1,6-1,2
5 205.389,03 EUR - 256.736,27 EUR 12.540 6,1 % - 4,8 % 475 26,40 105 1,3-1,0
6 256.736,28 EUR - 308.083,53 EUR 15.048 5,8 % - 4,8 % 540 27,87 111 1,1-0,9
7 308.083,54 EUR - 359.430,78 EUR 17.556 5,7 % - 4,8 % 595 29,51 118 1,0-0,8
8 359.430,79 EUR - 410.778,04 EUR 20.064 5,6 % - 4,8 % 640 31,35 125 0,9-0,8
9)410.778,05 EUR 22.536 5,4 % 675 33,39 133 0,8-

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

Tabelle 2
1 2 3 4 5 Beitragsklasse Punktezahl pro Jahr Erreichen der Höchstpunktzahl 14.000 in Jahren Anspruchssatz pro Jahr 12.000 Punkte = 18 % § 10 Abs. 1 GEHV Anspruchssatz pro Jahr GEHV a.F. in % (Normalstaffel)
1 100 140,0 0,15 0,00 bis 0,15
2 200 70,0 0,30 0,15 bis 0,30
3 300 46,7 0,45 0,30 bis 0,45
4 400 35,0 0,60 0,45 bis 0,60
5 475 29,5 0,71 0,60 bis 0,675
6 540 25,9 0,81 0,675 bis 0,750
7 595 23,5 0,89 0,750 bis 0,825
8 640 21,9 0,96 0,825 bis 0,900
9 675 20,7 1,01 0,900 + 0,375 je 100 Punkte

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

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

So zeigt Tabelle 1 Spalte 8 die Relation zum EHV-relevanten Bruttoeinkommen. Spalte 8 setzt die Kosten für den Erwerb der Anwartschaft bzw. den absoluten Preis für 100 Punkte (Spalte 5 x 100) in das Verhältnis zum Bruttoeinkommen (Spalte 2) und gibt so an, welcher Anteil des Einkommens für den Erwerb von 100 Punkten eingesetzt werden muss. Hieraus wird ersichtlich, dass nicht nur eine erhebliche Bandbreite innerhalb insb. der unteren Beitragsklassen besteht, sondern dass im unteren Segment der Beitragsklasse 2 mehr als der sechsfache Prozentsatz des Einkommens als im oberen Bereich der Beitragsklasse 8 bzw. unteren Bereich der Beitragsklasse 9 aufgewandt

werden muss. Die hier nicht streitige Beitragsklasse 1 führt noch zu wesentlich stärkeren Verzerrungen, da kein linearer Beitrag erhoben wird und keine Bemessungsfreigrenze ("Beitragsklasse 0") besteht. Die Unterschiede, die auch zu erheblich unterschiedlichen prozentualen Beitragssätzen führen, die insb. bei den unteren Beitragsklassen erheblich größer sind, beruhen auf der großen Bandbreite der Beitragsklassen. Gründe hierfür sind nicht ersichtlich.

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

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

Von daher war der angefochtene Beitragsklassenbescheid aufzuheben, da es an einer ausreichenden Rechtsgrundlage für die Bildung und Zuordnung zu einer Beitragsklasse fehlt. Der Bescheid auf Abänderung der Beitragsklasse war ebf. aufzuheben, da er insofern auf den gleichen Regelungen besteht.

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

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

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

Die Streitwertsetzung erfolgte auf den gesetzlichen Grundlagen.

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

Auszugehen war von dem Jahresbetrag von 10.032,00 EUR. Für Die Änderung der Beitragsklasse war vom Regelstreitwert in Höhe von 5.000,00 EUR auszugehen, da diesem ein unmittelbarer weiterer wirtschaftlicher Wert nicht zukommt. Hinzuzuaddieren war der Quartalsbeitrag in Höhe von 2.508,00 EUR. Dies ergab den festgesetzten Wert.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2020-11-12