

S 12 KA 727/15

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 727/15

Datum

31.05.2017

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Das Rederecht des weiteren Stellvertreters des Vorsitzenden des Beirats für die Erweiterte Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nach § 11d Abs. 7 der Satzung kann nicht durch die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung eingeschränkt werden.

2. Die Leistungen aus der Erweiterten Honorarverteilung für den Zeitraum 01.07.2015 bis 30.06.2016 müssen auf der Grundlage der Einbeziehung des Honorars aus Sonderverträgen berechnet werden (Festhalten an SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - [S 12 KA 84/13](#) - juris, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 85/14 -).

3. Der sog. paritätische Defizitausgleich nach § 8 Abs. 1 GEHV in der bis zum 30.06.2012 geltenden Fassung als auch in Gestalt des § 5 Abs. 2 GEHV in der ab 01.07.2012 geltenden Fassung ist für den Leistungszeitraum 01.07.2015 bis 30.06.2016 nicht zu beanstanden.

4. Bei der Festsetzung der Verwaltungskostenumlage ist auch nach der Neufassung der GEHV zum 01.07.2012 nicht zwischen aktiven Vertragsärzten und EHV-Beziehern zu unterscheiden (Festhalten an SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014, [a.a.O.](#)).

Bemerkung

Parallelverfahren zu SG Marburg, Az.: [S 12 KA 704/15](#)

1. Unter Abänderung des Bescheids der Beklagten vom 29.06.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.11.2015 wird die Beklagte verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu bescheiden.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen

3. Die Beklagte hat dem Kläger 3/4 der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Die Gerichtskosten hat der Kläger zu 1/4 und die Beklagte zu 3/4 zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Anspruchs auf Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten für den Zeitraum 01.07.2015 bis 30.06.2016. Es handelt sich um eine von vier bei der Kammer anhängigen Musterklagen.

Der 1944 geb. und jetzt 73-jährige Kläger war zur vertragsärztlichen Versorgung bis zum 30.09.2004 im Bezirk der Beklagten zugelassen. Er nimmt seit 01.06.2007 an der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten (EHV) teil. Sein EHV-Anspruchssatz beträgt 9,3575 %.

Die Beklagte passte mit Bescheid vom 29.06.2015 den Auszahlungspunktwert von zuletzt 0,1966 EUR für den hier strittigen Zeitraum 01.07.2015 bis 30.06.2016 auf 0,2294 EUR an und setzte die monatliche EHV-Zahlung auf 1.431,23 EUR vor Abzug der Verwaltungskostenumlage fest. Dabei ging sie von einem EHV-Anspruch von 6.329 Punkten aus.

Hiergegen legte der Kläger am 07.07.2015 Widerspruch ein. Zur Begründung seines Widerspruchs führte er aus, der Auszahlungspunktwert berücksichtige nicht, dass seit dem Jahr 2010 bei der Berechnung der EHV-Leistungen auch Honorare aus Selektivverträgen einzubeziehen seien. Dies widerspreche der Entscheidung des SG Marburg vom November 2014. Ferner richte sich sein Widerspruch gegen die Korrektur der Punktwertgarantie gem. § 5 Abs. 3 GEHV. Er vermöge dem Bescheid nicht zu entnehmen, ob diese Auswirkungen auf seine EHV-Zahlungen habe.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 04.11.2015 den Widerspruch hinsichtlich des Vortrags gegen die Korrektur der Punktwertgarantie gem. § 5 Abs. 3 GEHV als unzulässig, im Übrigen als unbegründet zurück. In den Bescheidgründen führte sie aus, ihre

Vertreterversammlung habe in ihren Sitzungen am 10.03.2012 und 12.05.2012 die Neufassung der GEHV beschlossen, die am 01.07.2012 in Kraft getreten sei. Eine Reform der EHV sei angesichts einer wachsenden Anzahl von EHV-Empfängern und einer gleichzeitig abnehmenden Anzahl von Einzahlern erforderlich geworden. Aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei eine rückwirkende Änderung der GEHV in einigen Teilen notwendig geworden, die die Vertreterversammlung in ihren Sitzungen vom 13.12.2014 und 30.05.2015 bzw. 14.03.2015 und 30.05.2015 beschlossen habe. Es sei zu einer Erhöhung des Jahresdurchschnittshonorars 2010 gekommen, nach der geänderten Punktwertgarantie (§ 5 Abs. 3 GEHV) dürfe der Punktwert nicht niedriger als 0,1966 EUR sein. Mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 14.12.2009 sei in dem neugefassten § 8 die Grundlage für die Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen außerhalb der Gesamtvergütung in die EHV geschaffen worden. Dieser Gesetzesänderung sei sie durch Aufnahme des § 11 "Ergänzende Bestimmungen zur Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen außerhalb der Gesamtvergütung" in die GEHV, gültig bis zum 30.06.2012, nachgekommen. Darin werde eine Mitteilungspflicht für Sonderverträge ab dem Quartal III/11 eingeführt. Die Änderungen hätten der Behandlung in der Vertreterversammlung bedurft, die am 20.02., 29.05. und 28.08.2010 stattgefunden hätten. Sodann hätte noch die Genehmigung des Ministers abgewartet werden müssen, die mit Schreiben vom 10.06.2011 erfolgt sei. Eine Veröffentlichung in "EHV Aktuell" sei in der Ausgabe vom 06.07.2011 erfolgt. Da Grundlage für die Berechnung des EHV-Punktwerts das Jahr 2010 sei, hätten die Honorare aus Sonderverträgen somit nicht berücksichtigt werden können. Ergänzend weise sie darauf hin, dass in der Neufassung die Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen in § 3 GEHV fortgeführt werde. Das Urteil des SG Marburg vom 05.11.2014, auf das sich der Kläger beziehe, sei noch nicht rechtskräftig (Berufung: L 4 KA 85/14). Die Regelung nach § 5 Abs. 3 GEHV sei in dem hier streitgegenständlichen Zeitraum nicht zum Tragen gekommen, weil der Punktwert mit 0,2294 EUR weit über dem Mindestpunktwert von 0,1966 EUR, der gleichzeitig dem ausgezahlten Punktwert aus dem Vorjahreszeitraum III/14 bis II/15 entspreche. Weil diesbezüglich eine Beschwerde nicht vorliege, sei der Widerspruch insoweit unzulässig. Ein Widerspruch gegen § 5 GEHV selbst als Rechtsnorm sei nicht zulässig.

Hiergegen hat der Kläger am 16.11.2015 die Klage erhoben. Er ist weiterhin der Auffassung, die Nichtberücksichtigung der Honorare aus Selektivverträgen sei rechtswidrig. Er trägt weiter vor, die "Rentengarantie" nach § 5 Abs. 3 GEHV sei aufgehoben worden. Sie sei zusammen mit dem paritätischen Defizitausgleich eingeführt worden, weshalb die inaktiven Vertragsärzte letzteren akzeptiert hätten. Nunmehr sei diese "Vereinbarung" von der Vertreterversammlung zu Lasten der EHV-Bezieher aufgekündigt worden. Der Beschluss der Vertreterversammlung vom 30.05.2015 sei rechtswidrig, weil die Beschlussvorlage entgegen der Geschäftsordnung nicht vor der Abstimmung verlesen worden sei. Auch müsse dem 2. Stellvertreter des Beirats der EHV nach § 11d Abs. 7 der Satzung Rederecht erteilt werden. Der 2. Stellvertreter, Dr. C., sei zwar geladen worden, ihm sei aber die Teilnahme bis kurz vor der Abstimmung versagt worden. Erst nach Abstimmung über die Abschaffung der Rentengarantie habe der Vorsitzende der Vertreterversammlung ihm das Wort erteilt. Er werde durch die Korrektur beim Nachhaltigkeitsfaktor (Quote nicht 6 %, sondern 5,62 %) benachteiligt. Die Quote habe auch Eingang in die Berechnung des Ausgangspunktwertes gefunden. Die Beklagte verteile die Lasten auf die Gruppe der aktiven und inaktiven Vertragsärzte zu je 50 %. Die Belastung der inaktiven Vertragsärzte verteile sich aber auf einen viel kleineren Personenkreis, so dass der einzelne Leistungsempfänger deutlich höher belastet sei als der einzelne Vertragsarzt. Dieser disparitätische Defizitausgleich werde künftig noch verstärkt durch den Wegfall der Rentengarantie und dadurch, dass der Startpunktwert zum 01.07.2012 auf einer Quote von 5,62 % beruhe und nicht von 6 %, wie vom BSG verlangt. Die Erhebung einer Verwaltungskostenumlage in gleicher Höhe wie für die aktiven Vertragsärzte sei unverhältnismäßig, da der Verwaltungsaufwand für die inaktiven Vertragsärzte weit geringer sei. Durch die Satzungsbestimmungen würden seine erworbenen Rechte nachteilig beeinflusst werden, es entspreche [Art. 19 Abs. 4 GG](#), auch das Verfahren der rechtlichen Überprüfung zu unterziehen. Die Abschaffung der Rentengarantie werde aller Voraussicht nach ab 01.01.2017 Wirksamkeit entfalten und zu Leistungsminderungen führen. Der die Rentengarantie ersetzende untere Interventionspunktwert basiere auf einem Punktwert, der noch unter Anwendung des rechtswidrigen Nachhaltigkeitsfaktors errechnet worden sei.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 29.06.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.11.2015 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm höhere Leistungen aus der Erweiterten Honorarverteilung ab 01.07. 2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf verschiedene Berufungsverfahren beim LSG Hessen (L 4 KA 12 bis 14/15). Streitgegenständlich seien die Zeiträume 01.01.2007 bis 31.12.2010 mit der mittlerweile erfolgten Neuberechnung aufgrund der rückwirkenden Änderung des § 8 Abs. 1 GEHV. Streitig sei auch, ob ein Anspruch auf Berücksichtigung der Einnahmen aus Sonderverträgen im Jahr 2010 bestehe. In weiteren Berufungsverfahren (L 4 KA 82, 85 und 87/14) sei der Zeitraum 01.07.2012 bis 30.06.2013 streitig. Auch für diesen Zeitraum sei die Neuberechnung des EHV-Anspruchs erfolgt. Auch werde um die Einbeziehung des Honorars aus den Selektivverträgen im Aufsatzjahr 2010 und die Höhe der Verwaltungskosten gestritten. Der Ausgang der Berufungsverfahren sei abzuwarten. Hinsichtlich des angefochtenen Bescheids verweist sie auf ihre Ausführungen in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, die Entwicklung des Punktwerts und der Gewinn aus der Erhöhung des Punktwerts stelle sich wie folgt dar:

Vor BSG (alt) in EUR Nach BSG (neu) in EUR EHV-Honorar bei 12.000 Punkten* alt EHV-Honorar bei 12.000 Punkten* neu Berechnung der Kammer**

1. Beitragsjahr 2012/13 0,1867 0,2210 2.240,40 2.652,00 118,37/100
2. Beitragsjahr 2013/14 0,1917 0,2238 2.300,40 2.685,60 116,7/101,3
3. Beitragsjahr 2014/15 0,1966 0,2281 2.359,20 2.713,20 116,0/103,2
4. Beitragsjahr 2015/16 - 0,2294 2.752,80 103,80
5. Beitragshalbjahr 2016 - 0,2341 2.809,20 105,9
6. Beitragsjahr 2017 - 0,2317 2.780,40 104,8

* In EUR vor Abzug von Verwaltungskosten

** Die erste Zahl gibt das Verhältnis neuen Punktwerts zum alten Punktwert in % an, die zweite Zahl bzw. die Zahl in den letzten drei Zeilen das Verhältnis des neuen Punktwerts zum neuen Punktwert im Beitragsjahr 2012/13 in % an.

Die Änderung der Rentengarantie sei ohne Auswirkung für den strittigen Zeitraum. Der Punktwert von 0,1966 EUR gelte für das Beitragsjahr 2014/15 und sei damit der "zuvor gezahlte Punktwert". Die Neufassung des § 5 Abs. 3 GEHV solle einer evtl. Finanzlücke aufgrund der

Anpassung nach Maßgabe der BSG-Rechtsprechung vorbeugen. Die formalen Vorgaben seien bei der Beschlussfassung eingehalten worden. Der Kläger dieses Verfahrens sei in allen Sitzungen der Vertreterversammlung anwesend gewesen, am 13.12.2014 und 14.03.2015 habe er auch zu den Vorlagen geredet. In den Sitzungen seien auch weitere Mitglieder des EHV-Beirats, die die anderen Musterklagen betrieben, anwesend gewesen. Bei der EHV handele es sich um ein Umlagesystem. Der Anstieg der EHV-Zahlungen habe erhebliche Auswirkungen auf die Beiträge zur EHV, die von den aktiven Ärzten erhoben würden. So sei der Beitrag z. B. in der Beitragsklasse 4 von 2.642 EUR (2014/15) auf 3.207 EUR (2015/16) und damit um über 21 % angestiegen, im Folgejahr (2. Beitragshalbjahr 2016) betrage der Beitrag bereits 3.299 EUR. Dies verdeutliche, dass für den Satzungsgeber ein dringender Handlungsbedarf bestanden habe. Die Einnahmen der Beiträge aus den Sonderverträgen dienten einzig der Finanzierung der EHV. Dadurch werde das Eingreifen des paritätischen Defizitausgleichs verhindert und die Schwankungsreserve erhalten und aufgebaut, was sich beides auch zu Gunsten der inaktiven Ärzte auswirke. Mit der Neuregelung des § 8 Abs. 1 GEHV komme sie den Beanstandungen durch das Bundessozialgericht nach, den zur Finanzierung fehlenden Differenzbetrag würden aktive und inaktive Ärzte zu gleichen Teilen tragen. Die zu Grunde gelegte Quote von 5,52 % entspreche der tatsächlichen rechnerischen Belastung der aktiven Vertragsärzte im Quartal III/06 bei vollständiger Bedienung der Ansprüche. Erst ab dem Quartal IV/06 sei eine Quotierung der EHV-Bezüge notwendig geworden, der Differenzbetrag sei nun aber hälftig verteilt worden. Bei einem Anspruchssatz von 18 % habe dies zu einer Erhöhung von 13 % bis zu 20 % des EHV-Honorars geführt. Dies habe auch zu einem fiktiven Anstieg der Beitragsbelastung für die aktiven Ärzte ab dem Quartal IV/06 auf über 5,62 % geführt, zum Quartal IV/10 habe die Beitragsbelastung über 6 % gelegen. Die Neuregelungen hätten zu einer Steigerung des Punktwerts im Beitragsjahr 2012/13 von 18,37 % geführt, was sich auf die Folgejahre auswirke. Eine Quote von 6 % hätte die Auswirkungen noch zusätzlich verschärft, so dass sie nicht finanzierbar gewesen wären. Entsprechende Modellrechnungen seien auch dem EHV-Beirat in seiner Sitzung am 16.10.2014 vorgelegt worden. Der paritätische Defizitausgleich sei ebf. nicht zu beanstanden. Die Satzungsänderungen seien formal wirksam verabschiedet worden. Dr. C. habe in allen drei Sitzungen der Vertreterversammlung die Möglichkeit zur Rede gehabt, wovon er auch mit Ausnahme der Sitzung am 30.05.2015 Gebrauch gemacht habe. Im Übrigen komme es auf diese Sitzung nicht an, da es sich um die jeweils 2. Lesung gehandelt habe, nur die Vorlage VV 21/15 sei geringfügig modifiziert worden. es sei auch nicht zu beanstanden, dass nach § 8 Abs. 3 der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung das Rederecht nur für den öffentlichen Teil bestehe. Der Beirat habe häufiger getagt als in der Satzung vorgesehen. Er sei nicht verpflichtet, eine Stellungnahme abzugeben. Nachdem die Beklagte zunächst der Auffassung war, die Niederschrift der Sitzungen der Vertreterversammlung könne sie nicht vollständig vorlegen, da ein Geheimhaltungsinteresse insoweit bestehe, als dass in der Sitzungsniederschrift Ausführungen zu Themen enthalten seien, die nicht die EHV beträfen, hat mit Schriftsatz vom 23.05.2017, bei Gericht am 24.05. eingegangen, eine Erklärung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration mit Datum vom 16.05.2017 zur Gerichtsakte gereicht. Danach wird gemäß [§ 119 SGG](#) erklärt, dass die Inhalte der Protokolle der Vertreterversammlung vom 13.12.2014, 14.03.2014 und 30.05.2015 mit Ausnahme jeglicher Passagen und Abschnitte der Protokolle, die sich mit der EHV im engeren als auch weiteren Sinne - sowohl im öffentlichen als auch im nicht-öffentlichen Teil der Vertreterversammlung - befassen, geheim gehalten werden müssten. Eine Schwärzung der restlichen Passagen sowie der Namen der Mitglieder der Vertreterversammlung im Sinne der Geheimhaltung nach [§ 119 SGG](#) werde zugestimmt. Neben anderen Unterlagen hat die Beklagte auch die teilgeschwärzten Niederschriften der Sitzungen der Vertreterversammlung übersandt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

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

Die Klage ist auch z. T. begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 29.06.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.11.2015 ist rechtswidrig und war daher abzuändern. Der Kläger hat einen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes. Die Klage war im Übrigen abzuweisen, da ein Anspruch auf höhere Leistungen aus der Erweiterten Honorarverteilung ab 01.07. 2015 nicht zwingend feststeht.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 29.06.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.11.2015 ist insofern rechtswidrig, als er auf formell rechtswidrigen und damit nichtigem Satzungsrecht beruht und soweit die Einnahmen aus Sonderverträgen bei der Festsetzung des Punktwerts nicht berücksichtigt wurden. Der angefochtene Widerspruchsbescheid vom 04.11.2015 ist auch rechtswidrig, soweit darin der Widerspruch als unzulässig zurückgewiesen wird.

Der angefochtene Widerspruchsbescheid vom 04.11.2015 ist rechtswidrig, soweit darin der Widerspruch als unzulässig zurückgewiesen wird.

Der Vortrag des Klägers gegen die Korrektur der Punktwertgarantie gem. § 5 Abs. 3 GEHV ist Teil der Widerspruchsbegründung, mit der sich der Kläger gegen eine zu geringe Festsetzung seines EHV-Anspruchs im Ausgangsbescheid vom 29.06.2015 wehrt. Der Kläger ergänzt diesbezüglich ausdrücklich, er vermöge dem Bescheid nicht zu entnehmen, ob Korrektur der Punktwertgarantie Auswirkungen auf seine EHV-Zahlungen habe. Es handelt sich nicht um einen abtrennbaren Teil der EHV-Festsetzung, sondern ist Teil deren Berechnung, soweit die Korrektur der Punktwertgarantie zum Tragen kommt. Die Berechnung der EHV-Festsetzung unterliegt aber der rechtlichen Kontrolle im Rahmen der Prüfung der Begründetheit.

Die angefochtene EHV-Festsetzung beruht auf einer unwirksamen Rechtsgrundlage. Die Beschlüsse der Vertreterversammlung bzgl. der EHV vom 13.12.2014 und 30.05.2015 und vom 14.03.2015 und 30.05.2015 sind formell rechtswidrig und nichtig.

Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers auf Teilnahme an der EHV in dem streitbefangenen Zeitraum sind die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung in der durch Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten in den Sitzungen vom 10.03.2012 und 12.05.2012 mit Wirkung zum 01.07.2012 verabschiedeten und von dem aufsichtführenden Sozialministerium des Landes Hessen mit

Schreiben vom 25.05.2012 genehmigten Fassung, veröffentlicht in info.doc Nr. 3, Juni 2012, sowie als EHV-Aktuell Rundschreiben vom Juni 2012, hier maßgebend in der Fassung mit den letzten Änderungen durch die strittigen Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 13.12.2014 und 30.05.2015 und 14.03.2015 und 30.05.2015, veröffentlicht durch Rundschreiben der Beklagten vom 22.06.2015.

Nach der seinerzeit maßgeblichen Satzung der Beklagten, zuletzt geändert durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 12.05.2012 (im Folgenden: Satzung), wird die Vertreterversammlung von ihrem Vorsitzenden, im Falle seiner Verhinderung von dem stellvertretenden Vorsitzenden einberufen und geleitet (§ 9 Abs. 1 Satzung). Die Vertreterversammlung ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte der Mitglieder anwesend ist (§ 9 Abs. 3 Satzung). Die Vertreterversammlung beschließt, sofern es die Satzung nicht anders bestimmt, mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Dabei werden Stimmenthaltungen und ungültige Stimmen nicht mitgezählt. Bei Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt. Das Stimmrecht muss persönlich ausgeübt werden (§ 9 Abs. 4 Satzung). Beschlüsse der Vertreterversammlung, welche u. a. die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung betreffen, bedürfen der Zweidrittelmehrheit der Mitglieder der Vertreterversammlung. Beschlüsse zur Änderung der EHV müssen in zwei Lesungen erfolgen (§ 9 Abs. 5 Satzung). Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind mit Ausnahme der Beratung von Personal-, Finanz- und Grundstücksangelegenheiten öffentlich. Der Vorsitzende kann die Öffentlichkeit jederzeit für bestimmte Tagesordnungspunkte ganz oder teilweise ausschließen, sofern die Mehrheit der Vertreterversammlung nicht widerspricht. Gästen und Mitarbeitern der KVH kann die weitere Teilnahme an der Sitzung in diesem Fall gestattet werden. Der Vorstand – soweit nicht persönlich selbst betroffen – nimmt an allen Sitzungen der Vertreterversammlung teil (§ 9 Abs. 6 Satzung). Der Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses nimmt an den Sitzungen der Vertreterversammlung teil und hat Rederecht. Das Nähere bestimmt die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung (§ 11b Abs. 7 Satzung).

Der Beirat für die Erweiterte Honorarverteilung berät den Vorstand und die Vertreterversammlung in wesentlichen Fragen der Erweiterten Honorarverteilung hinsichtlich der Weiterentwicklung der Grundsätze der EHV, der Festlegung eines neuen Punktwertes und grundsätzlichen systematischen Änderungen der EHV, soweit diese die EHV-Empfänger betreffen. Dem Beirat ist in diesen Fragen vor der Entscheidung des Vorstandes bzw. der Vertreterversammlung rechtzeitig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (§ 11d Abs. 6 Satz 1 und 2 Satzung). Die Vertreterversammlung hat die Stellungnahme des Beirats in ihre Entscheidung einzubeziehen. Mitglieder des Beirats können abweichende Stellungnahmen abgeben. Der Beirat kann der Vertreterversammlung eigene Beschlussvorlagen vorlegen. Der Vorsitzende des Beirats und seine Stellvertreter nehmen auf Einladung des Vorsitzenden der Vertreterversammlung zu Angelegenheiten der EHV an der Vertreterversammlung teil und haben in Angelegenheiten der EHV Rederecht. Das Nähere bestimmt die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung (§ 11d Abs. 7 Satzung).

Aus den satzungsrechtlichen Vorgaben folgt, dass der Beirat nicht verpflichtet ist, als Beirat eine Stellungnahme abzugeben. Ihm muss nur "Gelegenheit zur Stellungnahme" gegeben werden, was seine rechtzeitige Unterrichtung und Einberufung erfordert. Dem Beirat kommt insofern eine besondere funktionale Bedeutung zu, da es sich faktisch um eine Erweiterung des nach § 11b Satzung zu bildenden Beratenden Fachausschusses für Erweiterte Honorarverteilung unter Einbeziehung von Vertretern der EHV-Bezieher handelt. Der Beratende Fachausschuss für Erweiterte Honorarverteilung besteht aus zwei Hausärzten und zwei Fachärzten, mindestens drei Mitglieder müssen Mitglieder der Vertreterversammlung sein, das vierte muss Mitglied der KVH sein (§ 11b Abs. 1 Satz 2 und 3 Satzung). Der Beirat für die Erweiterte Honorarverteilung besteht aus zehn Mitgliedern (§ 11d Abs. 1 Satz 2 Satzung), wobei die Mitglieder des Beratenden Fachausschusses EHV geborene Mitglieder des Beirats sind (§ 11d Abs. 2 Satz 1 Satzung). Im Übrigen müssen sechs der Mitglieder des Beirats Mitglieder der KVH (§ 11d Abs. 1 Satz 3 Satzung) und somit aktive Ärzte (Vertragsärzte, angestellte oder ermächtigte Ärzte, vgl. [§ 77 Abs. 3 SGB V](#)) sein. Vier Mitglieder müssen frühere Mitglieder der KVH sein, die nicht mehr vertragsärztlich tätig sind (§ 11d Abs. 1 Satz 4 Satzung). Das zielt auf die Gruppe der sog. inaktiven Ärzte, die Bezieher von EHV-Leistungen sind. Wahlberechtigt und wählbar sind nur die früheren Mitglieder der KVH, die Leistungen aus der EHV beziehen (§ 11d Abs. 3 Satz 1 Satzung). Damit erfolgt über den Beirat eine Mitwirkungsrepräsentanz der EHV-Bezieher am Verfahren zur Verabschiedung von Satzungsbestimmungen der EHV. Dies soll offensichtlich die fehlende Repräsentanz der EHV-Bezieher in der Vertreterversammlung ausgleichen, nachdem der Gesetzgeber durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) v. 14.11.2003, [BGBl I 2003, 2190](#)) die außerordentliche Mitgliedschaft von nichtzugelassenen, aber in das Arztregister eingetragenen Ärzten mit Wirkung ab 01.01.2005 abgeschafft hat. Der Satzungsgeber hat aber ihre auch im Beirat rechnerische Minderheitenposition mit vier zu sechs aktiven Ärzten durch weitergehende Minderheitenrechte kompensiert, indem sie - wie die übrigen Beiratsmitglieder auch - eine abweichende Stellungnahme abgeben können (§ 11d Abs. 7 Satz 3 Satzung). Zudem nehmen der Vorsitzende des Beirats und seine Stellvertreter bei Angelegenheiten der EHV an der Vertreterversammlung teil und haben in Angelegenheiten der EHV Rederecht (§ 11d Abs. 7 Satz 3 Satzung). Dabei sieht die Satzung vor, dass einer der beiden Stellvertreter zwingend dem Kreis der inaktiven Ärzte bzw. EHV-Bezieher entstammt. Die Mitglieder des Beirats wählen einen Vorsitzenden und einen Stellvertreter aus dem Kreis der Mitglieder nach § 11 d Abs. 1 Satz 3 Satzung, also aus dem Kreis der Mitgliedschaft der KVH, einen weiteren Stellvertreter aus dem Kreis der Mitglieder nach § 11d Abs. 1 Satz 4 Satzung, also aus dem Kreis der früheren Mitglieder der KVH, die nicht mehr vertragsärztlich tätig sind (§ 11d Abs. 5 Satzung). Damit wird gewährleistet, dass jedenfalls ein früheres Mitglied als EHV-Bezieher Rederecht in der Vertreterversammlung hat, also z. B. auch dann, wenn der Beirat mehrheitlich keine Stellungnahme abgibt, z. B. auch durch die Entscheidung, keinen Beschluss zu fassen. In diesen Fällen bleibt die Möglichkeit, auch vorab in Form eines abweichenden Votums eine Stellungnahme abzugeben, sei es in der Form, dass man überhaupt einen Beschluss für erforderlich gehalten hätte, oder dass sich die abweichende Stellungnahme auch inhaltlich auf das Beschlussvorhaben in der Vertreterversammlung bezieht. Eine solche abweichende Stellungnahme kann zu Protokoll des Beirats oder schriftlich, auch nach der Beiratssitzung, eingereicht werden. Hiervon haben die Beiratsmitglieder aber offensichtlich abgesehen. Jedenfalls bleibt immer die Möglichkeit des weiteren Stellvertreters des Beiratsvorsitzenden, in der Vertreterversammlung von seinem Rederecht Gebrauch zu machen, sei es in allgemeiner Weise oder als Minderheitenvotum.

Der Funktion des Beirats als einzige Form der Einbeziehung der inaktiven Ärzte kommt eine hohe Bedeutung zu, weil die inaktiven Ärzte weiterhin Normunterworfenen der Grundsätze der EHV sind, aber am Normsetzungsprozess mangels aktiven Wahlrechts und wegen fehlender Repräsentanz in der Vertreterversammlung nicht mehr beteiligt sind. Nur so lässt sich das Sonderrecht insb. auch des weiteren Stellvertreters des Beiratsvorsitzenden, d. h. dessen Rederecht in der Vertreterversammlung, erklären. Der Satzungsgeber hat damit ein indirektes Partizipationsrecht der ansonsten vom Normsetzungsprozess ausgeschlossenen Normunterworfenen eingebaut. Mit dem verfahrensrechtlichen Einbau des Beirats schafft der Satzungsgeber auch den inaktiven Ärzten vor Abschluss der Normsetzung Gehör und trägt damit zum Interessenausgleich und zur Richtigkeit seiner Entscheidungen bei. Dies gilt für jede der beiden erforderlichen Beratungen. Der Satzungsgeber hat sich damit zwingendes Verfahrensrecht geschaffen. Um hiervon abzuweichen, bedarf es der Satzungsänderung, was bisher nicht geschehen ist.

Als Ausübung von Staatsgewalt, die demokratischer Legitimation bedarf, stellt sich alles amtliche Handeln mit Entscheidungscharakter dar. Dies gilt gleichermaßen für Entscheidungen, die unmittelbar nach außen wirken, wie auch für solche, die nur behördenintern die Voraussetzungen für die Wahrnehmung der Amtsaufgaben schaffen. Aus verfassungsrechtlicher Sicht entscheidend ist nicht die Form der demokratischen Legitimation staatlichen Handelns, sondern deren Effektivität; notwendig ist ein bestimmtes Legitimationsniveau (vgl. BVerfG, Beschl. v. 05.12.2002 - [2 BvL 5/98](#), [2 BvL 6/98](#) - [BVerfGE 107, 59](#), juris Rdnr.131 f.). Diese für die unmittelbare Staatsverwaltung und die kommunale Selbstverwaltung vom Bundesverfassungsgericht entwickelten Grundsätze gelten auch für die übrige Selbstverwaltung als Teil der mittelbaren Staatsgewalt. Grenzen der Befugnisse von Selbstverwaltungskörperschaften bestehen insb. in Bezug auf die Verleihung und Ausübung von Satzungsautonomie. Regelungen über die Organisationsstruktur der Selbstverwaltungseinheiten müssen auch ausreichende institutionelle Vorkehrungen dafür enthalten, dass die betroffenen Interessen angemessen berücksichtigt und nicht einzelne Interessen bevorzugt werden (vgl. BVerfG, Beschl. v. 05.12.2002 - [2 BvL 5/98](#), [2 BvL 6/98](#) - a.a.O. Rdnr.145). Die gesetzgeberische Gestaltungsfreiheit bei der Schaffung und näheren Ausgestaltung von Organisationseinheiten der Selbstverwaltung erlaubt auch, den Selbstverwaltungsträger zu verbindlichem Handeln mit Entscheidungscharakter zu ermächtigen; dies gilt in allerdings begrenztem Umfang auch für ein Handeln gegenüber Dritten, also Nichtmitgliedern (vgl. BVerfG, Beschl. v. 05.12.2002 - [2 BvL 5/98](#), [2 BvL 6/98](#) - a.a.O. Rdnr.148). Jede Ordnung eines Lebensbereichs muss durch Sätze objektiven Rechts auf eine Willensentschließung der vom Volke bestellten Gesetzgebungsorgane zurückgeführt werden können. Der Gesetzgeber darf seine vornehmste Aufgabe nicht anderen Stellen innerhalb oder außerhalb der Staatsorganisation zu freier Verfügung überlassen. Das gilt besonders, wenn der Akt der Autonomieverleihung dem autonomen Verband nicht nur allgemein das Recht zu eigenverantwortlicher Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben und zum Erlass der erforderlichen Organisationsnormen einräumt, sondern ihn zugleich zu Eingriffen in den Grundrechtsbereich ermächtigt. Der Selbstgesetzgebung autonomer Körperschaften müssen jedoch nicht so starke Fesseln angelegt, dass ihr Grundgedanke, die in den gesellschaftlichen Gruppen lebendigen Kräfte in eigener Verantwortung zur Ordnung der sie besonders berührenden Angelegenheiten heranzuziehen und ihren Sachverstand für die Findung "richtigen" Rechts zu nutzen, nicht genügend Spielraum fände. Der Gesetzgeber muss berücksichtigen, dass die Rechtsetzung spezifische Gefahren für die Betroffenen und für die Allgemeinheit mit sich bringen kann. Solchen Gefahren, die der Freiheit des Einzelnen durch die Macht gesellschaftlicher Gruppen drohen, vorzubeugen und die Interessen von Minderheiten und zugleich der Allgemeinheit zu wahren, gehört mit zu den Funktionen des Gesetzesvorbehalts (vgl. BVerfG, Beschl. v. 09.05.1972 - [1 BvR 518/62](#), [1 BvR 308/64](#) - [BVerfGE 33, 125](#), juris Rdnr. 106 f.). Bei der Überantwortung der Rechtsetzungskompetenz muss der die durch Satzungsrecht möglichen Einschränkungen besonders deutlich vorgeben, wenn die Berufsangehörigen selbst in ihrer freien beruflichen Betätigung empfindlich beeinträchtigt werden. Dies gilt erst recht, wenn der eigentliche Verantwortungsbereich des Satzungsgebers - nämlich die Regelung der inneren Angelegenheiten des Berufsstands - überschritten wird und die Interessen Dritter oder der Allgemeinheit an der Art und Weise der Tätigkeit berührt werden (vgl. BVerfG, Ur. v. 14.12.1999 - [1 BvR 1327/98](#) - [BVerfGE 101, 312](#), juris Rdnr. 32).

Der Gesetzgeber hat keine konkreten Vorgaben für die EHV gemacht. Die gesetzlichen Vorgaben enthalten aber eine hinreichende Ermächtigungsgrundlage für den Satzungsgeber, 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 und 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 (vgl. BSG, Ur. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - [BSGE 101, 106](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 43](#), juris Rdnr. 34 ff.; BVerfG 1. Senat 2. Kammer, Beschl. v. 15.06.2009 - 1 BvR 3289/08 - nahm die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil nicht zur Entscheidung an; zuletzt BSG, Ur. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, juris Rdnr. 32 m. w. N.). Insb. ist es unschädlich, dass die Verpflichtung der Beklagten zu einem sachgerechten Ausgleich nicht explizit Bestandteil der gesetzlichen Vorgaben ist (vgl. BSG, Ur. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - a.a.O. Rdnr. 56). Insofern ist das Bundessozialgericht der Vorinstanz, bereits die Ermächtigungsgrundlage sei unter dem Gesichtspunkt der unzureichenden Partizipation der ehemaligen Vertragsärzte an dem Erlass der normativen Grundsätze der EHV unzureichend (vgl. LSG Hessen, Ur. v. 01.11.2006 - L [6/7 KA 66/04](#) - juris Rdnr. 70 ff.), nicht gefolgt (vgl. BSG, Ur. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - a.a.O. Rdnr. 58 ff.).

Die Kammer kann es letztlich dahingestellt sein lassen, ob der Satzungsgeber von jedweder Beteiligung der sog. inaktiven Ärzte absehen könnte, was allerdings zweifelhaft ist, da der Satzungsgeber offensichtlich vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Vorgaben selbst Partizipationsrechte der EHV-Bezieher im Verfahren zur Änderung der GEHV eingebaut hat. Verstöße gegen die Vorschriften zur Einbeziehung des Beirats bedeuten damit Verstöße gegen zwingendes Verfahrensrecht und führen zur Nichtigkeit der verabschiedeten Satzungsregelungen.

Ausgehend von diesen rechtlichen Vorgaben sind alle Beschlüsse der Vertreterversammlung bzgl. der EHV vom 13.12.2014 und 30.05.2015 und vom 14.03.2015 und 30.05.2015 formell rechtswidrig und nichtig. Der weitere Stellvertreter des Beirats durfte in der Vertreterversammlung am 30.05.2015 teilnehmen und konnte somit auch nicht von seinem Rederecht Gebrauch machen.

Die hier strittigen Änderungsbeschlüsse zur GEHV wurden in drei Sitzungen der Vertreterversammlung beraten und beschlossen, am 13.12.2014, 14.03.2015 und 30.05.2015. In den Sitzungen der Vertreterversammlung am 13.12.2014 und 30.05.2015 wurden mit Wirkung ab 01.07.2012 die Änderung der §§ 3 Abs. 5, 4 Abs. 6, 9 Abs. 2 Buchstaben b, h und i, 10 Abs. 1 GEHV, ferner die Änderung des § 8 Abs. 1 GEHV (Finanzierung der EHV-Ansprüche) mit Geltung vom 01.07.2006 bis 30.06.2012 beraten und beschlossen, daneben - was für den vorliegenden Rechtsstreit ohne Bedeutung ist - § 3 Abs. 2 Satz 8 GEHV mit Wirkung ab 10.07.2013. In den Sitzungen der Vertreterversammlung am 14.03.2015 und 30.05.2015 wurde § 5 Abs. 3 GEHV beraten und geändert.

Nach dem Vortrag des Klägers ist der 2. Stellvertreter des Beirats der EHV zwar zur Sitzung am 30.05.2015 geladen worden, ihm sei aber, wie allen Mitgliedern des Beirats, die Teilnahme bis kurz vor der Abstimmung versagt worden. Sie hätten 2 ¾ Stunden vor dem Sitzungssaal warten müssen. Erst nach Abstimmung über die Abschaffung der Rentengarantie habe der Vorsitzende der Vertreterversammlung ihm das Wort erteilt. Sie hätten den Sitzungssaal erst betreten können, als der Sprecher der Vertreterversammlung die Abstimmung zu den Satzungsänderungen eingeleitet habe, und zwar in der Reihenfolge, dass zunächst § 5 Abs. 3 GEH verabschiedet worden sei und dann die übrigen Bestimmungen. Nach Bekanntgabe des Ergebnisses der Abstimmung und schon während des Aufbruchs der Delegierten sei der 2. stellvertretende Vorsitzende des Beirats vom Sprecher der Vertreterversammlung durch Zuruf gefragt worden, ob er noch etwas sagen wolle, was er naturgemäß verneint habe, da jegliche Äußerung nun nutz- und sinnlos gewesen sei.

Die Beklagte trägt demgegenüber vor, der 2. stellvertretende Vorsitzende des EHV-Beirats sei in allen Sitzungen der Vertreterversammlung

zu den Änderungsbeschlüssen bzgl. der EHV anwesend gewesen. In den Sitzungen der Vertreterversammlung am 14.03.2015 und am 13.12.2014 habe er auch eine Rede zu den jeweiligen Vorlagen zur Änderung der Grundsätze der EHV gehalten. Es seien auch weitere Mitglieder des EHV-Beirats anwesend gewesen.

Damit stimmen die Beteiligten in der Darstellung der Sitzungen der Vertreterversammlung am 14.03.2015 und am 13.12.2014 überein. Der Kläger bestreitet nicht, dass er ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme in diesen Sitzungen der Vertreterversammlung hatte. Bzgl. der Sitzung der Vertreterversammlung am 30.05.2015 bestreitet der Kläger nicht, zum Abstimmungsvorgang in den Sitzungssaal eingelassen worden zu sein. Zu seiner Erklärung, er habe weder an den Beratungen teilnehmen noch von seinem Rederecht vor Beginn des Abstimmungsvorgangs Gebrauch machen können, hat sich die Beklagte zunächst nicht eingelassen. Die Beklagte hat nunmehr die Sitzungsniederschrift vorgelegt. Die Beklagte hat zur Sitzungsniederschrift im Schriftsatz vom 23.05.2017 für die Kammer nachvollziehbar erläutert, dass entgegen der Reihenfolge der Protokollierung TOP 6.1 vor TOP 5.1 bis 5.4 erfolgte. Insofern ergibt sich eine übereinstimmende Darstellung der Beteiligten, die der Schilderung des Klägers entspricht. Auch nach der Sitzungsniederschrift und der Einlassung der Beklagten ist davon auszugehen, dass jedenfalls die erste bzw. tatsächliche Debatte in der Vertreterversammlung unter Ausschluss des weiteren stellvertretenden Beiratsvorsitzenden erfolgte und dieser erst an der Versammlung teilnahm, als die Debatte, die unter TOP 6 "Haushalt" stattfand, beendet war und die Vertreter selbst keine weitere Diskussion mehr führten. Auch wenn TOP 6 mit "Haushalt" überschrieben wird, ging es ausschließlich um die dann verabschiedeten Änderungen der GEHV. Der weitere stellvertretende Beiratsvorsitzende wurde mit den weiteren beiden Mitgliedern des Beirats aus dem Kreis der EHV-Bezieher erst in den Sitzungssaal eingelassen, als mit dem Aufruf der wesentlichen Anträge zur GEHV begonnen wurde. Wortmeldungen gab es zu diesem Zeitpunkt aus dem Kreis der Mitglieder der Vertreterversammlung nicht mehr. Zudem war die Abstimmung über die Vorlage VV 21c/15 - Tischvorlage, die die Änderung des § 5 Abs. 3 GEHV betrifft, bereits beendet, was aber hier dahingestellt bleiben kann, da die Ersetzung der Regelung über die Garantie des Vorjahrespunktwerts durch den Mindestpunktwert von 0,1966 EUR im streitbefangenen Zeitraum nicht zur Anwendung kam. Das Rederecht wurde dem weiteren stellvertretenden Beiratsvorsitzenden erst nach Abschluss der Abstimmung über die Vorlagen VV 22/15 und VV 23/15 erteilt. Vorlage VV 22/15 betrifft die Änderung des § 8 Abs. 1 GEHV, die Bedeutung für die erstmalige Festsetzung des Ausgangspunktwerts hat, auf der alle nachfolgenden Anpassungen, also auch die Festsetzung im streitbefangenen Zeitraum, aufbauen. Vorlage VV 23/15 betrifft die Änderung der §§ 3 Abs. 5, 4 Abs. 6, 9 Abs. 2 Buchstaben b, h und i, 10 Abs. 1 GEHV und damit ebf. Regelungen, die Grundlage der Festsetzung für den streitbefangenen Zeitraum waren.

Der Ausschluss des weiteren stellvertretenden Beiratsvorsitzenden war auch nicht durch § 8 Abs. 3 Geschäftsordnung gerechtfertigt.

Nach § 8 Abs. 3 Geschäftsordnung in der von der Vertreterversammlung am 22. Januar 2005 beschlossenen Fassung besteht das Teilnahme- und Rederecht der Vorsitzenden der Beratenden Fachausschüsse (§§ 11a Abs. 8, 11b Abs. 7 und 11c Abs. 9 der Satzung der KVH) und sonstiger Ausschüsse der KVH lediglich für die öffentlichen Sitzungen der Vertreterversammlung.

Der Vorsitzende des Beirats und seine Stellvertreter nehmen auf Einladung des Vorsitzenden der Vertreterversammlung zu Angelegenheiten der EHV an der Vertreterversammlung teil und haben in Angelegenheiten der EHV Rederecht. Das Nähere bestimmt die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung (§ 11d Abs. 7 Satz 4 und 5 GEHV). Nach § 9 Abs. 6 Satz 2 Satzung kann der Vorsitzende die Öffentlichkeit jederzeit für bestimmte Tagesordnungspunkte ganz oder teilweise ausschließen, sofern die Mehrheit der Vertreterversammlung nicht widerspricht. § 8 Abs. 3 Geschäftsordnung ermöglicht damit die Beschränkung des dem weiteren stellvertretenden Beiratsvorsitzenden von der Satzung eingeräumten Rederechts. Eine solche Beschränkung ist aber in der Satzung nicht vorgesehen.

Nach der Satzung handelt es sich bei der Geschäftsordnung um sonstiges autonomes Recht (§ 8 Abs. 2 Buchst. a Doppelbuchst. dd Satzung). Soweit eine Geschäftsordnung nicht als Satzung erlassen wird, ist sie der Form nach keine Rechtsnorm mit Außenwirkung, sondern ein sog. Innenrechtssatz (vgl. VGH Hessen, Urt. v. 31.10.2013 - [8 C 127/13](#).N - juris Rdnr. 13 m.w.N.). Werden einzelnen Mitgliedern der Vertreterversammlung oder Dritten in der Satzung Rechte eingeräumt, können diese durch die Geschäftsordnung nicht beseitigt oder eingeschränkt werden. Eine Einschränkung käme allenfalls dann in Betracht, wenn die Satzung hierfür eine ausdrückliche und hinreichende Ermächtigung vorsieht, was hinsichtlich des Rederechts des weiteren stellvertretenden Beiratsvorsitzenden nicht der Fall ist. Soweit das "Nähere" die Geschäftsordnung bestimmt, kann es nur um die Art und Weise des Ausübungs des Rederechts gehen, nicht aber um den Ausschluss der Redebefugnis für ganze Teile der Vertreterversammlung. Das hier strittige Vorgehen der Beklagten zeigt gerade, dass das Rederecht zu einem bloßen Vortragsrecht degeneriert, wenn es erst nach Abschluss der Debatte oder wenn es gar erst nach Abschluss der Abstimmung ausgeübt werden darf.

Insofern besteht ein Rangverhältnis zwischen Satzung und Geschäftsordnung. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass die Geschäftsordnung mit einfacher Mehrheit beschlossen werden kann (§ 9 Abs. 4 Satz 1 Satzung), während Satzungsänderungen der Zweidrittelmehrheit der Mitglieder der Vertreterversammlung bedürfen (§ 9 Abs. Satz 1 Satzung). Von daher kann die Geschäftsordnung ohne ausdrückliche, d.h. bestimmte Ermächtigung von der Satzung gewährte Verfahrensrechte nicht einschränken.

In den Sitzungen am 13.12.2014 und 14.03.2015 verfuhr die Vertreterversammlung in gleicher Weise. Der weitere stellvertretende Vorsitzende des Beirats wurde erst nach der internen Debatte zur geplanten Änderung zugelassen. Auch wenn er noch seinen Standpunkt erläutern konnte, verstößt dies nach Auffassung der Kammer, wie bereits dargelegt, gegen zwingendes Satzungsrecht.

Bei dieser Sach- und Rechtslage kann dahinstehen, ob ein weiterer Verfahrensverstoß in der fehlenden Beiratssitzung vor der Sitzung der Vertreterversammlung am 30.05.2015 liegt.

Der Kläger trägt vor, die für den 05.05.2015 einberufene Beiratssitzung im Hinblick auf die Vertreterversammlung am 30.05.2015 sei am 20.04.2015 abgesagt worden. Später habe sich herausgestellt, dass der beratende Fachausschuss mit der Firma D. in Klausur getagt habe. Die Beklagte trägt vor, vor der jeweiligen Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung seien die dort gegenständlichen Änderungsvorlagen für die GEHV den Mitgliedern des EHV-Beirats zur Kenntnis gegeben worden. Zuletzt hätte vor den jeweiligen Sitzungen der Vertreterversammlung weiterhin am 15.09.2014, 16.10.2014 und 25.02.2015 eine Sitzung des EHV-Beirats stattgefunden. Dem Beirat sei dadurch Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden. Im Hinblick hierauf und der in § 11d Satzung geregelten Funktion des EHV-Beirats sei daher eine formelle Rechtswidrigkeit der Beschlüsse der Vertreterversammlung nicht ersichtlich. Aus dem Vortrag der Beteiligten erschließt sich nicht, dass der Beirat bis zum 25.02.2015 alle Unterlagen hinsichtlich der Beschlussvorlagen für die Sitzung der

Vertreterversammlung am 30.05.2015 hatte bzw. welche Unterlagen fehlten. Ferner ist nicht ersichtlich, dass der Beirat bereits bis zum 25.02.2015 Kenntnis davon hatte, dass die Vertreterversammlung am 30.05.2015 beraten und ggf. beschließen würde. Soweit dies nicht der Fall war, hatte der Beirat keine Gelegenheit zur Stellungnahme und konnten die Mitglieder keine abweichende Stellungnahme abgeben. Die Beklagte hat sich hierzu nicht eingelassen.

Weitere formelle Verstöße sind nach dem Vortrag des Klägers nicht ersichtlich.

Nach dem weiteren Vortrag des Klägers hat der Beirat am 15.09.2014 und 16.10.2014 zum Thema Umsetzung des BSG-Urteils getagt, ohne dass ein Beschluss über Empfehlungen ergangen sei. In der Vertreterversammlung am 13.12.2014 sei ein seitens des Vorstands der Beklagten erarbeiteter Vorschlag für eine Reform der GEHV in erster Lesung beraten und verabschiedet worden. Er habe als Mitglied des Beirats auf den fehlenden Beiratsbeschluss hingewiesen, so dass nicht erkennbar sei, in welcher Weise der Beirat berate. Er habe aber seine Auffassung ausführlich darlegen können. Der Kläger rügt damit eine fehlende Stellungnahme des Beirats. Wie bereits dargelegt, muss der Beirat nur Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten. Sieht er hiervon ab, bleibt den Beiratsmitgliedern die Möglichkeit zur abweichenden Stellungnahme und dem Vorsitzenden und Stellvertretern das Rederecht.

Der Kläger trägt weiter vor, in der Beiratssitzung am 25.02.2015 sei über die Abschaffung der Rentengarantie und neue versicherungsmathematische Berechnungen der Firma D. diskutiert worden. Es sei eine Empfehlung zur Annahme des Satzungsänderungsantrags zur Abschaffung der Rentengarantie beschlossen worden. Daraus erschließt sich für die Kammer kein Verfahrensverstoß.

Der Kläger trägt weiter vor, in der Vertreterversammlung am 14.03.2015 sei die Satzungsänderung des § 5 Abs. 3 GEHV diskutiert und beschlossen worden, nachdem er ein abweichendes Votum habe abgeben können. Der unter TOP 5 (GEHV-öffentlicher Teil) aufgeführte Bericht sei nicht aufgerufen oder abgehandelt worden. Daraus erschließt sich für die Kammer ebf. kein Verfahrensverstoß.

Nach Auffassung des Klägers ist der Beschluss der Vertreterversammlung vom 30.05.2015 auch deshalb rechtswidrig, weil die Beschlussvorlage entgegen § 17 Abs. 4 der Geschäftsordnung nicht vor der Abstimmung verlesen worden sei. Es sei vielmehr sofort abgestimmt worden. Nach der Geschäftsordnung in der von der Vertreterversammlung am 22. Januar 2005 beschlossenen Fassung verliert vor der Abstimmung in der Vertreterversammlung der Vorsitzende noch einmal alle gestellten Anträge. Er stellt die Fragen so, dass sie sich nur mit "Ja" oder "Nein" beantworten lassen. Sie sind in der Regel so zu fassen, dass gefragt wird, ob die Zustimmung erteilt wird oder nicht. Dabei ist der Grundsatz maßgebend, dass der weitergehende Antrag vor dem minderweitgehenden und der sachliche Änderungsantrag vor dem Hauptantrag den Vorrang haben. Welcher Antrag der weitergehende ist, entscheidet der Vorsitzende. Gegen diese Entscheidung kann die Vertreterversammlung angerufen werden. Aus der Sitzungsniederschrift der Sitzung der Vertreterversammlung am 30.05.2015 ergibt sich, dass die hier strittigen Anträge in der Vertreterversammlung schriftlich vorlagen und konkret durch Bezeichnung zur Abstimmung aufgerufen wurden. Unklarheiten oder Verwechslungen sind nicht ersichtlich und werden nicht vorgetragen. Ein ausdrückliches Verlesen des gesamten Antragstextes ist nicht erforderlich. Ein "Verlesen" des "Antrags" erfordert nicht das Vorlesen des Antragstextes, sondern nur der Bezeichnung des Antrags. Entscheidend kommt es darauf an, dass jedem Abstimmungsberechtigten der Text bekannt ist bzw. er Kenntnis nehmen konnte und dass Klarheit besteht, über welchen Antrag abgestimmt wird.

Die Satzungsgrundlage ist, ihre formelle Wirksamkeit unterstellt, ferner rechtswidrig, als eine Einbeziehung des Honorars aus Sonderverträgen bei der Berechnung der EHV-Ansprüche nicht vorgesehen ist, obwohl die Beklagte diese Einnahmen zur Finanzierung der EHV bereits seit dem Quartal III/11 heranzieht. Ohne Erfolg war die Klage, soweit die Verwaltungskostenumlage, der Ausgangspunktswert, der sog. paritätische Defizitausgleich und die Abschaffung der alten Regelung zur Punktwertgarantie angegriffen werden.

Die Satzungsgrundlage ist rechtswidrig, als eine Einbeziehung des Honorars aus Sonderverträgen bei der Berechnung der EHV-Ansprüche nicht vorgesehen ist, obwohl die Beklagte diese Einnahmen zur Finanzierung der EHV bereits seit dem Quartal III/11 heranzieht. Dies hat die Kammer bereits entschieden (vgl. SG Marburg, Urte. v. 05.11.2014 - [S 12 KA 84/13](#) - juris, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 85/14 -; s. auch die Parallelverfahren SG Marburg, Urte. v. 05.11.2014 - [S 12 KA 331/13](#) - und - [S 12 KA 83/13](#) - juris, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 87 und 82/14 -). Die Kammer hält hieran ausdrücklich fest. Die Beklagte hat die Satzungsgrundlage für den hier strittigen Zeitraum insoweit auch nicht geändert.

Nach der ursprünglichen Neufassung der GEHV werden die über die Beitragszeit erworbenen Punkte mit einem festen Punktwert in Euro multipliziert. Aus der Multiplikation ergibt sich die Höhe des monatlichen EHV-Bezugs. Es werden maximal 14.000 Punkte berücksichtigt. Der Punktwert wird erstmalig für den 1. Juli 2012 nach § 10 Abs. 1 und 2 festgesetzt (§ 4 Abs. 2 GEHV). Der Punktwert wird mit vier Dezimalstellen festgelegt. Soweit sich rechnerisch mehr Dezimalstellen ergeben, erfolgt eine kaufmännische Rundung (§ 4 Abs. 3 GEHV). Der Anspruch wird jährlich zum 1. Juli neu festgestellt und gilt unverändert für ein Jahr (§ 4 Abs. 5 GEHV). Für den erstmalig zum 1. Juli 2012 festgelegten Punktwert ist der Ausgangswert der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 nach den bis zum 30. Juni 2012 gültigen Grundsätzen der EHV maßgebend (§ 10 Abs. 1 Satz 2 GEHV). Der Wert eines Punktes wird auf der Basis der bisher gültigen Normalstaffel ermittelt (§ 10 Abs. 1 Satz 3 GEHV). Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt nach der bisher gültigen Normalstaffel 12.000 Punkte, der maximale EHV-Anspruch entspricht 18% (§ 10 Abs. 1 Satz 4 GEHV). Ein Prozentpunkt entspricht damit 12.000: 18 = 666,666 Punkten (§ 10 Abs. 1 Satz 5 GEHV). Der Wert eines Punktes ergibt sich aus folgender Formel: Ein Prozent des Jahresdurchschnittshonorars 2010: (12.000 [maximale Punkte nach der bisherigen Fassung]: 18 [Anspruchshöchstsatz]) x 12 [Monate] = Punktwert 2012/2013 (§ 10 Abs. 1 Satz 6 GEHV).

Die Beklagte hat mit Beschlüssen ihrer Vertreterversammlung vom 13.12.2014 und 30.05.2015, veröffentlicht durch ein Schreiben vom 22.06.2015 an alle Mitglieder und EHV-Empfänger, § 10 Abs. 1 Satz 2 GEHV rückwirkend mit Wirkung zum 01.07.2012 dahingehend geändert, dass Ausgangswert der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 unter Berücksichtigung der Quotierung nach § 8 Abs. 1 in der bis zum 30. Juni 2012 gültigen Fassung der Grundsätze der EHV ist. Ferner hat sie die Berechnungsformel nach § 10 Abs. 1 Satz 6 GEHV klarstellend (vgl. hierzu SG Marburg, Urte. v. 05.11.2014 - [S 12 KA 84/13](#) - juris Rdnr. 21 ff., Berufung anhängig beim LSG Hessen - L 4 KA 85/14 -) durch Verschieben der schließenden runden Klammer, die zunächst hinter "[Anspruchshöchstsatz]" stand, hinter "12 [Monate]" wie folgt neu gefasst: Ein Prozent des Jahresdurchschnittshonorars 2010: (12.000 [maximale Punkte nach der bisherigen Fassung]: 18 [Anspruchshöchstsatz] x 12 [Monate]) = Punktwert 2012/2013.

Nach der so verstandenen Vorgabe wird der sich im Jahr 2010 ergebende Punktwert auf der Grundlage einer 12.000 Punkte umfassenden Normalstaffel nach den zuvor geltenden GEHV ermittelt und werden die bisherigen EHV-Bezüge bzw. Anwartschaften auf dieser Grundlage umgerechnet. Aufgrund der nunmehr maximal erreichbaren Punktzahl von 14.000 Punkten, was auf der Grundlage der Beitragsklasse 4 erst in 35 Jahren erreicht werden kann, gegenüber vormals 12.000 Punkten, was aber zuvor nach 30 Jahren auf der Grundlage des Durchschnittshonorars möglich war, kann zukünftig aufgrund der höheren Beitragsklassen ein um 16,7 % höhere Anwartschaft erreicht werden. Als sog. Bestands-EHV-Bezieher betrifft den Kläger aber dieser Teil der Neuregelung nicht.

Mit der rückwirkenden Neuregelung des § 10 Abs. 1 Satz 2 GEHV hat die Beklagte eine Satzungsgrundlage für die Berechnung des Ausgangspunktwerts auf der Grundlage eines quotierten Durchschnittshonorars geschaffen.

Für die Rechtslage bis zu den genannten Änderungsbeschlüssen war das Durchschnittshonorar 2010 nach § 3 Abs. 1 Buchstabe a GEHV a. F. zu bestimmen. Danach wird für jedes Quartal nach Berücksichtigung der besonderen Kosten nach § 5 das Prozentverhältnis der anerkannten Honorarforderung aus der Abrechnung der Primär- und Ersatzkassen des einzelnen Vertragsarztes zur Durchschnittshonorarforderung aller Vertragsärzte im Bereich der KV Hessen im gleichen Quartal festgestellt. Dabei sind auch von Versicherten direkt an den Vertragsarzt geleistete Zahlungen (honoräräquivalente Zahlungen, z. B. Zuzahlungen nach [§ 28 Abs. 4 SGB V](#)) mit einzubeziehen. Die Berücksichtigung der Kostenanteile bzw. die Berücksichtigung der Vergütung "technischer Leistungen" nach § 5 GEHV a.F. i. V. m. den dazu beschlossenen Anlagen ist rechtmäßig (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 36 ff.). Hierzu hat die Kammer zur vorherigen Regelung entschieden, dass es, soweit die Beklagte das Durchschnittshonorar 2010 nach Anwendung des sog. Nachhaltigkeitsfaktors berechnet, dies bereits nicht der Satzungsgrundlage entspricht. Mit dem Verweis auf den Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 nach den bis zum 30. Juni 2012 gültigen Grundsätzen der EHV in § 10 Abs. 2 GEHV und damit § 3 Abs. 1 Buchstabe a GEHV a. F. war das tatsächliche Durchschnittshonorar gemeint (vgl. SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - [S 12 KA 84/13](#) - juris Rdnr. 26 ff., Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 85/14 -). Im Übrigen ist § 8 GEHV a.F. mit dem sog. Nachhaltigkeitsfaktor nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts rechtswidrig (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 79, juris Rdnr. 47 ff) und konnte daher schon aus diesem Grund nicht bei der Berechnung des Punktwerts nach § 10 Abs. 1 GEHV a.F. berücksichtigt werden.

Nunmehr hat die Beklagte durch die genannten Beschlüsse § 10 Abs. 1 Satz 2 GEHV rückwirkend mit Wirkung zum 01.07.2012 dahingehend geändert, dass Ausgangswert der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 unter Berücksichtigung der Quotierung nach § 8 Abs. 1 in der bis zum 30. Juni 2012 gültigen Fassung der Grundsätze der EHV ist. Gleichzeitig hat die Beklagte rückwirkend zum 01.07.2006 § 8 Abs. 1 in seinen Sätzen 1-8 - diese Regelung war vom Bundessozialgericht beanstandet worden (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 79, juris Rdnr. 47 ff. - aufgehoben und wie folgt neu gefasst: Die für die Finanzierung der nach §§ 3 ff. festgestellten EHV-Ansprüche notwendigen Mittel werden durch die Quotierung der im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte bereitgestellt. Die Quote darf dabei einen Wert von 5,62% nicht überschreiten. Die festgestellten Ansprüche beziehen sich dabei auf das jeweils anerkannte durchschnittliche Honorar aus der Behandlung von Versicherten der Primär- und Ersatzkassen gemäß § 3 in Verbindung mit § 5 Abs. 3. Sollten die erforderlichen Mittel (nach Abs. 1 Satz 2) für die Finanzierung der EHV-Ansprüche nicht ausreichen, ist die verbleibende Differenz zu gleichen Teilen durch die aktiven Ärzte und die EHV-Empfänger zu tragen. Die Finanzierung des festgestellten Anteils der aktiven Ärzte erfolgt durch eine Anhebung der Quotierung nach Abs. 1 Satz 2 der im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte, so dass die Hälfte der Differenz gedeckt wird. Weiterhin werden alle Ansprüche der EHV-Empfänger soweit quotiert ausgezahlt, so dass dadurch die verbleibende Hälfte der Differenz abgedeckt ist.

Die jährliche Anpassung erfolgt nach § 4 Abs. 4 GEHV i. d. F. vom 01.07.2012:

Der Punktwert wird einmal jährlich zum 1. Juli eines Jahres angepasst. Die Anpassung erfolgte nach der im streitbefangenen Zeitraum weiterhin geltenden ursprünglichen Fassung (eine Änderung erfolgt erst zum 01.01.2017) - vorbehaltlich der Regelungen in §§ 5 und 6 - mittels zweier Faktoren: a) Basis ist der Prozentsatz, um den sich die für das Jahr der Anpassung geltende Bezugsgröße des [§ 18 Abs. 1 SGB IV](#) im Vergleich zur Bezugsgröße des Vorjahres verändert hat. b) Der sich nach lit. a) ergebende Prozentsatz wird mit einem Mengenfaktor multipliziert. Er errechnet sich, indem der Prozentsatz, der sich aus dem Verhältnis ergibt, in dem die Gesamtforderung der EHV-Empfänger im zweiten Jahr vor der Anpassung (t -2) zu der des Jahres vor der Anpassung (t-1) steht, durch den Prozentsatz dividiert wird, der angibt, wie sich die gewichtete Zahl der Beitragszahler im zweiten Jahr vor der Anpassung (t -2) zu der des Jahres vor der Anpassung (t-1) verhält. Die gewichtete Zahl der Beitragszahler ergibt sich, indem die Beitragssumme des jeweiligen Jahres durch den jeweiligen Durchschnittsbeitrag (Beitragsklasse 4) dividiert wird.

Die Regelungen in §§ 5 und 6 GEHV betreffen den sog. paritätischen Defizitausgleich und die Schwankungsreserve.

§ 5 GEHV "Paritätischer Defizitausgleich, Garantie der EHV-Leistungen" bestimmte in der ursprünglichen Fassung: (1) Bei der jährlichen Anpassung der Bezüge und der Beiträge nach § 4 ist zu schätzen, ob für die folgenden 12 Kalendermonate die EHV-Ausgaben durch die Beitragseinnahmen gedeckt werden. Sollte sich ein Defizit ergeben, erfolgt der paritätische Defizitausgleich (Abs. 2). (2) Die bei der Schätzung der EHV-Ausgaben unter Berücksichtigung der Anpassung nach § 4 Abs. 4 und der Beitragseinnahmen verbleibende Differenz ist zu gleichen Teilen durch die Beitragszahler und die EHV-Empfänger zu tragen. Es werden die Beiträge ergänzend zur Regelung in § 3 Abs. 3 so erhöht, dass die Hälfte der Differenz durch die erhöhten Beiträge gedeckt wird. Weiterhin wird der errechnete Punktwert ergänzend zu § 4 Abs. 4 soweit abgesenkt, dass dadurch die verbleibende Hälfte der Differenz abgedeckt ist. (3) Abweichend von der Regelung in § 4 Abs. 4 und in den vorstehenden Absätzen 1 und 2 sind die Veränderungsmaßnahmen insoweit nicht anzuwenden, als der sich aus diesen Bestimmungen ergebende neue Punktwert niedriger ist als der zuvor gezahlte Punktwert. Der neue Punktwert gilt für die Vertragsärzte, die nach der Punktwertberechnung an der EHV teilnehmen, für die EHV-Empfänger gilt der zuvor gezahlte Punktwert. Ein sich hierdurch ergebender verbleibender Fehlbetrag wird abweichend von Absatz 2 durch eine diesen Fehlbetrag ausgleichende weitere Erhöhung der Beitragssätze ausgeglichen. (4) Die Berechnung der Anpassung nach § 4 Abs. 2 bis 4 sowie der Maßnahmen nach den vorstehenden Abs. 1 bis 3 und der sich aus ihnen ergebende neue Punktwert sind von dem Vorstand bis spätestens Ende Juni zu veröffentlichen. Dies gilt auch, wenn sich der Punktwert nicht verändert.

Die Beklagte hat mit den genannten Beschlüssen ihrer Vertreterversammlung vom 13.12.2014 und 30.05.2015 § 5 Abs. 3 GEHV rückwirkend mit Wirkung zum 01.07.2012 geändert. Die Bestimmung hat nun folgenden Wortlaut:

Abweichend von der Regelung in § 4 Abs. 4 und in den vorstehenden Absätzen 1 und 2 sind die Veränderungsmaßnahmen insoweit nicht anzuwenden, als der sich aus diesen Bestimmungen ergebende neue Punktwert niedriger ist als der Punktwert von 0,1966 EUR. Ein sich hierdurch ergebender verbleibender Fehlbetrag wird abweichend von Absatz 2 durch eine diesen Fehlbetrag ausgleichende weitere Erhöhung der Beitragssätze ausgeglichen. Diese Regelung wird spätestens bis zum 30. Juni 2020 daraufhin überprüft, ob sie weiterhin finanzierbar ist. Wenn die Finanzierbarkeit nicht gegeben ist, wird dieser Regelung geändert oder gestrichen. Eine solche Überprüfung erfolgt danach jeweils spätestens nach weiteren sechs Jahren.

Zu beanstanden war von der Kammer das Fehlen einer Übergangsregelung zur Einbeziehung der Einnahmen zur EHV aus Sonderverträgen für die Festsetzung der EHV-Ansprüche und die Ankoppelung der Anpassung an die Bezugsgröße nach [§ 18 Abs. 1 SGB IV](#).

Anknüpfungspunkt für die erstmalige Festsetzung des Punktwerts ist der Ausgangswert der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010, der aber die Einnahmen aus den Sonderverträgen nicht erfasst, da diese im Jahr 2010 noch nicht zur EHV veranlagt wurden. Der Steigerungssatz nach § 4 Abs. 4 GEHV erfasst aber ebfd. nicht die Einnahmen aus den Sonderverträgen, da er an der geltenden Bezugsgröße des [§ 18 Abs. 1 SGB IV](#) anknüpft.

Der neu eingeführte § 11 GEHV a. F. "Ergänzende Bestimmungen zur Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen außerhalb der Gesamtvergütung" sah vor, dass zur Finanzierung der Erweiterten Honorarverteilung ergänzend zu der Quotierung der Gesamtvergütung nach § 8 Abs. 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 werden. Dies galt 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. 1). Die auf ein Quartal entfallenden Einnahmen von Vertragsärzten aus Umsätzen ärztlicher Tätigkeit nach Abs. 1 wurden mit der nach § 8 Abs. 2 für das entsprechende Quartal errechneten Quote rechnerisch belastet und zur Finanzierung der EHV herangezogen. Dieser Finanzierungsbeitrag war bei der Auszahlung des Quartalshonorars aus der Gesamtvergütung einzubehalten. Rechnete der jeweilige Vertragsarzt im Quartal weniger Honorar über die KVH ab, als sein Finanzierungsbeitrag zur EHV aus Sonderverträgen nach dieser Vorschrift beträgt, war er verpflichtet den nicht verrechenbaren Betrag unverzüglich nach Erhalt eines entsprechenden Zahlungsbescheides an die KVH zu zahlen (Abs. 2). Damit tragen die Einnahmen aus Selektivverträgen seit dem Quartal III/11 zur Finanzierung der EHV bei. Die Ausrichtung des EHV-Anspruchs auf das Aufsatzjahr 2010 führt dazu, dass sowohl im ersten als auch in den Folgejahren nach der Neuordnung der GEHV die EHV-Bezieher von diesem Teil der vertragsärztlichen Honorarentwicklung abgekoppelt werden. Für die Folgejahre folgt dies aus den Anpassungsregelungen. Die Anpassung des Punktwerts zum 1. Juli eines Jahres erfolgt auf der Basis des Prozentsatzes, um den sich die für das Jahr der Anpassung geltende Bezugsgröße des [§ 18 Abs. 1 SGB IV](#) im Vergleich zur Bezugsgröße des Vorjahres verändert hat. Der Veränderungsprozentsatz wird mit einem Mengenfaktor multipliziert. Dieser errechnet sich, indem der Prozentsatz, der sich aus dem Verhältnis ergibt, in dem die Gesamtforderung der EHV-Empfänger im zweiten Jahr vor der Anpassung (t-2) zu der des Jahres vor der Anpassung (t-1) steht, durch den Prozentsatz dividiert wird, der angibt, wie sich die gewichtete Zahl der Beitragszahler im zweiten Jahr vor der Anpassung (t-2) zu der des Jahres vor der Anpassung (t-1) verhält. Die gewichtete Zahl der Beitragszahler ergibt sich, indem die Beitragssumme des jeweiligen Jahres durch den jeweiligen Durchschnittsbeitrag (Beitragsklasse 4) dividiert wird (§ 4 Abs. 4 GEHV). Der Veränderungsprozentsatz fällt damit geringer aus, wenn in den beiden Vorjahren eine Steigerung des Umfangs der EHV-Leistungen zu verzeichnen ist und/oder die Zahl der beitragspflichtigen Ärzte abnimmt, er fällt höher aus, soweit der Umfang der EHV-Leistungen abgenommen hat und/oder die Zahl der beitragspflichtigen Ärzte gestiegen ist. In jedem Fall ist er aber unabhängig von der Entwicklung der ärztlichen Einkommen, die nicht zwingend mit der Veränderung der Bezugsgröße korrelieren muss, und auch von den Einnahmen aus den Selektivverträgen. Die Beiträge aus den Einnahmen aus den Selektivverträgen dienen auch in der Folgezeit ausschließlich der Finanzierung der EHV und sind ohne Auswirkung auf das Versorgungsniveau der EHV-Bezieher. Nur bei dem einzelnen Vertragsarzt können sie zur Erhöhung der individuellen Anwartschaft führen. Auswirkungen der Beiträge aus den Einnahmen aus den Selektivverträgen auf das EHV-Versorgungsniveau bestehen nur indirekt vermittelt über den sog. paritätischen Defizitausgleich nach § 5 GEHV, der nur einen weiteren Anwartschaftsverlust beschränkt. Ergibt eine vorab vorzunehmende Schätzung, dass die EHV-Ausgaben durch die Beitragseinnahmen nicht gedeckt werden, erfolgt der "paritätische Defizitausgleich". Die Hälfte des prognostizierten Fehlbetrages ist durch eine Beitragserhöhung aufzubringen, die andere Hälfte durch Absenkung des Punktwerts, wobei den EHV-Beziehern nicht mehr der zuvor gezahlte Punktwert in jedem Fall garantiert wird, sondern ein Punktwert in Höhe von 0,1966 EUR, für sie also auch eine Verringerung eintreten kann, aber eine Erhöhung geringer ausfallen oder ganz wegfallen kann. Der verbleibende Fehlbetrag ist durch eine weitere Erhöhung der Beitragssätze auszugleichen (§ 5 GEHV). Muss eine in Höhe von 7% der zu erwartenden Beitragseinnahmen der folgenden 12 Kalendermonate bestehende Schwankungsreserve angegriffen werden, so sind für die folgenden 12 Kalendermonate abweichend zu §§ 4 und 5 der Punktwert und die Beitragssätze so festzusetzen, dass zusätzlich zur Finanzierung der Leistungen aus den Beiträgen die Schwankungsreserve auf den Sollwert aufgefüllt wird (§ 6 GEHV). Entsprechend ist auch für die Überführung der Schwankungsreserve zu verfahren (§ 10 Abs. 4 GEHV).

Die Kammer hat bereits in den genannten Urteilen vom 05.11.2014 die durch die Neufassung der GEHV vorgenommene Abkopplung von den Ärztteeinkommen beanstandet.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts besteht ein Anspruch des EHV-Beziehers auf Teilhabe an der Honorarverteilung in einem bestimmten Umfang. Die Anwartschaft aus der EHV schützt aber gerade den Anspruch auf Teilhabe an der Honorarentwicklung und nicht lediglich ein Existenzminimum (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 51 und 54 m.w.N.). Von daher kommt es nicht auf die Motive des Landesgesetzgebers an, weshalb er § 8 KVHG neu gefasst hat. Im Übrigen hat er als Problem benannt, dass aus der Gesamtvergütung herausgebrochene Teile nicht ohne weiteres in die Berechnung der Umlage für die EHV zur Deckung der bereits erworbenen Ansprüche und Anwartschaften der Altersversorgung einbezogen werden könnten, was im Ergebnis die Bemessungsgrundlage für die EHV deutlich verringert habe. Der Landesgesetzgeber hat damit auch auf das sinkende Niveau der Bemessungsgrundlage und damit letztlich der Bezugsgröße für die EHV-Ansprüche verwiesen. Daraus kann keineswegs gefolgert werden, er habe allein fiskalische Interessen der Beklagten in Blick genommen.

Die Neufassung der GEHV gibt aber die bisherige Bindung an die allgemeine Honorarentwicklung auf, was offensichtlich ausdrücklich beabsichtigt ist (vgl. Ruland, Gutachten, Stand: 26. Juli 2011, Rdnr. 41). Insofern kommt es nicht darauf an, ob die Ankoppelung an die Bezugsgröße tatsächlich, gemessen an den Steigerungsraten, zu einer Entkopplung von der allgemeinen Honorarentwicklung der

hessischen Vertragsärzte führt. Die Kammer hat bereits darauf hingewiesen, dass bereits die strukturelle und grundsätzliche Abkopplung der Einnahmen aus Sonderverträgen rechtswidrig ist und im Übrigen dargelegt, dass es sich um einen nicht zu vernachlässigenden Honoraranteil handelt, der außerhalb der an die KV zu leistende Gesamtvergütung von den Krankenkassen zu zahlen ist und der nicht in die Berechnung der EHV-Ansprüche einbezogen wird.

Bei den Einnahmen aus Sonderverträgen handelt es sich auch um Teile der vertragsärztlichen Vergütung.

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) v. 26.03.2007, [BGBl. I 2007, S. 378](#), propagierte zur Stärkung bzw. Schaffung von Wettbewerbsstrukturen die Abkehr vom Kollektiv- zum Selektivvertragssystem. Die bereits zuvor bestehende, aber eher bescheidene und wenig angenommene Tendenz des Gesetzgebers, die Vertragskompetenz der Krankenkassen unter Ausschaltung der KVen zur Schaffung neuer Versorgungsstrukturen zu erweitern, wurde erheblich ausgebaut insbesondere durch die [§§ 73b, 73c](#) und [73d SGB V](#) in der damaligen Fassung. Die bereits ab 2004 eingeführte hausarztzentrierte Versorgung nach [§ 73b SGB V](#) wurde nunmehr für alle Krankenkassen obligatorisch als flächendeckende Versorgung. Mit der "Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung" nach [§ 73c SGB V](#) bzw. jetzt [§ 140a 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. [BT-Drs. 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 30.6.2009 zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach [§ 73b SGB V](#). Gleichzeitig wurde der Sicherstellungsauftrag der KVen reduziert (so ausdrücklich [§ 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) und die durch das GKV-WSG eingefügten [§§ 73b Abs. 4 Satz 5, 73c Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)), ohne den Sicherstellungsgrundsatz der Kassenärztlichen Vereinigungen als Grundsatz ([§ 75 Abs. 1 Satz 1](#) und [2 SGB V](#)) abzuschaffen. Entsprechend ist die Gesamtvergütung zu verringern ([§§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 SGB V](#) bzw. [§ 140a Abs. 6 Satz 1 SGB V](#)). Von daher ist die Einschätzung des Landesgesetzgebers zutreffend, 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. Soweit die Befugnis der Beklagten damit aus den veränderten Strukturen der Versorgungs- und Abrechnungswege folgt, bedeutet dies aber auch, dass jedenfalls dann, wenn die Beklagte Zugriff auf diese Vergütungsanteile zur Finanzierung der EHV erhält, diese Vergütungsanteile aber auch nach den Vorgaben der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung bei Bemessung des Versorgungsniveaus im Rahmen der erforderlichen Anwartschaftserhaltung der EHV-Bezieher zu berücksichtigen sind. Dies wird die Beklagte nach Änderung ihrer Satzungsgrundlagen bei einer Neubescheidung ebf. zu beachten haben. Soweit sie weiterhin am Aufsatzjahr 2010 festhält, ist durch eine Übergangsregelung zu gewährleisten, dass die Festsetzung des Durchschnittshonorars auch die Einnahmen aus den Sonderverträgen angemessen berücksichtigt. Soweit der Beklagten Daten für das Jahr 2010 nicht vorliegen, hat sie auf der Datengrundlage der Folgejahre eine entsprechende Schätzung vorzunehmen.

Soweit der Kläger die Höhe des Ausgangspunktwerts rügt, der durch den "Paritätischer Defizitausgleich" um 0,7277 % gekürzt worden sei, sieht die Kammer dies noch vom Gestaltungsspielraum der Beklagten als Satzungsgeberin als gedeckt an. Die geringe Höhe verletzt nicht die eigentumsrechtlich geschützten Anwartschaften des Klägers. Insofern kann hier dahingestellt bleiben, ob der "Paritätischer Defizitausgleich" und [§ 8 Abs. 1 GEHV](#) mit der ersten Belastungsobergrenze von 5,62 % zu einem hinreichenden, rechtlich gebotenen Interessenausgleich führen.

Das Bundessozialgericht hat sich nur vage geäußert, wann genau der Gestaltungsspielraum des Satzungsgebers endet und wann die Gerichte gehalten sind, einzugreifen. Im Urteil v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 55 weist es darauf hin, dass in einem Umlagesystem bei steigenden Kosten auch eine Erhöhung der Beitragslast in bestimmten Grenzen zumutbar ist. Dass eine solche Grenze bei einem "Beitrag" von 10 %, der zu einer Zahlungsverpflichtung in Höhe von 1.500 Euro monatlich und mehr führen kann, überschritten ist, habe das LSG nachvollziehbar dargelegt. Welche Belastung als zumutbar angesehen werden könne, hänge nicht zuletzt von der Honorarentwicklung und den strukturellen Rahmenbedingungen der EHV ab. Eine Beeinträchtigung des Sicherstellungsauftrags der Beklagten durch eine maßvolle Erhöhung der Beiträge zur EHV sei derzeit nicht ersichtlich. Die tendenziell steigenden Arztszahlen belegten, dass die EHV kein Niederlassungshindernis sei. Sofern die Stabilität des Systems gewährleistet sei, könne von ihm sogar eine Anreizwirkung ausgehen. Das belege nicht zuletzt das erfolglose Bestreben der Psychologischen Psychotherapeuten, nach ihrer Inkorporation in die vertragsärztliche Versorgung auch an der EHV teilzunehmen. An anderer Stelle im selben Urteil (Rdnr. 50) vergleicht der Senat die Entwicklung des EHV-Anspruchs anhand der Berechnung eines "realen" Anspruchssatzes und stellt dieser die EHV-Quote zu Lasten der aktiven Vertragsärzte dar. Der Senat hat ferner (Rdnr. 51) die Differenzen der Auszahlungsbeträge für einen EHV-Anspruch mit einer Aufstellung der Durchschnittshonorare und dem Gesamtaufwand für die EHV verglichen. Dies dürfte die klägerseits geltend gemachte Problematik, die Beklagte verteilte die Lasten auf die Gruppe der aktiven und inaktiven Vertragsärzte zu je 50 %, die Belastung der inaktiven Vertragsärzte verteilte sich aber auf einen viel kleineren Personenkreis, so dass der einzelne Leistungsempfänger deutlich höher belastet sei als der einzelne Vertragsarzt, reflektieren.

Andererseits ist aber auch in Erinnerung zu rufen, dass die von Juli 2012 bis Ende 2016 geltenden Beitragsklassen unter Vernachlässigung der Beitragsklasse 1 zu einer Schwankungsbreite der Prozentsätze am maßgeblichen Honorarumsatz von 4,8 % bis 9,7 % geführt haben (vgl. z. B. SG Marburg, Urt. v. 10.12.2014 - [S 12 KA 229/13](#) - juris Rdnr. 49, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 5/15](#) -), es also offensichtlich innerhalb der Beklagten bzw. der Vertreterversammlung für zumutbar gehalten wurde, dass einzelne Ärzte mit bis zu 9,7 % des maßgeblichen Honorarumsatzes zur Finanzierung der EHV herangezogen wurden.

Soweit zweifelhaft ist, ob damit die Grenze von 5,62 % als erste Belastungsobergrenze in der neuen, vom 01.07.2006 bis zum 30.06.2012 geltenden Fassung des [§ 8 Abs. 1 GEHV](#) hinreichend gewählt wurde, so führt dies im Rahmen der geringen Kürzung des Ausgangspunktwerts nicht zu einer rechtswidrigen Belastung des Klägers. Generell geht die Kammer davon aus, dass der sog. "paritätische

Defizitausgleich" sowohl in § 8 Abs. 1 GEHV als auch in Gestalt des § 5 Abs. 2 GEHV nicht grundsätzlich zu beanstanden ist, weil die Beklagte die Lasten auf die Gruppe der aktiven und inaktiven Vertragsärzte zu je 50 % verteilt. Allein der Umstand, so die Auffassung des Klägers, dass die Belastung der inaktiven Vertragsärzte sich auf einen viel kleineren Personenkreis verteile, so dass der einzelne Leistungsempfänger deutlich höher belastet sei als der einzelne Vertragsarzt, führt nicht zu einer ungleichen Verteilung. An der EHV sind derzeit nach den Angaben der Beklagten auf ihrer Homepage derzeit rund 9.850 Ärzte als Einzahler und rund 7.600 Empfänger beteiligt (vgl.

<https://www.kvhessen.de/fuer-unsere-mitglieder/abrechnung-und-honorar/alles-fuer-ihre-abrechnung/erweiterte-honorarverteilung>), so dass schon nach Köpfen keine völlig unterschiedlichen Größen bestehen und das Umlageverfahren bisher auf der Voraussetzung beruht, dass es mehr Beitragszahler als Leistungsempfänger gibt. Maßgeblich kommt es aber darauf an, wie sich die EHV-Leistungen im Verhältnis zu den Arzteinkommen einerseits und die prozentuale Beitragslast des Honorarumsatzes des einzelnen Vertragsarztes andererseits entwickeln. Für eine starre Prozentquote des EHV-Anteils an der Gesamtvergütung von 5,62 % oder 6 % gibt es keine rechtliche Vorgabe. Hier kommt der Beklagten eine Beobachtungspflicht zu, wovon sie selbst ausdrücklich für den Garantiepunktwert nach § 5 Abs. 3 GEHV ausgeht. Dieser ist nach § 5 Abs. 3 GEHV abweichend vom Defizitausgleich nach § 5 Abs. 2 GEHV bei einem Fehlbetrag durch eine weitere Erhöhung der Beitragssätze auszugleichen, also ausschließlich durch die Seite der Beitragszahler. Diese Regelung ist spätestens bis zum 30.06.2020 daraufhin zu überprüfen ist, ob sie weiterhin finanzierbar ist, danach jeweils spätestens nach weiteren sechs Jahren. Finanzierbarkeit hat aber immer auch die Leistungen an die EHV-Bezieher in den Blick zu nehmen, nicht nur die Belastung der Beitragszahler, da es sich letztlich um einen politischen Begriff handelt. Insofern weist die Beklagte auf steigende Beiträge im System der Beitragsklassen hin. Im Beitragsjahr 2014/2015 betrug der Quartalsbeitrag in der Beitragsklasse 4, die für die Vertragsärzte mit 75 % bis 100 % des Durchschnittsumsatzes galt, 2.642 EUR, im Beitragsjahr 2015/2016 bereits 3.207 EUR, was eine Steigerung um 21 % bedeutet. Bis zur Abschaffung der Beitragsklassen betrug der Beitragssatz dann im zweiten Halbjahr 2016 dann 3.299 EUR, was eine weitere Steigerung um annähernd 3 % bedeutete. Im Beitragsjahr 2012/2013, zu dem erstmals Beitragsklassen eingeführt wurden, lag der Beitrag in der Beitragsklasse 4 noch bei 2.508 EUR (vgl. SG Marburg, Urt. v. 10.12.2014 - [S 12 KA 537/13](#) - juris Rdnr. 28, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 4/15](#) -), was in zwei Jahren bis zum Beitragsjahr 2015/2016 eine Steigerung um mehr als 5 % bedeutete. Vom Beitragsjahr 2012/2013 bis zum zweiten Halbjahr 2016 stieg in einem Zeitraum von 4 ½ Jahren der Beitrag in Beitragsklasse 4 um über 31 %. Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass sich bei einem noch höheren Ansatz des Ausgangspunktwerts noch stärkere Beitragserhöhungen ergeben hätten.

Soweit der Kläger die Aufhebung der früheren "Rentengarantie" nach § 5 Abs. 3 GEHV beanstandet, wird der Kläger durch diese Neufassung gegenwärtig nicht beschwert, da der aktuelle Punktwert höher ist als im Vorjahr. Von daher gelangte diese Regelung nicht im Rahmen der strittigen Festsetzung zur Anwendung. Für die Zukunft wird auch diesbezüglich die Beklagte die Auswirkungen im Rahmen ihrer Beobachtungspflicht in ihre Überlegungen einzubeziehen haben.

Von der Kammer nicht zu beanstanden war die Höhe der Verwaltungskostenumlage. Insofern sind die Festsetzungen in den angefochtenen Kontoauszügen rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben. Dies hat die Kammer bereits für frühere Zeiträume entschieden (vgl. SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - [S 12 KA 84/13](#) - juris Rdnr. 43 ff., Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 85/14](#) -; s. auch die Parallelverfahren SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - [S 12 KA 331/13](#) - und - [S 12 KA 83/13](#) - juris, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 87](#) und [82/14](#) -). Hieran hält die Kammer fest.

Im angefochtenen EHV-Bescheid wird darauf hingewiesen, dass von den errechneten monatlichen EHV-Zahlungen noch die jeweils gültige Verwaltungskostenumlage abgezogen werde. Diese wird in gleicher Höhe wie für die aktiven Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erhoben und betrug im streitbefangenen Zeitraum nach Angaben der Beklagten 2,49 %. Die Festsetzung der Verwaltungskosten erfolgte durch Verwaltungsakt in den damit streitgegenständlichen Kontoauszügen. Auch wenn die Kammer grundsätzlich Bedenken hat, dass eine solche Festsetzung lediglich im "Kontoauszug" erfolgt, so wird aber hinreichend bestimmt und geregelt, wie hoch die Verwaltungskosten sind. Insofern handelt es sich um eine eindeutige bestimmte Regelung und um einen Verwaltungsakt im Sinne des [§ 31 SGB X](#).

Rechtsgrundlage für die Erhebung von Verwaltungskostenbeiträgen ist [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V](#). Hiernach müssen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthalten, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, reicht es aus, wenn die Satzung die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthält. Eine Satzungsvorschrift auch für den Betrag der Kostenumlage ist nicht erforderlich. Dies kann die Vertreterversammlung vielmehr in anderer Weise normativ regeln. Diesen Anforderungen wird im vorliegenden Fall durch § 3 Abs. 7 der Satzung der Beklagten entsprochen. § 3 Abs. 7 der Satzung bestimmt Folgendes:

"Die KVH erhebt zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben Beiträge, die in einem einheitlichen Hundertsatz der Vergütungen für ärztliche Tätigkeit bestehen und/oder Gebühren, die in einem einheitlichen festen Satz oder in einem Hundertsatz der Vergütungen für ärztliche Tätigkeit bestehen können. Die Beiträge/Gebühren können sowohl ihrer Art und/oder Höhe nach als auch für verschiedene Gruppen von Ärzten verschieden gestaltet werden. Beitragsfestsetzungen können auch regional differenziert erfolgen. Die Art und/oder Höhe der Beiträge/Gebühren beschließt die Vertreterversammlung. Die Festsetzung der Beiträge/Gebühren sind der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorzulegen."

Dabei hat das Bundessozialgericht die Ansicht des LSG Hessen, die Vertreterversammlung habe mit dem Beschluss über den Haushaltsplan zugleich die - ihr gemäß § 7 Abs. 1 Buchst. g der Satzung a. F. vorbehaltene - Entscheidung über die Höhe der Verwaltungskosten treffen können und getroffen, als eine Auslegung im Bereich des Landesrechts angesehen, die einen Verstoß gegen Bundesrecht nicht erkennen lasse (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#), juris Rdnr. 102 f.).

Entsprechend ihrer Satzung ist die Beklagte verfahren und hat die Vertreterversammlung den Verwaltungskostensatz festgesetzt. Gegenteiliges ist der Kammer jedenfalls nichts bekannt.

§ 3 Abs. 7 der Satzung gilt auch für die inaktiven Ärzte, die nunmehr an der EHV teilnehmen. Nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung handelt es sich bei der EHV um die Fortführung der Honorarverteilung. Insofern bestimmt § 1 Abs. 1 GEHV, dass jedes zugelassene ärztliche Mitglied der KV Hessen auch im Falle der Anerkennung seiner Berufsunfähigkeit und/oder nach Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung (inaktiver Vertragsarzt = EHV-Empfänger) weiterhin an der Honorarverteilung im Rahmen dieser Bestimmungen der EHV teilnimmt. Insofern handelt es sich nicht um eine Sozialleistung, wenn auch die Ausgestaltung und die Funktion der Ansprüche eine

sozialleistungsähnliche Funktion haben. Unter Berücksichtigung der Unterschiede können daher Verwaltungskosten weiterhin abgezogen werden. Insofern hat die Beklagte auch zur Feststellung der EHV-Ansprüche das gesamte Honorarverteilungsverfahren durchzuführen, steht also auch der Festsetzung des Quartalsanspruchs ein Verwaltungsverfahren und Verwaltungsaufwand gegenüber (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 20.07.2011 - S 12 KA 445/10 -, Berufung zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 27.08.2012 - L 4 KA 32/12 -, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 14.11.2012 - [B 6 KA 45/12 B](#) - [BeckRS 2012, 75853](#); SG Marburg, Urt. v. 21.12.2011 - [S 12 KA 172/11](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris (rechtskräftig)). Dies gilt auch nach der Neufassung der GEHV. Wie bereits dargelegt ist die Beklagte gerade nicht berechtigt, die EHV-Ansprüche vollständig von der Entwicklung der Honoraransprüche der aktiven Vertragsärzte abzukoppeln. Auch erfolgt die Finanzierung der EHV weiterhin letztlich über die Honorarverteilung. Von daher sieht die Kammer keine Verpflichtung der Beklagten, unterschiedliche Verwaltungskostensätze festzulegen und hierbei von einem geringeren Verwaltungsaufwand für den Bereich der EHV-Bezieher auszugehen.

Auch der konkrete Betrag bzw. Prozentsatz, auf den die Beklagte die Verwaltungsumlage festlegte, ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Obergrenze zulässiger Belastung ergibt sich entsprechend allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts aus dem Kostendeckungsprinzip. D. h., dass eine KV von ihren Mitgliedern Finanzmittel nur insoweit fordern darf, als sie diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt. Die KV hat die hiernach umlegbaren Kosten - ihre eigenen Aufwendungen, vor allem die Kosten der Verwaltung und die Aufwendungen für Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung - grundsätzlich nach einem einheitlichen Maßstab auf alle Vertragsärzte umzulegen. Dabei bedarf es keiner genauen Bemessung des beitragsrechtlichen Vorteils. Ausreichend sind insoweit Schätzungen und Vermutungen sowie vergrößerte Pauschalierungen. Die Höhe der Beiträge darf gemäß dem Äquivalenzprinzip lediglich nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil bzw. der Vorteilmöglichkeit stehen, den bzw. die sie abgelten sollen. Die Beiträge dürfen die Beitragspflichtigen nur insoweit unterschiedlich belasten, als dies dem verschiedenen Maß an Vorteilen bzw. Vorteilmöglichkeiten entspricht. Dementsprechend setzt die Erhebung besonderer Abgaben nur von einem Teil der Mitglieder voraus, dass den dazu herangezogenen Mitgliedern aus der Inanspruchnahme von Leistungen oder Einrichtungen der KV besondere Vorteile erwachsen. Zudem kann entsprechend dem Solidargedanken eine Abstufung der Belastung nach Leistungsfähigkeit erfolgen. Die Erhebung unterschiedlich hoher Beiträge in den einzelnen Bezirken der KV ist zulässig. Zwar hat die KV die allgemeinen Verwaltungs- und Sicherstellungskosten grundsätzlich nach einem einheitlichen Maßstab auf alle Vertragsärzte umzulegen. Das hindert sie aber nicht, besondere Kosten einzelner Bezirksstellen nur innerhalb deren Zuständigkeitsbereichs umzulegen, jedenfalls dann, wenn dem besondere Vorteile für die dort tätigen Vertragsärzte entsprechen oder durch die dortigen Vertragsärzte mehr Aufwand verursacht wird. Dies kann sich z. B. daraus ergeben, dass den Vertragsärzten mehr Beratungsmöglichkeiten angeboten werden, wofür mehr oder höher qualifiziertes Personal tätig ist, oder dass wegen signifikant häufigerer Rechtsbehelfe mehr Personal erforderlich ist. Bei Fehlverwendungen kann grundsätzlich nur deren Unterlassung beansprucht, nicht aber der Beitrag oder ein Beitragsteil zurückbehalten werden. Die Zurückbehaltung des Beitrags oder eines Teils davon kann nur dann gerechtfertigt sein, wenn die seiner Bemessung zu Grunde liegenden Bestimmungen rechtswidrig ist. Die Zuerkennung eines Beitragszurückbehaltungsrechts kann allenfalls erwogen werden, wenn ein Beitrag insgesamt oder zu einem bestimmten Teil eng an die Finanzierung eines konkreten - als rechtswidrig angesehenen - Zwecks gebunden ist (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - a.a.O., Rdnr. 105 bis 109).

Ausgehend von diesen Maßstäben hat die Beklagte zutreffend die strittigen Verwaltungskostenanteile festgesetzt. Die Beklagte war im Rahmen ihrer Satzungsbefugnisse berechtigt, nicht zwischen aktiven und inaktiven Vertragsärzten zu unterscheiden. Dies folgt bereits aus dem Umstand, dass die gesamte EHV als Teil der Honorarverteilung geregelt ist. Auch kann ohne die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags durch die aktiven Vertragsärzte und die sich hieraus ergebende Honorarverteilung keine EHV durchgeführt werden.

Einer Begründung bedarf der Honorarbescheid im Hinblick auf [§ 35 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nur hinsichtlich der wesentlichen Faktoren, die für die Berechnung des Honorars wesentlich sind. Die Vorschrift verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen auseinander zu setzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen. Bei Honorarbescheiden dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Denn bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw. zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. Das erlaubt es den Kassenärztlichen Vereinigungen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das BSG nicht für erforderlich gehalten, dass eine Kassenärztliche Vereinigung alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechengang aus dem HVM ergibt (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#), juris Rdnr. 32 f. m. w. N.;).

Diese Grundsätze gelten auch für EHV-Bescheide.

Der Hinweis, es seien nur sehr wenige Personen mit der EHV-Verwaltung beschäftigt, vernachlässigt den Zusammenhang zwischen der EHV und der übrigen vertragsärztlichen Tätigkeit und der dafür notwendigen Verwaltung. Von daher hält es die Kammer vom Gestaltungsspielraum der Beklagten noch als gedeckt an, dass sie die inaktiven Ärzte in gleicher Weise an den Verwaltungskosten durch einen prozentualen Beitragssatz beteiligt wie die aktiven Ärzte.

Die Beklagte war auch nicht verpflichtet, die Höhe des Verwaltungskostensatzes in den Bescheiden anzugeben oder weitere Berechnungsgrundlagen. Allerdings dürfte es der Beklagten ohne weiteres möglich sein, den Verwaltungskostensatz in den Bescheiden anzugeben. Im Übrigen kann der Verwaltungskostensatz ohne weiteres errechnet werden oder aber bei der Beklagten in Erfahrung gebracht werden. Hierbei kommt es nicht darauf an, ob der Kläger persönlich bei einem entsprechenden Beschluss der Vertreterversammlung der

Beklagten über den Verwaltungskostensatz informiert wird oder Bezieher des info-doc ist, in der die Beschlüsse veröffentlicht werden. Maßgeblich für die Gültigkeit des Beschlusses der Vertreterversammlung über den Verwaltungskostensatz ist, dass der Beschluss überhaupt veröffentlicht wird und damit Gültigkeit erlangt. Der Beklagten wäre es aber ohne weiteres möglich, den Verwaltungskostensatz im EHV-Bescheid, wie es auch in dem Honorarbescheiden für die aktiven Ärzte geschieht, anzugeben und im Honorarbescheid selbst auch die Höhe der Verwaltungskosten anzugeben.

Eine Verletzung eigentumsrechtlicher Gewährleistungen ist nicht erkennbar. Die Erhebung der Verwaltungskosten von den Leistungen der EHV erfolgt seitens der entsprechenden Satzungsbestimmungen der Beklagten seit Jahrzehnten. Insofern hat der Kläger bereits seine Anwartschaft nur unter der Maßgabe erhalten, dass die Leistungen zu Verwaltungskosten herangezogen werden. Entsprechend geringer war sein eigener Verwaltungskostensatz bzw. sein Beitrag zur EHV während seiner aktiven Zeit als Vertragsarzt. Durch die Erhebung der Verwaltungskosten wird auch nicht in den eigentumsrechtlich geschützten Anspruchssatz eingegriffen. Dieser bleibt unverändert. Soweit im Ergebnis der Nettobetrag vermindert wird, handelt es sich jedenfalls nicht um einen unverhältnismäßigen Eingriff. Soweit die Beklagte, wie bereits dargelegt, zur Erhebung von Verwaltungskosten berechtigt ist, handelt es sich insofern um eine zulässige Inhaltsbestimmung des EHV-Anspruchs.

Die Festsetzung der Verwaltungsgebühren ist bestimmt. Wie bereits dargelegt, wird in den Kontoauszügen ein konkreter Betrag festgesetzt.

Nach allem war der Klage im tenorierten Umfang stattzugeben und die Beklagte zur Neubescheidung zu verpflichten, im Übrigen war sie aber abzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-08-07