

## S 17 KA 63/19 WA

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 17 KA 63/19 WA  
Datum  
30.03.2022  
2. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Bei der Ausübung des Schätzungsermessens sind die Schätzgrundlagen nachvollziehbar darzulegen. Dies gilt bei der Berechnung des EHV-Punktwertes im Jahr 2017 insbesondere für die Berechnung des zur Verfügung stehenden Umlagevolumens auf der einen und für die Berechnung des erwarteten Finanzbedarfs auf der anderen Seite.

2. Bei der Festsetzung der Verwaltungskostenumlage ist auch nach der Neufassung der GEHV zum 1.1.2017 nicht zwischen aktiven Vertragsärzten und EHV-Beziehern zu unterscheiden.

3. Der Abzug einer Sonderumlage Weiterbildung ist ab 1.1.2017 wieder rechtmäßig.

1. Der Bescheid der Beklagten vom 20.12.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.05.2017 wird aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, den Kläger über seinen EHV-Anspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Die Beklagte trägt die Gerichtskosten sowie die erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten des Klägers.

### Tatbestand

Die Beteiligten streiten um eine Anpassung des Auszahlungspunktwertes in der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017. Es handelt sich um eine von drei bei der Kammer anhängigen Musterklagen.

Der Kläger, geboren 1938, war von 1970 bis 2005 als Vertragsarzt tätig und bezieht von der Beklagten Leistungen der EHV.

Mit Bescheid vom 20. Dezember 2016 teilte die Beklagte dem Kläger die Höhe des EHV-Honorars, errechnet nach den ab dem 1. Januar 2017 gültigen Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung (GEHV), wie folgt mit:

Ihr EHV-Anspruch in Punkten	12.000,0000
X Auszahlungspunktwert in Euro zum 1. Januar 2017 nach §§ 4 Abs. 5, 5 GEHV	0,2317
<b>= Ihre monatl. EHV-Zahlung in Euro</b>	<b>2.780,40</b>

Die Entwicklung des EHV-Punktwertes sowie der EHV-Bezüge stellte sich seit Juli 2012 wie folgt dar:

**Punktwerte** nach BSG (neu): **monatl. EHV-Zahlung** vor Abzug VK bei 12.000 P. nach BSG (neu):

1. Beitragsjahr 2012/2013	0,2210 €	2.652,00 €
2. Beitragsjahr 2013/2014	0,2238 €	2.685,60 €
3. Beitragsjahr 2014/2015	0,2261 €	2.713,20 €
4. Beitragsjahr 2015/2016	0,2294 €	2.752,80 €
5. Beitragsjahr 2016	0,2341 €	2.809,20 €
<b>6. Beitragsjahr 2017</b>	<b>0,2317 €</b>	<b>2.780,40 €</b>
7. Beitragsjahr 2018	0,2340 €	2.808,00 €

8. Beitragsjahr 2019      0,2251 €                      2.701,20 €

Die Zahl der EHV-Empfänger entwickelte sich wie folgt:

2015 7038  
2016 7275  
2017 7536  
2018 7776

In seiner Widerspruchs begründung rügte der Kläger die Rechtmäßigkeit des Bescheides unter zahlreichen Aspekten:

- 1.) Der Bescheid sei rechtswidrig, weil ihm die erforderliche Begründung gemäß [§ 35 SGB X](#) fehlen würde: Das für die Berechnung des EHV-Punktwertes maßgebliche Gesamthonorar würde weder beziffert noch nachvollziehbar erläutert. Gleiches gelte für das der Berechnung des EHV-Punktwertes zugrundeliegende EHV-relevante Durchschnittshonorar. Zur Begründung würde auch eine Angabe über die Zahl der aktiven Vertragsärzte einerseits und der EHV-Bezieher andererseits gehören, um den in der ergänzenden Mitteilung erwähnten „paritätischen Defizitausgleich“ nachvollziehen zu können.
- 2.) Der Auszahlungspunkt看wert schreibe den Punkt看wert 2015/2016 fort. Der im zweiten Halbjahr 2016 maßgebliche Punkt看wert würde keine Berücksichtigung finden. Der mit dem Punkt看wert erstrebte Defizitausgleich sei nicht paritätisch und würde die Vorgaben gemäß den Urteilen des Bundessozialgerichts (BSG) nicht berücksichtigen: Die Belastungsgrenze liege bei 6,0 % und nicht bei den der Satzung zugrundeliegenden 5,6 %. Die Parität würde auch dadurch verletzt, dass die Lasten zu je 50 % auf die aktiven und die inaktiven Vertragsärzte verteilt würden, obwohl die Zahl der inaktiven Vertragsärzte kleiner sei als die der aktiven Vertragsärzte.
- 3.) Die an die aktiven Vertragsärzte gezahlten Honorare aus Selektivverträgen hätten bei der Errechnung des Ausgangspunktwertes im Jahre 2012 keine Berücksichtigung gefunden. Dies wirke sich bis heute mindernd auf den Auszahlungspunktwert aus und sei rechtswidrig.
- 4.) Der Auszahlungspunktwert sei etwas niedriger als der des Jahres 2016. Dies würde auf einer rechtswidrigen Änderung der Satzung beruhen, mit dem die sog. Rentengarantie für EHV-Bezieher gestrichen worden war. Diese Korrektur würde gegen den sich aus dem Grundgesetz ergebenden Eigentumsschutz der EHV-Leistungen verstoßen.
- 5.) Der Punktwert für 2017 sei seitens der Verwaltung unter Verstoß gegen die Satzung der Beklagten festgelegt worden. Nach § 11d der Satzung würde der Beirat den Vorstand und die Vertreterversammlung bei der Festlegung eines neuen Punktwertes beraten. Der jetzt mitgeteilte Punktwert für 2017 sei nicht Gegenstand einer Beiratssitzung gewesen.
- 6.) Intransparent sei die in Abzug gebrachte Verwaltungskostenumlage. Sie entspräche nicht dem Wert von 2,49%. Auch dieser Wert sei nur dann rechtmäßig, wenn dem sich daraus ergebenden Gesamtbetrag bei der Verwaltung der EHV ein entsprechender Aufwand gegenüberstehen würde.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 31. Mai 2017 zurück. Der Bescheid genüge den Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 SGB X](#). Nach dieser Vorschrift sei ein schriftlicher Verwaltungsakt mit einer Begründung zu versehen, welche nach Satz 2 die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe der Entscheidung mitteilen müsse. Dies bedeute schort nach dem Wortlaut, dass eine Begründung nicht zwingend in allen Einzelheiten zu erfolgen habe. Vielmehr richte sich gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) der erforderliche Begründungsumfang nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des Einzelfalls. Dabei genüge es, wenn dem Betroffenen die Gründe in einer Weise dargelegt werden, die es ihm ermögliche, seine Rechte sachgemäß wahrnehmen zu können.

Insoweit sei zu berücksichtigen, dass sich der angefochtene Bescheid an einen sachkundigen Personenkreis richte. Auch dürften Informationen als bekannt vorausgesetzt werden, die zuvor von den Kassenärztlichen Vereinigungen in Rundschreiben oder anderen Veröffentlichungen unter den Vertragsärzten/EHV-Empfängern bekannt gemacht worden sein. In dem hier konkreten Fall müsse der Bescheid über die Anpassung des Auszahlungspunktwertes für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017. Als maßgebliche Faktoren wären hier zu nennen: Der jeweils persönliche EHV-Anspruch des einzelnen Arztes in Punkten, der festgelegte Auszahlungspunktwert in Euro zum aktuellen Zeitpunkt sowie die Höhe der dem Arzt zu gewährenden monatlichen EHV-Zahlung in Euro. Betreffend den Punktwert sei u. a. auf das Rundschreiben vom 19. Dezember 2016 zu verweisen, in welchem über dessen Berechnungsmodalitäten informiert worden sei.

Wie bereits dem Rundschreiben vom 19. Dezember 2016 auf Seite 2 zu entnehmen sei, sei für die Berechnung des EHV-Punktwertes für das Jahr 2017 als Ausgangspunktwert 0,2341 E zugrunde gelegt worden. Dies sei der Punktwert, der in den Quartalen 3/2016 und 4/2016 zur Errechnung des EHV-Anspruches herangezogen worden sei.

Der vorgenommene paritätische Defizitausgleich (PDA) genüge den Vorgaben der ab dem 1. Januar 2017 geltenden GEHV.

Nach § 3 Abs. 1 GEHV i. d. F. 1. Januar 2017 (Umlage) werde die EHV finanziert durch Umlagen der aktiven Vertragsärzte. Die Umlage werde in Form eines prozentualen Abzugs von dem über die KV Hessen abgerechneten EHV-relevanten Honorar des jeweiligen Vertragsarztes im aktuellen Abrechnungsquartal zuzüglich der auf vier Quartale aufgeteilten Summe der für das Vor-Vorjahr gemeldeten bzw. geschätzten Honorare aus Selektivverträgen einbehalten. Gemäß § 10 Abs. 2 GEHV (Übergangsregelung) werde für das Bezugsjahr ab 1. Januar 2017 für die erstmalige Festsetzung des Umlagesatzes nach § 5 Abs. 1 GEHV die Summe der Beitragseinnahmen für das Beitragsjahr 1. Juli 2015 bis 30. Juni 2016 dem in diesem Zeitraum abgerechneten EHV-relevanten Gesamthonorar gegenübergestellt. Als Ausgangsumlage für die aktiven Ärzte sei so ein Prozentsatz von 5,73 % ermittelt worden.

Dem § 5 GEHV (Festlegung des Umlagevolumens, Paritätischer Defizitausgleich und Garantie der EHV-Leistungen) sei zu entnehmen, dass bei der jährlichen Anpassung der Umlage und der EHV-Bezüge nach § 4 GEHV zu schätzen sei, ob für die folgenden 12 Kalendermonate die

EHV-Ausgaben durch das Umlagevolumen gedeckt würden. Sofern das Umlagevolumen deckungsgleich sei mit den zu erwartenden EHV-Ansprüchen, werde der bisherige Umlageprozentsatz im aktuellen Bezugsjahr fortgeführt. Sollte sich ein Defizit ergeben, erfolge der paritätische Defizitausgleich (PDA). Das sich bei der Schätzung ergebende Defizit sei zu gleichen Teilen durch die Beitragszahler und die EHV-Empfänger zu tragen. Der Umlagesatz für die aktiven Ärzte werde ergänzend zur Regelung in § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV so erhöht, dass die Hälfte der Differenz durch die erhöhte Umlage gedeckt werde. Weiterhin werde der errechnete Auszahlungspunktwert für die EHV-Empfänger ergänzend zu § 4 Abs. 5 GEHV so weit abgesenkt, dass dadurch die verbleibende Hälfte des Defizits abgedeckt sei. Nach den Vorgaben des § 5 GEHV war für das Jahr 2017 ein PDA vorzunehmen. Der Punktwert für die EHV-Empfänger werde demgemäß von 0,2447€ auf 0,2317€ abgesenkt. Die Umlage für die aktiven Ärzte werde von 5,73 % auf 6,07 % erhöht.

Einnahmen aus Sonderverträgen würden nicht berücksichtigt.

Auch wenn der Auszahlungspunktwert etwas niedriger sei, als der des Jahres 2016 so liege er mit 0,2317€ jedoch deutlich über der Punktwertgarantie von 0,1966 €.

Soweit der Kläger in diesem Zusammenhang einen Verstoß gegen die Eigentumsgarantie rüge, liegt ein solcher Verstoß nicht vor. Die Beklagte verwies auf die Entscheidung des BSG vom 16. Juli 2008 (Az.: [B 6 KA 39/07 R](#)). Das BSG habe festgestellt, dass die im Laufe der aktiven Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erworbene Anwartschaft auf eine lebenslange Alterssicherung durch die EHV zwar unter dem Schutz der Eigentumsgarantie des [Art. 14 Abs. 1 GG](#) stehe. Allerdings bedeute dies nicht, dass hier ein festes EHV-Honorar (als Eurobetrag) zugesichert werden müsse. Da die Höhe des Anspruchs an EHV-Bezügen von verschiedenen Faktoren abhängen, welche nach den GEHV zu berechnen seien, könnten sich von Jahr zu Jahr schwankende Honoraransprüche ergeben. [Art. 14 GG](#) schütze zudem lediglich den Bestand des Eigentums, nicht aber erwartete bzw. prognostizierte Erwerbchancen in der Zukunft.

Bei der Ermittlung des Punktwertes sei eine Beteiligung des EHV-Beirats nicht geboten. Nach § 11d der Satzung der Beklagten berate der EHV-Beirat den Vorstand und die Vertreterversammlung zwar in wesentlichen Fragen der Erweiterten Honorarverteilung hinsichtlich der Weiterentwicklung der GEHV, der Festlegung eines neuen Punktwertes und grundsätzlichen systematischen Änderungen der EHV, soweit diese die EHV-Empfänger betreffen. Dem Beirat sei in diesen Fragen vor der Entscheidung des Vorstandes bzw. der Vertreterversammlung rechtzeitig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Dementsprechend müsse die Festlegung der Berechnung eines neuen Punktwertes Gegenstand einer Beiratssitzung sein, jedoch nicht die konkrete rechnerische Ermittlung des Punktwertes. Die rechnerische Ermittlung des Punktwertes sei kein notwendiger Gegenstand der Beiratssitzung. Vielmehr handele es sich bei dieser um eine Rechenfrage, welche keinen Spielraum zulasse und daher keine Stellungnahme bzw. Beratungsfunktion seitens des EHV-Beirats voraussetze.

Die Erhebung der Verwaltungskosten sei bereits durch die Rechtsprechung bestätigt. Rechtsgrundlage für die Erhebung von Verwaltungskostenbeiträgen sei [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V](#). Hiernach müssten die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthalten, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich seien. Diesen Anforderungen würde durch den § 3 Abs. 7 der Satzung der Beklagten entsprochen. Auch der Betrag bzw. Prozentsatz, der im Zeitraum 1. Juli 2012 bis 30. Juni 2013 der Verwaltungskostenumlage der aktiven Ärzte entsprochen habe, sei nicht zu beanstanden. Die Obergrenze der zulässigen Belastung ergäbe sich entsprechend allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts aus dem Kostendeckungsprinzip. Das heiße, dass eine KV von ihren Mitgliedern Finanzmittel nur insoweit fordern dürfe, als sie diese zur Erfüllung Ihrer Aufgaben benötige. Die Beklagte habe die hiernach umlegbaren Kosten, vor allem die Kosten der Verwaltung, umzulegen. Dabei bedürfe es keiner genauen Bemessung des beitragsrechtlichen Vorteils. Ausreichend seien insoweit Schätzungen und Vermutungen sowie vergrößerte Pauschalierungen. Die Höhe der Beiträge dürfe gemäß dem Äquivalenzprinzip lediglich nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil bzw. der Vorteilmöglichkeit stehen, den bzw. die sie abgelten sollten. Außerdem sei die Beklagte im Rahmen ihrer Satzungsbefugnisse berechtigt, nicht zwischen aktiven und inaktiven Vertragsärzten zu unterscheiden. Dies folge bereits aus dem Umstand, dass die gesamte EHV als Teil der Honorarverteilung geregelt sei. Auch könne ohne die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages durch die aktiven Vertragsärzte und die sich hieraus ergebende Honorarverteilung keine EHV durchgeführt werden. Die Vertreterversammlung der Beklagten habe beschlossen, dass auch im Jahr 2017 der allgemeine Verwaltungskostensatz unverändert bei 2,49 % bleibe. Außerdem sei analog zu den aktiven Ärzten eine Sonderumlage (Umlagesatz Weiterbildung Allgemeinmedizin) in Höhe von 0,58 % erhoben worden. Dies könne dem jeweiligen Jahres-Kontoauszug entnommen werden.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die am 6. Juli 2017 zum Sozialgericht Marburg erhobene Klage.

Das Gericht hat mit Beschluss vom 3. November 2017 das Ruhen des Verfahrens im Hinblick auf eine anstehende Revisionsentscheidung des BSG zu Rechtsfragen der EHV in den Vorjahren angeordnet und das Verfahren im März 2019 wieder aufgerufen.

Der Kläger trägt zur Begründung seiner Klage insbesondere vor, dass der Auszahlungspunktwert mit Wirkung zum 1. Januar 2017 in nicht nachvollziehbarer Weise im Rahmen des paritätischen Defizitausgleichs abgesenkt worden sei. Dies verletze ihn in seinen Rechten. Die Begrenzung der Leistung beruhe auf einer Schätzung. Geschätzt würden die Ausgaben der folgenden 12 Kalendermonate. Die Schätzgrundlage sei weder im angefochtenen Bescheid angegeben noch in den Erläuterungen dazu noch im Widerspruchsbescheid. Es könne nicht sein, dass die Leistungen im Jahr 2017 an die EHV-Bezieher so eklatant angestiegen seien, dass nun die den Defizitausgleich auslösende Grenze um mehr als 10% überschritten werde. Denkbar sei, dass bei der Schätzung außerordentliche Erhöhungen berücksichtigt worden seien, die jenseits der verlängerten Lebenserwartung und der Zunahme der EHV-Bezieher liegen, möglicherweise bedingt dadurch, dass die Zahl derjenigen ansteige, die nach der Neuregelung deutlich den bisher möglichen maximalen Punktwert von 12.000 € überschritten. Eine solche Erhöhung der Leistungen könne aber nun nicht zu Lasten der EHV-Bezieher gehen, da diese Leistungserhöhung mit den demographischen Risiken nichts zu tun habe.

Die Gesamtvergütung, die wesentliche Grundlage für die Ermittlung des Durchschnittshonorars sei, welches die Honorardynamik widerspiegele, sei bis zum 1. Januar 2017 im maßgeblichen Vorjahreszeitraum deutlich gestiegen, nämlich um 4,53 %. Dieser Anstieg des Durchschnittshonorars habe auch einen Anstieg der Umlagen zur Folge, so dass einem Mehrbedarf auch entsprechend höhere Umlagen gegenüberständen, so dass ein ausgleichendes Defizit von mehr als 10 % sich jedenfalls mit den Änderungen der Demographie nicht rechtfertigen lasse.

Jüngst habe das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) im Rahmen seines „Praxis-Panels“ die Entwicklung der Kosten, Umsätze und Überschüsse in den Praxen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten untersucht. Die aktuell vorliegenden Zahlen bezögen

sich auf die Jahre 2013 bis 2016. In diesem Zeitraum seien die Praxiseinnahmen um knapp 5 % auf zuletzt (2016) 326.524 € je Inhaber, wobei der Anteil der GKV-Einnahmen von 74,1 % im Jahr 2013 auf 75,8 % im Jahr 2016 wuchs, gestiegen. Dagegen hätten sich die Praxiskosten in der gleichen Zeit um lediglich 3,2 % pro Jahr erhöht. Auch diese Statistik zeige, dass die Gesamtvergütung, ebenso die durchschnittlichen Honorareinnahmen und auch die Gewinne aus freiberuflicher Praxis Jahr für Jahr deutlich gestiegen seien, weit mehr als die Leistungen aus der EHV.

Zu den konkreten Berechnungen sei folgendes anzumerken: Zum 1. Januar 2017 sei der Finanzbedarf von der Beklagten auf 150,87 Mio. € geschätzt worden. Im Dezember 2016 habe die Zahl der EHV-Empfänger 7.275 betragen. Gehe man von einer Steigerung für das Gesamtjahr 2017 von 237 aus, ergebe sich für die Schätzung des Finanzbedarfs die Zahl von 7.512 EHV-Empfängern in 2017.

Das Durchschnitts-EHV-Honorar habe 2016 18.349,00 € betragen, die Honorardynamik 4,53 % (nach Angaben der Beklagten), so dass sich als durchschnittliches Honorar für 2017 ergebe  $18.349 + 4,53\% = 19.180,21\text{€}$ .

Die Rechnung für die Schätzung 2017 laute dann:  $19.180,00\text{€} \times 7.512\text{ EHV-Bezieher} = 144.081.735,20\text{€}$ .

Die Differenz zum geschätzten Finanzbedarf von 150,87 Millionen Euro sei ungeklärt. Nach den bisherigen Berechnungen errechne sich das Defizit vielmehr wie folgt:

$144.081.735,20\text{€}$  (geschätzter Finanzbedarf) geteilt durch  $134.871.604,00\text{€}$  (geschätztes Umlagevolumen) =  $9.210.131,20\text{€}$ . Teile man diesen Betrag durch 2 gemäß § 5 Abs. 2 GEHV ergebe dies eine Differenz von  $4.605.065,60\text{€}$ . Der sich aus der Honorardynamik ergebende Punktwert werde um 3,2 Prozent gekürzt, so dass ein Punktwert von 0,2369 verbleibe, der oberhalb des letzten Punktwertes liege. Entsprechend hätte bei den aktiven Vertragsärzten die Steigerung des Umlagesatzes verringert werden können.

§ 5 GEHV verleihe der Beklagten kein freies Ermessen, sondern ermächtige zu einer gewissenhaften Schätzung, bei der die Realität möglichst exakt abzubilden und einzubeziehen sei. Die Maßgaben, welche für die Schätzung leitend gewesen seien, müssten transparent sein – andernfalls auch das Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz gem. [Art. 19 Abs. 4 GG](#) verletzt werde.

Nach dem von der Beklagten zur Verfügung gestellten Zahlenwerk, komme man bei gewissenhafter Schätzung zu einem Defizit, welches gem. § 5 GEHV paritätisch auszugleichen sei. Auch wenn man bei der Schätzung einen „Puffer“ („zur Sicherheit“) einbaue, lasse sich das von der Beklagten zugrunde gelegte Defizit nicht nachvollziehen.

Gemäß § 5 Abs. 4 GEHV sei die Berechnung der Anpassung im Einzelnen von dem Vorstand zu veröffentlichen. Der Vorstand der Beklagten habe ein auch nur halbwegs nachvollziehbares Rechenwerk zur Anpassung mit Wirkung zum 1. Januar 2017 nicht vorgelegt. Eine nachvollziehbare Berechnung ergebe sich auch nicht aus dem Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 31. Mai 2017. Dort werde lediglich wiederholt, was bereits in dem Informationsschreiben zu lesen sei, dass nämlich mit Wirkung zum 1. Januar 2017 tatsächlich der paritätische Defizitausgleich zum Tragen komme und der eigentlich zu Grunde zu legende Punktwert von 0,2341 auf 0,2317 abgesenkt werden müsse. Trotz Erhöhung der Gesamtvergütung, trotz Erhöhung des Durchschnittshonorars und trotz einer merklichen Verbesserung der Einnahmesituation der aktiven Vertragsärztinnen und Vertragsärzte würden also die den EHV-Beziehern gewährten Leistungen „gekürzt“, und zwar auf Grund einer Schätzung.

Dass es zum 1. Januar 2017 Anhaltspunkt für wesentlich höhere EHV-Leistungen gegeben haben könnte, bestritt der Kläger ausdrücklich. Die von der Beklagten behauptete „Schätzung“ sei im Wesentlichen dadurch bedingt, dass zu Lasten der EHV-Bezieher Leistungskürzungen umgesetzt würden, die im Einzelnen nicht nachvollziehbar seien.

Die Beklagte habe zum 1. Januar 2018 den EHV-Beziehern neue Bescheide zugeleitet und die Leistungen nun nach einem Auszahlungspunktwert von 0,2340 berechnet. Ab dem 1. Januar 2019 betrage der Auszahlungspunktwert nun 0,2251. Damit unterschreite dieser neue Auszahlungspunktwert ab 2019 nun sogar die Punktwerte, die zuletzt vor dem 1. Juli 2015 gegolten hätten (damals 0,2261). Schon dieses Zahlen demonstrierten, dass hier extrem freie Schätzungen vorgenommen würden, die mit der tatsächlichen Honorarentwicklung im Bereich des Vertragsarztsystems nichts mehr zu tun hätten. Es müsse der Beklagten doch möglich sein, ein Zahlenwerk zur Verfügung zu stellen, aufgrund dessen die von der Beklagten durchgeführten Schätzungen als seriös und nachvollziehbar angesehen werden könnten.

Das BSG habe entschieden, dass die jährliche Anpassung - soweit sie sich nach der Bezugsgröße richte - rechtmäßig sei. Von einer jährlichen Anpassung in Höhe der Bezugsgröße könne aber schon lange nicht mehr die Rede sein. Offensichtlich sei das BSG aber der Auffassung, dass auch die jährliche Anpassung auf Basis des Anstiegs des Durchschnittshonorars ein sachgerechter Gesichtspunkt sei. Auch davon entferne sich die nun von der Beklagten praktizierte Handhabung des paritätischen Defizitausgleichs erheblich. Die Rentengarantie 2012 sei als komplementäre Maßnahme zum paritätischen Defizitausgleich eingeführt worden, nämlich um zu verhindern, dass größere Defizite als sie den Rentenanstiegen entsprechend zu einer regelmäßigen Rentenkürzung unter das bereits erworbene Niveau führte. Damals sei eine solche „Schiefelage“ nicht absehbar gewesen. Weder damals noch heute bestehe die Notwendigkeit zu einer Aufhebung der Rentengarantie bzw. zum weiteren Absenken des unteren Punktwertes. Die EHV befände sich nicht in finanziellen Schwierigkeiten. Die „Kosten“ der Rentengarantie seien nach den Berechnungen vom 18. Juli 2011 (damals „Roland-Reform“) und danach erneut im Gutachten vom 16. April 2015 von dem Versicherungsmathematiker C. vergleichsweise niedrig bewertet worden und beeinträchtigen die positive Rendite der Beiträge in keiner Weise.

Soweit die aktuelle Satzungsfassung auf den „unteren Punktwert“ von 0,1966 Bezug nehme, zementiere sie damit ein rechtswidriges Verhalten der Beklagten. Bei einer Absenkung der Leistungen unter Berücksichtigung des Punktwertes 0,1966 ergäbe sich eine Kürzung um rund 20 %, was auch nach den Entscheidungen des BSG verfassungswidrig sei. Klarstellend sei nochmals darauf hingewiesen, dass es bei dem so gestaltenden paritätischen Defizitausgleich nicht um ein „Abschmelzen“ des Rentenanstiegs gehe, sondern um eine reale Kürzung.

Der Kläger habe während seiner aktiven Zeit die vorgeschriebenen Umlagen gezahlt und damit die Leistungen für die EHV-Bezieher mitfinanziert. Durch diese Umlagezahlung hat er seinerseits einen unter dem Schutz des Art. 14 stehenden Anspruch auf Versorgung erworben. Durch die mit angefochtenem Bescheid verfügte „negative“ Anpassung komme es zu einer Verringerung dieser Leistung und damit zu einem Eingriff in das grundrechtlich geschützte Eigentum. Ein solcher Eingriff in das Grundrecht lasse sich nur rechtfertigen, wenn übergeordnete öffentliche Interessen dafür stritten. [Art. 14 GG](#) und die GEHV gestatteten es der Beklagten gerade nicht, mit Hilfe eines überhöht und frei geschätzten Finanzvolumens den Versorgungsanspruch der Höhe nach einzuschränken. Demographische Entwicklungen können als Argument dafür nicht herangezogen werden. Dabei sei ergänzend zu berücksichtigen, dass seit Jahren die Leistungen an die Inaktiven so gut wie nicht oder nur sehr gering angepasst wurden – Jahr für Jahr deutlich niedriger, als es der

„Honorardynamik“ entsprochen hätte. Das widerspreche dem der Umlage zugrundeliegendem Prinzip der Teilhabe. Auch wenn die EHV-Bezieher anteilig die Lasten der Demografie mitzutragen hätten, verbiete es sich im Lichte des [Art. 14 GG](#), den EHV-Beziehern einseitig „demografische Risiken“ aufzuerlegen bei gleichzeitigem effektiven Honoraranstieg der aktiven Vertragsärzte. Dies sei dann keine Solidargemeinschaft, sondern eine „Einbahnstraße“. Dies habe auch das BSG in seinem neuesten Urteil vom 12. Dezember 2018 nicht gerechtfertigt. Die EHV-Leistungen im Jahr 2017 seien niedriger als im Jahr zuvor, obwohl die Honorare der Vertragsärzte erhöht worden seien. Dies sei ohne entsprechende Berechnungsgrundlagen nicht nachzuvollziehen.

Nach den Urteilen des BSG vom 12. Dezember 2018 sei es zudem unzulässig, die dem Kläger zustehenden Leistungen um 0,58% zur Finanzierung einer Sonderumlage Weiterbildung Allgemeinmedizin zu reduzieren.

Der Kläger beantragt, den Bescheid vom 20. Dezember 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Mai 2017 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihn im Hinblick auf die Berechnung seines EHV-Honorars unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist insbesondere auf die Urteile des BSG vom 12. Dezember 2018 ([B 6 KA 52/17](#) bis 55/17).

Die Neuregelung von § 5 Abs. 3 GEHV in der Fassung ab 1. Juli 2015 habe erstmals in dem hier streitgegenständlichen Beitragsjahr 2017 Auswirkungen zu Lasten des Punktwertes gehabt. Anders als der Kläger dies ausführe, könne aber nicht von einem Verfall des Punktwertes gesprochen werden, denn im neuen Beitragsjahr 2018 betrage der Punktwert wieder 0,2340€. Soweit der Punktwert im Jahr 2019 auf 0,2251€ abgesunken sei, führe dies ebenfalls zu keiner anderen Beurteilung. Die im Jahr 2019 eingetretene Punktwertabsenkung sei bereits Gegenstand der hiergegen anhängigen Widerspruchsverfahren, u.a. des Klägers.

Hervorzuheben sei, dass mit der Satzungsänderung nun für alle EHV-Empfänger ein einheitlicher Punktwert von 0,1966 € garantiert werde. Das sei der Punktwert, der nach § 4 Abs. 4 GEHV zum 1. Juli 2014 für die Dauer eines Jahres festgesetzt werde. Er entspreche somit dem nach der bisherigen Fassung von § 5 Abs. 3 Satz 1 und 2 GEHV genannten „zuvor gezahlten Punktwert“.

Für die Neufassung von § 5 Abs. 3 GEHV habe es gewichtige Gründe gegeben. Mit der Änderung hätte neben der Wiederherstellung einer ausgewogenen Verteilung der Lasten, das durch die bisherige Fassung drohende Ungleichgewicht in der Verteilung einer unmittelbaren bevorstehenden Finanzlücke in der EHV behoben werden sollen. Diese habe aufgrund der erheblichen Auswirkungen auf den Punktwert durch die rückwirkende Änderung von § 8 Abs. 1 GEHV in der bis 30. Juni 2012 geltenden Fassung in Umsetzung der Rechtsprechung des BSG aus dem Urteil vom 19. Februar 2014 (Az.: [B 6 KA 10/13 R](#)) gedroht.

Die Neufassung diene damit auch der Stabilisierung der EHV. Gleichzeitig solle aber auch für bereits bestehende und künftige EHV-Ansprüche zunächst das bisherige Niveau der EHV-Leistungen auf Basis des zuletzt festgesetzten Punktwertes einheitlich garantiert und damit das Vertrauen auf den Bestand geschützt werden.

Es sei – entgegen den klägerseits geäußerten Befürchtungen – weder eine ungebremste Absenkung des Leistungsniveaus zu Lasten der EHV-Bezieher zu erwarten, noch sei die Behauptung zutreffend, die Beibehaltung der bisherigen Regelung sei insgesamt nicht finanzierbar.

Sie habe ihre Berechnungsgrundlagen mit Rundschreiben vom 19. Dezember 2016 dargestellt und den Punktwert damit veröffentlicht. Die Berechnung entspreche den Regelungen in den GEHV.

Für das Bezugsjahr ab Januar 2017 werde für die erstmalige Festsetzung des Umlagesatzes nach § 5 Abs. 1 GEHV für das Beitragsjahr 1. Juli 2015 bis 30. Juni 2016 dem in diesem Zeitraum EHV-relevanten Gesamthonorar der an der EHV teilnehmenden Ärzte gegenübergestellt. Dies folge aus der Übergangsregelung in § 10 Abs. 2 GEHV i.d.F. ab 1. Januar 2017, die die Umstellung von der bis 31. Dezember 2016 geltenden Beitragsklassensystematik auf die ab 1. Januar 2017 geltende prozentuale Umlageerhebung regelt.

Beim paritätischen Defizitausgleich erfolge bei der jährlichen Anpassung der Umlage und der Bezüge gem. § 4 GEHV dahingehend eine Schätzung, ob für die folgenden 12 Kalendermonate die EHV-Ausgaben durch das (bestehende) Umlagevolumen gedeckt werden könnten. Der bisherige Umlagewert in Prozent werde im aktuellen Bezugsjahr beibehalten, sofern eine Deckungsgleichheit zwischen Umlagevolumen und den zu erwartenden EHV-Ansprüchen bestehe. Liege eine solche hingegen nicht vor bzw. sei ein Defizit anzunehmen, kommt der paritätische Defizitausgleich zur Anwendung. Das dabei im Rahmen der Schätzung angenommene Defizit sei zu gleichen Teilen von den Umlagezahlern, den Aktiven (aktiven Ärzten) und von den EHV-Empfängern, den Inaktiven, zu tragen.

Der jeweilige Anteil in Euro werde in ein Prozentverhältnis zum kalkulierten Finanzbedarf bzw. Umlagevolumen gesetzt. Konkret komme im streitgegenständlichen Jahr 2017 der paritätische Defizitausgleich so zur Anwendung, dass für das Jahr 2017 die prozentuale Umlage (§ 3 Abs. 1 S. 2 i.V.m. § 10 Abs. 2 GEHV) um 5,93 % erhöht und der Punktwert um 5,30% abgesenkt worden sei. Auf der Ebene der Aktiven sei die Finanzierung des paritätischen Defizitanteils letztlich durch eine Erhöhung der Ausgangsumlage von 5,73% auf 6,07% erreicht, während auf der Ebene der Inaktiven dies durch eine Absenkung des neuen EHV-Punktwertes (= Ausgangspunktwert berechnet aus dem letzten Punktwert des Beitragshalbjahr 2016: 0,2341 € x Honorardynamik: 1,0453 €) von 0,2447 € auf 0,2317 € realisiert worden sei.

Dabei habe der Kalkulation ein geschätztes Umlagevolumen für das Bezugsjahr 2017 in Höhe von 134,87 Mio. € und ein geschätzter Finanzbedarf für das Bezugsjahr 2017 in Höhe von 150,87 Mio. € zugrunde gelegen.

Setze man nun den Defizitanteil der Inaktiven in Höhe von rund 8 Mio. € (Gesamtdefizit rund 16 Mio. €, also die Differenz zwischen Finanzbedarf und Umlagevolumen) in ein prozentuales Verhältnis zum kalkulierten Finanzbedarf für 2017 in Höhe von 150,87 Mio.€, komme man zu dem Absenkungswert von 5,30% (gerundet) im Zuge des paritätischen Defizitausgleichs. Bei den Aktiven sei hingegen der Defizitanteil in ein prozentuales Verhältnis zum geschätzten Umlagevolumen in Höhe von 134,87 Mio. € zu setzen, so dass man auf den Steigerungswert von 5,93 % (gerundet) hinsichtlich der Ausgangsumlage komme.

In Anbetracht dessen sei dem Vorbringen der Klägerseite an dieser Stelle entgegenzuhalten, dass die prozentuale Steigerung auf der Seite der Aktiven bei der Umlage, und damit die durch die Aktiven zu tragende Belastung, um 0,63 % höher liege als auf Seiten der Inaktiven in Gestalt des Punktwertes. Von einer (einseitigen) Belastung der EHV-Bezieher könne keine Rede sein.

Zum Zeitpunkt der Kalkulation für das streitgegenständliche Jahr 2017 (also Ende 2016) sei das Auffüllen der Schwankungsreserve nicht erforderlich gewesen.

Neuberechnungen oder Rückforderungen von Honoraren könnten keine Auswirkungen auf den festgesetzten Punktwert haben. Die GEHV sehe keine Konsolidierung anhand viel später vorliegender Realwerte vor. Dies ist auch insoweit konsequent, da Punktwert und Umlage jeweils für einen in der Zukunft liegenden Zeitraum festgelegt würden. Zudem sei kennzeichnend für eine Schätzung, dass sie eben prognostisch sei und die jeweiligen Werte nicht tatsächlich wiedergebe.

Auch würden die Inaktiven nicht von Honorarsteigerung auf Seiten der aktiven Ärzte ausgeschlossen, sondern die Honorardynamik sei maßgebend für jede Punktwertenerhöhung. Dementsprechend haben Honorarsteigerungen nach der Systematik der GEHV Auswirkungen in der Zukunft, wenn sie als Datenbasis für die Berechnung der Dynamisierung gemäß § 4 Abs. 5 GEHV als Vor-Vorjahr bzw. Vor-Vor-Vorjahr zur Verfügung stünden.

Entgegen der Auffassung des Klägers, folge aus dem Urteil des BSG nicht, dass die Beklagte auch für den hier streitgegenständlichen Zeitraum zu Unrecht, die Sonderumlage Weiterbildung in Höhe von 0,58 % von den EHV-Zahlungen erhoben habe. Hierbei handele es sich um einen Bestandteil der Verwaltungskostenumlage. Neben dieser Sonderumlage, erhebe die Beklagte auch den allgemeinen Verwaltungskostensatz von 2,49 % von den EHV-Leistungen der EHV-Empfänger. Die EHV-Empfänger würden damit in gleicher Höhe daran beteiligt, wie die aktiven Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten.

Das BSG habe in seinen Urteilen vom 12. Dezember 2018 die auch bisher geltende Rechtsauffassung des Senats bestätigt, nach der alle Vertragsärzte verpflichtet seien, sich an den Verwaltungskosten in gleichem Maße zu beteiligen. Dies gelte nach der Auffassung des BSG auch für Zahlungen an ehemalige Vertragsärzte aus der EHV. Auch diese seien auf die Tätigkeit der KVH angewiesen, und diese sei nicht einfach aufzuspalten in solche Aktivitäten, die nur den aktiven, und solchen, die nur den ehemaligen Vertragsärzten zugutekommen, so das BSG. Eine Benachteiligung der EHV-Leistungsbezieher gegenüber den aktiven Vertragsärzten, habe das BSG verneint.

Lediglich im Zeitraum vom 1. Juli 2012 bis 31. Dezember 2016 hätten die Zahlungen aus der EHV nicht mit den Abzügen für eine Sonderumlage zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung belegt werden dürfen. Im Ergebnis habe das BSG dies damit begründet, dass sich die Beklagte nur in diesem Zeitraum dazu entschieden hatte, die Anpassungen der EHV-Leistungen aus der Entwicklung der ihr zufließenden Gesamtvergütungen abzukoppeln, in dem sie diese von der Entwicklung der Bezugsgröße des [§ 18 SGB IV](#) abhängig gemacht habe. Dadurch habe sie die EHV Bezieher nicht am „Erfolg“ der KÄV und der Vertragsärzte beteiligt, so dass das BSG keine Rechtfertigung dafür gesehen habe, die EHV Empfänger mit den Kosten zu belasten, die allein auf der Sicherung des „Erfolgs“ der KÄV in den künftigen Jahren und Jahrzehnten ausgerichtet waren.

Dies habe sich mit der Reform zum 1. Januar 2017 geändert. Es sei gerade einer der Reformschritte gewesen, die GEHV von der Entwicklung der Bezugsgröße des [§ 18 SGB IV](#) abzukoppeln und sie wieder von der Honorarentwicklung abhängig zu machen. Damit habe die Beklagte auch ab diesem Zeitraum zu Recht die Sonderumlage Weiterbildung von den EHV-Leistungen in Abzug gebracht.

Schließlich seien auch die Kompetenzen des Beirats hinreichend einbezogen worden. Gemäß § 11 d Abs. 6 der Satzung der Beklagten berate der Beirat den Vorstand und die Vertreterversammlung in wesentlichen Fragen der EHV. Zwar sei hierin auch die Festlegung eines neuen Punktwertes genannt, Aufgabe des Beirates sei jedoch die Beratung hinsichtlich grundsätzlicher, systematischer Änderungen der EHV, soweit diese die EHV-Empfänger beträfen. Dies ergebe sich aus § 11 d Abs. 6, S. 1, letzter HS. der Satzung der Beklagten. Soweit die Grundsätze der EHV also weiterzuentwickeln seien, und das gelte eben auch mit Blick auf die Systematik zur Festlegung des Punktwertes, sei der Beirat entsprechend zu beteiligen. Dies gelte jedoch nicht für die rein verwaltungsseitige Umsetzung der Vorschriften zum Punktwert gem. GEHV mittels der entsprechenden Berechnungen.

Nach der Rechtsprechung des BSG vom 12. Dezember 2018, die mittlerweile auch vor dem Verfassungsgericht Bestand habe, seien Einnahmen aus Selektivverträgen bei der Berechnung nicht zusätzlich zu berücksichtigen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Prozessakte verwiesen, die in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidungsfindung waren.

#### Entscheidungsgründe

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richterinnen 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 zulässige Klage ist auch begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 20. Dezember 2016 über die Anpassung des Auszahlungspunktwertes für den Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Mai 2017 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Er ist daher abzuändern. Der Kläger hat einen Anspruch auf Neubescheidung über seinen EHV-Anspruch vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Die strittige Festsetzung im angefochtenen Bescheid ist rechtswidrig, soweit die Beklagte darin ihr Schätzungsermessen nicht ordnungsgemäß ausgeübt hat.

I. Die streitgegenständlichen Bescheide verletzen nicht Vorschriften des SGB X.

Die Honorarbescheide sind hinreichend bestimmt iS des [§ 33 Abs 1 SGB X](#). Diesem Bestimmtheitsgebot entspricht ein Verwaltungsakt nur

dann nicht, wenn dessen Verfügungssatz nach seinem Regelungsgehalt in sich nicht widerspruchsfrei ist und der davon Betroffene bei Zugrundelegung der Erkenntnismöglichkeiten eines verständigen Empfängers nicht in der Lage ist, sein Verhalten daran auszurichten (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2001, [B 6 KA 3/01 R](#)). Diesen Anforderungen genügen die angefochtenen Bescheide. Aus ihnen geht klar und unzweideutig hervor, in welcher Höhe die Beklagte den EHV-Anspruch des Klägers für das Kalenderjahr festgestellt hat. Zum Verfügungssatz eines Bescheides gehören nicht die einzelnen Rechenschritte, die erforderlich sind, um den EHV-Anspruch zu bemessen.

Auch die Begründungen des angefochtenen EHV-Bescheids genügt den Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 SGB X](#). Die Vorschrift verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind nach Abs. 1 Satz 2 aaO 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 (vgl. BSG, Urteil vom 9. März 1994, [6 RKA 18/92](#)).

Bei Bescheiden im Bereich des Vertragsarztrechts 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 (vgl. BSG, Urteil vom 9. März 1994, [6 RKA 18/92](#)). Das erlaubt es den KÄVen, auch hinsichtlich der EHV entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer EHV-Bescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das BSG nicht für erforderlich gehalten, dass eine KÄV 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 Rechenvorgang aus dem HVM ergibt (BSG, Urteil vom 3. Dezember 1997, [6 RKA 21/97](#)).

Diesen Anforderungen wird auch der angefochtene Bescheid gerecht. Denn er enthält zunächst die für die Berechnung der EHV maßgeblichen Faktoren: den individuellen EHV-Anspruch in Punkten, den Auszahlungspunktwert und den monatlichen EHV-Zahlbetrag. Dagegen musste im Bescheid, entgegen der Auffassung des Klägers, nicht ausführlich im Einzelnen dargelegt werden, wie der Auszahlungspunktwert berechnet wird. Die Beklagte durfte vielmehr die Begründung ihrer Bescheide daran ausrichten, dass sich diese an einen Personenkreis wenden, der mit den Grundlagen der EHV vertraut ist oder jedenfalls in der Lage ist, sich mit ihnen vertraut zu machen.

Auch ein verfahrensrechtlicher Verstoß gegen Beteiligungsrechte des EHV-Beirats ist nicht erkennbar. Nach § 11d der Satzung der Beklagten wird ein Beirat für die EHV eingerichtet, der den Vorstand und die Vertreterversammlung (VV) in Fragen der EHV berät. Dem Beirat ist nach § 11d Abs. 6 S 2 der Satzung vor Entscheidungen der VV zur EHV Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Im Grundsatz ist allerdings anerkannt, dass (auch) Verfahrensfehler bei der untergesetzlichen Normsetzung zur Nichtigkeit der Norm führen. Das hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) für den Erlass einer Rechtsverordnung nach [Art 80 Abs. 1 GG](#) entschieden und aus der Nichtbeachtung gesetzlich eingeräumter Beteiligungsrechte die Unwirksamkeit der Rechtsverordnung abgeleitet (BVerfG Beschluss vom 12. Oktober 2010 - [2 BvF 1/07](#)). Für die Beschlussfassung über Satzungen im Bereich der kommunalen Selbstverwaltung gilt nichts anderes (vgl. OVG des Saarlandes, Beschluss vom 12. Januar 2018 - [1 C 356/16](#) und BSG, Urteil vom 14. Mai 2014 - [B 6 KA 29/13 R](#)). Dieser Grundsatz gilt allerdings nicht in der Weise absolut, dass jeder formelle Verfahrensverstoß immer zur Nichtigkeit der erlassenen Norm führt. Rechtsprechung und Wissenschaft haben allgemeine Grundsätze zu den Rechtsfolgen von Verfahrensfehlern im Rahmen der Normsetzung entwickelt, die auch auf die Beschlussfassung über die GEHV Anwendung finden. Nach der Rechtsprechung des BVerfG ist maßgeblich, ob ein Verfahrenserfordernis, das der Gesetzgeber im Interesse sachrichtiger Normierung statuiert hat, in funktionserheblicher Weise verletzt wurde (BVerfG, Beschluss vom 12. Oktober 2010 - [2 BvF 1/07](#)). Damit wird die Wesentlichkeit des Verstoßes zum zentralen Kriterium, die aber nicht pauschal, sondern konkret funktionsbezogen zu prüfen ist. Daraus ist abzuleiten, dass eine Beratung und Beschlussfassung der VV über die GEHV, in die der Beirat für die EHV generell nicht einbezogen wird, zur Nichtigkeit der gefassten Beschlüsse führen würde. Eine derartige Nichteinbeziehung ist vorliegend jedoch nicht streitgegenständlich. Vielmehr wurde der EHV-Beirat zu der Neufassung der GEHV im Vorfeld der Beschlussfassung ordnungsgemäß angehört. Ob die der Anhörung zugrundeliegenden Schätzungsgrundlagen ausreichend transparent waren, ist keine verfahrensrechtliche Fragestellung, sondern eine Frage des materiellen Rechts.

II. Die streitgegenständlichen Bescheide sind materiell rechtswidrig.

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 12. März 2016 und 27. April 2016 mit Wirkung zum 1. Januar 2017 verabschiedeten und gemäß [§ 81 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) von dem aufsichtführenden Sozialministerium des Landes Hessen mit Schreiben vom 2. Juni 2016 genehmigten Fassung, veröffentlicht mittels Rundschreiben vom 19. Dezember 2016 (GEHV).

Mit diesen Änderungen reagierte die Beklagte auf verschiedene Entwicklungen zur EHV. So wurde die zum 1. Juli 2012 eingeführte Beitragsklassensystematik aufgrund der Beanstandung durch die höchstrichterliche Rechtsprechung abgeschafft. Stattdessen wird zur Finanzierung der EHV ähnlich der geltenden Regelung bis 30. Juni 2012 auf eine prozentuale EHV-Umlage umgestellt. Für jedes Jahr, damit ist das Kalenderjahr gemeint, erfolgt dabei eine Anpassung der prozentualen EHV-Umlage, der Maximalumlage sowie auch des Auszahlungspunktwertes, mit dem der EHV-Anspruch für die inaktiven Ärzte errechnet wird.

1. Anders als von der Klägerseite dargelegt, verstößt die nunmehr geltende Satzung nicht gegen die Rentengarantie.

Nun lautet § 5 GEHV:

Paritätischer Defizitausgleich, Garantie der EHV-Leistungen

(1) Bei der jährlichen Anpassung der Bezüge und der Beiträge nach § 4 ist zu schätzen, ob für die folgende 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 Anpassungen 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 werden. 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 Punktwert von 0,1966.

(4) Die Berechnung der Anpassung nach § 4 Abs. 2 bis 4 sowie die Maßnahmen nach den vorstehenden Absätzen 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."

Diese Neuregelung der Punktwertgarantie in § 5 Abs. 3 GEHV in der Fassung ab 1. Januar 2017 ist nicht zu beanstanden. Insoweit schließt sich die Kammer den Ausführungen des BSG aus den Urteilen vom 12. Dezember 2018 (B 6 KA 53-55/17 R; Verfassungsbeschwerden 1 BvR 935/19, 1 BvR 945/19 und 1 BvR 946/19 nicht zur Entscheidung angenommen) an. Danach wirkt die Punktwertuntergrenze von 0,1966€ als starres Element und untere „Haltelinie“ zugunsten der EHV Bezieher, die wissen, dass ihre Versorgung nicht unter diesen Betrag absinken kann, (...). Unabhängig davon, ob der Kläger das Absinken des derzeit weit höher liegenden und – abgesehen von einer minimalen Minderung 2017 (von 0,2341 auf 0,2317€) – tendenziell steigenden Punktwertes auf diesen Wert für realistisch hält, lässt die Regelung den Willen der Beklagten erkennen, die von niemandem gelegneten strukturellen Probleme der EHV nicht einseitig zulasten der Vertragsärzte im Ruhestand zu lösen.“ Auch wenn sich die Neuregelung der Punktwertgarantie in § 5 Abs. 3 GEHV erstmals in dem hier streitigen Leistungszeitraum zu Lasten der EHV Bezieher dadurch ausgewirkt hat, dass der Punktwert von 0,2341 € im Beitragshalbjahr 2016 auf 0,2317€ im Beitragsjahr 2017 abgesunken ist, ist die Regelung auch unter Berücksichtigung der vorgenannten Ausführungen des BSG grundsätzlich nicht zu beanstanden.

2. Auch einen Verstoß gegen die Verteilungsprinzipien der EHV vermag die Kammer nicht zu erkennen. Die Verteilungsprinzipien der EHV waren bereits Gegenstand der grundlegenden BSG-Urteile vom 9. Dezember 2004 (ua B 6 KA 44/03 R) und 16. Juli 2008 (B 6 KA 38/07 R). Danach gelten auch für die EHV die allgemein für die Erhebung von Beiträgen maßgeblichen Grundsätze, insbesondere das Äquivalenzprinzip und der Gleichheitssatz. Aus dem Äquivalenzprinzip folgt, dass Beitragsleistung und Versorgungsleistung einander entsprechen müssten. Zu beanstanden ist danach weder der Verzicht auf eine Beitragsbemessungsgrenze noch die Anknüpfung des Beitrags an die Honorarhöhe. Im Urteil vom 16. Juli 2008 hat das BSG die Anforderungen an normative Regelungen zur Alters- und Invaliditätssicherung von Vertragsärzten in der aktiven wie in der Ruhestandsphase präzisiert. Die Maßstäbe ergeben sich einerseits aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art 12 Abs. 1 iVm Art 3 Abs. 1 GG) und andererseits - insbesondere in der inaktiven Phase - aus Art 14 Abs. 1 GG. Die Ansprüche und Anwartschaften auf Leistungen der EHV nach Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind danach strukturell und im Hinblick auf ihre besondere Schutzbedürftigkeit Ansprüchen aus betrieblichen Versorgungsanwartschaften und aus den beitragsfinanzierten Sozialversicherungssystemen vergleichbar. Sie sind dem Inhaber nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts als privatnützlich zugeordnet, dienen seiner Existenzsicherung und beruhen auf Eigenleistungen ihres Inhabers. Der Vorwegabzug des Anteils der aktuellen Gesamtvergütung, der für die Zwecke der als reines Umlagesystem organisierten EHV benötigt wird, übernimmt die Funktion, die in der Rentenversicherung und der berufsständischen Altersversorgung dem „Beitrag“ zukommt. Zum Umfang des Anspruchs hat das BSG dargelegt, den jetzt im Ruhestand lebenden Vertragsärzten sei zugesichert worden, dass sie an der Verteilung der Gesamtvergütung nach allgemein verbindlichen, vor dem jeweiligen Quartal erlassenen Regelungen teilnehmen, und dass sich - nicht anders als in einem umlagefinanzierten System wie der gesetzlichen Rentenversicherung und auch nicht anders als in der steuerfinanzierten Versorgung von Beamten - der wirtschaftliche Erfolg in der aktiven Zeit in der Höhe der Einnahmen in der inaktiven Phase - nicht punktgenau, sondern nur prinzipiell - widerspiegelt. Die Beklagte ist im Rahmen ihrer Satzungsautonomie stets gehalten, auf einen sachgerechten Ausgleich hinzuwirken zwischen den Belangen der aktiven Ärzte, denen hinreichende Anreize für Aufnahme und Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit gegeben werden müssten, und den Interessen der früheren Vertragsärzte, die durch eigene Aktivitäten die Höhe ihrer Ansprüche aus der EHV nicht mehr beeinflussen und ihre Altersversorgung nicht mehr ausbauen könnten und deshalb besonders schutzbedürftig sind. Dem schließt sich die Kammer an.

Diese Balancierung der gegenläufigen Interessen von Aktiven und Inaktiven trägt der paritätische Defizitausgleich zur Überzeugung der Kammer Rechnung. 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 Punktwertes. Eine Benachteiligung der inaktiven Vertragsärzte kann darin nicht erkannt werden. Insbesondere ergibt sich diese Benachteiligung nicht aus dem Umstand, dass der Fehlbetrag bei den Inaktiven auf weniger Köpfe als bei den Aktiven umgelegt wird. Ein derartiger Anspruch auf quantitative Umrechnung der Belastung auf den Einzelnen besteht nicht.

3. Die Beklagte hat die Einnahmen der Vertragsärzte aus Selektivverträgen für die Zwecke der EHV ohne Verstoß gegen Bundesrecht nicht berücksichtigt. Insoweit folgt die Kammer der ausführlichen und durch das BVerfG bestätigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 2018 (B 6 KA 53-55/17 R).

4. Wie die aktiven Vertragsärzte müssen sich auch die Bezieher von Leistungen aus der EHV an den Kosten der Verwaltung der Beklagten beteiligen. Auch insoweit folgt die Kammer der Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 12. Dezember 2018, B 6 KA 53-55/17). Die Vertragsärzte müssen aus den Honoraren, die sie von der KÄV erhalten, die Kosten der Organisation und Verwaltung der KÄV finanzieren. Das erfolgt seit Jahrzehnten über einen prozentualen Abzug vom Gesamthonorar; bei der Beklagten beläuft sich dieser Satz seit dem Quartal IV/2011 auf 2,49 %. Das BSG ist bisher allen Überlegungen entgegengetreten, hinsichtlich der Verpflichtung von Vertragsärzten, sich an den Verwaltungskosten in gleichem Maße zu beteiligen, zu differenzieren. Auch die Auffassung, nach der auf technische Leistungsanteile nur reduzierte Verwaltungskosten zu erheben seien, hat das BSG abgelehnt (Urteil vom 17. August 2011 - B 6 KA 2/11 R). Das gilt auch für Zahlungen an ehemalige Vertragsärzte aus der EHV. Weil damit eine Teilnahme an der Honorarverteilung gewährleistet ist, wie sich aus § 8 Abs. 1 KVHG mittelbar ergibt, sind auch die inaktiven Vertragsärzte auf die Tätigkeit der KÄV angewiesen, und diese ist nicht einfach aufzuspalten in solche Aktivitäten, die nur den aktiven, und solche, die nur den ehemaligen Vertragsärzten zugutekommen. Richtig ist selbstverständlich, wie der Kläger geltend macht, dass etwa die Tätigkeit der KÄV in der Qualitätssicherung und beim Abschluss von DMP-Programmen und Ähnlichem keinen unmittelbaren Bezug mehr zur Versorgung der früheren Vertragsärzte hat. Für die Verhandlung über die Gesamtvergütung ist das schon anders, weil je nach Höhe der vereinbarten Gesamtvergütungen auch die Punktwerte der EHV-Zahlungen beeinflusst werden können. Auch nach den neuen Grundsätzen der GEHV hat die Höhe der Gesamtvergütung unmittelbar Einfluss darauf, ob die inaktiven Vertragsärzte eine Quotierung ihrer Ansprüche im Rahmen des paritätischen Defizitausgleichs hinnehmen müssen oder nicht. Das reicht für einen Bezug zu den Verwaltungskosten aus.

Wenn - der Auffassung des Klägers folgend - davon ausgegangen würde, dass auch rechtlich relevant ist, dass die Bezieher von EHV-Leistungen in sehr viel geringerem Umfang von der Tätigkeit der Beklagten profitieren als die Vertragsärzte, wäre die Heranziehung beider Gruppen zum selben Prozentsatz des Quartalshonorars für die Verwaltungskosten gleichwohl rechtmäßig. Das beruht darauf, dass der



Vomhundertsatz an den Honorarumsatz und nicht an den "Gewinn" anknüpft. Im Honorar für vertragsärztliche Tätigkeit sind seit jeher auch Anteile enthalten, die für die Finanzierung der Praxiskosten anfallen. Diese Kostensätze schwanken zwischen ca. 40 % (Psychotherapie) und bis zu 80 % (Radiologie). Derartige Kosten fallen bei den EHV-Leistungen nicht an; diese entsprechen den Einkünften im Sinne des Steuerrechts, weil für die Erzielung keine Betriebsausgaben aufzuwenden sind. Da die Verwaltungskosten umsatz- und nicht gewinnbezogen festgesetzt werden, entfallen auf einen Allgemeinarzt mit durchschnittlichem Honorarumsatz (52 000 Euro im Quartal) 1295 Euro Verwaltungskosten, während der Kläger auf den höchsten überhaupt erreichbaren Bezug von EHV-Leistungen ca. 205 Euro Verwaltungskosten im Quartal zahlen muss. Darin eine Benachteiligung der EHV-Leistungsbezieher gegenüber den aktiven Vertragsärzten zu sehen, erscheint fernliegend (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2018 – [B 6 KA 53/17 R](#)).

5. Soweit sich die Klägerseite auf die Rechtsprechung des BSG vom 12. Dezember 2018 zur Weiterbildungskostenumlage beruft, so gelten die dortigen Erwägungen zur Überzeugung der Kammer nach den neuen Grundsätzen der GEHV ab dem 1. Januar 2017 nicht mehr fort. Das BSG hatte entschieden, dass die Zahlungen aus der EHV nicht mit Abzügen für eine Sonderumlage zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung belegt werden dürfen, die die Beklagte mit 0,24 % erhebt. Dies ergab sich aus dem in [Art. 3 Abs. 1 GG](#) verankerten Gebot der Folgerichtigkeit, wie es das BVerfG als Prüfungsmaßstab für steuer- und abgabenrechtliche Vorschriften entwickelt hatte. Weil im damaligen Zeitraum die Anpassung der Leistungen aus der EHV von der Entwicklung der KÄV zufließenden „Gesamtvergütungen“ sowie der Einnahmen der Vertragsärzte aus Selektivverträgen abgekoppelt wurde, die EHV-Bezieher also - wirtschaftlich gesehen - nicht am „Erfolg“ der KÄV und der Vertragsärzte beteiligt waren, bestand keine Rechtfertigung dafür, sie mit Kosten zu belasten, die allein auf die Sicherung des „Erfolges“ der KÄV in künftigen Jahren und Jahrzehnten ausgerichtet waren. Diese Prämisse ist nunmehr entfallen, nachdem mit der GEHV ab 1. Januar 2017 wieder die Höhe der EHV an die Entwicklung der Gesamtvergütungen anknüpft. Insoweit ist auch im Umkehrschluss die Erhebung der Sonderumlage Weiterbildung nicht mehr zu beanstanden.

6. Die Beklagte hat jedoch das ihr nach § 5 GEHV zustehende Schätzungsermessen zur Überzeugung der Kammer in nicht nachvollziehbarer und damit rechtswidriger Weise ausgeübt. Bei Schätzungen besteht kein der Gerichtskontrolle entzogener Beurteilungsspielraum. Vielmehr hat das Gericht die Schätzung selbst vorzunehmen bzw. jedenfalls selbst nachzuvollziehen. Die Verpflichtung zur eigenen Schätzung bedeutet allerdings nicht, dass das Gericht nunmehr erneut alle Schätzungsgrundlagen erhebt und eine völlig eigene Schätzung vornimmt. Sofern der Verwaltungsakt überzeugende Ausführungen zur Schätzung enthält, reicht es aus, wenn das Gericht sich diese Ausführungen zu eigen macht und sie in seinen Entscheidungsgründen nachvollzieht (vgl. BSG, Ur. v. 17. September 1997 - [6 RKA 86/95](#); LSG Hessen, Ur. v. 27. August 2014 - [L 4 KA 11/13](#); LSG Hessen, Ur. v. 13. September 2017 - [L 4 KA 65/14](#); LSG Schleswig-Holstein, Ur. v. 13. Juni 2017 - [L 4 KA 16/14](#); LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 16. November 2016 - [L 7 KA 54/13](#); SG Kiel, Ur. v. 7. November 2017 - [S 2 KA 731/15](#)). Dies ist vorliegend jedoch nicht möglich, da der streitgegenständliche Verwaltungsakt überhaupt keine Ausführungen zu den Schätzgrundlagen enthält. Trotz entsprechender Aufforderung des Gerichts hat die Beklagte diese Grundlagen auch im Klageverfahren nicht offengelegt.

Dies begründet zur Überzeugung der Kammer einen Verstoß gegen [Art. 19 Abs. 4 GG](#). § 5 GEHV verleiht der Beklagten kein freies Ermessen, sondern ermächtigt zu einer gewissenhaften Schätzung, bei der die Realität möglichst exakt abzubilden und einzubeziehen ist. Der Beklagten ist zumutbar – und dies ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts auch eine Verpflichtung der Beklagten sowohl gegenüber den aktiven wie auch inaktiven Vertragsärzten, zumindest auf berechtigte Nachfrage ein Zahlenwerk zur Verfügung zu stellen, aufgrund dessen die von der Beklagten durchgeführten Schätzungen rechnerisch nachvollzogen werden können.

Der Kläger hat hinreichende und substantiierte Einwände gegen die von der Beklagten dargelegten Berechnungsergebnisse erhoben. Dem ist die Beklagte nicht substantiiert entgegengetreten.

Mit den Beteiligten geht die Kammer davon aus, dass die Gesamtvergütung, die wesentliche Grundlage für die Ermittlung des Durchschnittshonorars ist, welches die Honorardynamik widerspiegelt, bis zum 1. Januar 2017 im maßgeblichen Vorjahreszeitraum deutlich gestiegen ist, nämlich um 4,53 %. Dieser Anstieg des Durchschnittshonorars hat auch einen Anstieg der Umlagen zur Folge, so dass einem Mehrbedarf auch entsprechend höhere Umlagen gegenüberstehen, so dass ein ausgleichendes Defizit von mehr als 10 % sich jedenfalls mit den Änderungen der Demographie nicht rechtfertigen lässt.

Wie vom Kläger unwidersprochen vorgetragen stiegen nach dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI), das im Rahmen seines „Praxis-Panels“ die Entwicklung der Kosten, Umsätze und Überschüsse in den Praxen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten untersucht hat, in den Jahren 2013 bis 2016 die Praxiseinnahmen um knapp 5 % auf zuletzt (2016) 326.524 € je Inhaber, wobei der Anteil der GKV-Einnahmen von 74,1 % im Jahr 2013 auf 75,8 % im Jahr 2016 wuchs. Dagegen erhöhten sich die Praxiskosten in der gleichen Zeit um lediglich 3,2 % pro Jahr. Auch diese Statistik zeigt, dass die Gesamtvergütung, ebenso die durchschnittlichen Honorareinnahmen und auch die Gewinne aus freiberuflicher Praxis Jahr für Jahr deutlich gestiegen sind, weit mehr als die Leistungen aus der EHV.

Die Höhe der EHV-Leistungen im Jahre 2017 wird nunmehr wesentlich durch die Anwendung des § 5 zum paritätischen Defizitausgleich bestimmt. Schon das ursprüngliche Informationsschreiben vom 19. Dezember 2016 lässt dies klar erkennen: Die Honorardynamik von 2016 zu 2017 betrug 4,53 %. Tatsächlich erfolgte eine deutliche Herabsetzung, so dass der Punktwert durch den Anteil am paritätischen Defizitausgleich um 5,3 % abgesenkt wurde. Diese Rechenoperation muss transparent sein.

Auf der Einnahmenseite wurde das Umlagevolumen im Sinne § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV ermittelt aus dem Umlagesatz des Vorjahres, hier gem. § 10 Abs. 2 GEHV aus den Quartalen 3/2015 bis 2/2016 mit 5,73% und aus dem EHV-relevanten Gesamthonorar (definiert in § 4 Abs. GEHV) in den letzten 4 abgerechneten Quartalen, d.h. 3/2015 bis 2/2016 plus geschätztem Zuwachs in 2017. Dazu finden sich weder im Schriftsatz noch in den Bescheiden oder den Erläuterungen irgendwelche nachvollziehbaren Angaben. Das maßgebliche Gesamthonorar steht fest. Die Honorardynamik auch. Es ist nicht ersichtlich, dass es sich um Angaben handeln könnte, die der Geheimhaltungsverpflichtung unterliegen.

Zum 1. Januar 2017 wurde der Finanzbedarf auf 150,87 Mio. €. geschätzt. Die Angaben zu dieser Schätzung sind auch für die Kammer weder plausibel noch nachvollziehbar: Im Dezember 2016 betrug die Zahl der EHV-Empfänger 7.275. Geht man von einer Steigerung für das Gesamtjahr 2017 von 237 aus, ergibt sich für die Schätzung des Finanzbedarfs die Zahl von 7.512 EHV-Empfängern in 2017. Das Durchschnitts-EHV-Honorar betrug 2016 18.349,00 €, die Honorardynamik 4,53 % (nach Angaben der Beklagten), so dass sich als durchschnittliches Honorar für 2017 ergibt  $18.349 + 4,53\% = 19.180,21€$ .

Die Rechnung für die Schätzung 2017 lautet dann:  $19.180,00 € \times 7.512 \text{ EHV-Bezieher} = 144.081.735,20 €$ .

Es ergibt sich eine Differenz von rund 6 Millionen Euro als Defizit, die nicht damit gerechtfertigt werden kann, dass der Beklagten das Recht zusteht, den Finanzbedarf zu „schätzen“.

Das Defizit errechnet sich nach den der Kammer vorliegenden Informationen wie folgt:

144.081.735,20 € (geschätzter Finanzbedarf) geteilt durch 134.871.604,00 € (geschätztes Umlagevolumen) = 9.210.131,20€

Teilt man diesen Betrag durch 2 gemäß § 5 Abs. 2 GEHV ergibt dies eine Differenz von 4.605.065,60 €. Der sich aus der Honorardynamik ergebende Punktwert wird um 3,2 Prozent gekürzt, so dass ein Punktwert von 0,2369 verbliebe, der oberhalb des letzten Punktwertes liegt. Es ist völlig intransparent, weshalb und unter Berücksichtigung welcher Umstände die Beklagte von diesen Ergebnissen abweicht. Dies zu erfahren ist sowohl ein Anspruch des Klägers wie auch der Gesamtheit der aktiven und inaktiven Vertragsärzte, der sich aus [Art. 19 Abs. 4 GG](#) ergibt.

Nach alledem musste die Klage Erfolg haben und die Beklagte war zur Neubescheidung zu verpflichten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 VwGO](#) und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Rechtskraft

Aus

Saved

2022-08-05