

L 4 KA 86/14

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

4
1. Instanz
SG Marburg (HES)

Aktenzeichen
S 12 KA 81/14
Datum
05.11.2014

2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

L 4 KA 86/14
Datum
30.01.2019

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

B 6 KA 7/19 R
Datum
11.12.2019

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 5. November 2014 geändert. Der Bescheid der Beklagten vom 31. August 2012, abgeändert durch Bescheid vom 26. Juli 2013, in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Januar 2014 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.508,00 Euro zu zahlen.
Im Übrigen wird die Berufung der Klägerin zurückgewiesen.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 5. November 2014 aufgehoben, soweit damit die Beklagte verpflichtet wird, über die Eingruppierung der Frau C. C. und die Festsetzung des Quartalsbeitrags zur EHV neu zu entscheiden.
Im Übrigen wird die Berufung der Beklagten zurückgewiesen.

Von den Kosten des Rechtsstreits beider Instanzen haben die Klägerin 2/3 und die Beklagte 1/3 zu tragen.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 1 und des EHV-Beitrags in Höhe von 637,00 Euro im Quartal für die bei der Klägerin angestellte Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie C. C. nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten (GEHV) für das Beitragsjahr 2012/2013 und über die Feststellung, dass die Klägerin nicht zur Teilnahme an der EHV zugunsten von Frau C. im Zeitraum 1. Juli 2012 bis 30. Juni 2013 verpflichtet ist.

Die Klägerin ist eine GmbH und Trägerin eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) mit Praxissitz in A-Stadt. Seit dem 1. Oktober 2011 beschäftigte sie die Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie C. C. als angestellte Ärztin mit der LANR xxx1.

Die Beklagte setzte in den Quartalen IV/11 bis II/13 das Honorar der Klägerin und Frau C. durch Honorarbescheide wie folgt fest:

Quartal IV/11 I/12 II/12 III/12
Honorarbescheid vom 02.04.2012 03.07.2012 29.09.2012 06.01.2013
Nettohonorar gesamt in EUR 36.717,46 47.546,17 42.578,20 38.740,17
Bruttobehonorar PK + EK in EUR 36.162,61 46.861,85 41.930,06 38.339,70
Fallzahl PK + EK 264 296 298 324
Frau C. C.
Bruttobehonorar PK + EK in EUR 5.166,82 5.753,44 6.876,17 10.376,79
EHV-Einbehalt Sonderverträge in EUR 1.322,75
Fallzahl PK + EK 38 44 57 55
EHV-Einbehalt in EUR 287,61 321,42 460,60 2.508,00

Quartal IV/12 I/13 II/13
Honorarbescheid vom 08.04.2013 15.07.2013 20.09.2013
Nettohonorar gesamt in EUR 42.463,97 37.831,27 45.728,26
Bruttobehonorar PK + EK in EUR 42.960,19 38.687,17 46.818,92
Fallzahl PK + EK 334 346 349

Frau C. C.

Bruttohonorar PK + EK in EUR 11.166,06 10.565,19 12.134,54

Fallzahl PK + EK 59 59 54

EHV-Einbehalt in EUR 2.508,00 2.508,00 627,00

Die Beklagte stufte mit Bescheid vom 31. August 2012 für den Zeitraum 1. Juli 2012 bis 30. Juni 2013 die angestellte Ärztin der Klägerin in die Beitragsklasse 4 ein und setzte danach den Beitrag je Quartal auf 2.508,00 Euro, was einem Jahresbetrag von 10.032,00 Euro entspricht, fest. Hierbei ging sie von folgenden Eckdaten aus:

Gesamthonorar 2010 -

Durchschnittshonorar 2010 205.389,02 EUR

Anteil am Durchschnittshonorar 0,00

Ermittelte Beitragsklasse 4

Die Festsetzung begründete sie mit der Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 1. Oktober 2012 Widerspruch ein. Zur Begründung legte sie dar, dass es an einer Rechtsgrundlage für die GEHV fehle und sie in ihren Grundrechten verletzt werde. Die einzig grundgesetzkonforme Möglichkeit der Bestimmung der Beitragshöhe für "Existenzgründer", also Ärzte ohne Vergleichshonorar im Vorvorjahr, sei die Einstufung in die niedrigste Beitragsklasse.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 26. Juli 2013 eine Einstufung in die Beitragsklasse 1 vor, da nach einem Vorstandsbeschluss bei Fehlen eines Vergleichshonorars im Vorvorjahr die Ausgangswerte des Jahres 2011 heranzuziehen seien, ggf. die ersten vier Quartale seit Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit. Den Beitrag je Quartal setzte sie auf 627,00 Euro, was einem Jahresbetrag von 2.508,00 Euro entspricht, fest. Hierbei ging sie von folgenden Eckdaten aus:

Gesamthonorar IV/11 bis III/12 36.501,62 EUR

Durchschnittshonorar 2010 205.389,02 EUR

Anteil am Durchschnittshonorar 17,77

Ermittelte Beitragsklasse 1

Mit weiterem Schreiben vom 26. Juli 2013 bezifferte sie den Unterschiedsbetrag zur Beitragsklasse 4 mit 1.881,00 Euro je Quartal. Für die Quartale III/12 bis I/13 setzte sie eine Gutschrift in Höhe von 5.643,00 Euro fest.

Die Klägerin teilte mit, die Einstufung in die Beitragsklasse 1 werde nicht mehr gerügt. Im Übrigen halte sie ihren Widerspruch aufrecht.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 22. Januar 2014 den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie verwies auf die Neuregelung der GEHV zum 1. Juli 2012, die angesichts einer wachsenden Anzahl von EHV-Empfängern und einer gleichzeitig abnehmenden Anzahl von Einzahlern erforderlich geworden sei. Jeder aktive Arzt werde danach in eine der neun Beitragsklassen eingestuft (§§ 3 Abs. 2, 10 Abs. 3 GEHV). Grundlage für die Einstufung bilde das prozentuale Verhältnis des arztindividuellen Honorars am Durchschnittshonorar aller aktiven Vertragsärzte (Beitragszahler). Dabei sei für die Ermittlung der Durchschnittshonorare auf das Vorvorjahr abzustellen, für den Zeitraum III/12 bis II/13 seien somit die Honorare des Jahres 2010 maßgeblich. Bei den für die angestellte Ärztin der Klägerin im Quartal I und III/12 zu berücksichtigenden Honorarkorrekturen handele es sich um Honorarkorrekturen für die Quartale IV/10 bis IV/11 bzw. Gutschriften hinsichtlich des Schätzbescheides I/12. Sie seien anteilig gemäß der damaligen EHV-Prozentaufteilung zu 20 % honorarsteigernd berücksichtigt worden, da sie in den Quartalen I und III/12 gebucht worden seien. Die Berechnung des zugrunde gelegten Honorars stelle sich folgendermaßen dar:

Gesamthonorar (LANR xxx1) Beträge in EUR

Honorar lt. Arztrechnung IV/11 5.454,43

EHV-relevantes Honorar IV/11 5.454,43

Honorar lt. Arztrechnung I/12 6.074,86

abzgl./zzgl. Honorarkorrekturen I/12 5.406,92

EHV-relevantes Honorar I/12 11.566,92

Honorar lt. Arztrechnung II/12 7.336,77

zzgl. Einbehalt EHV-Sonderverträge 1.322,75

EHV-relevantes Honorar III/12 8.659,52

Honorar lt. Arztrechnung III/12 10.376,79

Abzgl./zzgl. Honorarkorrekturen III/12 529,10

EHV-relevantes Honorar III/12 10.905,89

EHV-relevantes Honorar 2010 36.501,62

Hiergegen hat die Klägerin am 21. Februar 2014 Klage beim Sozialgericht Marburg mit dem Antrag erhoben, 1. den Bescheid vom 31. August 2012, abgeändert durch Bescheid vom 26. Juli 2013 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Januar 2014 aufzuheben, 2. festzustellen, dass die Klägerin für den Zeitraum vom 1. Juli 2012 bis 30. Juni 2013 nicht zur Teilnahme an der EHV zugunsten der Frau C. C. verpflichtet ist, 3. die Beklagte zu verpflichten, an sie die bereits gezahlten Beiträge für den Zeitraum 2012/13 in Höhe von 2.508,00 Euro für Frau C. C. zurückzuzahlen, hilfsweise unter Aufhebung des angefochtenen Bescheids die Beklagte zu verpflichten, über die Eingruppierung in die Beitragsklassen der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Klägerin hat die Auffassung vertreten, die Beitragspflicht in der EHV sei grundsätzlich rechtswidrig, auch seien die konkrete Ausgestaltung der Beitragspflicht und ihre Eingruppierung rechtswidrig. Die Beitragspflicht zur EHV könne nicht auf eine hinreichend bestimmte parlamentsgesetzliche Ermächtigungsgrundlage zurückgeführt werden und verstoße gegen den Vorbehalt des Gesetzes. Es verstoße auch gegen den Gleichheitsgrundsatz, dass nach den Vorgaben der EHV grundsätzlich nur Ärzte und keine Psychotherapeuten herangezogen werden würden. Die Zwangsmitgliedschaft von niedergelassenen Vertragsärzten in der EHV und die damit verbundene Beitragspflicht könne nicht mit der Eigentumsgarantie aus [Artikel 14 Abs. 1 GG](#) in Einklang gebracht werden, wonach Zwangsversicherungen unter staatlicher Organisationshoheit mit dem verfassungsrechtlichen Äquivalenzprinzip in Einklang gebracht werden müssten. § 8 KVHG gelte nur für "Kassenärzte", nicht aber für Vertragsärzte. Der Landesgesetzgeber habe § 8 KVHG an die Änderungen des Vertragsarztrechts nicht angepasst. Die Stabilisierung des Beitragsaufkommens der EHV sei kein Selbstzweck, der eine unbeschränkte Inanspruchnahme der berufstätigen Ärztegeneration erlaube. Die Rentenanwartschaften seien schon heute ungedeckt. Wenn dem verfassungsrechtlichen Äquivalenzprinzip aber schon heute effektive Wirksamkeit zukommen solle, könne die Beitragspflicht keinen Bestand vor der Eigentumsgarantie haben. Gerade bei Fachgruppen, bei denen mit einem hohen Praxisumsatz auch ein hoher Kostenanteil abgedeckt werde, sei die konkrete Höhe der Beitragspflicht zur EHV schon gegenwärtig verfassungsrechtlich nicht mehr zu rechtfertigen. § 3 GEHV bestimme nicht, welche Praxisumsätze bei angestellten Ärzten für die Einstufung in die Beitragsklasse herangezogen werden sollten. Das gelte insbesondere für angestellte Ärzte, die ihre Tätigkeit neu aufgenommen hätten. Diese Lücke solle durch die Vorstandsrichtlinie vom 11. März 2013 geheilt werden. Dieser Komplex müsse auch durch die Satzung geregelt werden. Angestellte Ärzte des ambulanten Sektors bräuchten die EHV nicht. Obwohl die Beiträge an den Umsätzen anknüpften, könnten angestellte Ärzte nur für den individuellen Bedarf ausreichende Altersbezüge erwarten. Die Beklagte ziehe auch Beiträge von angestellten Ärzten ein, die gar nicht Mitglied bei ihr seien. Es werde immer ein Mindestbeitrag von 621,00 Euro pro Quartal festgesetzt. Bei nur im geringen Umfang tätigen Ärzten könne der überwiegende Teil der vertragsärztlichen Umsätze als EHV-Beitrag einbehalten werden. Es fehle an einer parlamentarischen Ermächtigungsgrundlage, um MVZ zu EHV-Beiträgen heranzuziehen. MVZ fielen nicht unter den Begriff "Vertragsärzte". Es müssten dann psychologische Psychotherapeuten auch zur EHV herangezogen werden. Soweit dies nicht der Fall sei, verstoße dies gegen den Gleichheitsgrundsatz. Frau C. sei lediglich mit einem Arbeitszeitfaktor von 0,25 beschäftigt. Der jährliche Mindestbeitrag in Höhe von 2.508 Euro stehe in keinem äquivalenten Verhältnis zum Gesamthonorar. Nachvergütungen könnten nicht allein auf der Grundlage des nominellen Tätigkeitsumfangs auf angestellte Ärzte umgelegt werden. Maßgeblich sei allein der individuelle Honorarumsatz. Die Berechnung der Quartalsumsätze sei z. T. fehlerhaft.

Die Beklagte hat auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts verwiesen, wonach die Ermächtigungsgrundlage im § 8 KVHG nicht zu beanstanden sei. Die Norm knüpfe nicht an die Mitgliedschaft bei ihr an, sondern an die Stellung als Arzt. Die Sozialgerichtsbarkeit habe bereits entschieden, dass psychologische Psychotherapeuten nicht an der EHV teilnehmen könnten. Wegen des Erfordernisses der Anpassung an sich ändernde Verhältnisse stehe ihr ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Die Zahl der Leistungsempfänger steige schneller als die der aktiven Ärzte, sofern diese überhaupt steigen würden. So werde die Zahl der Leistungsempfänger in etwa 14 Jahren die der aktiven Ärzte überschreiten. Die Bezugszeit von Leistungen aus der EHV würde sich weiter verlängern, weil die Lebenserwartung steige. Außerdem sei zu beachten, dass ihr im Rahmen der Honorarverteilung sehr viel weniger Möglichkeiten zum Ausgleich bestimmter Sonderbelastungen zur Verfügung stünden als den Gebietskörperschaften durch Sanierung ihrer Haushalte. Auch in der Vergangenheit habe sie verschiedene Änderungen vorgenommen. Ein Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip und den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz liege nicht vor. Die Äquivalenz sei zwischen Beitrag und späterer Leistung gewährleistet. Die Rendite der Beiträge bleibe positiv. Die neun Stufen des Regelbeitrags würden eine individuelle Überforderung vermeiden. Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. Dezember 2004 müsse keine Individualäquivalenz bestehen, wie sie in der Privatversicherung vorkomme. Vielmehr könne bei berufsständischen Versorgungseinrichtungen das Äquivalenzprinzip eine Modifikation durch den Gedanken der Solidarität erfahren. Außerdem sei es zulässig, den gesamten Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit als Bemessungsgrundlage für die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen durch eine KV zu Grunde zu legen. Dies gelte auch für die Einbeziehung gesondert erstatteter Sachkosten. Mit der höchsten Beitragsklasse 9 sei auch eine Beitragsbemessungsgrenze eingeführt worden. Die Beiträge würden nicht weiter steigen, sondern seien auf einen Betrag in Höhe von 5.643 Euro je Quartal begrenzt. Das neue System mit den Beitragsklassen biete für aktive wie auch inaktive Ärzte eine Planungs- und Kalkulationsmöglichkeit für vier Quartale. Die höchste Beitragsklasse 9 greife schon ab einem Anteil von mehr als 200 % am Durchschnittshonorar. Die Honorardaten seien korrekt. Der Mindestbetrag sei auch im Zusammenhang mit der Verpflichtung des Arztes zu sehen, die Tätigkeit in Vollzeit auszuüben.

Mit Urteil vom 5. November 2014 hat das Sozialgericht die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 31. August 2012, geändert durch Bescheid vom 26. Juli 2013, in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Januar 2014 verpflichtet, über die Eingruppierung von Frau C. und die Festsetzung des Quartalsbeitrags zur EHV unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Mit Beschluss vom 21. November 2014 hat das Sozialgericht das Urteil in den Entscheidungsgründen berichtigt.

Die zulässige Klage sei zum Teil begründet. Der Bescheid vom 31. August 2012, abgeändert durch Bescheid vom 26. Juli 2013 und in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 22. Januar 2014 sei rechtswidrig. Die Beklagte sei verpflichtet, über die Eingruppierung der Frau C. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und die Beiträge entsprechend festzusetzen. Der Klage sei daher im Hilfsantrag stattzugeben, aber im Hauptantrag abzuweisen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Feststellung, dass sie in der Zeit vom 1. Juli 2012 bis 30. Juni 2013 nicht zur Teilnahme an der EHV zu Gunsten der Frau C. verpflichtet ist. Es bestehe auch keine Verpflichtung der Beklagten, an die Klägerin 2.508,00 Euro zu zahlen.

Das Urteil vom 5. November 2014 ist der Beklagten am 11. November 2014 und der Klägerin am 13. November 2014 zugestellt worden. Der Berichtigungsbeschluss vom 21. November 2014 ist der Beklagten am 25. November 2014 und der Klägerin am 27. November 2014 zugestellt worden.

Am 5. Dezember 2014 hat die Beklagte Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Am Montag, den 15. Dezember 2014 hat die Klägerin Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt.

Die Klägerin vertritt weiter die Auffassung, dass es für die Heranziehung angestellter Ärztinnen und Ärzte oder ihrer Arbeitgeber keine taugliche gesetzliche Ermächtigungsgrundlage gebe. Der Begriff "Vertragsärzte" in § 8 Abs. 2 KVHG beziehe sich nicht auf die angestellten Ärztinnen und Ärzte in medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Bereits bei der Neufassung der Norm im Jahr 2009 habe es angestellte

Ärzte und MVZ gegeben, weshalb die fehlende Erwähnung dieses Personenkreises in § 8 Abs. 2 KVHG ein "beredtes Schweigen" darstelle. Eine Ausdehnung auf angestellte Ärzte als berechtigten Personenkreis durch die Beklagte sei von der gesetzlichen Grundlage nicht gedeckt, die angestellte Ärzte weder auf der Seite der Beitragszahler noch auf der Seite der Anspruchsberechtigten erwähne. Auch aus [§ 95 SGB V](#) ergebe sich nichts anderes, in Abs. 1 Satz 1 werde zwischen angestellten Ärzten und Vertragsärzten unterschieden. Die satzungrechtliche Regelung in § 3 Abs. 1 Satz 1 GEHV reiche nicht aus, wegen der besonderen Grundrechtsrelevanz sei eine gesetzliche Rechtsgrundlage erforderlich. Das Sozialgericht habe es versäumt, ihren Einwand, die Rentenanwartschaften der EHV für angestellte Ärzte seien schon heute ungedeckt, in tatsächlicher Hinsicht aufzuklären. Unter verfassungsrechtlichen Grundsätzen gebiete das Äquivalenzprinzip, dass die durch die Beitragszahlung erworbene Rentenanwartschaft durch die hinter der Satzung stehende Körperschaft garantiert werden könne.

Sie, die Klägerin, sei als Arbeitgeberin nur verpflichtet, für ihre angestellte Ärztin den Pflichtbeitrag zur Rentenversicherung auf der Grundlage des gültigen Beitragssatzes zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen zu entrichten, der seit dem 1. Januar 2013 18,9% des Einkommens betrage, der Höchstbeitrag liege bei 1.096,20 Euro monatlich. Darüber hinausgehende Beitragszahlungen zur EHV seien freiwillige Leistungen, ohne vertragliche Vereinbarung könnten aufgrund einer Satzung vom MVZ als Arbeitgeber keine weiteren Pflichtbeiträge zur "Rentenversicherung" erhoben werden. Die Heranziehung zur Finanzierung der EHV erfolge aber unabhängig von einer entsprechenden arbeitsvertraglichen Vereinbarung zwischen MVZ und angestelltem Arzt. Als freiwillige Rentenversicherungsbeiträge seien die EHV-Beiträge - entgegen der unzutreffenden Auffassung des BSG im Urteil vom 19. Februar 2014, [B 6 KA 8/13 R](#) - nicht steuerlich als Betriebsausgabe absetzbar, sie müssten auf Seiten der angestellten Ärzte als geldwerter Vorteil versteuert werden. Dies sei aber nicht der Fall und auch nicht möglich, da es insoweit an einer arbeitsvertraglichen Regelung zwischen der Vertragspartei mangle, die die Zahlung eines entsprechenden geldwerten Vorteils vorsehe. Darüber hinaus ermäßige sich der Pflichtbeitrag zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen nicht für angestellte Ärzte, die Satzung beziehe sich auf § 18 der Zulassungsverordnung, in dem die Zulassung der selbstständig tätigen niedergelassenen Ärzte zur vertragsärztlichen Tätigkeit geregelt sei. Die Ermäßigung gelte für angestellte Ärzte nicht, weil sonst die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung gefährdet wäre.

Das Sozialgericht habe die Besonderheiten bei Bestehen eines Angestelltenverhältnisses nicht berücksichtigt, die sich bei Ausübung einer Tätigkeit in nur eingeschränktem Umfang von 10, 20 oder 30 Wochenstunden ergäben und nicht von der GEHV erfasst und differenziert würden. Der angewandte Berechnungsmaßstab stelle auf das Durchschnittshonorar der Vertragsärzte ab und beachte nicht, dass diese in eigener Praxis durchschnittlich 60 Wochenstunden tätig seien und damit keinen Vergleichsmaßstab für angestellte Ärzte darstellten, die aufgrund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen mit einem vollen Vertragsarztsitz allenfalls 40 Stunden in der Woche vertragsärztlich tätig seien. Es finde auf horizontaler Ebene daher eine Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem statt, da es an einer Bezifferung der heranzuziehenden Durchschnittshonorare auf Grundlage des Umfangs der Wochenstunden fehle. Aus der Zuordnung der Leistungen über die LANR ergebe sich noch nicht die Höhe des erzielten Honorars des einzelnen Arztes, da bei angestellten Ärzten sich die Besonderheit ergebe, dass das ausgezahlte Honorar nicht arzt-, sondern praxisbezogen ermittelt werde aufgrund der Verrechnungsmöglichkeiten im RLV und QZV, so dass die Vergütungshöhe variieren könne, ohne dass der Arzte selbst hierauf Einfluss habe. Wenn indessen - wie von der Beklagten vorgetragen - das anerkannte Gesamthonorar des MVZ entsprechend dem vom Zulassungsausschuss festgelegten Tätigkeitsumfang auf die angestellten Ärzte umgelegt und aufgeteilt werde, führe dies zu einer Loslösung des erwirtschafteten und erarbeiteten Honorars des einzelnen Arztes im Verhältnis zu seiner EHV-Beitragspflicht, was gegen das Äquivalenzprinzip verstoße, da die Höhe der Altersversorgung dann nicht mehr in Relation zu dem während der Berufstätigkeit erzielten Einkommen stehe. Die Pflichtmitgliedschaft gehe weit über eine Absicherung der Risiken von Invalidität und Alter hinaus, da sie nicht an das Einkommen der Ärzte, sondern an den von angestellten Ärzten erzielten Honorarumsatz anknüpfe. Dies habe zur Folge, dass teilweise bei hohen Honorarumsätzen so hohe Beiträge gezahlt würden und damit entsprechend hohe Anwartschaften erwirtschaftet würden, dass die "Altersansprüche" über die Einkünfte in der aktiven Berufstätigkeit hinausgingen. Dies gelte insbesondere bei teilzeitbeschäftigten Ärzten mit geringem Einkommen aber aufgrund der Besonderheit der Fachgruppe mit hohen Honorarumsätzen. Sie, die Klägerin, habe keine Möglichkeit, die finanzielle Belastung durch die EHV in finanziell relevanten Umfang an die angestellten Ärzte weiterzugeben. Dies sei - wenn überhaupt - nur eingeschränkt möglich, weil durchaus Konstellationen vorlägen, in denen die EHV-Beiträge über dem durchschnittlichen Monatseinkommen der Ärzte lägen. Arbeitsrechtlich sei eine derartige Weitergabe der Beiträge sicherlich nicht zulässig.

Es finde auch eine vertikale Ungleichbehandlung zwischen EHV-Empfängern und EHV-Beitragszahlern statt, die verfassungswidrig sei. Einer immer höher werdenden Anzahl von bezugsberechtigten Ärzten stehe eine immer geringer werdende Anzahl von beitragspflichtigen Vertragsärzten gegenüber. Die Anzahl der niedergelassenen Vertragsärzte sinke. Das System sei in dieser Form nicht aufrechtzuerhalten, indem weitere Beitragszahler in das EHV-System zwangsweise integriert würden. Angestellte Ärzte seien durch das Versorgungswerk und ggf. die gesetzliche Rentenversicherung abgesichert, einer weiteren zusätzlichen Absicherung bedürfe es nicht. Angestellte Ärzte könnten mit angestellten Ärzten in einem ermächtigten Institut verglichen werden. Es sei daher nicht ersichtlich, weshalb von dem Honorar der angestellten Ärzte in einem MVZ EHV-Beiträge abgezogen würden und von den Honoraren der Institutsärzte oder ermächtigten Krankenhausärzten EHV-Beiträge nicht abgezogen würden. Ermächtigte Ärzte würden unter einer lebenslangen Arztnummer tätig und seien in das System der vertragsärztlichen Versorgung ebenso eingebunden wie angestellte Ärzte.

Die EHV lasse sich auch nicht durch die Sicherung der Versorgungsbezüge der EHV-Empfänger gemäß [Art. 14 GG](#) rechtfertigen. Die Sicherung des Lebensunterhalts der Beitragszahler durch die vertragsärztliche Tätigkeit sei zukünftig nicht möglich und würde bei der Beibehaltung der Finanzierungskonzeption als Vorwegabzug aus der Gesamtvergütung zu einer umso höheren Belastung der aktiven Vertragsärzte führen, je weiter das Durchschnittshonorar und damit deren verfügbares Einkommen absinke. Ein Schutz des Wertes der Versorgungspositionen der EHV sei innerhalb des Modells nur auf Kosten der aktiven Vertragsärzte möglich, ein Schutzrecht zu Lasten Dritter könne aus [Art. 14 GG](#) aber keinesfalls hergeleitet werden. Bei der derzeitigen Situation sei der hessische Gesetzgeber vielmehr gehalten, das System der EHV finanziell zu unterstützen.

Soweit nach § 8 Abs. 2 a.E. KVHG die Vergütung aus Verträgen zur Integrierten Versorgung in die Beitragsbemessungsgrundlage der EHV einbezogen worden sei, überschreite der Landesgesetzgeber seine Kompetenz. Die Integrationsverträge seien dem Privatrecht zuzuordnen, es bestehe im Rahmen der Integrierten Versorgung weder im Bereich der Qualitätssicherung noch im Bereich der Finanzierung eine zwingende Einbindung der Leistungserbringer in das System der GKV; das Herauslösen der Vertragsärzte aus dem gesamten Leistungserbringerrecht durch [§ 140 Abs. 4 SGB V](#) zeige, dass eine tiefe Verankerung der Ärzte im Regelwerk der GKV nicht gegeben sei. Die Einbeziehung der Honorare aus Integrierter Versorgung widerspreche Wortlaut, Sinn und Zweck der gesamten Integrierten Versorgung und stelle ein verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigtes Zugangshindernis dar. Weiterhin seien die Honorare um die Honorare aus sog.

Selektiv- oder Direktverträgen zu bereinigen. § 11 GEHV vernachlässige, dass das generierte Honorar neben den Werten der ehemaligen Gesamtvergütung auch weitere Bestandteile enthalte, die nicht Teil der Gesamtvergütung gewesen seien. Die Beklagte verteile über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinausgehende Honorare der aktiven Vertragsärzte, die diese aufgrund der Teilnahme an den Selektivverträgen erzielten, an leistungsberechtigte Ärzte, die keine Selektivverträge abgeschlossen hätten. Die Einbeziehung der Honorare verstoße auch gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#). In der Folge seien auch § 8 Abs. 3 und 4 KVHG verfassungswidrig, die auf § 8 KVHG beruhende GEHV sei daher ebenfalls verfassungswidrig.

Ihre Heranziehung zur EHV der Höhe nach verletze den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, soweit die IV-Verträge berücksichtigt würden, die Beitragsklassen seien falsch bestimmt, die Einbeziehung der Kostenpauschalen als Teil des Honorars der an der EHV teilnehmenden Ärzte in die Beitragsbemessung der EHV sei nicht zulässig. Die Kostenpauschalen stellten gerade kein ärztliches Honorar für die ärztliche Leistung dar sondern die Erstattung von Ausgaben für Material und damit einen durchlaufenden Posten. Das Sozialgericht habe zutreffend ausgeführt, dass auch die Bemessung der Beitragsklassen in der GEHV rechtswidrig sei. Rechtswidrig sei auch die Einstufung von Ärzten, die in den vorausgegangenen Quartalen nicht an der EHV teilgenommen hätten in die Beitragsklasse 4. Nur auf der Basis eines Vorstandsbeschlusses würden Ärzte bis zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung über vier Quartale nunmehr der Beitragsklasse 1 zugeordnet, dies sei nicht von der Satzung gedeckt.

Der Rückzahlungsantrag werde auf [§ 131 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) gestützt, die Beklagte habe die EHV-Beiträge bereits vereinnahmt.

Die von der Beklagten vertretene Auffassung zur Einbeziehung der MVZ in die EHV finde keine dogmatische Begründung. Die Renditeerwägungen und die Zukunftsfestigkeit der EHV hätten mit der Verfassungswidrigkeit der GEHV nichts zu tun. Für die Beitragsklasseneinstufung könne es nicht auf ihre Fachgruppe ankommen, maßgeblich könne insoweit allein die Fachgruppe der betroffenen Ärztin sein, Frau Dr. C. sei als Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie tätig.

Soweit die Beklagte darauf hinweise, dass durch die Einführung des Beitragsklassen-Modells bedingte Steigerungen der Beiträge und die damit einhergehenden Mehrbelastungen zu einer Erhöhung der EHV-Leistungsansprüchen geführt habe, werde dies bestritten. Die Mehrbelastung treffe sie, die Klägerin, wohingegen sich die Anwartschaften lediglich zugunsten der angestellten Ärzte auswirkten.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 5. November 2014 teilweise aufzuheben, den Bescheid vom 31. August 2012, abgeändert durch Bescheid vom 26. Juli 2013 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Januar 2014 aufzuheben, festzustellen, dass die Klägerin für den Zeitraum vom 1. Juli 2012 bis 30. Juni 2013 nicht zur Teilnahme an der EHV zugunsten der angestellten Ärztin C. C. verpflichtet war und die Beklagte zu verpflichten, an sie die bereits gezahlten Beiträge für den Zeitraum 2012/13 in Höhe von 2.508,00 Euro für Frau C. C. zurückzuzahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung der Klägerin zurückzuweisen, das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 5. November 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verweist – soweit die Klage abgewiesen wurde – auf die zutreffenden Ausführungen des erstinstanzlichen Urteils und das Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. Februar 2014, [B 6 KA 8/13 R](#), wonach die Heranziehung von MVZ zur Finanzierung der EHV zugunsten der in dem MVZ angestellten Ärzte rechtmäßig sei. § 8 Abs. 1 Satz 1 KVHG spreche zwar von "Kassenärzten" bzw. "Vertragsärzten", der Wortlaut stehe aber nicht der Einbeziehung der im MVZ angestellten Ärzte nach Sinn und Zweck unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte entgegen.

Es sei unzutreffend, dass die Besonderheiten bei Ausübung einer Angestelltentätigkeit in nur eingeschränktem Umstand nicht differenziert berücksichtigt würden. Das Durchschnittshonorar aller Vertragsärzte stelle den Berechnungsmaßstab dar. In Verhältnis hierzu werde das erzielte Honorar des einzelnen Arztes gesetzt, welches auch bei angestellten Ärzten exakt über die LANR ermittelt werde. Nach § 10 Abs. 3 GEHV 2006 sei ein angestellter Arzt im MVZ im Rahmen der GEHV den zugelassenen Vertragsärzten gleichgestellt. Sie seien gemäß dem vom Zulassungsausschuss festgelegten Tätigkeitsumfang anteilig berücksichtigt. Für in MVZ angestellte Vertragsärzte seien die angeführten Prozentpunkte und bei Eintritt des Versorgungsfalles die Ansprüche mit dem vom Zulassungsausschuss festgelegten Tätigkeitsumfang anteilig quotiert worden.

Die Beklagte behauptet, es treffe nicht zu, dass die Rentenanwartschaften der EHV für angestellte Ärzte heute schon ungedeckt seien. Die Rendite bleibe positiv (Hinweis auf "Auf den Punkt" Nr. 1 2013, S. 20, 21).

Das Durchschnittshonorar der hessischen Vertragsärzte sei von 205.389,02 Euro im Jahr 2010 auf 221.003,56 Euro im Jahr 2013 gestiegen. Auch die Zahl der niedergelassenen Vertragsärzte sei nicht gesunken.

Die Heranziehung der Einnahmen aus Sonderverträgen zur EHV sei rechtmäßig. Allerdings seien im Aufsatzjahr 2010 für das streitgegenständliche Beitragsjahr noch keine Sonderverträge berücksichtigt worden. Die Mitteilungspflicht für Sonderverträge gelte ab dem Quartal III/2011. Die Einbeziehung der Honorare aus Selektivverträgen sei daher nicht streitgegenständlich.

Die Voraussetzungen von [§ 131 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) lägen nicht vor, weil sie – die Beklagte – nach dem angegriffenen Urteil berechtigt sei, die Klägerin auch zu höheren EHV-Beiträgen heranzuziehen. Da die EHV-Ansprüche finanziert werden müssten, habe die Klägerin es hinzunehmen, dass die Beiträge nicht ausgekehrt würden.

Zur Begründung ihrer Berufung trägt die Beklagte vor, der Eingriff in [Art. 3 Abs. 1 GG](#) durch das Beitragsklassensystem sei gerechtfertigt, es sei zur Finanzierung der EHV geeignet. Auch beim System der Beitragsklassen handle es sich um ein Umlagesystem. Dass nur das tradierte System im Sinne einer prozentualen Umlage rechtmäßig sei, sei nicht zutreffend. Auch das Beitragsklassen-System sei nicht von den Honoraren der Vertragsärzte losgelöst, diese bestimmten über die Einordnung in die neun Beitragsklassen. Das System sei auch zukunftsfähig. Die Lasten, die sich aus der Demographie ergäben, würden gerechter verteilt, dadurch, dass Beiträge und Leistungen

grundsätzlich mit der gleichen prozentualen Größe angepasst würden, die Regelaltersgrenze angehoben werde und über den Mengenfaktor und den "paritätischen Defizitausgleich" ausgewogen zwischen Aktiven und Pensionären geteilt würden. Das Beitragsklassensystem sei auch erforderlich, um frühzeitig einer Gefährdung der Funktionsfähigkeit der EHV entgegenzutreten. Eine Weiterführung des Ausgleichsfonds hätte nur die Kostenlast verschoben und sei daher kein milderes Mittel. Das Beitragsklassensystem sei auch angemessen. Dass es keine Beitragsklasse "0" gebe, sei folgerichtig, da § 8 Abs. 1 Satz 1 KVHG eine wirtschaftliche Sicherung der invaliden und alten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und deren Hinterbliebenen verlange. Nach der Rechtsprechung des BSG könne ein Arzt entweder während der gesamten Zeit seiner vertragsärztlichen Tätigkeit oder überhaupt nicht an der EHV teilnehmen. Der Mindestbeitrag sei im Zusammenhang mit § 19a Ärzte-ZV zu sehen, wonach die Zulassung den Arzt verpflichte, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. Die vom Sozialgericht beanstandete große "Schwankungsbreite" innerhalb der einzelnen Beitragsklassen gleiche sich über die Jahre bei den Ärzten aus. Die Beklagte erläutert die Eingruppierung sog. "Neu-Ärzte" und führt aus, der von der Klägerin hierzu angeführte Vorstandsbeschluss beruhe auf § 3 Abs. 2 Satz 7 GEHV.

Die Beklagte legt zur weiteren Begründung ihren anonymisierten Schriftsatz vom 6. November 2017 aus dem Verfahren [L 4 KA 2/15](#) nebst Anlagen, ein Schreiben vom 29. April 2014 zur Erläuterung zur Abfrage der Sonderverträge gem. § 3 Abs. 5 GEHV i. d. F. vom 1. Juli 2005 und ihren anonymisierten Schriftsatz aus dem Verfahren [L 4 KA 11/15](#) vom 31. Januar 2018 nebst Anlagen vor. Auf Bl. 57 bis 215 der Gerichtsakte wird insoweit Bezug genommen. Die Beklagte führt weiter aus, die Klägerin sei der Fachgruppe 09-00 (Anästhesisten) zuzuordnen, der Fachgruppenkostensatz liege bei 38 %.

Mit Verfügung vom 28. Februar 2018 hat die Berichterstatterin aus dem Verfahren [L 4 KA 2/15](#) Unterlagen betreffend die arztgruppenbezogenen Summen der Vergütungen des Kapitels 40 EBM-Ä, die für die Quartale I/2010 bis II/2012 u. a. die der EHV zugrunde gelegten Honorarsummen, die nach der Vorgängerregelung relevanten EHV-Kostenanteile, die Summe der EHV-freien Leistungen und die Summe der individuell berücksichtigten Kostenanteile ins hiesige Verfahren eingeführt.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 27. September 2018 ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch die Berichterstatterin des Senats als Einzelrichterin ohne mündliche Verhandlung für den Fall, dass auch die Revision zugelassen wird, erklärt. Mit Schriftsatz vom 5. November 2018 hat die Klägerin ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch die Berichterstatterin als Einzelrichterin ohne mündliche Verhandlung auch für den Fall der Zulassung der Revision erklärt.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen wird auf den Inhalt der Gerichts- und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte in der Besetzung mit der Berichterstatterin als Einzelrichterin ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten hierfür ihr Einverständnis erklärt haben. [§ 155 Abs. 3, Abs. 4](#) i. V. m. [§ 124 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG, und obwohl der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beizumessen ist und die Revision zuzulassen war. Zum einen erstreckt sich das Einverständnis der Beteiligten mit einer Einzelrichterentscheidung auch auf den Fall der Zulassung der Revision und zum anderen konnte das dem Gericht nach [§ 155 Abs. 3 SGG](#) eingeräumte Ermessen im Hinblick auf die in vollständiger Senatsentscheidung getroffenen Urteile des Senats vom 11. April 2018 in den Verfahren [L 4 KA 2/15](#) (Revision anhängig: [B 6 KA 12/18 R](#)) und [L 4 KA 11/15](#) (Revision anhängig: [B 6 KA 16/18 R](#)), mit denen der Senat über die auch hier erhebliche Rechtsfrage grundsätzlicher Bedeutung entschieden hat, ob und wie Sach- oder Praxiskostenanteile gleichheitskonform aus dem für die Beitragsbemessung zugrunde gelegten Honorar herausgerechnet werden müssen, zugunsten einer Einzelrichterentscheidung ausgeübt werden.

Die Berufungen der Beklagten und der Klägerin sind zulässig. Insbesondere ist auch die Berufung der Klägerin fristgerecht innerhalb der Berufungsfrist von einem Monat ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden, da die Frist nach [§ 64 Abs. 1 SGG](#) mit dem Tag nach der Zustellung der berechtigten Urteilsausfertigung (Leitherer in: Meyer Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage 2017, § 151 Rn. 7) am 27. November 2014, mithin am 28. November 2014 zu laufen begann und nach [§ 64 Abs. 2 und 3 SGG](#) mit dem Ablauf des 29. Dezember 2014 endete, weil der 28. Dezember 2014 ein Sonntag war.

Die Berufung der Klägerin ist begründet und das erstinstanzliche Urteil zu ändern, soweit erstinstanzlich die auf die Aufhebung des Bescheids der Beklagten vom 31. August 2012, abgeändert durch Bescheid vom 26. Juli 2013 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Januar 2014 und der auf die Rückzahlung der einbehaltenen EHV-Beiträge gerichtete Folgenbeseitigungsantrag abgewiesen wurden. Im Übrigen ist die Berufung der Klägerin unbegründet, weil der Feststellungsantrag keinen Erfolg haben kann. Auch die Berufung der Beklagten ist teilweise erfolgreich; sie ist begründet, soweit die Beklagte zur Neubescheidung verpflichtet wurde.

Die Anfechtungsklage der Klägerin ist zulässig und begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 31. August 2012, abgeändert durch Bescheid vom 26. Juli 2013 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Januar 2014 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten; zu Recht hat das Sozialgericht den Verwaltungsakt daher aufgehoben.

Rechtsgrundlage für den streitgegenständlichen Beitragsklassenbescheid ist § 3 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 1 Abs. 1 Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung (GEHV) in der ab 1. Juli 2012 geltenden Fassung. Eine Änderung des § 3 Abs. 2 GEHV (Einfügung von Satz 8) durch Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 23. Januar 2013 und 23. Februar 2013 wurde durch die Aufsichtsbehörde am 9. Juli 2013 genehmigt und in "info.service" August 2013 bekannt gegeben. Die in den Sitzungen vom 13. Dezember 2014, 14. März 2015 und 30. Mai 2015 beschlossene rückwirkende Änderung des § 3 Abs. 2 Satz 8 und Abs. 5 GEHV wurde durch Mitgliederrundschreiben vom 22. Juni 2015 bekanntgemacht.

Ermächtigungsgrundlage für den Erlass der GEHV ist § 8 des hessischen Landesgesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen i. d. F. d. Änderungsgesetzes vom 14. Dezember 2009, GVBl. 2009, Teil I, 662, in Kraft getreten am 23. Dezember 2009 (KVHG) i. V. m. Art. 4 § 1 Abs. 2 des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. August 1955 ([BGBl. I 513](#)). Diese Vorschriften sind verfassungsgemäß (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rn. 22 ff.; ausführlich zur vorherigen Rechtslage BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - [BSGE 101, 106](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 43](#) = USK 2008-65, juris Rn.

20 bis 64; die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil wurde nicht zur Entscheidung angenommen, BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 15. Juni 2009 - 1 BvR 3289/08 -; s. a. die Verfassungsbeschwerde gegen die Parallelentscheidung BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 - [B 6 KA 39/07 R](#) - juris, die hiergegen erhobene Verfassungsbeschwerde wurde ebenfalls nicht zur Entscheidung angenommen, BVerfG, 1. Senat, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 15. Juni 2009 - [1 BvR 3290/08](#)). Insbesondere ist die Neufassung des § 8 KVHG eine hinreichende Ermächtigungsgrundlage. Die Neufassung war erforderlich geworden, um die Einbeziehung der Honorare aus Selektivverträgen zu gewährleisten.

Die Rechtswidrigkeit des streitgegenständlichen Bescheids ergibt sich nicht schon daraus, dass die Klägerin als Trägerin eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zugunsten der bei ihr angestellten Ärztin am Umlageverfahren der erweiterten Honorarverteilung teilnimmt.

Rechtsgrundlage hierfür ist § 1 Abs. 1 GEHV. Die Vorschrift lautet: "§ 1 Teilnahme an der EHV (1) Jeder niedergelassene Vertragsarzt nimmt 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 teil. Ein angestellter Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum oder ein nach [§ 95 Abs. 9 SGB V](#) in einer Vertragsarztpraxis angestellter Arzt sowie ein angestellter Arzt in einer Eigeneinrichtung nach [§ 105 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 SGB V](#) ist den zugelassenen Vertragsärzten gleichgestellt. Der Anspruch ergibt und errechnet sich nach den nachfolgenden Bestimmungen und wird durch Bescheid festgesetzt."

In der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014, [B 6 KA 8/13 R](#), zitiert nach juris, Rn. 30) ebenso wie in der Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 25. Juli 2012, [L 4 KA 15/12](#)) ist geklärt, dass der Träger eines MVZs den Vorwegabzug des EHV-Beitrags von seiner Honorarforderung zugunsten der bei ihm angestellten Ärzte mit der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in § 8 KVHG in der auch hier maßgeblichen Fassung des Änderungsgesetzes vom 14. Dezember 2009 in Einklang steht und auch sonst mit höherrangigem Recht vereinbar ist. § 8 KVHG i. V. m. Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR stellt auch im Hinblick auf die Einbindung von MVZ und den in diesen angestellten Ärzten in die EHV eine hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage dar (BSG, a. a. O., Rn. 33). Auch aus dem Umstand, dass im Rahmen der Änderung von § 8 KVHG mit Wirkung zum 23. Dezember 2009 ("Vertragsärzte" statt "Kassenärzte") keine Änderung dahingehend erfolgte, dass auch "angestellte Ärzte" in den Gesetzestext aufgenommen wurden, kann nach höchstrichterlicher Rechtsprechung entgegen der Auffassung der Klägerin nicht abgeleitet werden, dass der Gesetzgeber damit den teilnehmenden Personenkreis abschließend bestimmen wollte. Das BSG hat hierzu ausgeführt:

"Aus den Gesetzesmaterialien ergibt sich im Hinblick auf § 8 Abs 1 KVHG nF allein, dass diese Vorschrift die Regelung des bisherigen § 8 KVHG enthält (Landtags-Drucks 18/767 S 3). Es ist nicht ersichtlich, dass weitere Erwägungen im Hinblick auf eine Ergänzung des Wortlautes stattgefunden haben. Dafür, dass mit der Wahl des Begriffs "Vertragsarzt" anstelle von "Kassenarzt" ein bewusster Ausschluss der angestellten Ärzte in einem MVZ erfolgen sollte, gibt es keine Hinweise. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass durch § 8 Abs 1 Satz 1 KVHG nF keine rechtlich relevante Änderung im Vergleich zu § 8 KVHG in der bis zum 22.12.2009 gültigen Fassung intendiert war. Der Umstand, dass erst im Jahre 2009 die Formulierung von "Kassenärzte" auf "Vertragsärzte" geändert wurde, zeigt im Übrigen, dass der Gesetzgeber in der Vergangenheit nicht immer eine zeitnahe terminologische Änderung für erforderlich hielt" (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 8/13 R](#), juris Rn. 34).

Da § 8 KVHG nicht an die Mitgliedschaft bei der Beklagten anknüpft, sondern an die Stellung als "Vertragsarzt" im vorgenannten Sinne, worunter in MVZ angestellte Ärzte nicht nur dem Grunde nach, sondern auch unabhängig von ihrer Mitgliedschaft bei der Beklagten zu fassen sind, erfolgt die Einbeziehung auch der Ärzte in die EHV, die nicht Mitglieder der Beklagten sind, entgegen der Auffassung der Klägerin auf gesetzlicher Grundlage, nicht aufgrund der satzungsrechtlicher Regelungen der Beklagten. Ebenso wie schon in § 3 Abs. 4 GEHV in der ab 1. Januar 2005 geltenden Fassung bzw. § 10 Abs. 3 GEHV in der ab 1. Juli 2006 geltenden Fassung (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 8/13 R](#), SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, zitiert nach juris Rn. 37) erfolgt auch in § 1 Abs. 1 Satz 2 GEHV in der hier anzuwendenden Fassung eine Gleichstellung mit "Vertragsärzten" und nicht mit Mitgliedern.

Obwohl das MVZ selbst nicht Mitglied der KÄV ist und selbst keine Ansprüche erwirbt, bedingt der Status des MVZ in der vertragsärztlichen Versorgung die Teilnahme an der EHV (vgl. BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013 - [B 6 KA 39/12 R](#) - SozR 4-2500 § 75 Nr. 14). Sie ist konzipiert als reines Umlageverfahren im Rahmen der Honorarverteilung. Die Notwendigkeit der Inanspruchnahme des MVZ ergibt sich einerseits aus dieser Art der Finanzierung und andererseits aus den Besonderheiten des Status des MVZ. Die Zulassung des MVZ bewirkt, dass dieses gemäß [§ 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Das MVZ ist als zugelassener Leistungserbringer auch Inhaber des Honoraranspruchs gegenüber der Beklagten (vgl. [§ 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Der Beklagten ist damit einerseits verbindlich vorgegeben, dass das Honorar an das MVZ zu zahlen ist, andererseits, dass nur von den Gesamtvergütungen im Wege des Vorwegabzugs Anteile zur Finanzierung der EHV einbehalten werden können. Bei Einbeziehung der in einem MVZ angestellten Ärzte in die EHV besteht aufgrund der bundesrechtlichen Vorgaben keine andere Möglichkeit als die Finanzierung über die MVZ selbst vorzunehmen, die Einbeziehung der MVZ in die Finanzierung der EHV und die Einbeziehung der dort tätigen Ärzte in den Erwerb von Anwartschaften aus der EHV ist der einzige Weg, das Sondersversorgungssystem mit der neuen Organisationform MVZ zu verzahnen. Ohne die Beteiligung der MVZ an der Finanzierung der EHV bestünde die Gefahr einer Erosion der Finanzierungsbasis der Leistungen an die inaktiven Vertragsärzte (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) -, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, zitiert nach juris Rn. 38, 39).

Die Einbeziehung der in einem MVZ angestellten Ärzte in die EHV mit der Folge, dass die Träger der MVZ im Wege des Vorwegabzugs eine Minderung ihrer Honorarforderung hinnehmen müssen, ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) -, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, zitiert nach juris Rn. 40) auch verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

Es liegt keine Verletzung des aus [Art. 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitenden Grundsatzes auf gleichmäßige Teilhabe an der Verteilung der Gesamtvergütung noch des Äquivalenzprinzips vor. Vielmehr ist die Einbeziehung auch der MVZ in die Finanzierung der EHV verfassungsrechtlich geboten, weil sie eine gleichmäßige Honorarverteilung sicherstellt. Würden MVZ nicht in gleichem Maße wie zugelassene Vertragsärzte einen Vorwegabzug zur Finanzierung der EHV hinzunehmen haben, würde eine nicht zu rechtfertigende Privilegierung der spezifischen Organisationsform des MVZ gegenüber anderen ärztlichen Leistungserbringern und Kooperationsformen eintreten, weil nur der Träger des MVZ sich einer Teilnahme an der EHV durch Minderung seines Honoraranspruchs entziehen könnte. Dadurch entstünden etwa auch gegenüber einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft Wettbewerbsvorteile der MVZ, die mit dem

Gleichheitsgrundsatz nicht vereinbar wären (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 8/13 R](#) –, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, zitiert nach juris Rn. 45).

Der Heranziehung von MVZ steht auch nicht entgegen, dass die Klägerin als Trägerin des MVZ selbst keine Ansprüche aus der EHV erwerben kann. Ein Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip ist nicht gegeben, denn der Leistung der Klägerin steht eine "Gegenleistung" in Form des Erwerbs von Ansprüchen der angestellten Ärztin gegenüber. Der Charakter der EHV einer solidarischen Pflichtversicherung zur Absicherung der Risiken von Invalidität und Alter rechtfertigt es, die in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts für die Sozialversicherung aufgestellten Grundsätze, wonach spezifische Solidaritäts- oder Verantwortlichkeitsbeziehungen zwischen Zahlungsverpflichteten und Versicherten die Auferlegung einer sog. Fremdlast (vgl. BVerfG, Beschluss vom 08. April 1987 – [2 BvR 909/82](#) –, [BVerfGE 75, 108-165](#), juris Rn. 125 ff) auf die EHV anzuwenden. Eine spezifische Verantwortlichkeit ergibt sich aus der besonderen Konstruktion eines MVZ und aus der Stellung des MVZ als Arbeitgeber gegenüber dem angestellten Arzt. Bei einem MVZ besteht die Besonderheit, dass den vertragsärztlichen Status mit den hieran geknüpften Folgen das MVZ inne hat, während die konkrete Leistungserbringung durch den angestellten Arzt erfolgen kann, der hingegen gerade über keine vertragsärztliche Zulassung verfügt und dementsprechend auch nicht unmittelbar rechtlich, wohl aber tatsächlich als Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Die Konstruktion eines MVZ ist damit geprägt durch die Besonderheit, dass der rechtliche Status der Zulassung und die aus ihr resultierenden Folgen dem Rechtssubjekt MVZ zustehen, die Aufgabenerfüllung im Einzelnen aber durch natürliche Personen, Vertragsärzte oder angestellte Ärzte erfolgt, die als solche auch allein Anspruchsberechtigte der EHV in ihrer inaktiven Phase sein können. Inhaber des Honoraranspruchs für die seitens der angestellten Ärzte tatsächlich erbrachten Leistungen ist hingegen allein das MVZ. Dieses und der angestellte Arzt stehen damit in Bezug auf die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 8/13 R](#) –, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, zitiert nach juris Rn. 42 ff).

Soweit die Klägerin gegen die Angemessenheit der Einbeziehung als MVZ in die EHV einwendet, dass der EHV-Abzug entgegen der Auffassung des Senats (Urteil vom 25. Juli 2012, [L 4 KA 15/12](#)) sowie des BSG (Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 8/13 R](#) –, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, zitiert nach juris Rn. 44) steuerlich nicht als Betriebsausgaben absetzbar sei, vermag diese nicht näher begründete Rechtsauffassung nicht zu überzeugen. Nach [§ 4 Abs. 4](#) Einkommensteuergesetz (EStG) sind Betriebsausgaben Aufwendungen, die durch den Betrieb veranlasst sind. Abzugsfähig sind Aufwendungen, die durch den Betrieb veranlasst sind und - mangels gesetzlichen Abzugsverbots - den Gewinn mindern (Bode in: Kirchhof, Einkommensteuergesetz, 17. Aufl. 2018, [§ 4 EStG](#), Rn. 168). Da Aufwendungen des Unternehmers für Arbeitnehmer - einschließlich der Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozialversicherung des Arbeitnehmers - dem Grunde nach stets Betriebsausgaben i. S. v. [§ 4 Abs. 4 EStG](#) darstellen (Bode in: Kirchhof, Einkommensteuergesetz, 17. Aufl. 2018, [§ 4 EStG](#), Rn. 257) und gesetzliche Verbote nicht ersichtlich sind, sind auch die EHV-Einbehalte zugunsten der angestellten Ärzte eines MVZ abzugsfähig. Soweit der BFH entschieden hat, dass Pflichtbeiträge von Angehörigen freier Berufe zu den Versorgungswerken ihrer jeweiligen Kammer nicht als Betriebsausgaben, sondern als Sonderausgaben i. S. d. [§ 10 Abs. 1 Nr. 2 b EStG](#) nur teilweise abziehbar sind (BFH, Beschluss vom 17. März 2004, [IV B 185/02](#), juris Rn. 3), sind die Beiträge zu den Versorgungswerken dem EHV-Abzug zwar ebenfalls vergleichbar, indessen handelte es sich in dem entschiedenen Fall um die Frage der Abzugsfähigkeit von Vorsorgeaufwendungen von Selbständigen, nicht aber - wie indessen vorliegend - von Aufwendungen eines Unternehmers für die Altersvorsorge seines Arbeitnehmers.

Entgegen der Auffassung der Klägerin handelt es sich bei dem Vorwegabzug des EHV-Anteils am Honorar zugunsten von angestellten Ärzten eines MVZ auch nicht um freiwillige Leistungen, da das MVZ - mithin die Klägerin - aufgrund von [§§ 3 Abs. 1 Satz 1, 1 Abs. 1 GEHV](#), [§ 8 KVHG](#) i. V. m. Art. 4 [§ 1 Abs. 2 GKAR](#) - wie ausgeführt - zur Duldung des EHV-Abzugs verpflichtet ist.

Auch der Einwand der Klägerin, die Heranziehung von MVZ zur EHV für angestellte Ärzte sei rechtswidrig, weil sich der Pflichtbeitrag zum berufsständischen Versorgungswerk im Unterschied zu selbständig tätigen niedergelassenen Vertragsärzten nicht auf 50 % ermäßige, weil sonst die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht nach [§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - gefährdet sei, greift nicht durch. Zwar regelt die Satzung des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen Folgendes: "§ 8 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Hessen (§ 18 der Zulassungsverordnung) (1) Mit Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit nach § 18 der Zulassungsverordnung in Hessen ermäßigt sich der Pflichtbeitrag auf 50% des Beitrages gemäß § 13 Abs. 1 Satz 1 der Versorgungsordnung. "

§ 13 der Versorgungsordnung des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen bestimmt:

"(1) Der monatliche Beitrag entspricht dem jeweils geltenden Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung im Sinne des [§ 161 Abs. 1](#) und 2 SGB XI der jeweils geltenden Fassung. Eine taggenaue Veranlagung findet nicht statt. Der Beitrag ändert sich bei Änderung des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund einer Änderung des Beitragssatzes oder der Beitragsbemessungsgrenze vom gleichen Zeitpunkt an entsprechend. Der Beitrag kann in Härtefällen reduziert werden. Er beträgt mindestens 1/10 des Höchstbeitrages gemäß Satz 1. Angestellte Ärztinnen und Ärzte, deren Bezüge unter der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze liegen, entrichten Beiträge gemäß [§§ 157](#) und [159 SGB VI](#). (2) Angestellte Ärztinnen und Ärzte, die gemäß [§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI](#) von der Versicherungspflicht befreit sind, entrichten Beiträge gemäß Absatz 1."

Offen bleiben kann, ob sich aus den vorgenannten Regelungen ergibt, dass wegen der Bezugnahme auf § 18 Ärzte-ZV nur selbständig tätige Vertragsärzte im Versorgungswerk der Landesärztekammer von der Beitragsermäßigung auf 50 % des Beitrags nach § 13 Abs. 1 Satz 1 der Versorgungsordnung profitieren und ob sich hieraus eine verfassungsrechtlich bedenkliche und nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung angestellter Ärzte in MVZ ergibt, denn jedenfalls handelte es sich um eine Ungleichbehandlung, die nicht im System der EHV zu beseitigen wäre, sondern allein gegenüber dem Versorgungswerk der Landesärztekammer geltend gemacht werden müsste.

Schließlich wird durch die Heranziehung der Klägerin zur Finanzierung der EHV nicht in den Schutzbereich von [Art. 14 Abs. 1 GG](#) eingegriffen. [Art. 14 Abs. 1 GG](#) schützt nicht vor der staatlichen Auferlegung von Geldleistungs-, insbesondere Steuerpflichten und Zwangsbeiträgen (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 8/13 R](#) –, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, Rn. 47 mit ausführlichen weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts). Etwas anderes kommt nur dann in Betracht, wenn die Geldleistungspflichten den Betroffenen übermäßig belasten und seine Vermögensverhältnisse so grundlegend beeinträchtigen, dass sie eine erdrosselnde Wirkung haben (stRspr, vgl. wiederum BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 8/13 R](#) –, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, Rn. 47 m.w.N.). Eine solche Konstellation liegt ersichtlich nicht vor und wird von der Klägerin auch nicht geltend gemacht.

Allerdings ist die durch die streitgegenständlichen Bescheide erfolgte Beitragsfestsetzung rechtswidrig.

Zwar ist die von der Beklagten herangezogene Rechtsgrundlage der Beitragsfestsetzung – wie ausgeführt – auf einer hinreichenden landesgesetzlichen Grundlage ergangen (vgl. auch Urteile des erkennenden Senats vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#)).

Die maßgebliche materiell-rechtliche Regelung für die Erhebung der EHV-Beiträge enthält § 3 GEHV in der o.g. Fassung, der nachfolgend auszugsweise wiedergegeben wird:

"§ 3 Beiträge und Beitragsklassen

(1) Die EHV wird finanziert durch Beiträge der aktiven Vertragsärzte, die vom Honorar einbehalten werden. Die Höhe des zu leistenden Beitrags ist abhängig von dem erzielten Honorar aus ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Vorvorjahr des Beitragsjahres, das heißt aller für das herangezogene Kalenderjahr durch die KV Hessen vergüteten ärztlichen Honorare sowie der Honorare aus Selektivverträgen, die in dem entsprechenden Jahr zugeflossen sind. Soweit das über die KV Hessen abgerechnete Honorar des jeweiligen Vertragsarztes im Quartal nicht ausreichend ist, um den Beitrag durch Honorareinbehalt vollständig zu bedienen, ist er verpflichtet den nicht verrechenbaren Betrag unverzüglich nach Erhalt eines- entsprechenden Zahlungsbescheides an die KV Hessen zu zahlen.

(2) Es werden insgesamt neun Beitragsklassen festgelegt. Anhand des Durchschnittshonorars aller aktiven Vertragsärzte (Beitragszahler) bestimmt sich die Beitragsklasse 4, die den Regelbeitrag festlegt. Beitragszahler, die ein unterdurchschnittliches Honorar erzielen, zahlen einen ermäßigten Beitrag der Beitragsklassen 1 bis 3; Beitragszahler mit überdurchschnittlichem Honorar werden den Beitragsklassen 5 bis 9 zugeordnet. Die konkrete Zuordnung des Beitragszahlers zur Beitragsklasse erfolgt über das prozentuale Verhältnis des Arzthonorars zum Durchschnittshonorar. Soweit für einen Beitragszahler wegen Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit noch kein Vergleichshonorar vorliegt, erfolgt die Einstufung in Beitragsklasse 4. Dies gilt nicht, wenn der Beitragszahler eine Vertragsarztpraxis übernimmt; in diesem Fall wird das Arzthonorar des ehemaligen Praxisinhabers für die Bestimmung der Beitragsklasse herangezogen. In begründeten Einzelfällen kann der Vorstand auf Antrag des Beitragszahlers bei Vorlage eines entsprechenden Nachweises entscheiden, dass die Eingruppierung in eine andere Beitragsklasse erfolgt. Auf Antrag von Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten kann der Vorstand unter Beibehaltung der Beitragsstufen eine Änderung der Aufteilung der satzungsgemäßen Punktgutschrift für die EHV für die in diesen Praxen/MVZ tätigen Ärzte gemäß dem beantragten Aufteilungsschlüssel genehmigen oder ablehnen. Über die eingegangenen Anträge und die hierzu getroffenen Entscheidungen berichtet der Vorstand dem Beratenden Fachausschuss EHV regelmäßig. (...)

(6) Der Nachweis über die erzielten Honorare für ärztliche Leistungen, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind, erfolgt durch eine Bescheinigung eines Angehörigen der steuerberatenden Berufe. Sachkosten, die nicht innerhalb der Gebührenordnungspositionen des EBM-Ä abgegolten sind oder Kapitel 40 entsprechen, sowie Medikamentenkosten oder Erstattungen für Heil-/Hilfsmittel sind abzuziehen. Soweit ein Nachweis über die erzielten ärztlichen Honorare einschließlich von solchen, die nicht direkt über die KV Hessen abgerechnet worden sind, nicht vorgelegt wird, erfolgt eine Einstufung in die Beitragsklasse 9. Eine Einstufung in die Beitragsklasse 9 erfolgt auch, wenn Angaben nicht plausibel oder vollständig sind. Gegen diese Einstufung ist binnen eines Monats gegenüber der KV Hessen Widerspruch unter Vorlage der vollständigen Unterlagen zulässig. Die Vollständigkeit ist an Eides statt zu erklären. Als vollständig gelten Unterlagen nur, wenn aus ihnen abschließend erkennbar ist, dass es sich bei den angegebenen Vergütungen um alle Vergütungen aus Sonderverträgen handelt. (...)"

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

Beitragsklasse % Anteil am Durchschnittshonorar Beitrag je Quartal (in Prozent der jährlichen Bezugsgröße i.S. [§ 18 Abs. 1 SGB IV](#)) Beitrag je Quartal (in Euro)

- 1 0 (= 25 2,0450% 627
- 2) 25 (= 50 4,0900% 1.254
- 3) 50 (= 75 6,1350% 1.881
- 4) 75 (= 100 8,1800% 2.508
- 5) 100 (= 125 10,2250% 3.135
- 6) 125 (= 150 12,2701 % 3.762
- 7) 150 (= 175 14,3151% 4.389
- 8) 175 (= 200 16,3601% 5.016
- 9) 200 18,4051% 5.643

Soweit die Klägerin die Einbeziehung von Honoraren aus Selektivverträgen als Bemessungsgrundlage für den EHV-Abzug beanstandet, hat der Senat bereits mit Urteil vom 8. November 2017, Az. [L 4 KA 88/14](#), entschieden, dass § 11 Abs. 1 GEHV mit höherrangigem Recht vereinbar ist und insbesondere der Landesgesetzgeber zur Schaffung einer Ermächtigungsgrundlage zur Einbeziehung von Honoraren aus Selektivverträgen als Bemessungsgrundlage für die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) befugt war.

§ 8 Abs. 2 KVHG verstößt nicht gegen kompetenzrechtliche Vorschriften des Grundgesetzes, namentlich [Art. 74 Abs. 1 Nr. 2 GG](#). Die ihm danach zustehende Gesetzgebungskompetenz hat der Landesgesetzgeber mit § 8 Abs. 2 KVHG auch nicht überschritten, indem neben der Gesamtvergütung auch alle Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ausgezahlt werden, der EHV und zwar unabhängig von ihrer Rechtsgrundlage unterworfen hat, so dass auch die Umsätze aus Direktverträgen zwischen den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und den gesetzlichen Krankenkassen oder aus Verträgen zur Integrierten Versorgung zur Bemessung der Beiträge zur EHV herangezogen werden. Denn hierdurch erfolgt nicht etwa eine Verteilung von Arztvergütungen, die nicht (mehr) der Gesamtvergütung im Sinne von [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) (a. F.)

zugeordnet werden können, sondern vielmehr trifft der Landesgesetzgeber lediglich eine Regelung zur Bemessung der Höhe desjenigen Anteils einer Vertragsärztin bzw. eines Vertragsarztes an der Gesamtvergütung, die für die Finanzierung der EHV einbehalten werden. Bemessungsgrundlage hierfür sind aufgrund der Neufassung von § 8 Abs. 2 KVHG durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 14. Dezember 2009 (GVBl. I S. 662) nicht mehr nur die sich aus der Gesamtvergütung ergebenden von dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin erzielten Honorare, die über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden, sondern auch diejenigen Leistungsvergütungen für ärztliche Tätigkeit an gesetzlich krankenversicherten Patienten, die der Vertragsarzt/die Vertragsärztin aus Sonderverträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen gerieren. Diese Verträge haben Einfluss auf die Gesamtvergütungen und ihre Höhe, da sie ein Abweichen vom Regelsystem der ambulanten Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen. Hierzu gehören Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen (§ 63 SGB V) und zur Arzneimittelversorgung (§ 64a SGB V), die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) und die besondere ambulante Versorgung (§ 73c SGB V) sowie die integrierte Versorgung (§§ 140a ff SGB V). Da nach §§ 64 Abs. 3 Satz 1, 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 und 140d Abs. 1 Satz 1 SGB V die Gesamtvergütung zu bereinigen ist, wird infolge der außerhalb der Regelversorgung durchgeführten ambulanten Versorgung zu deren Finanzierung die Gesamtvergütung der Höhe nach eingeschränkt. Mit der landesgesetzlichen Regelung wird damit also nicht etwa die Gesamtvergütung im Sinne von § 85 Abs. 4 SGB V (a. F.) erhöht, indem die außerhalb der regulären Versorgung den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten gezahlten Vergütungen der Gesamtvergütung über die EHV wieder hinzugefügt würde mit der Folge, dass der Kassenärztlichen Vereinigung ein erhöhtes Volumen zur Honorarverteilung zur Verfügung stünde. Vielmehr beschränkt sich § 8 Abs. 2 KVHG auf die Herstellung einer Bemessungsgröße, die außerhalb der Gesamtvergütung durch den Vertragsarzt bzw. die Vertragsärztin erwirtschaftete Leistungsvergütung der Höhe nach zur Ermittlung des jeweils auf diesen Vertragsarzt/diese Vertragsärztin entfallenden EHV-Finanzierungsanteils - also ihres "Beitrags" zur EHV - berücksichtigt (HLSG, Urteil vom 8. November 2017 - L 4 KA 88/14 -, Rn. 35, juris).

Der Landesgesetzgeber hat damit auf die bundesrechtliche Entwicklung innerhalb des SGB V reagiert, mit der erhebliche Teile der Vergütung ursprünglich vertragsärztlicher Leistungen nicht mehr über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgewickelt werden. Eine entsprechende Kompetenz des Gesetzgebers, gesetzliche Vorgaben auf Landesebene zu normieren, mit denen der Fortbestand des Systems der EHV dadurch gesichert wird, dass der Zufluss der für die Finanzierung des Umlagesystems erforderlichen Beträge aus solchen Einnahmen der Vertragsärzte, die nicht mehr über die Kassenärztlichen Vereinigungen bezogen werden, sichergestellt wird, hat das Bundessozialgericht bereits bejaht (BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 - B 6 KA 38/07 R -, BSGE 101, 106-130, SozR 4-2500 § 85 Nr. 43, zitiert nach juris Rn. 52).

Die Regelung durch den Landesgesetzgeber begegnet vor dem Hintergrund von Art. 4 Abs. 2 Satz 2 GKAR deshalb selbst dann keinen Bedenken, wenn es sich um Leistungen handelt, die nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte (EBM-Ä) im hergebrachten System der ambulanten Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patienten nicht über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnungsfähig sind und damit nur aufgrund der Sonderverträge in das System der ambulanten Versorgung einbezogen werden. Denn Umsätze aus einem solchen Leistungsgeschehen können die betroffenen Vertragsärzte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur aufgrund der Sonderverträge erzielen, die sie gerade wegen ihres Status als Vertragsarzt abschließen dürfen. Es ergibt sich damit und vor dem Hintergrund der Beschränkung auf Leistungen, die zum Leistungskatalog nach dem SGB V gehören, ein enger Sachzusammenhang zu ihrem Status als Vertragsarzt (HLSG, Urteil vom 8. November 2017 - L 4 KA 88/14 -, Rn. 37, juris).

Soweit § 8 Abs. 2 KVHG und § 11 Abs. 2 GEHV durch die Berücksichtigung der Umsätze aus Selektivverträgen in den Schutzbereich von Art. 12 Abs. 1 GG eingreift, ist dies nach der Rechtsprechung des Senats verfassungsrechtlich gerechtfertigt (Urteil vom 8. November 2017 - L 4 KA 88/14 -, juris). Der zukunftsfähige Erhalt des umlagefinanzierten Alterssicherungssystems der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Hessen stellt einen gewichtigen Belang des Allgemeinwohls dar; die § 8 Abs. 2 KVHG i. V. m. § 11 Abs. 2 GEHV sind geeignet, erforderlich und verhältnismäßig im engeren Sinne. Die Regelung ist angemessen, denn den Einschränkungen der Grundrechts auf Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG), die sich aus der verbreiterten Bemessungsgrundlage für die Vertragsärzte ergeben, steht eine erhöhte Anwartschaft auf Honorar aus der EHV in der künftigen Altersphase gegenüber. Darüber hinaus haben die rechtfertigenden Gründe erhebliches Gewicht, da es hier um den zukunftsfähigen Erhalt des umlagefinanzierten Alterssicherungssystems der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte geht, welches eine konkrete Ausgestaltung des Solidarprinzips zwischen aktiven Vertragsärzten und solchen in der Ruhestandsphase darstellt (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 8. November 2017 - L 4 KA 88/14 -, Rn. 45, juris).

Auch die Regelung über die Beitragsklassen als solche begegnet nach der Rechtsprechung des Senats (Urteile vom 11. April 2018, L 4 KA 2/15, Revision anhängig; BSG, B 6 KA 12/18 R, und L 4 KA 11/15, Revision anhängig; BSG, B 6 KA 16/18 R) keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken.

Die Neufassung der Finanzierung der EHV kann sich auf die Ermächtigung aus § 8 KVHG stützen. Allein durch den Umstieg auf Beitragsklassen - anstelle der sog. Quotierung der im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte nach § 8 Abs. 1 GEHV a.F. - wird das Umlagesystem nicht verlassen, wobei das Sozialgericht im Ansatz zutreffend davon ausgeht, dass § 8 KVHG den Satzungsgeber auf ein Umlagesystem festlegt. Die Einführung von Beitragsklassen wirkt sich nicht darauf aus, dass aus der Gesamtsumme der Beiträge nach wie vor die Leistungen aus der EHV an die derzeit Berechtigten ausgekehrt werden, was prägend für ein Umlagesystem ist. Es bedurfte daher auch keiner ausdrücklichen Erweiterung von § 8 KVHG im Hinblick auf das Beitragsklassensystem (zu den Anforderungen an die Wesentlichkeitslehre BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 - B 6 KA 38/07 R -, BSGE 101, 106, zit. nach juris, Rn. 42).

Die Einteilung in neun Beitragsklassen genügt, Art. 3 Abs. 1 GG, insbesondere dem Äquivalenzprinzip (Urteile des Senats vom 11. April 2018, L 4 KA 2/15, Revision anhängig; BSG, B 6 KA 12/18 R, und L 4 KA 11/15, Revision anhängig; BSG, B 6 KA 16/18 R).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ergeben sich die materiellen Anforderungen an gesetzliche wie untergesetzliche Regelungen der Alters- und Invaliditätssicherung von Vertragsärzten für die Beitragsseite insbesondere aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG) und den allgemeinen Anforderungen an die Ausgestaltung von Beiträgen aus Art. 3 Abs. 1 GG. Der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG gebietet dem Normgeber, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln (vgl. BVerfGE 98, 365 (385); 130, 240 (252); stRspr). Hinsichtlich der Anforderungen aus Art. 3 Abs. 1 GG an die Ausgestaltung des Honorareinhalts als Beitrag zur EHV kann zudem auf die verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Regelung von Sozialversicherungsbeiträgen zurückgegriffen werden. Die EHV ist zwar kein Teil der Sozialversicherung, sie basiert

jedoch auf dem auch eine solche Versicherung tragenden Gedanken einer kollektiven Pflichtversicherung zur Absicherung der Risiken von Invalidität und Alter. Diese Annäherung an den Charakter einer solidarischen Pflichtversicherung rechtfertigt es, die vorgenannten, seitens des BVerfG für den Bereich der Sozialversicherung aufgestellten Grundsätze sinngemäß auch auf die EHV zu übertragen (so ausdrücklich BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) -, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, Rn. 43). Insofern hat der Satzungsgeber das beitragsrechtliche Äquivalenzprinzip und den solidarischen Charakter der Alterssicherung, der für eine Verbeitragung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit streitet (vgl. [BVerfGE 79, 223](#) (Leitsatz 2)), gegeneinander abzuwägen und in Ausgleich zu bringen (vgl. zur Sozialversicherung Bittner, in: Emmenegger/Wiedmann (Hrsg.), Linien der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts - erörtert von den wissenschaftlichen Mitarbeitern (Band 2), 2011, S. 213 (219 ff.); ähnl. auch Oppermann, in: Masuch u.a. (Hrsg.), Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats; Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung Band 2, 2015, S. 83 (103)). Dabei fordert das Äquivalenz-, Beitrags oder Versicherungsprinzip, dass im Grundsatz gleicher Beitragsleistung und gleicher Bedarfssituation gleiche Versicherungsleistungen gegenüber stehen, mithin im Grundsatz eine Äquivalenz von Beitrag und Leistung besteht ([BVerfGE 79, 87](#) (101)). Von Verfassungen wegen ist es aber nicht geboten, dass bei der Bemessung eine versicherungsmathematische Individualäquivalenz zwischen den entrichteten Beiträgen und der Höhe der Leistungen erzielt wird (BVerfG, Beschluss vom 11. Januar 1995 - [1 BvR 892/88](#) -, Rn. 57, juris; vgl. [BVerfGE 51, 115](#) (124); [53, 313](#) (328)). Vielmehr kann das Äquivalenzprinzip bei der EHV ebenso wie bei berufsständischen Versorgungseinrichtungen eine Modifikation durch den Gedanken der Solidarität erfahren (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -, juris Rn. 123, = [BSGE 94, 50](#)). Auch außerhalb des Sozialversicherungsrechts lässt sich zudem eine Differenzierung bei der Abgabenbelastung nach Leistungsfähigkeit oder einer abgestuften Finanzierungsverantwortlichkeit rechtfertigen (vgl. [BVerfGE 97, 332](#) (344 f.)).

Diesen Maßstäben genügt die Regelung über die Beitragsklassen. Zur Veranschaulichung wird hier die vom Sozialgericht erstellte Tabelle 1 wiedergegeben: 1 2 3 4 5 6 7 8 Beitragsklasse Absolute Anteile am Durchschnittshonorar Jahresbeitrag zur EHV (in EUR) Belastung in % vom Jahresumsatz Punktzahl pro Jahr Kosten pro Punkt in EUR Kosten pro Punkt Beitragsklasse 1 = 100 Prozentsatz des Einkommens für 100 Punkte in %

1	0	EUR - 51.347,25	EUR 2.508	- 4,8	100	25,08	100	-4,9		
2	51.347,26	EUR - 102.694,51	EUR 5.016	9,7	- 4,8	200	25,08	100	4,9	- 2,4
3	102.694,52	EUR - 154.041,76	EUR 7.524	7,3	- 4,8	300	25,08	100	2,4	- 1,6
4	154.041,77	EUR - 205.389,02	EUR 10.032	6,5	- 4,8	400	25,08	100	1,6	- 1,2
5	205.389,03	EUR - 256.736,27	EUR 12.540	6,1	- 4,8	475	26,40	105	1,3	- 1,0
6	256.736,28	EUR - 308.083,53	EUR 15.048	5,8	- 4,8	540	27,87	111	1,1	- 0,9
7	308.083,54	EUR - 359.430,78	EUR 17.556	5,7	- 4,8	595	29,51	118	1,0	- 0,8
8	359.430,79	EUR - 410.778,04	EUR 20.064	5,6	- 4,8	640	31,35	125	0,9	- 0,8
9	410.778,05	EUR 22.536	5,4	675	33,39	133	0,8	-		

Die Regelung führt zwar dazu, dass der Beitragsaufwand zum Erwerb eines Punktes ab Klasse 5 ansteigt (Spalten 5, vgl. § 4 Abs. 1 GEHV; Spalte 6 (Division des Jahresbeitrages durch die Punktzahl) vgl. § 10 Abs. 3 GEHV; Spalte 7 zeigt die Kostensteigerung im Verhältnis zu den Beitragsklassen 1-4). Hinzu kommt die auch vom Sozialgericht erwähnte Deckelung der Anwartschaft bei 14.000 Punkten, die tendenziell eher die oberen Beitragsklassen betrifft, was die vom Sozialgericht erstellte Tabelle 2 verdeutlicht:

1 2 3 4 5 Beitragsklasse Punktezahl pro Jahr Erreichen der Höchstpunktzahl 14.000 in Jahren Anspruchssatz pro Jahr 12.000 Punkte = 18 % § 10 Abs. 1 GEHV Anspruchssatz pro Jahr GEHV a.F. in % (Normalstaffel)

1	100	140,0	0,15	0,00 bis 0,15
2	200	70,0	0,30	0,15 bis 0,30
3	300	46,7	0,45	0,30 bis 0,45
4	400	35,0	0,60	0,45 bis 0,60
5	475	29,5	0,71	0,60 bis 0,675
6	540	25,9	0,81	0,675 bis 0,75
7	595	23,5	0,89	0,75 bis 0,825
8	640	21,9	0,96	0,825 bis 0,90
9	675	20,7	1,01	0,90 + 0,375 je 100 Punkte

Sowohl die Steigerung des Beitragsaufwandes für einen Punkt als auch die Deckelung der Leistungsseite sind durch das Solidarprinzip, das eine Orientierung an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Vertragsarztes trägt, gerechtfertigt. Insbesondere ist die Begrenzung auf 14.000 Punkte angemessen, da ihr auf Leistungsseite eine Beitragsobergrenze in Gestalt der Beitragsklasse 9 mit 22.536,00 Euro Jahresbeitrag gegenübersteht. Ergänzend wird auf die zutreffenden Ausführungen in der angefochtenen Entscheidung auf S. 21 der Ausfertigung verwiesen.

Ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz folgt nach der Rechtsprechung des Senats (Urteile vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#)) auch nicht aus der unterschiedlichen Heranziehung der Vertragsärzte zur Finanzierung der EHV durch die Bandbreite der Beitragsklassen, mit der Folge eines prozentual höheren Honorareinbehalts in den niedrigeren Beitragsklassen.

Dass eine erhebliche Bandbreite innerhalb der Beitragsklassen besteht, die in Spalte 8 der Tabelle 1 zum Ausdruck kommt, liegt in der Natur der grundsätzlich zulässigen Pauschalierung durch Beitragsklassen. Ebenso wenig wie eine Beitragsbemessungsgrenze wegen der durch sie verursachten Bandbreite in den oberen Einkommen gegen das Grundgesetz verstoßen muss, verstößt eine solche Staffelung in Beitragsklassen gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#).

Die Verfassungswidrigkeit am Maßstab von [Art. 3 Abs. 1 GG](#) setzte voraus, dass aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) eine Untergrenze für den solidarischen Ausgleich folgen würde. Dies ist aber jedenfalls aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) nicht ersichtlich (vgl. zur Entkopplung von Beitrag und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit Mecke, SGB 2016, 61 (66 ff.); BSG, Urteil vom 23. September 1999 - [B 12 KR 17/98 R](#) -, [SozR 3-1100 Art. 74 Nr. 3](#)-Leitsatz Nr. 2 zum sog. "Krankenhausnotopfer"). Vielmehr folgt die Berechtigung zur sozialpolitischen Ausgestaltung einer solchen Untergrenze aus dem Sozialstaatsprinzip und ist auf der Ebene der Rechtfertigung einer nicht nur leistungsbezogen-proportionalen, sondern einer auch der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit folgenden, umverteilenden Beitragsausgestaltung angesiedelt. Zudem hat das Bundesverfassungsgericht anerkannt, dass es bei der Ausgestaltung der Beitragsseite eines umlagefinanzierten Systems am Maßstab von

[Art. 3 Abs. 1 GG](#) zu rechtfertigen ist, dass bei der Verbeitragung des Arbeitseinkommens Selbständiger ([§ 15 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Viertes Buch Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – SGB IV), also der Verbeitragung nach dem Nettoprinzip, eine Mindesteinkommensgrenze normiert wird (vgl. [BVerfGE 103, 392](#)). Damit bestehen auch keine Bedenken gegen den damit verbundenen höheren Prozentsatz vom Honorar in der niedrigsten Beitragsklasse. Diese niedrigste Beitragsklasse ist einer Mindesteinkommensgrenze vergleichbar.

Jenseits von [Art. 3 Abs. 1 GG](#) wäre eine Beitragsgestaltung in Richtung einer Kopfpauschale nur verfassungsrechtlich oder unionsrechtlich bedenklich, wenn dadurch der Charakter eines solidarischen Systems verloren gehen würde, der die Pflichtmitgliedschaft rechtfertigt (dezidiert EuGH, Urteil vom 5. März 2009 – [C-350/07](#) –, "Kattner Stahlbau GmbH", juris Rn. 54, zur solidarischen Gestaltung des Beitrages zur deutschen Unfallversicherung als Rechtfertigungsgrund für eine Beeinträchtigung der Grundfreiheiten); zudem markiert die Kompetenznorm des [Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG](#) eine Untergrenze, da eine fehlende solidarische Gestaltung die Vereinbarkeit mit dem Typus der Sozialversicherung in Zweifel ziehen könnte (vgl. Mecke, SGB 2016, 61 (68)); dies gilt aber primär für das Beitragsrecht der Sozialversicherung; inwieweit dies auf das Leistungserbringerrecht und die EHV übertragen werden muss, kann aber offenbleiben: Dass hier das Solidarprinzip auf der Beitragsseite gar nicht verwirklicht wird, ist nicht erkennbar; insbesondere werden durch die Beitragsklassen für höhere Einkommen die Punkte teurer, wie aus Spalten 6 und 7 der Tabelle 1 hervorgeht. Bereits dies verwirklicht das Solidarprinzip. Alles Weitere unterliegt dem Gestaltungsspielraum des Satzungsgebers.

§ 3 Abs. 1 Satz 1 GEHV verstößt aber – wie der Senat bereits entschieden hat (Urteile vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#)) gegen [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#), soweit die Regelung keine Sachkostenabzüge vorsieht und damit in unangemessener Weise das weitgehend ungekürzte Honorar der Beitragsbemessung zu Grunde legt, ohne die mit der allein umsatzbezogenen Betrachtung einhergehende ungleiche Belastung in anderer Weise zu berücksichtigen.

Das Bundessozialgericht hat die oben genannten, allgemeinen Anforderungen an die Beitragsseite bzw. den Honorarbehalt der EHV, die aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#)) und allgemein aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) folgen, im Hinblick auf die Beitragsbemessungsgrundlage bereits näher konkretisiert. Die Berücksichtigung von besonderen Kosten bei bestimmten Leistungen bei der Bestimmung der Höhe des EHV-Einbehalts bzw. der Beitragsbemessung hat das Bundessozialgericht dabei nicht nur gebilligt, sondern am Maßstab von [Art. 3 Abs. 1 GG](#) für geboten gehalten (Urteil vom 9. Dezember 2004 [B 6 KA 44/03 R](#) –, juris, Rn. 125, = [BSGE 94, 50](#); BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 [B 6 KA 38/07 R](#) –, juris Rn. 67, = [BSGE 101, 106](#); BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 10/13 R](#) –, juris Rn. 39). Zu rechtfertigen ist die mit einer grundsätzlich am Umsatz und nicht am Gewinn orientierten Finanzierung der EHV einhergehenden Durchbrechung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl. die Bezugnahme in BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 10/13 R](#) –, juris Rn. 34) bzw. die entsprechende Ungleichbehandlung nur, wenn nicht außer Acht gelassen wird, dass aus den Honoraren für die erbrachten vertragsärztlichen Leistungen die bei deren Erbringung entstandenen Kosten erwirtschaftet werden müssen (vgl. Urteil vom 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) –, juris, Rn. 125, = [BSGE 94, 50](#)). Trotz der sehr unterschiedlichen Kostensätze zwischen den einzelnen Arztgruppen und auch zwischen unterschiedlich ausgerichteten Praxen derselben Arztgruppe liegt in der Anknüpfung der Beitragserhebung zur EHV an den Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit nicht in jedem Fall eine mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) kollidierende sachwidrige Ungleichbehandlung insbesondere der Ärzte mit hohen Praxiskosten. Wenn allerdings vertragsärztliche Umsätze verschiedener Arztgruppen nicht mehr tendenziell Überschüsse in ähnlicher Größenordnung erwarten lassen, muss dies bei Belastungen, die allein an Umsätzen ausgerichtet seien, berücksichtigt werden (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 10/13 R](#) –, juris, Rn. 39 m.w.N.). Ob diese Berücksichtigung in hinreichender Weise erfolgt, ist nach Auffassung des Senats letztlich eine Frage der Konkretisierung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes (Senatsurteile vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#)).

Die gerichtliche Kontrolldichte ist dabei wegen des satzungsgeberischen Gestaltungsspielraums reduziert; die Beklagte hat den Anforderungen zu entsprechen, die ein Normgeber nach Maßgabe des Verfassungsrechts bei der Regelung einer hoch komplexen Materie beachten muss (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) –, juris Rn. 125 unter Bezugnahme auf [BVerfGE 50, 290](#) (333 ff.)). Aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ergeben sich darüber hinaus tendenziell widerstreitende Anforderungen: Einerseits gilt im Beitragsrecht eine strenge Bindung an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, wenn es den verpflichteten Personen nicht freisteht, am Umlageverfahren teilzunehmen, sondern wie hier ein System mit Pflichtmitgliedschaft besteht (vgl. BSG, Urteil vom 20. Juli 2017 – [B 12 KR 14/15 R](#) –, juris Rn. 43). Andererseits ist der Normgeber bei der Ordnung von Massenerscheinungen im Beitragsrecht (vgl. zum Folgenden: BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 28. September 2010 – [1 BvR 1660/08](#) –, juris, Rn. 10) berechtigt, generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen zu verwenden, ohne allein wegen der damit verbundenen Härten gegen den allgemeinen Gleichheitssatz zu verstoßen. Allerdings setzt die Rechtfertigung einer Typisierung voraus, dass diese Härten nur unter Schwierigkeiten vermeidbar wären (vgl. [BVerfGE 84, 348](#) (360); [87, 234](#) (255 f.); stRspr), lediglich eine verhältnismäßig kleine Zahl von Personen betreffen und der Verstoß gegen den Gleichheitssatz nicht sehr intensiv ist (vgl. [BVerfGE 63, 119](#) (128); [84, 348](#) (360)). Allgemein sind allerdings dem Gesetzgeber bei der Ausgestaltung der jeweiligen Regelung umso engere Grenzen gesetzt, je stärker sich die Ungleichbehandlung auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten, etwa auf die durch [Art. 12 Abs. 1 GG](#) garantierte Freiheit der beruflichen Tätigkeit nachteilig auswirken kann (BVerfG, Urteil vom 28. Januar 2003 – [1 BvR 487/01](#) – = [BVerfGE 107, 133](#), zitiert nach juris Rn. 25; BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 38/12 R](#) –, juris Rn. 35 jeweils m.w.N.).

Mit diesen Anforderungen sind die Regelungen über das in die EHV einzubeziehende Honorar in § 3 Abs. 1 Satz 1 GEHV nicht zu vereinbaren (Senatsurteile vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#)).

Die von der Beklagten vorgelegten Daten zur vor dem 3. Quartal 2012 geltenden Rechtslage (Anlage B 15 zum aus dem Verfahren [L 4 KA 2/15](#) beigezogenen Schriftsatz der Beklagten vom 31. Januar 2018, Bl. 181 ff. d.A.) belegen, dass mit der Streichung der Berücksichtigung von Kostenanteilen eine wesentliche Ungleichbehandlung einhergeht. Der Senat hat bereits entschieden (Urteile vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#)), dass aufgrund der nachfolgend genannten Indizien feststeht, dass Angehörige von Arztgruppen mit gleichem Gewinn einer unterschiedlichen Beitragslast unterliegen. Angehörige von Arztgruppen mit überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteilen in der Vergütung müssen im Verhältnis zum Gewinnanteil höhere Beiträge bzw. denselben Beitrag aus einem niedrigeren Gewinn erwirtschaften. Aufgrund mehrerer Indizien steht für den Senat fest,

dass erheblich unterschiedliche Kostenstrukturen zwischen den Arztgruppen bestehen, was zur Folge hat, dass nicht Überschüsse in ähnlicher Größenordnung zu erwarten sind:

Das erste Indiz ist der Durchschnitt der Kostenanteile in der jeweiligen Arztgruppe, der bereits nach der alten Rechtslage nicht abgezogen wurde (sog. EHV-Kostenanteil), aber immerhin die Basis des Abzugs des überdurchschnittlichen Kostenanteils bildete (vgl. zur alten Rechtslage Senatsurteil vom 6. Dezember 2017 – [L 4 KA 10/15](#) –, juris). So belief sich der durchschnittliche EHV-Kostenanteil (Spalte 6 der Aufstellung) bezogen auf die jeweilige Arztgruppe z.B. im Quartal II/2010 bei den Nephrologen (mit Dialyse-SK) auf 9 %, bei den übrigen Nephrologen auf 66 %. Auch im Übrigen ist die Schwankungsbreite erheblich, wenn man den Gynäkologen mit 35 % und den Orthopäden mit 37 % die Humangenetiker mit 56 % und Radiologen mit 51 % gegenüberstellt. Hausärzte lagen bei 48 %, Anästhesisten bei 38 %. Die Aufstellung für die übrigen Quartale, zuletzt Quartal II/2012 weist hier und auch bei den nachfolgend dargestellten Daten nur geringfügige Abweichungen aus. Waren bei der Vorgängerregelung diese Durchschnittswerte lediglich Ausgangspunkt der Deckelung der berücksichtigungsfähigen Kosten, so weist das Verhältnis des tatsächlich berücksichtigungsfähigen Kostenanteils mit der Honoraranforderung ohne vollständig befreite Honoraranteile (Spalte 12 geteilt durch Spalte 11) aus, dass die Vorgängerregelung zu erheblichen Unterschieden bei der Berücksichtigung von Kostenanteilen geführt hat. Bei Nephrologen mit Dialyse-SK bzw. vollzugelassenen Internisten mit SP Nephrologie wurden 83,93 % der verbleibenden Honoraranforderung als Summe aller individueller, über dem Arztgruppenschnitt liegender Kostenanteile nicht in die EHV einbezogen (beispielhaft berechnet anhand Quartal II/2010, Spalte 12 geteilt durch Spalte 11). Bei Gynäkologen, bei denen im Quartal II/2010 ein EHV-Kostenanteil von 35 % ausgewiesen wurde, waren es 11,22 %, bei Humangenetikern, bei denen im Quartal II/2010 ein EHV-Kostenanteil von 56 % ausgewiesen wurde, waren es 25,76 %, bei Hausärzten bei denen in diesem Quartal 48 % ausgewiesen wurden, waren es allerdings nur knapp 2 %. Bei der Fachgruppe der Klägerin (Anästhesisten) wurde ein EHV-Kostenanteil im Quartal II/2010 von 38 % ausgewiesen, nicht in die EHV einbezogen wurden 12,48 %. Es bedarf hier keiner Klärung, inwieweit und warum die Vorgängerregelung bei einzelnen Arztgruppen Atypiken der Kostenberücksichtigung erzeugt hat. Die zum früheren Beitragssystem erhobenen Daten belegen jedoch sowohl erhebliche Unterschiede bei der Bedeutung der Vergütung von Sachkostenanteilen bzw. Kostenerstattungen für die Gesamtvergütung als auch erhebliche Unterschiede bei der Berücksichtigung der Kosten. Beides fällt mit der Neuregelung weg.

Ein weiteres Indiz für erheblich unterschiedliche Kostenstrukturen der Arztgruppen, die zur Folge hat, dass nicht Überschüsse in ähnlicher Größenordnung zu erwarten sind, ist die Höhe der Honorare nach Kapitel 40 EBM-Ä aufgeschlüsselt nach Arztgruppen (Anlage B 14 zum aus dem Verfahren [L 4 KA 2/15](#) beigezogenen Schriftsatz der Beklagten vom 31. Januar 2018, Bl. 171 f. d.A.), beschränkt auf den Bereich der Primär- und Ersatzkassen. Zwar ist die Indizwirkung dieser Aufstellung begrenzt, da zum 1. Juli 2013 eine Neuregelung insbesondere der Sachkostenpauschalen für Dialysen erfolgt ist, weil nach einer Untersuchung des Instituts des Bewertungsausschusses die Sachkosten tendenziell zu hoch und die ärztlichen Betreuungsleistungen tendenziell zu gering bewertet worden waren. Es handelt sich aber bei dem Kapitel 40 EBM-Ä um Kostenpauschalen, die zwar keinen Aufwendersatz, aber einen pauschalierten Ausgleich eines Kostenanteils darstellen; sie sind letztlich auf einer Mischkalkulation und dem Gesichtspunkt der Vereinfachung beruhender Pauschalbetrag (BSG, Urteil vom 19. August 2015 – [B 6 KA 34/14 R](#) –, juris Rn. 31). Dies lässt aber eine Tendenz in der Kostenbelastung einer Arztgruppe erkennen. Dabei verkennt der Senat nicht, dass die mit der vertragsärztlichen Tätigkeit verbundenen Kosten bei der Abrechnung im EBM-Ä unterschiedlich behandelt werden: Sie können in die Bewertung der Leistungspositionen für ärztliche Leistungen integriert werden oder als gesonderter Zuschlag (etwa für ambulante Operationen) oder aber als pauschalierter Sachkostenersatz berücksichtigt werden (BSG, Urteil vom 19. August 2015 [a.a.O.](#), Rn. 31).

Hieraus ergibt sich bei den Honoraren aus Kapitel 40 EBM-Ä ein ähnliches Bild wie aus der oben genannten tabellarischen Aufstellung zu den EHV-Kostenanteilen. Im Quartal II/2010 erwirtschafteten 702,5 Gynäkologen 610.984,62 Euro (Durchschnitt: ca. 870,00 Euro), 416,59 Orthopäden 781.781,33 Euro (Durchschnitt: ca. 1694,00 Euro) 11,25 Humangenetiker 6.234,19 Euro (Durchschnitt: ca. 554,00 Euro), 247,96 Radiologen 1.089.958,75 Euro (Durchschnitt: ca. 4.397,00 Euro), 3832,6 Hausärzte (Durchschnitt: ca. 565,00 Euro), 200,33 Anästhesisten 12.094,85 Euro (Durchschnitt: ca. 60,36 Euro). Die höchsten Einnahmen erzielten 41,32 Nephrologen mit Dialyse-SK 9.022.180,33 Euro (Durchschnitt: 218.349,00 Euro). In den Folgequartalen bis zur Rechtsänderung ab dem 3. Quartal 2012 sind keine wesentlichen Veränderungen ersichtlich.

Auch wenn die Kostenpauschalen des Kapitel 40 EBM-Ä nur einen Ausschnitt der Vergütung von Kosten darstellen, was die Indizwirkung einschränkt, bestätigen sie doch das wesentlich aussagekräftigere Bild der Betrachtung der durchschnittlichen EHV-Kostenanteile sowie der nach altem Recht berücksichtigten, über dem jeweiligen Arztgruppenschnitt liegenden Kostenanteile dahingehend, dass die Kostenstrukturen der einzelnen Arztgruppen sehr unterschiedlich sind.

Diese Ungleichbehandlung ist nicht bereits über die Grundsätze von Generalisierung, Typisierung und Pauschalierung zu rechtfertigen. Insbesondere kann keine Parallele zur Erhebung von Verwaltungskostenbeiträgen gezogen werden, bei denen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 28. November 2007 [B 6 KA 1/07 R](#) –, juris Rn. 22 und 26; vgl. auch BSG, Urteil vom 17. August 2011 [B 6 KA 2/11 R](#) –, juris) die Bemessung nach dem Umsatz unbeanstandet geblieben ist. Maßgeblich war dort, dass bei der gebotenen typisierenden Betrachtung die Annahme, dass mit höheren Umsätzen aus vertragsärztlicher Tätigkeit regelmäßig auch der Umfang des materiellen und immateriellen Nutzens steigt, den ein Vertragsarzt aus der Existenz und der gesamten Aufgabenerfüllung - nicht lediglich der Honorarabrechnung - einer KÄV zieht, weder als grob fehlerhaft noch als mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise unvereinbar angesehen werden könne. Dies lässt sich auf das Verhältnis zwischen Beitrag und Anwartschaft im Rahmen der Erweiterten Honorarverteilung nicht übertragen, worauf zutreffend das Sozialgericht hingewiesen hat. Das Äquivalenzprinzip ist in den zwei genannten Entscheidungen allein auf die Verwaltungskosten zu beziehen, die gleichermaßen durch die Honorarverteilung von Positionen mit wie ohne Sachkostenanteil entstehen. Die honorarverwaltende und honorarverteilende Tätigkeit der Verwaltung ist als Ganzes die Gegenleistung für den Verwaltungskostenbeitrag. Daher hat das Bundessozialgericht die umsatzbezogene Beitragsbemessung beim Verwaltungskostenbeitrag gerade deshalb gebilligt, weil damit ein mitgliedschaftsbezogener Vorteil abgegolten wird, der umsatzbezogen anfällt (so die eigene Interpretation des BSG im Urteil vom 16. Juli 2008 – [B 6 KA 38/07 R](#) –, juris Rn. 67, = [BSGE 101, 106](#)). Demgegenüber sollen bei der EHV die Beiträge der Finanzierung einer umlagefinanzierten Alterssicherung dienen, die zudem den Zweck hat, "wirtschaftlich sichernde" Ansprüche zu generieren, also zur Lebensstandardsicherung beizutragen, was wiederum von der (vorherigen) wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abhängt. Eine Vermutung, dass höhere Umsätze einen höheren Gewinn und damit eine höhere wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zur Folge haben, mit dem Ziel, dass diesen Personen auch höhere Anwartschaften zukommen sollten, gibt es hier nicht, wie die vorliegenden Daten zur bis Quartal II/2012 geltenden Rechtslage zeigen. Schließlich greifen die in der

bundesverfassungsgerichtlichen Rechtsprechung anerkannten Rechtfertigungsgründe bei Generalisierung, Typisierung und Pauschalierung hier nicht, weil die Ungleichbehandlung intensivere Folgen als beim Verwaltungskostenbeitrag hat (dazu auch sogleich); der Verwaltungskostenanteil betrug im Fall des Urteils des Bundessozialgerichts vom 17. August 2011 – [B 6 KA 2/11 R](#) – nur 2,2 % des Honorars.

Die Streichung des Abzuges von Kostenanteilen mit der hier anzuwendenden Fassung des § 3 Abs. 1 Satz 1 GEHV genügt nach der Rechtsprechung des Senats (Urteile vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#)) auch im Übrigen nicht dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz.

Für die Rechtfertigung der mit der Streichung der Berücksichtigung von Kostenanteilen einhergehende Ungleichbehandlung, dass Arztgruppen mit überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteilen in der Vergütung im Verhältnis zum Gewinnanteil höhere Beiträge zahlen müssen bzw. – als sachwidrige Gleichbehandlung formuliert – denselben Beitrag aus einem niedrigeren Gewinn erwirtschaften müssen, gibt es zwar ein legitimes Ziel. Die zum 3. Quartal 2012 in Kraft getretene Neuregelung hat – wie auch vorherige Reformen – das Ziel, den Arztgruppen mit hohen Kostenerstattungsanteilen in ihrer Vergütung einen – mit den Worten des Senats – zur Lebensstandardsicherung beitragenden Teil der Altersversorgung zur Verfügung zu stellen und dabei die Arztgruppen mit hohen Kostenanteilen entsprechend zur Finanzierung heranzuziehen. Das Ziel "wirtschaftlich sichernde" Ansprüche bei entsprechender Finanzierungsverantwortung auch kostenintensiv wirtschaftender Arztgruppen bereitzustellen, ist in § 8 KVHG angelegt und legitim, weil es der Verwirklichung des Äquivalenzprinzips entspricht (Urteile des Senats vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#); vgl. auch Urteil des Senats vom 6. Dezember 2017 – [L 4 KA 10/15](#) –, juris).

Die Nichtberücksichtigung von Kostenanteilen ist auch geeignet, dieses Ziel zu erreichen.

Es bestehen allerdings bereits Zweifel an der Erforderlichkeit. An der Erforderlichkeit fehlt es allerdings nur, wenn das Ziel der staatlichen Maßnahme durch ein anderes, gleich wirksames Mittel erreicht werden kann, mit dem das betreffende Grundrecht nicht oder weniger fühlbar eingeschränkt wird, wobei die sachliche Gleichwertigkeit bei Alternativen in jeder Hinsicht eindeutig feststehen muss (vgl. [BVerfGE 81, 70](#) (90) m.w.N.; stRspr).

Die Beklagte führt insoweit nur an, dass die Listen über die sog. "TL"-Anteile, deren Grundlage Listen der KBV waren, die eine Aufstellung der technischen Leistungsanteile der Leistungsziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) enthielten, und so früher u.a. eine arztgruppenbezogene Ermittlung der sog. EHV-Kostenanteile ermöglichten, nicht mehr existierten.

Es ist aber nicht ersichtlich, dass damit alle Erkenntnisquellen entfallen sind, um nach den Vorgaben des Bundessozialgerichts "bei Belastungen, die allein an Umsätzen ausgerichtet seien", zu berücksichtigen, dass "vertragsärztliche Umsätze verschiedener Arztgruppen nicht mehr tendenziell Überschüsse in ähnlicher Größenordnung erwarten lassen" (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 10/13 R](#) –, juris, Rn. 39 m.w.N.). Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass jedenfalls für eine gewisse Dauer die Fortschreibung der alten Daten sachwidrig gewesen wäre. Zudem sind der Beklagten auch eigene Ermittlungen zuzumuten, soweit der damit verbundene Verwaltungsaufwand nicht unverhältnismäßig ist. Auch spricht nichts gegen eine Typisierungsbefugnis der Beklagten, bestimmte Gebührenordnungspositionen als "kostenträchtig" einzustufen und ggf. verbunden mit einer Obergrenze oder einem Dämpfungsfaktor versehen nur anteilig abzuziehen, um in gleicher Weise wie bisher das Ziel zu verwirklichen, mit einem nur anteiligen Kostenabzug auch bei sachkostenintensiven Arztgruppen zu einer hinreichenden Beitragshöhe zu kommen. Diese Typisierungsbefugnis erscheint bereits deshalb unbedenklich, weil die Beklagte nachvollziehbar darauf verweist, dass die Kostenerstattungstatbestände keinen sicheren Rückschluss auf die Kostenbelastung zulassen, es handelt sich regelmäßig nicht um die wirtschaftlich "reine" Kostenerstattung. Das satzungsgeberische Ermessen bei der Typisierung wird hier allerdings seinerseits durch [Art. 3 Abs. 1 GG](#) begrenzt, nämlich dem Gebot, eine Ungleichbehandlung verschiedener Arztgruppen gerade durch die Nichtberücksichtigung bestimmter GOPen zu vermeiden (wohl auch BSG, Urteil vom 28. November 2007 – [B 6 KA 1/07 R](#) –, Rn. 26). Ein weiteres milderes Mittel könnte schließlich eine gewinnbezogene Bemessung nach Auswertung von Steuererklärung und Steuerbescheid sein; so sind zur Ermittlung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit die Krankenkassen auch in der Massenverwaltung in der Lage, Steuerbescheide zur Verbeitragung freiwilliger selbständiger Mitglieder auszuwerten. In Zusammenschau mit der Steuererklärung dürfte hier eine Ermittlung des allein auf die vertragsärztliche Tätigkeit entfallenden Gewinns möglich sein; die damit einhergehende zeitliche Verschiebung der Beurteilung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit als Grundlage der Beitragserhebung ist nicht von vornherein ihrerseits verfassungsrechtlichen Bedenken ausgesetzt. Zudem stellt auch die hiesige Regelung auf das Vorvorjahr ab (Urteile des Senats vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#)).

Jedenfalls ist die Regelung nach Auffassung des Senats (Urteile vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#)) unangemessen. Um dem Erfordernis der Angemessenheit zu entsprechen, muss bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs bzw. hier: der Ungleichbehandlung einerseits und dem Gewicht und der Dringlichkeit der ihn rechtfertigenden Gründe andererseits die gesetzliche Regelung insgesamt die Grenze der Zumutbarkeit noch wahren; die Maßnahme darf also die Betroffenen nicht übermäßig belasten (vgl. [BVerfGE 83, 1](#) (19); Beschluss vom 8. Juni 2010 – [1 BvR 2011/07](#) –, Rn. 120, stRspr.). Hier ist dogmatisch auch das Erfordernis der Berücksichtigung unterschiedlicher Honorarstrukturen sowie der Ausgleich zwischen Äquivalenz und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit bzw. Solidarität bei der Errichtung eines Beitragssystems in der Umlagefinanzierung zu verorten.

Die Streichung der Berücksichtigung von Kostenanteilen über die EHV-freien Honoraranteile hinaus führt dazu, dass letztlich gar nicht mehr nach Arztgruppen differenziert wird, obwohl gewichtige Unterschiede bestehen. Damit entfällt auch die vom Bundessozialgericht geforderte Berücksichtigung der Unterschiede, dass vertragsärztliche Umsätze verschiedener Arztgruppen nicht mehr tendenziell Überschüsse in ähnlicher Größenordnung erwarten lassen. Diese Unterschiede sind auf der Basis der von der Beklagten vorgelegten Daten bis einschließlich II/2012 so gewichtig (s.o.), dass sie nicht im Rahmen der Rechtfertigung von Typisierung und Pauschalierung als "nicht sehr intensiv" angesehen werden könnten. Die Beklagte kann auch nicht damit gehört werden, dass die bisherigen Regelungen zum Abzug von Kostenanteilen dazu geführt hätten, dass nicht nur reine Durchlaufposten abgezogen worden seien oder der "reine" Kostenanteil in Abgrenzung zur Vergütung der ärztlichen Leistung nur schwer zu ermitteln sei. Denn die Beklagte ist nicht darauf verwiesen, die Unterschiede bei dem Honorar-/Gewinnverhältnis allein anhand der Kategorisierung von Gebührenordnungspositionen zu berücksichtigen. Wie oben erwähnt, gibt es auch andere normative Anknüpfungsmöglichkeiten. Zudem fordert das satzungsgeberische Ziel "wirtschaftlich

sichernder" EHV-Ansprüche gar nicht, sämtliche Kostenlasten und die damit einhergehenden Unterschiede unberücksichtigt zu lassen. Letztlich führt nach Auffassung des Senates zur Unangemessenheit, dass der Satzungsgeber nicht einmal den Versuch unternommen hat, die vorhandenen unterschiedlichen Kostenstrukturen zu berücksichtigen. Dies gilt für alle GOPen mit Kostenerstattungscharakter (Urteile des Senats vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#)).

Nicht zur Erforderlichkeit oder Angemessenheit führt der Umstand, dass in den sog. EHV-freien Leistungen auch Kostenerstattungsanteile oder Erstattungsleistungen mit vergleichbarer Funktion enthalten sind, z.B. die von der Beklagten angeführte Sachkostenerstattung Ersatzkassen (GOP 90014), die Sachkosten Kataraktlinsen (GOP 90401 ff.) oder die Sachkosten LDL-Apherese (GOP 90406 ff.). Dabei hat der Senat nicht zu prüfen, ob die hier anzuwendende Fassung der GEHV einen derartigen Abzug überhaupt ermöglicht. Jedenfalls ist ein entsprechender Abzug wirtschaftlich völlig zu vernachlässigen. Dies ergibt sich bereits aus den von der Beklagten im Verfahren [L 4 KA 2/15](#) vorgelegten Aufstellung aus Spalte 10 (Anlage B 15 zum Schriftsatz vom 31. Januar 2018, Bl. 181 ff. d.A.). So betrug der Abzug von der zu verbeitragenden Honoraranforderung bei der Arztgruppe der Hausärzte insgesamt rund 2 %, bei der Arztgruppe der Nephrologen mit Dialyse-SK bzw. vollzugelassene Internisten mit SP Nephrologie nur 1,5 %, bei der Arztgruppe der Klägerin (Anästhesisten) ca. 3,18 % (beispielhaft berechnet anhand Quartal II/2010, Spalte 10 geteilt durch Spalte 9). In diesen Prozentanteilen finden sich wiederum nur zu einem kleinen Bruchteil Sachkosten wieder.

Es besteht auch keine Möglichkeit zur verfassungskonformen Auslegung. Es ist erklärter Wille des Satzungsgebers, keine im Rahmen des EBM-Ä vorgesehene Sachkostenvergütung abzugsfähig zu machen. Dies folgt aus der Formulierung des § 3 Abs. 1 GEHV, der keinen Raum für Abzüge lässt. Einen Ansatzpunkt bietet auch nicht die sprachlich verunglückte Regelung des § 3 Abs. 6 Satz 2 GEHV. Soweit dort bei Selektivverträgen Abzüge für Sachkosten eröffnet werden, "die nicht innerhalb der Gebührenordnungspositionen des EBM-Ä abgegolten sind oder Kapitel 40 entsprechen", soll diese Regelung gerade einen Gleichklang mit dem EBM-Ä herstellen; abziehbar sind auch bei den Einnahmen aus Selektivverträgen nicht Sachkosten, die Kapitel 40 entsprechen (Urteile des Senats vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#)).

Die angefochtenen Bescheide waren aufzuheben, da es der Beitragsbemessung mit § 3 Abs. 1 Satz 1 GEHV an einer verfassungskonformen Rechtsgrundlage fehlt. Voraussetzung für die Beitragserhebung als belastender Eingriff ist jedoch eine insgesamt mit der verfassungsmäßigen Ordnung vereinbare Ermächtigungsgrundlage (vgl. zuletzt BVerfG, Beschluss vom 12. Juli 2017 - [1 BvR 2222/12](#) -, juris Rn. 78, 81). Daher ist die Rechtsfolge der Verfassungswidrigkeit einer untergesetzlichen Norm grundsätzlich die Nichtigkeit insgesamt und nicht ihre Unanwendbarkeit nur inter partes; ein Ausnahmefall liegt hier nicht vor, da eine verfassungskonforme Auslegung nicht möglich ist. Auch sonst ist eine geltungserhaltende Reduktion nicht möglich, da keine sinnvolle Restregelung mehr verbleibt (Urteile des Senats vom 11. April 2018, [L 4 KA 2/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 12/18 R](#), und [L 4 KA 11/15](#), Revision anhängig: BSG, [B 6 KA 16/18 R](#)). Die Frage, welche Abzüge von der EHV zugrunde liegenden Honorar vorzunehmen sind, wirkt sich zudem zwangsläufig auf die Gesamtkalkulation aus (vgl. zu den Grenzen der geltungserhaltenden Reduktion einer Norm BVerfG, Urteil vom 11. Juli 2012 - [9 CN 1/11](#), [BVerwGE 143, 301](#) ff., zitiert nach juris Rn. 30 f.).

Da mithin die Klägerin mit ihrem Hauptantrag durchdringt, kommt es auf den lediglich hilfsweise gestellten Antrag auf Neubescheidung nicht mehr an. Das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 5. November 2014 war aber aufzuheben, soweit die Beklagte damit verpflichtet wurde, die Klägerin über die Eingruppierung der Frau C. die Festsetzung des Quartalsbeitrags zur EHV neu zu bescheiden.

Auch der Vollzugsfolgenbeseitigungsantrag der Klägerin hat Erfolg.

Nach [§ 131 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) kann das Gericht aussprechen, dass und in welcher Weise die Vollziehung des Verwaltungsakt rückgängig zu machen ist, wenn ein Verwaltungsakt oder ein Widerspruchsbescheid, der bereits vollzogen ist, aufgehoben wird. Dies ist nur zulässig, wenn die Verwaltungsstelle rechtlich dazu in der Lage und diese Frage ohne weiteres in jeder Beziehung spruchreif ist.

Die Tatbestandsvoraussetzungen des Vollzugsfolgenbeseitigungsanspruchs nach [§ 131 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) liegen vor, nachdem der Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheids aufzuheben war und die Beklagte den Verwaltungsakt durch Einbehalt des EHV-Abzugs auch bereits vollzogen hat.

Nach h. M. räumt die Vorschrift kein Ermessen ein, sondern das Wort "kann" bringt lediglich die Befugnis zum Ausdruck (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage 2017 § 131 Rn. 6b; Ausprägung in: Roos/Wahrendorf, 1. Aufl. 2014, [SGG § 131](#) Rn. 24), so dass die Beklagte zu Auskehr des streitgegenständlichen EHV-Einhalts zu verurteilen war.

Die Feststellungsklage der Klägerin ist dagegen sowohl unzulässig als auch unbegründet.

Statthafte Klageart ist die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage. Ein Vertragsarzt, der geltend machen will, dass er ohne hinreichende rechtliche Grundlage an der EHV teilnehmen müsse, kann dies nicht im Rahmen eines Honorar- oder Beitragsstreits klären lassen, sondern muss die Beklagte in einem gesonderten Verfahren gerichtlich auf eine entsprechende Feststellung in Anspruch nehmen (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) -, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, Rn. 20, vgl. [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), Rn. 106).

Die Feststellungsklage setzt aber grundsätzlich voraus, dass ein Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren stattgefunden hat, in dem ein Verwaltungsakt zum streitigen Rechtsverhältnis beantragt wurde (vgl. [BSGE 57, 184](#), 185 f = SozR 2200 § 385 Nr 10 S 39 f; [BSGE 58, 134](#), 136 = [SozR 2200 § 385 Nr 14 S 56](#); [BSGE 58, 150](#), 152 = SozR 1500 § 55 Nr 27 S 22; BSG [SozR 3-4427 § 5 Nr 1 S 4 ff](#); [SozR 4-1500 § 55 Nr 4 RdNr 8](#); s auch Keller, aaO, § 55 RdNr 3b). Diese Voraussetzungen liegen aber nicht vor, da die Klägerin bereits keinen Antrag auf die - hier streitgegenständliche - Feststellung bei der Beklagten gestellt hat. Eine Aussetzung des Rechtsstreits in entsprechender Anwendung von [§ 114 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) zur Nachholung der fehlenden Sachurteilsvoraussetzungen kam nicht in Betracht, weil es bereits an dem (Ausgangs-)Verwaltungsakt fehlt (HLSG, Beschluss vom 5. Juni 2013 - [L 8 KR 127/13 B](#); LSG Hamburg, Urteil vom 18. November 2014 - [L 3 R 8/12](#) - juris Rn. 20; Roos/Wahrendorf/Leopold, 1. Aufl. 2014, [SGG § 114](#) Rn. 48; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, § 114 Rn. 5; Guttenberger in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl. 2017, [§ 114 SGG](#), Rn. 43; offengelassen in BSG v. 19.02.2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, juris Rn. 21; a.A. Böttiger in: Breitkreuz/Fichte, SGG, § 54 Rn. 21).

Die Feststellungsklage ist aber jedenfalls unbegründet, denn die Heranziehung der Klägerin zur EHV zugunsten der bei ihr angestellten Ärztin ist – wie ausgeführt – rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung zuzulassen, denn die Frage, ob und wie Sach- oder Praxiskostenanteile gleichheitskonform aus dem für die Beitragsbemessung zugrunde gelegten Honorar herausgerechnet werden müssen, ist eine Konkretisierung von [Art. 3 Abs. 1 GG](#) i.V.m. [Art. 12 Abs. 1 GG](#) und damit revisibles Recht; die Rechtssätze aus den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) –, juris, Rn. 125, = [BSGE 94, 50](#); BSG, Urteil vom 16. Juli 2008 [B 6 KA 38/07 R](#) –, juris Rn. 67, = [BSGE 101, 106](#); BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – [B 6 KA 10/13 R](#) –, juris Rn. 39 einerseits und dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. August 2011 – [B 6 KA 2/11 R](#) –, juris, zu den Verwaltungskostenbeiträgen bedurften, wie aus den obigen Entscheidungsgründen ersichtlich, der weiteren Konkretisierung.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2020-11-12