

S 12 KA 81/14

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

1. Auch nach der Neufassung des § 8 KVHG durch das hessische Änderungsgesetzes vom 14.12.2009 (GVBl. 2009, Teil I, 662) und der GEHV zum 01.07.2012 sind Medizinische Versorgungszentren verpflichtet, für ihre angestellten Ärzte Beiträge zur EHV zu leisten.
2. Nach § 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV gilt grundsätzlich ein Zuflussprinzip. Nachvergütungen aus Zeiträumen außerhalb des Bemessungszeitraums sind daher zu berücksichtigen. Soweit Nachvergütungen vorgenommen werden, sind diese, soweit sie einer bestimmten Arztnummer zugewiesen werden können, arztbezogen zu verbuchen. Lediglich für die Fälle, in denen dies nicht möglich ist, erscheint es angemessen, die Nachvergütung auf die Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines MVZ im Umfang ihrer Versorgungsaufträge zu verteilen.
3. Im Übrigen Parallelverfahren zu SG Marburg, Urt. v. 05.11.2014 - [S 12 KA 420/14](#) -.

Bemerkung

mit Berichtigungsbeschluss

1. Unter Aufhebung des Bescheids vom 31.08.2012, abgeändert durch Bescheid vom 26.07.2013 und in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 22.01.2014 wird die Beklagte verpflichtet, über die Eingruppierung der Frau C. und die Festsetzung des Quartalsbeitrags zur EHV unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.
2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
3. Die Klägerin und die Beklagte haben jeweils zu ½ die Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat der Klägerin die Hälfte der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 1 und des EHV-Beitrags in Höhe von 637,00 EUR im Quartal, was einem Jahresbetrag von 2.508,00 EUR entspricht, für die bei der Klägerin angestellte Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Frau C. nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten (GEHV) für das Beitragsjahr 2012/2013 und hierbei auch um die Feststellung, dass die Klägerin überhaupt nicht zur Teilnahme an der EHV zugunsten der Frau C. verpflichtet ist, und um die Rückzahlung der verauslagten Beiträge.

Die Klägerin ist eine GmbH und Trägerin eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) mit Praxissitz in A-Stadt. Seit dem 01.10.2011 beschäftigt sie die Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Frau C.

Die Beklagte setzte in den Quartalen IV/11 bis II/13 das Honorar der Klägerin und der Frau C. durch Honorarbescheid 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
Bruttobehalt 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.
Bruttobehalt 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
Bruttobonorar PK + EK in EUR 42.960,19 38.687,17 46.818,92
Fallzahl PK + EK 334 346 349

Frau C.
Bruttobonorar 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 31.08.2012 für den Zeitraum 01.07.2012 bis 30.06.2013 die angestellte Ärztin der Klägerin in die Beitragsklasse 4 ein und setzte danach den Beitrag je Quartal auf 2.508,00 EUR, was einem Jahresbetrag von 10.032,00 EUR entspricht, fest. Hierbei ging sie von folgenden Eckdaten aus:

Gesamthonorar 2010 -
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 01.10.2012 Widerspruch ein. Zur Begründung legte sie mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 08.03.2013 insb. 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 26.07.2013 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 EUR, was einem Jahresbetrag von 2.508,00 EUR entspricht, fest. Hierbei ging sie von folgenden Eckdaten aus:

Gesamthonorar IV/11 bis III/12 36.501,62
Durchschnittshonorar 2010 205.389,02 EUR
Anteil am Durchschnittshonorar 17,77
Ermittelte Beitragsklasse 1

Mit Schreiben vom 26.07.2013 bezifferte sie den Unterschiedsbetrag zur Beitragsklasse 4 mit 1.881,00 EUR je Quartal. Für die Quartale III/12 bis I/13 setzte sie eine Gutschrift in Höhe von 5.643,00 E 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 22.01.2014 den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie verwies auf die Neuregelung der GEHV zum 01.07.2012 hin, 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 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/10 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 21.02.2014 die Klage erhoben. Die Klägerin hält die Beitragspflicht in der EHV grundsätzlich für 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 Äquivalenzprinzipien 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 an sich, 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 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 insb. für angestellte Ärzte, die ihre Tätigkeit neu aufgenommen hätten. Diese Lücke solle durch die Vorstandsrichtlinie vom 11.03.2013 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 EUR 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 EUR 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 Klägerin beantragt,

1. den Bescheid vom 31.08.2012, abgeändert durch Bescheid vom 26.07.2013 und in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.01.2014 aufzuheben,

2. festzustellen, dass die Klägerin für den Zeitraum vom 01.07.2012 bis 30.06.2013 nicht zur Teilnahme an der EHV zugunsten der Frau C. verpflichtet ist,

3. die Beklagte zu verpflichten, an die Klägerin die bereits gezahlten Beiträge für den Zeitraum 2012/13 in Höhe von 2.508,00 Euro für Frau C. zurückzuzahlen, hilfsweise unter Aufhebung des angefochtenen Bescheids die Beklagte zu verpflichten, über die Eingruppierung in die Beitragsklasse die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie hat nochmals das geänderte EHV-System erläutert. Ferner verweist sie auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, 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 09.12.2004 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. Ferner erläuterte sie das EHV-System und das Versorgungswerk der Ärztekammer Hessen. Der Mindestbetrag sei auch im Zusammenhang mit der Verpflichtung des Arztes zu sehen, die Tätigkeit in Vollzeit auszuüben.

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

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

Entscheidungsgründe:

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

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

Die Klage ist auch z. T. begründet. Der Bescheid vom 31.08.2012, abgeändert durch Bescheid vom 26.07.2013 und in der Gestalt des Widerspruchsbekandes vom 22.01.2014 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Die Beklagte ist verpflichtet, über die Eingruppierung der Frau C. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und die Beiträge entsprechend festzusetzen. Der Klage war daher im Hilfsantrag stattzugeben. Im Übrigen war die Klage aber im Hauptantrag abzuweisen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung, dass sie in der Zeit vom 01.07.2012 bis 30.06.2013 nicht zur Teilnahme an der EHV zu Gunsten der Frau C. verpflichtet ist. Es besteht auch keine Verpflichtung der Beklagten, an die Klägerin 2.508,00 Euro zu zahlen.

Die Klage war im Hauptantrag abzuweisen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf grundsätzliche Nichtheranziehung zur EHV für ihre angestellte Ärztin Frau C. Insoweit bestehen eine Verpflichtung der Beklagten zur Durchführung der EHV und hierfür eine grundsätzlich ausreichende Rechtsgrundlage. Im Hilfsantrag war der Klage stattzugeben. Die Beklagte geht von einer fehlerhaften Festsetzung des Durchschnittshonorars aus. Es sind bei der Festsetzung des Durchschnittshonorars besondere Kostenanteile der vertragsärztlichen Leistungen zu berücksichtigen. Es verstößt die grobe Beitragsklasseneinteilung gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)).

Mit dem Hauptantrag möchte die Klägerin erreichen, grundsätzlich nicht zur EHV herangezogen zu werden. Hierauf hat sie keinen Anspruch. Vielmehr besteht eine grundsätzliche Ermächtigung der Beklagten, alle Vertragsärzte und somit auch die Klägerin zur EHV heranzuziehen.

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

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

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

Das Gesetz geht zurück auf einen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD vom 09.06.2009 (LTag-Drs. 18/767; zu den eingegangene Stellungnahmen zu der schriftlichen Anhörung s. Ausschussvorlage AFG 18/6, Teil 1 und Teil 2 mit Stand: 26.08.2009, abrufbar über die Parlamentsdatenbank unter http://starweb.hessen.de/starweb/LIS/Pd_Eingang.htm), nachdem ein erster Entwurf vom 06.07.2004 (LTag-Drs. 16/2469) im Landtag nach dem Ablehnungsvorschlag des Sozialpolitischen Ausschusses (LTag-Drs. 16/3200) von der Regierungsfraktion

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

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

Soweit die Klägerin behauptet, die Rentenanwartschaften seien schon heute ungedeckt, weshalb die Beitragspflicht keinen Bestand vor der Eigentumsgarantie haben könne, folgt hieraus, selbst die Richtigkeit der nicht substantiierten Behauptung unterstellt, nicht die Fehlerhaftigkeit der Ermächtigungsgrundlage. Auch geht es vorliegend allein um die Berufsausübungsregelung einer Beitragsverpflichtung, die eigentumsrechtliche Belange der Klägerin nicht berühren können. Im Übrigen zeigen gerade die Reformbemühungen der Beklagten, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Beitragsverpflichtung und Anwartschaftserhaltung zu finden.

Von daher war die Beklagte grundsätzlich berechtigt, auch im strittigen Zeitraum die Klägerin zur EHV heranzuziehen. Die Klägerin ist auch als Arbeitgeberin verpflichtet, für ihre angestellte Ärztin Beiträge zur EHV zu leisten.

Ein angestellter Arzt im MVZ oder ein nach [§ 95 Abs. 9 SGB V](#) in einer Vertragsarztpraxis angestellter Arzt ist den zugelassenen Vertragsärzten gleichgestellt (§ 1 Abs. 1 Satz 2 GEHV).

Damit liegt eine hinreichende Rechtsgrundlage für die Einbeziehung der Klägerin zur EHV vor. Nach [§ 77 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind auch angestellte Ärzte Mitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung, soweit sie - [§ 77 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) - wenigstens halbtags beschäftigt sind. Mit § 1 Abs. 1 Satz 2 GEHV hat der Satzungsgeber klargestellt, dass die angestellten Ärzte sowohl als aktive - vermittelt über ihren Arbeitgeber - als auch als inaktive Ärzte an der EHV teilnehmen. Für die EHV-Beiträge zum Erwerb der Anwartschaft und damit auch zur Finanzierung der EHV-Zahlungen hat der Vertragsarzt oder das MVZ als zugelassener Leistungserbringer nach [§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) und damit als Inhaber des Honoraranspruchs nach [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) aufzukommen. Diese aus den GEHV folgende Verpflichtung ist nicht zu beanstanden.

Entgegen der Auffassung der Klägerin besteht für die Verpflichtung eines MVZ zur EHV eine hinreichend bestimmte Rechtsgrundlage.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der hier abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, ist es mit der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage vereinbar, dass der Träger des MVZ den Vorwegabzug von seiner Honorarforderung zugunsten der EHV hinnehmen muss. Der Status des MVZ in der vertragsärztlichen Versorgung bedingt die Teilnahme an der EHV, obwohl das MVZ selbst nicht Mitglied der KV ist und selbst keine Ansprüche erwirbt. Die EHV 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 folglich keine andere Möglichkeit als die Finanzierung über die MVZ selbst vorzunehmen. Soweit das MVZ zur Finanzierung der EHV herangezogen wird, ohne selbst Ansprüche aus der EHV zu erwerben, steht seiner Leistung eine "Gegenleistung" in Form des Erwerbs von Ansprüchen gegenüber, jedoch mit der Besonderheit, dass diese nicht der zur Finanzierung Verpflichtete erwirbt, sondern ein Dritter, der angestellte Arzt. Die Einbeziehung auch der MVZ in die Finanzierung der EHV stellt eine gleichmäßige Honorarverteilung sicher. Insofern gebietet [Art. 3 Abs. 1 GG](#), dass MVZ in gleichem Maße wie zugelassene Vertragsärzte einen Vorwegabzug zur Finanzierung der EHV hinzunehmen haben (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) - juris Rdnr. 38 ff.). Hieran hat die Änderung des § 8 KVHG nichts geändert, da § 8 KVHG die Ermächtigungsgrundlage für die EHV nicht beschränkt, sondern im Wesentlichen der Beklagten

zusätzlich die Befugnis einräumt, Einnahmen aus sog. Sonderverträgen zur EHV heranzuziehen. Ferner erfolgt die Finanzierung der EHV weiterhin im Umlageverfahren, auch wenn das System des Vorwegabzugs nicht mehr im Wege der Quotierung der aktuellen Honorarforderung erfolgt, sondern im Wege des Vorwegabzugs auf der Grundlage der Honorarumsätze im Vorvorjahr und pauschaliert durch die Einführung von Beitragsklassen.

Im Hinblick auf die Gleichstellung der angestellten Ärzte ergeben sich auch keine Besonderheiten gegenüber selbständigen Vertragsärzten bei der Ermittlung des maßgeblichen Honorarvolumens im Vorvorjahr, da die Grundlage hierfür durch die arztbezogene Festsetzung der Honoraranteile im Honorarbescheid geschaffen wird.

Rechtswidrig sind allerdings die Zuordnung zur Beitragsklasse 1 und die Festsetzung des hieraus folgenden Quartalsbeitrags.

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

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

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

(3) Im Einzelnen bestimmt sich der ab 1. Juli 2012 zu zahlende Beitrag nach § 10 Abs. 3. Der Betrag in Spalte 4 verändert sich jeweils zum 1. Juli eines Jahres in dem Verhältnis, in dem sich die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV für das jeweilige Jahr gegenüber dem Vorjahr verändert hat. Kommen §§ 5 und/oder 6 zur Anwendung, verändern sich auch die Werte in § 10 Abs. 3 Spalte 3. Der Vorstand hat die Tabelle nach § 10 Abs. 3 bis zum Ende des Monats Juni für die folgenden 12 Kalendermonate neu festzusetzen und zu veröffentlichen. Dies gilt auch, wenn sich die Beitragsklassen nicht verändern.

(4) Der Beitrag ist auf volle Eurobeträge festzusetzen. Soweit die Festsetzungen in § 10 Abs. 3 Spalte 3 zu abweichenden Eurobeträgen führen, ist eine Aufrundung auf den nächsten vollen Eurobetrag vorzunehmen.

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

(6) Für den Fall des Bezugs von Leistungen der EHV nach Erreichen der Regelaltersgrenze unter weiterer Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit (§ 2 Abs. 1 lit. b), ist dieser Vertragsarzt weiterhin zur Beitragszahlung in Höhe der zutreffenden Beitragsklasse verpflichtet.

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

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

(Spalte 1) (Spalte 2) (Spalte 3) (Spalte 4)

1 0 bis 25 2,0450 % 627

2) 25 bis 50 4,0900 % 1.254

3) 50 bis 75 6,1350 % 1.881

4) 75 bis 100 8,1800 % 2.508

5) 100 bis 125 10,2250 % 3.135

6) 125 bis 150 12,2701 % 3.762

7) 150 bis 175 14,3151 % 4.389

8) 175 bis 200 16,3601 % 5.016

9) 200 18,4051 % 5.643

Ausgehend hiervon hat die Beklagte auf der Grundlage der der Klägerin zuzurechnenden Honoraranteile, das ist das "erzielte Honorar aus ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung" nach § 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV, aus dem Jahr 2010 als dem Vorvorjahr, auf 412.964,40 EUR festgesetzt ("EHV-relevantes Honorar 2010"). Sie hat EHV-befreite Leistungen - hier in ganz geringem Umfang - herausgerechnet, wodurch die Klägerin begünstigt wird. Honorare aus Selektivverträgen waren nicht angefallen und daher auch nicht zu berücksichtigen. Auf dieser Grundlage hat die Beklagte die Klägerin folgerichtig in die Beitragsklasse 9 eingestuft, da das maßgebliche Jahreshonorar der Klägerin in Höhe von 412.964,40 EUR 201,06 % des von der Beklagten festgesetzten Durchschnittshonorars in Höhe von 205.389,02 EUR beträgt. Die konkrete Beitragsklassenzuordnung erfolgt nach § 3 Abs. 2 Satz GEHV über das prozentuale Verhältnis des

Arzthonorars zum Durchschnittshonorar.

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

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

Soweit die Beklagte damit das maßgebliche Durchschnittshonorar im Aufsatzjahr 2010 anhand des ärztlichen Honorars ermittelt, ohne dass die Kosten hier noch Berücksichtigung gefunden hätten, ist dies im Einklang mit den GEHV, verstößt aber gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz.

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

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

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

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

Soweit sich die Beklagte auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Erhebung von Verwaltungskosten bezieht, betrifft dies andere Sachverhalte und geringere Prozentsätze vom Umsatz. Auch stellt das Bundessozialgericht wesentlich darauf ab, dass bei einer gebotenen typisierenden Betrachtung die Annahme, dass mit höheren Umsätzen aus vertragsärztlicher Tätigkeit regelmäßig auch der Umfang des materiellen und immateriellen Nutzens steigt, den ein Vertragsarzt aus der Existenz und der gesamten Aufgabenerfüllung - nicht lediglich

der Honorarabrechnung - einer KV zieht, weder als grob fehlerhaft noch als mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise unvereinbar angesehen werden kann und dass allein die abstrakte Nutzungsmöglichkeit maßgeblich ist (vgl. BSG, Urtr. v. 17.08.2011 - [B 6 KA 2/11 R](#) - SozR 4-2500 § 81 Nr. 4 = Breith 2012, 520 = USK 2011-42 = [MedR 2012, 609](#), juris Rdnr. 22). Aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze und der sehr groben Beitragsklassen besteht aber nach der Neufassung der GEHV gerade keine lineare und damit gleichmäßige Heranziehung zur EHV.

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

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

Die Kammer hat im weiteren Urteil zum Az.: S 12 KA 420/19 festgestellt, dass sich für die dortige Klägerin eine Zunahme der Beiträge um annähernd 70 % ergeben habe und hierzu ausgeführt, sie sei nicht der Auffassung, dass eine andere und ggf. auch höhere Beitragsheranziehung zur EHV ausgeschlossen wäre und dass diesbezüglich ein Bestandsschutz bestünde. Die von der Kammer vorgenommene Vergleichsberechnung der konkreten Beiträge der Klägerin und ihrer Angestellten verdeutliche jedoch die Veränderung der Beitragsstruktur, die im Grundsatz so auch zuletzt vom Bundessozialgericht für rechtmäßig befunden wurde, zu Lasten einzelner Praxen, ohne dass die Beklagte hierzu auch nur ansatzweise sachliche Gründe angeführt hätte. Insofern war die fehlende Berücksichtigung besonderer Kostenstrukturen zu beanstanden. Ob die Klägerin selbst hiervon in ähnlicher Weise betroffen ist, ist zwar eher angesichts ihres Fachgebiets zu bezweifeln, kann aber letztlich dahingestellt bleiben, da die Beitragsklasseneinteilung bereits aus anderen Gründen rechtswidrig ist.

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

Tabelle 1

1 2 3 4 5 6 7 8

Beitragsklasse Absolute Anteile am Durchschnittshonorar Jahresbeitrag zur EHV (in EUR) Belastung in % vom Jahresumsatz Punktzahl pro Jahr Kosten pro Punkt in EUR Kosten pro Punkt Beitragsklasse 1 = 100 Prozentsatz des Einkommens für 100 Punkte in % 3./ 2 3./ 5 6 x 100./ 2

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

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

Tabelle 2

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

1	100	140,0	0,15	0,00 bis 0,15
2	200	70,0	0,30	0,15 bis 0,30
3	300	46,7	0,45	0,30 bis 0,45
4	400	35,0	0,60	0,45 bis 0,60
5	475	29,5	0,71	0,60 bis 0,675
6	540	25,9	0,81	0,675 bis 0,750
7	595	23,5	0,89	0,750 bis 0,825

8 640 21,9 0,96 0,825 bis 0,900

9 675 20,7 1,01 0,900 + 0,375 je 100 Punkte

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

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

So zeigt Tabelle 1 Spalte 8 die Relation zum EHV-relevanten Bruttoeinkommen. Spalte 8 setzt die Kosten für den Erwerb der Anwartschaft bzw. den absoluten Preis für 100 Punkte (Spalte 5 x 100) in das Verhältnis zum Bruttoeinkommen (Spalte 2) und gibt so an, welcher Anteil des Einkommens für den Erwerb von 100 Punkten eingesetzt werden muss. Hieraus wird ersichtlich, dass nicht nur eine erhebliche Bandbreite innerhalb insb. der unteren Beitragsklassen besteht, sondern dass im unteren Segment der Beitragsklasse 2 mehr als der sechsfache Prozentsatz des Einkommens als im oberen Bereich der Beitragsklasse 8 bzw. unteren Bereich der Beitragsklasse 9 aufgewandt werden muss. Die hier nicht streitige Beitragsklasse 1 führt noch zu wesentlich stärkeren Verzerrungen, da kein linearer Beitrag erhoben wird und keine Bemessungsfreigrenze ("Beitragsklasse 0") besteht. Die Unterschiede, die auch zu erheblich unterschiedlichen prozentualen Beitragsätzen führen, die insb. bei den unteren Beitragsklassen erheblich größer sind, beruhen auf der großen Bandbreite der Beitragsklassen. Gründe hierfür sind nicht ersichtlich.

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

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

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

Soweit die Klägerin sich gegen die Einbeziehung von Nachvergütungen wendet, ist dies unter dem gegenwärtigen Beitragsklassensystem unerheblich, da die angestellte Ärztin bereits der untersten Beitragsklasse zugeordnet wurde. Im Rahmen einer Neubescheidung ist jedoch zu beachten, dass nach § 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV grundsätzlich ein Zuflussprinzip gilt, wovon auch die Beklagte ausgeht. Nachvergütungen aus Zeiträumen außerhalb des Bemessungszeitraums sind daher zu berücksichtigen. Soweit Nachvergütungen vorgenommen werden, sind diese, soweit sie einer bestimmten Arztnummer zugeordnet werden können, arztbezogen zu verbuchen, da die gesamte EHV-Systematik arztbezogen aufgebaut ist. Lediglich für die Fälle, in denen dies nicht möglich ist, erscheint es angemessen, die Nachvergütung auf die Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines MVZ im Umfang ihrer Versorgungsaufträge zu verteilen.

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

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

Berichtigungsbeschluss

Das Urteil wird in den Entscheidungsgründen durch Ersetzen des letzten Absatzes auf Seite 15 durch folgenden Absatz berichtigt:

Ausgehend hiervon hat die Beklagte auf der Grundlage der der angestellten Ärztin zuzurechnenden Honoraranteile, das ist das "erzielte Honorar aus ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung" nach § 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV, nach der Abhilfeentscheidung aus den Quartalen IV/11 bis III/12, auf 36.501,62 EUR festgesetzt ("EHV-relevantes Honorar 2010"). Auf dieser Grundlage hat die Beklagte die angestellte Ärztin folgerichtig in die Beitragsklasse 1 eingestuft, da das maßgebliche Jahreshonorar 17,77 % des von der Beklagten festgesetzten Durchschnittshonorars in Höhe von 205.389,02 EUR beträgt. Die konkrete Beitragsklassenzuordnung erfolgt nach § 3 Abs. 2 Satz GEHV über das prozentuale Verhältnis des Arzthonorars zum Durchschnittshonorar.

Gründe:

Offensichtliche Unrichtigkeiten sind jederzeit von Amts wegen zu berichtigen ([§ 138 SGG](#)).

Der Absatz "Ausgehend hiervon hat die Beklagte auf der Grundlage ..." wurde versehentlich unverändert aus dem Parallelverfahren [S 12 KA 420/14](#) übernommen und war daher entsprechend zu korrigieren.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2020-11-12