

S 12 KA 23/14

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 23/14
Datum
10.12.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 2/15
Datum
11.04.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 12/18 R
Datum
11.12.2019
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Parallelverfahren zu SG Marburg, Urt. v. 10.12.2014 - [S 12 KA 537/13](#) -.

1. Unter Aufhebung des Bescheids vom 26.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.12.2013 wird die Beklagte verpflichtet, über die Eingruppierung der Klägerin und die Festsetzung des Quartalsbeitrags zur EHV unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

2. Die Beklagte hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Festsetzung der EHV-Beitragsklasse 9 anstatt der Beitragsklasse 2 und des EHV-Beitrags in Höhe von 5.794,00 EUR anstatt 1.254,00 EUR pro Quartal nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten (GEHV) für das Beitragsjahr 2013/2014 und hierbei insbesondere um die fehlende Berücksichtigung von Dialysesachkosten nach Kapitel 40.14 EBM als besondere Praxiskosten.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Sie übt ihre vertragsärztliche Tätigkeit in einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft zusammen mit der Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie Herrn E. aus, der zum 01.01.2012 für Herrn Dr. D. in die Praxis eingetreten ist.

Die Beklagte stufte mit Bescheid vom 26.06.2013 für den Zeitraum 01.07.2013 bis 30.06.2014 die Klägerin in die Beitragsklasse 9 ein und setzte danach den Beitrag je Quartal auf 5.794,00 EUR, was einem Jahresbetrag von 23.176,00 EUR entspricht, fest. Hierbei ging sie von folgenden Eckdaten aus:

Gesamthonorar 2011 896.158,68 EUR
Durchschnittshonorar 2010 214.537,75 EUR
Anteil am Durchschnittshonorar 417,72 %
Ermittelte Beitragsklasse 9

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 09.07.2013 Widerspruch ein. Zur Begründung verwies sie auf ihren Widerspruch für das Vorjahr mit Schreiben v. 13.09.2012, in dem sie bereits der Änderung der GEHV widersprochen habe. Mit Schriftsatz vom 29.07.2013 führte sie weiter aus, die Leistungen des Abschnitts 40.14 EBM dürften im Rahmen der EHV-Systematik keine Berücksichtigung finden. Die Maßnahme belaste die Praxis in deutlich höherem Maße als bisher, ohne dass hierfür ein angemessener Gegenwert entstehe. Sie verstoße gegen den Gleichheitsgrundsatz, weil nur die Gruppe der Nephrologen belastet werde, die die erbrachten nicht ärztlichen Dialyseleistungen selbst gemäß Abschnitt 40.14 EBM abrechneten. Die Kostenerstattungsregelungen des Abschnitts 40.14 EBM seien generell für die EHV aufgrund ihres Kostenerstattungscharakters ungeeignet und belasteten die diese Leistungen abrechnenden Ärzte in Sach- und damit rechtswidriger Weise. Die gegenüber den Vorquartalen deutlich höhere Belastung erbringe nur einen marginalen Leistungsvorteil gegenüber der vorherigen Situation, wobei die Werthaltigkeit aufgrund der zukünftigen finanziellen Entwicklung des EHV-Gefüges noch nicht einmal gewährleistet werden könne. In Hessen existierten 3 unterschiedliche Versorgungsmodelle im Bereich der Dialysebehandlung. Neben ihrem Modell gebe es nephrologische Praxen, die die nicht ärztlichen Dialyseleistungen auf der Basis eines Zusammenwirkens mit einer nicht ärztlichen Einrichtung gemäß [§ 196 Abs. 3 SGB V](#) abrechneten. Diese Ärzte rechneten die nicht ärztlichen Dialyseleistungen nicht selbst ab. Die Abrechnung geschehe unmittelbar durch die nicht ärztliche Einrichtung, die ihrerseits den Ärzten für die in den Dialysezentren erledigten umfangreichen Regiearbeiten eine Vergütung zahlten, die in die EHV nicht einzubeziehen sei. Auch in seiner Praxis fänden diese

Regiearbeiten statt. Ähnlich verhalte es sich in den ärztlich geleiteten ermächtigten Dialyseeinrichtungen, die mit ärztlichen Leitern kooperierten, die ihrerseits als Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie als Vertragsärzte zugelassen seien. Auch diese Ärzte erhielten Vergütungen, die ebenfalls von der EHV-Verteilung nicht erfasst werde. Darin liege die Ungleichbehandlung. Nicht ärztliche Dialyseleistungen seien grundsätzlich nicht geeignet, in einem Verteilungssystem berücksichtigt zu werden, welches eine Umverteilung auf der Basis der Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit zur Grundlage habe. Die EHV sei ausschließlich aus dem erzielten Honorar aus ärztlicher Tätigkeit zu finanzieren. Wenn die Beklagte im Rahmen von § 3 Abs. 5 GEHV ohne näherer Begründung Sachkosten oder Erstattungen lediglich dann von den erzielten Honoraren für ärztliche Leistungen abziehen lasse, wenn sie u.a. nicht dem Kapital 40 EBM entsprächen, werde deutlich, dass hier willkürlich die Honorare in die Beitragsbemessung mit einbezogen würden, die (mehr oder weniger zufällig) u.a. im Kapitel 40 EBM aufgelistet seien. Diese Einbindung in den EBM sei erst mit Einführung der bundeseinheitlichen Wochenpauschalen ab dem Quartal III/02 erfolgt.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 11.12.2013 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. Die Berechnung des zugrunde gelegten Honorars für das Jahr 2010 in Höhe von 1.366.508,06 EUR stelle sich folgendermaßen dar:

Gesamthonorar Beträge in EUR

Honorar lt. Arztrechnung I/11 176.593,77

Abzgl. EHV-befreite Honoraranteile 1,50

EHV-relevantes Honorar I/11 176.592,27

Honorar lt. Arztrechnung II/11 232.633,07

Abzgl. EHV-befreite Honoraranteile 4,61

EHV-relevantes Honorar II/11 232.637,68

Honorar lt. Arztrechnung III/11 241.338,63

Abzgl. EHV-befreite Honoraranteile 4.361,12

EHV-relevantes Honorar III/11 245.699,75

Honorar lt. Arztrechnung IV/11 235.821,72

Abzgl. EHV-befreite Honoraranteile 25,50

Abzgl./zzgl. Honorarkorrekturen IV/11 5.432,76

EHV-relevantes Honorar IV/11 241.228,98

EHV-relevantes Honorar 2011 896.158,68

Das zu berücksichtigende Honorar setze sich aus sämtlichen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erzielten Honoraren des Vorjahres zusammen (§ 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV). Dabei werde das ärztliche Bruttogehonorar der Primär- und Ersatzkassen im Jahr 2011 unter Berücksichtigung evtl. erfolgter Honorarkorrekturen bekannt gegeben. Die einzelnen Werte könnten den Honorarbescheiden entnommen werden. Anhand der Ausgangsdaten für das Beitragsjahr 2013/2014 sei die Zuordnung der Klägerin zutreffend erfolgt. Hinsichtlich der Dialysekosten weise sie daraufhin, dass die bisherige Systematik der GEHV grundsätzlich fortgeführt worden sei. Auch gemäß § 5 GEHV in der bis zum 30.06.2012 geltenden Fassung seien für die Dialysesachkosten jeweils der Abzug für die EHV erhoben worden, lediglich die TL-Anteile der Praxis im Verhältnis zur Fachgruppe seien für die in die EHV einzubeziehenden Honoraranforderungen nicht berücksichtigt worden. Bei der Ermittlung des Gesamthonorars 2011 seien sämtliche Honoraranteile herangezogen worden, einschließlich der Dialysesachkosten im Ganzen, weshalb im Gegenzug nun auch die technischen Leistungsanteile für die EHV berücksichtigt werden müssten. Eine Ungleichbehandlung liege nicht vor, da nicht nur für das zugrunde zu legende Gesamthonorar 2011, sondern auch für die Ermittlung des Durchschnittshonorars die Sachkosten berücksichtigt worden seien. Würden diese außer Acht gelassen werden, würde sich zwar das zu berücksichtigende Gesamthonorar 2011 reduzieren, aber ebenso das als Maßstab dienende Durchschnittshonorar 2011. § 3 Abs. 5 GEHV betreffe nur jene Honorare, die nicht direkt über sie abgerechnet werden würden, d.h. Einnahmen aus Sonderverträgen. Ein Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip liege nicht vor. Die EHV sei als reines Umlagesystem organisiert. Der Vertragsarzt müsse daher in der aktiven Phase hinnehmen, dass seine Vergütung gemindert werde, um aus dem nicht verteilten Betrag die Versorgung von invaliden und alten Ärzten sowie Hinterbliebenen zu finanzieren. Dafür erwerbe er Teilhabeansprüche an dem zukünftig erwirtschafteten Honorar der Vertragsärzte in Form von Punkten, die grundsätzlich widerspiegeln, wie sich sein für die EHV relevantes Honorar zum Durchschnittshonorar verhalte. Es bestehe kein Anspruch auf eine bestimmte Höhe des Zahlbetrages, sondern lediglich ein Teilhabeanspruch im Rahmen der Aufteilung der Gesamtvergütung. Den Mitgliedern eines im Umlageverfahren betriebenen Pflichtversicherungssystems seien in einem gewissen Umfang auch höhere Beiträge zuzumuten, wenn dies zur Finanzierung der erworbenen Rentenansprüche erforderlich sei. Auf der anderen Seite fordere schließlich das verfassungsrechtliche Übermaßverbot auch die Beteiligung der EHV-Empfänger, um die Funktionsfähigkeit der EHV zu erhalten. Dementsprechend sei mit der GEHV 2012 u.a. eine schrittweise Anhebung der Regelaltersgrenze, ab der ein Eintritt in die EHV ohne Abzüge erfolge, auf 67 Jahre beschlossen worden. Bereits im Ausgangsbescheid sei ein Vorbehalt bezüglich der Höhe des im Beitragsjahr 2013/2014 zu leistenden Beitrages angefügt worden, da im Zeitpunkt der Beitragsfestsetzung die Entscheidung des Landessozialgerichts noch keine Rechtskraft erlangt habe.

Hiergegen hat die Klägerin am 13.01.2014 die Klage erhoben. Sie ist weiterhin der Auffassung, dass seine Honorare aus der Erbringung nicht ärztlicher Dialyseleistungen gemäß Abschnitt 40.14 EBM nicht zur Beitragsermittlung und -festsetzung herangezogen werden dürften. Es sei davon auszugehen, dass von dem berücksichtigten Gesamthonorar in Höhe von 896.158,68 EUR etwa 90 % Honorare aus nicht ärztlichen Dialyseleistungen stammten. Ihr sich um diesen bereinigten Anteil am Durchschnittshonorar betrage etwa 41,77 % von 214.237,75 EUR. Sie wäre deshalb in die Beitragsklasse 2 mit einem Quartalsbeitrag in Höhe vom 1.254,00 EUR einzustufen. Sie werde in Höhe des Differenzbetrages von 4.540,00 EUR pro Quartal zu hoch in die Umlage einbezogen.

Die Klägerin beantragt,
unter Aufhebung des Bescheids vom 26.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.12.2013 ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie erläutert die Systematik der EHV aufgrund der ab 01.07.2012 geltenden GEHV. Sie hält auch die Umstellung der GEHV auf ein Beitragsklassenmodell für rechtmäßig. Die Zahl der Leistungsempfänger steige schneller als die der aktiven Ärzte, sofern diese überhaupt steigen würden. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung sei die Bezugszeit von Leistungen aus der EHV weiter zu verlängern. Außerdem sei zu beachten, dass hier im Rahmen der Honorarverteilung sehr viel weniger Möglichkeiten zum Ausgleich bestimmter Sonderbelastungen zur Verfügung stünden als die in Gebietskörperschaften zur Sanierung ihrer Haushalte. Im Übrigen seien auch schon in der Vergangenheit grundlegende Änderungen im Bereich der EHV erfolgt. Es sei eine Äquivalenz zwischen Beitrag und späterer Leistungen gewährleistet. Die Rendite der Beiträge bleibe positiv. Die 9 Stufen des Regelbeitrags würden eine individuelle Überforderung vermeiden. Für das Verhältnis von Beitragsleistung und Versorgungsleistung 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. Aus dem zur Gerichtsakte gereichten Rundschreiben für das zweite Beitragsjahr sei zu erkennen, dass in der untersten Beitragsklasse 1 mit einem Anteil von 0 % bis (= 25 % am Durchschnittshonorar ein Betrag in Höhe von 644,00 EUR je Quartal erhoben werde. Selbst bei dem von der Klägerin angegebenen Anteil von 41,77 % am Durchschnittshonorar, also einem Betrag in Höhe von 89.612,42 EUR, sei die prozentuale Belastung durch den erhobenen Jahresbetrag in Höhe von 23.176,00 EUR in der Beitragsklasse 9 ähnlich, nämlich 25,86 %, als z.B. bei einem Arzt mit einem Anteil von 5 % am Durchschnittshonorar, also 10.726,89 EUR, mit einem Jahresbeitrag in Höhe von 2.576,00 EUR in der Beitragsklasse 1 mit einer prozentualen Belastung in Höhe von 24,01 %. Außerdem sei es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts mit dem Äquivalenzprinzip und dem Gleichheitssatz vereinbar, den gesamten Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit als Bemessungsgrundlage für die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen durch eine KV zugrunde zu legen. Dies gelte auch für die Einbeziehung besonders erstatteter Sachkosten (BSG, Urteil vom 28.11.2007 - [B 6 KA 1/07 R](#) -). Im Übrigen sei mit der höchsten Beitragsklasse 9 auch eine Beitragsbemessungsgrenze eingeführt worden. Die Beiträge stiegen gar nicht weiter an, sondern seien in dem streitgegenständlichen Zeitraum auf einen Betrag in Höhe von 5.794,00 EUR 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. Der Anteil der Klägerin am Durchschnittshonorar betrage mit 417,72 % mehr als das Zweifache des Anteils, ab dem schon eine Einstufung in die Beitragsklasse 9 erfolge. Es bestehe auch eine Verzahnung zwischen der EHV und dem Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen. Für niedergelassene Ärzte mit Vertragszulassung ermäßige sich der Beitrag zum Versorgungswerk nach Vorlage einer Kopie der Zulassung um 50 %. Dadurch werde eine finanzielle Überforderung ausgeschlossen. Das BSG habe ferner mit Urteil vom 17.08.2011 ([B 6 KA 2/11 R](#)) die Erhebung des Verwaltungskostenbeitrages auch von Sachkostenerstattungen im Rahmen von Dialysen für rechtmäßig erachtet, was sie im Einzelnen weiter ausführt. Im Übrigen verweise sie auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 20.11.2014 die Beiladung ausgesprochen. Die Beigeladene hat sich zur Sache nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

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 Richterinnen 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 begründet. Der Bescheid vom 26.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.12.2013 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Die Beklagte ist verpflichtet, über die Eingruppierung der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden und die Beiträge entsprechend festzusetzen. Der Klage war daher 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. Die grobe Beitragsklasseneinteilung verstößt gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)).

Rechtsgrundlage für die Heranziehung der Klägerin zur EHV ist § 3 Abs. 1 Satz 1 der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung, die die Beklagte durch Beschluss ihrer Vertreterversammlung in den Sitzungen vom 10.03.2012 und 12.05.2012 mit Wirkung zum 01.07.2012 neu gefasst hat (im Folgenden: GEHV). Ermächtigungsgrundlage für den Erlass der GEHV ist § 8 des hessischen Landesgesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen i. d. F. d. Änderungsgesetzes vom 14.12.2009, GVBl. 2009, Teil I, 662, in Kraft getreten am 23.12.2009 (KVHG) i. V. m. Art. 4 § 1 Abs. 2 des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17.08.1955 ([BGBl. I 513](#)). Nach Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR bleiben landesrechtliche Regelungen über die Altersversorgung der Kassenärzte unberührt. Diese Vorschrift schützt die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits bestehenden Versorgungseinrichtungen von Kassen-(heute: Vertrags-)Ärzten. Diese Vorschrift ist ebenfalls verfassungsgemäß (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 22 ff.; ausführlich BSG, Urt. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - [BSGE 101, 106](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 43](#) = USK 2008-65, juris Rdnr. 20 bis 64; die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil wurde von BVerfG, 1. Senat, 2. Kammer, Beschl. v. 15.06.2009 - 1 BvR 3289/08 - nicht zur Entscheidung angenommen; s. a. die Verfassungsbeschwerde gegen die Parallelentscheidung BSG, Urt. v. 16.07.2008 [B 6 KA 39/07 R](#) - juris, die hiergegen erhobene Verfassungsbeschwerde wurde von BVerfG, 1. Senat, 2. Kammer, Beschl. v. 15.06.2009 - [1 BvR 3290/08](#) - ebf. nicht zur Entscheidung angenommen, zitiert nach den Angaben zu den BSG-Entscheidungen in juris). Das Bundessozialgericht hat jüngst

nochmals für diese Vorläuferfassung entschieden, dass § 8 KVHG i. V. m. Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR verfassungsgemäß ist, insbesondere eine hinreichend präzise Ermächtigungsgrundlage für den Satzungsgeber enthält, im Rahmen der betroffenen grundrechtlichen Gewährleistungen von [Art 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) einerseits und [Art. 14 Abs. 1 GG](#) andererseits Regelungen zu treffen. Die Vorschriften bilden nicht nur mit hinreichender Bestimmtheit eine Grundlage für ein umlagefinanziertes Versorgungssystem, sondern auch für die Anpassung der EHV an sich ändernde Verhältnisse im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung. Nach Auffassung des Senats hat sich gezeigt, dass die Beklagte auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigungen auf (auch) grundlegende Änderungen in der Versorgungsstruktur in Bezug auf die EHV sachgerecht zu reagieren imstande ist. Das betrifft sowohl die 1991 erfolgte Erweiterung der EHV auf Honorare, die für die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen über die KÄV verteilt worden sind, als auch die Entscheidung, die Psychologischen Psychotherapeuten nicht in die EHV einzubeziehen (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) - juris Rdnr. 30 ff.).

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

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

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

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

Rechtswidrig sind allerdings die Zuordnung zur Beitragsklasse 9 und die Festsetzung des hieraus folgenden Quartalsbeitrags. Die Kammer

hat bereits mit Urteilen vom 05.11.2014 [S 12 KA 81/14](#), [S 12 KA 419/14](#) und [S 12 KA 420/14](#) - entschieden, dass die generelle Nichtberücksichtigung besonderer Kostenanteile gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) verstößt. Hieran hält die Kammer nach erneuter Prüfung fest.

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 2011 als dem Vorvorjahr, auf 896.158,68 EUR festgesetzt ("EHV-relevantes Honorar 2011"). Sie hat EHV-befreite Leistungen 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 417,72 % des von der Beklagten festgesetzten Durchschnittshonorars in Höhe von 214.537,75 EUR beträgt. Die konkrete Beitragsklassenzuordnung erfolgt nach § 3 Abs. 2 Satz GEHV über das prozentuale Verhältnis des Arzthonorars zum Durchschnittshonorar.

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

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

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

§ 3 Abs. 2 Satz 2 GEHV schreibt für die Bildung der Beitragsklasse 4 vor, dass sich diese anhand des Durchschnittshonorars aller aktiven Vertragsärzte (Beitragszahler) bestimmt. Wie dieses Durchschnittshonorar zu ermitteln ist, wird in den GEHV nicht näher bestimmt. Von daher liegt es nahe, dass das Durchschnittshonorar mit den "erzielten Honoraren" aus ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV korreliert, d. h. dass die Honoraranteile in die Ermittlung des Durchschnittshonorars einfließen, die auch Grundlage für die Erhebung der EHV-Beiträge sind. Maßgebend für den Begriff des Durchschnittshonorars kann nur das aktuelle Recht sein, soweit nicht eine abweichende Bestimmung getroffen wird. Der Satzungsgeber der GEHV hat dies ausdrücklich nur für die Ermittlung des Punktwerts der EHV-Bezieher getan. § 10 Abs. 1 Satz 2 GEHV sieht hierfür vor, dass der Ausgangswert 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 abgelden 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, Urte. 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, Urte. 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, Urte. 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, Urte. v. 17.08.2011 - [B 6 KA 2/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 81 Nr. 4](#) = Breith 2012, 520 = USK 2011-42 = [MedR 2012, 609](#), juris Rdnr. 22). Aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze und der sehr groben Beitragsklassen besteht aber nach der Neufassung der GEHV gerade keine lineare und damit gleichmäßige Heranziehung zur EHV.

Der allgemeine Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletzt aber das Gleichheitsgrundrecht, wenn er bei Regelungen, die Personengruppen betreffen, eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu einer anderen Gruppe anders behandelt, obwohl zwischen

beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten. Dabei sind dem Gesetzgeber bei der Ausgestaltung der jeweiligen Regelung umso engere Grenzen gesetzt, je stärker sich die Ungleichbehandlung auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten, etwa auf die durch [Art. 12 Abs. 1 GG](#) garantierte Freiheit der beruflichen Tätigkeit nachteilig auswirken kann (BVerfG, Urt. v. 28.01.2003 - [1 BvR 487/01](#) - [BVerfGE 107, 133](#) = [NJW 2003, 737](#), juris Rdnr. 25; BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 38/12 R](#) - juris Rdnr. 35 jeweils m.w.N.).

Die Nichtberücksichtigung besonderer Kostenanteile bei der Berechnung des Durchschnittshonorars im Aufsatzzjahr 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 erheblichen Veränderungen der Beitragsstruktur zeigt gerade ein Vergleich der Beiträge der Klägerin für das Ausgangsjahr und den strittigen Zeitraum. Deutlich wird die Benachteiligung der Klägerin in der Steigerung der Beiträge von 7.130,47 EUR auf 23.176,00 EUR oder um 225 %. Die von der Kammer vorgenommene Vergleichsberechnung beruht auf folgender Grundlage, wobei die Einwirkung weiterer Faktoren vernachlässigt werden kann, da eine Vergleichbarkeit auf der Grundlage der jeweils maßgeblichen Quartalsumsätze im Jahr 2011 gegeben ist:

Quartal EHV-Einbehalt Dr. B. in EUR EHV-Einbehalt Dr. D. in EUR
 I/11 1.456,70 1.920,90
 II/11 1.824,67 1.729,31
 III/11 1.852,40 1.970,57
 IV/11 1.996,70 2.073,48
 Gesamt 7.130,47 7.694,26
 Steigerung 225 % 201 %

Die von der Kammer vorgenommene Vergleichsberechnung der konkreten Beiträge der Klägerin verdeutlicht die Veränderung der Beitragsstruktur zu Lasten einzelner Praxen, ohne dass die Beklagte hierzu auch nur ansatzweise sachliche Gründe angeführt hätte. Die Deckelung der Beiträge in der Beitragsklasse 9 ist nicht in jedem Fall dazu geeignet, den fehlenden Abzug besonderer Kostenanteile zu kompensieren, wie das Beispiel der Klägerin zeigt.

Die Kammer ist 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 verdeutlicht 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.

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	9	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	410.778,05	EUR	-	22.536	EUR	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 Punktzahl, 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 Punktzahl 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	Punktzahl pro Jahr Erreichen der Höchstpunktzahl 14.000 in Jahren	Anspruchssatz pro Jahr 12.000 Punkte = 18 % § 10 Abs. 1 GEHV	Anspruchssatz pro Jahr GEHV a.F. in % (Normalstaffel)
1	100	140,0	0,15	0,00 bis 0,15				
2	200	70,0	0,30	0,15 bis 0,30				

3 300 46,7 0,45 0,30 bis 0,45
4 400 35,0 0,60 0,45 bis 0,60
5 475 29,5 0,71 0,60 bis 0,675
6 540 25,9 0,81 0,675 bis 0,750
7 595 23,5 0,89 0,750 bis 0,825
8 640 21,9 0,96 0,825 bis 0,900
9 675 20,7 1,01 0,900 + 0,375 je 100 Punkte

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

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

So zeigt Tabelle 1 Spalte 8 die Relation zum EHV-relevanten Bruttoeinkommen. Spalte 8 setzt die Kosten für den Erwerb der Anwartschaft bzw. den absoluten Preis für 100 Punkte (Spalte 5 x 100) in das Verhältnis zum Bruttoeinkommen (Spalte 2) und gibt so an, welcher Anteil des Einkommens für den Erwerb von 100 Punkten eingesetzt werden muss. Hieraus wird ersichtlich, dass nicht nur eine erhebliche Bandbreite innerhalb insb. der unteren Beitragsklassen besteht, sondern dass im unteren Segment der Beitragsklasse 2 mehr als der sechsfache Prozentsatz des Einkommens als im oberen Bereich der Beitragsklasse 8 bzw. unteren Bereich der Beitragsklasse 9 aufgewandt werden muss. Die hier nicht streitige Beitragsklasse 1 führt noch zu wesentlich stärkeren Verzerrungen, da kein linearer Beitrag erhoben wird und keine Bemessungsfreigrenze ("Beitragsklasse 0") besteht. Die Unterschiede, die auch zu erheblich unterschiedlichen prozentualen 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 Ausnahmecharakters hätte es für eine so weitgehende Umgestaltung aber im Übrigen einer ausdrücklichen Ermächtigungsgrundlage durch den Gesetzgeber bedurft. Auf fürsorgerische Gesichtspunkte, gerade umsatzschwachen Praxen zu einer ausreichenden Altersversorgung zu verhelfen, kann die Beklagte nicht verweisen. Insofern handelt es sich um ein verpflichtendes System, zu dessen Heranziehung dem einzelnen Arzt keine Alternative verbleibt. Für solche Zwangsbefugnisse der unterschiedlichen Behandlung bedürfte es erst Recht einer parlamentarischen Ermächtigungsgrundlage. Die Beklagte kann auch nicht auf eine Vermutung zurückgreifen, dass das Durchschnittshonorar eine Auskunft darüber gibt, in welchem Umfang Ärzte ihrem Versorgungsauftrag nachkommen. Insofern ist aus Streitigkeiten zur Honorarverteilung bekannt, dass ganze Arztgruppen Umsätze unterhalb der Durchschnittsgröße erzielen.

Von daher war der angefochtene 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.

Nach allem war der Klage stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2020-11-12