
S 12 KA 83/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Marburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Erweiterte Honorarverteilung EHV Leistung Anwartschaft Selektivvertrag
Leitsätze	Zur Verfassungskonformität der zum 1. Juli 2012 erfolgten Reform der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung in der Fassung der von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen am 13. Dezember 2014, 14. März und 30. Mai 2015 beschlossenen und von dem aufsichtsführenden Sozialministerium des Landes Hessen am 18. Juni 2015 genehmigten Satzungsänderung (Anschluss an Bundessozialgericht, Urteil vom 12. Dezember 2018 - B 6 KA 53/17 -).
Normenkette	§ 8 KVHG Hessen § 10 GEHV
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 12 KA 83/13
Datum	05.11.2014
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 4 KA 56/21
Datum	16.02.2022
3. Instanz	
Datum	-

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 5.

November 2014 abgeändert und die Klage abgewiesen, soweit sie sich nicht durch das angenommene Teilerkenntnis und den Bescheid vom 5. Februar 2016 in der Hauptsache erledigt hat.

Die Klage gegen den Bescheid vom 5. Februar 2016 wird abgewiesen.

Von den Kosten der Berufung haben der Kläger 2/5, die Beklagte 3/5 zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

â□□

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Anspruchs auf Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) der Beklagten für den Zeitraum 1. Juli 2012 bis 30. Juni 2013 und hierbei um die fehlende Einbeziehung des Honorars aus Selektivverträgen im Aufsatzjahr 2010. Nach einer Satzungsänderung und zwei Teilabhilfebescheiden steht nunmehr insbesondere noch die Einbeziehung von Einnahmen aus Selektivverträgen zur Berechnung der Höhe des Anspruchs im Streit.

Der 1939 geborene Kläger war zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisstz in Hessen zugelassen. Als solcher unterlag er den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung (GEHV) der Beklagten. Auf seine Zulassung verzichtete er zum 31. Oktober 2002. Nach Beendigung seiner Zulassung setzte die Beklagte mit Bescheid vom 25. August 2003 den Anspruch des Klägers an der Erweiterten Honorarverteilung ab 1. November 2002 auf 14,7082 % fest. Dies entsprach einem vierteljährlichen EHV-Honorar von seinerzeit ca. 5.640,00 €. Die Beklagte teilte dem Kläger unter Datum vom 7. April 2008 mit, es sei korrekt, dass aufgrund der Satzungsregelung zum 1. Juli 2006 der Anspruchssatz gem. dem Bescheid vom 26. Juni 2007 von 14,7082 % auf 15,5710 % geändert worden sei.

Die Beklagte wandelte mit Bescheid vom 29. Juni 2012 aufgrund der Neuregelung der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung den Anspruchssatz von 15,5710 % mit dem Umrechnungsfaktor 666,666 in einen EHV-Anspruch in Höhe von 10.381 Punkten zum 1. Juli 2012 um. Bei einem Auszahlungspunktwert in Höhe von 0,1867 Euro errechnete sie hieraus einen monatlichen Anspruch von 1.938,13 Euro, jährlich für ein Jahr und vor Abzug von Verwaltungskosten und möglicher Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.

Hiergegen legte der Kläger am 9. Juli 2012 Widerspruch ein. Die Umrechnung des EHV-Anspruchs beruhe auf dem Leistungsniveau im Jahr 2010. Entgegen der gesetzlichen Vorgabe seien die Honorare aus Selektivverträgen nicht berücksichtigt worden. Der Nachhaltigkeitsfaktor sei rechtswidrig. Ab dem Jahr 2006 müssten Neuberechnungen erfolgen, weshalb es auch einer Neuberechnung des Punktwerts bedürfe. Die Verwaltungskostenumlage sei in der Höhe unzulässig. Sie stehe in keinem Verhältnis zu den Verwaltungskosten, die die Abrechnung der aktiven Vertragsärzte verursachten. Es dürfe allenfalls eine verringerte Verwaltungskostenumlage zum Abzug gebracht werden.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 6. Februar 2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Ihre Vertreterversammlung habe in ihren Sitzungen am 10. März 2012 und 12. Mai 2012 die Neufassung der GEHV beschlossen, die am 1. Juli 2012 in Kraft getreten sei. Eine Reform der EHV sei angesichts einer wachsenden Anzahl von EHV-Empfängern und einer gleichzeitig abnehmenden Anzahl von Einzahlern erforderlich geworden. Mit der Übergangsregelung nach Â§ 10 GEHV sei der Anspruchssatz in Prozenten in eine Punktzahl umzurechnen. Die maximal erreichbare Punktzahl betrage nach der bisherigen Normalstaffel 12.000 Punkte, der maximale EHV-Anspruch entspreche 18 %. Ein Prozentpunkt entspreche damit 12.000: 18 = 666,666 Punkte. Darin geregelt werde auch, dass erstmalig ein Punktwert festzulegen sei. Ausgangswert hierfür sei der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 nach den bis zum 30. Juni 2012 gültigen Grundsätzen der EHV. Der Wert eines Punktes werde auf der Basis der bisherigen Normalstaffel ermittelt. In Â§ 10 Abs. 4 sei festgelegt, dass die EHV-Empfänger zum 1. Juli 2012 einen Anpassungsbescheid erhielten. Das Hessische LSG halte den Nachhaltigkeitsfaktor zwar für rechtswidrig, das Verfahren sei jedoch noch nicht abgeschlossen. Mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 14. Dezember 2009 sei in dem neugefassten Â§ 8 die Grundlage für die Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen außerhalb der Gesamtvergütung in die EHV geschaffen worden. Dieser Gesetzesänderung sei sie durch Aufnahme des Â§ 11 â€œErgänzende Bestimmungen zur Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen außerhalb der Gesamtvergütungâ€œ in die GEHV nachgekommen. Darin werde eine Mitteilungspflicht für Sonderverträge ab dem Quartal III/11 eingeführt. Die Änderungen hätten der Behandlung in der Vertreterversammlung bedurft, die am 20. Februar, 29. Mai und 28. August 2010 stattgefunden hätten. Sodann hätte noch die Genehmigung des Ministers abgewartet werden müssen, die mit Schreiben vom 10. Juni 2011 erfolgt sei. Eine Veröffentlichung in â€œEHV Aktuellâ€œ sei in der Ausgabe vom 6. Juli 2011 erfolgt. In der Neufassung werde die Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen in Â§ 3 GEHV fortgeführt. Hinsichtlich der Verwaltungskostenumlage verweise sie auf das rechtskräftige Urteil des SG Marburg vom 21. Dezember 2011 â€œ [S 12 KA 172/11](#) -. Das SG halte die Erhebung von Verwaltungskosten für rechtmäßig.

Hiergegen hat der Kläger am 19. Februar 2013 Klage erhoben.

Er hat erstinstanzlich vorgetragen, der Nachhaltigkeitsfaktor sei unverhältnismäßig. Dies gelte auch für den entsprechend abgesenkten Punktwert als Grundlage der Berechnung gem. der Übergangsregelung nach Â§ 10 GEHV. Unberücksichtigt seien Sondervergütungen bei der Berechnung seiner EHV-Ansprüche und bei der Berechnung der EHV-Ansprüche nach Â§ 10 GEHV geblieben. Sog. Bestandsrentner, also Personen, die EHV-Leistungen schon vor dem 1. Juli 2012 bezogen hätten, würden niemals eine Versorgung erhalten, die sich auch nach den Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen außerhalb der Gesamtvergütung richte. Dies verstoße gegen das Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung. Anders als seit Jahren seitens der Beklagten

vorgetragen, sei ein Problem der Demographie nicht aufgetreten, jedenfalls nicht in dem Umfang wie vermutet. Die Zahl der Vertragsärzte habe zugenommen. Die Gesamtvergütung habe ebenfalls zugenommen, sodass die aktiven Vertragsärzte in den letzten Jahren â unbeschadet der Umlage für die EHV â ihre Honorareinnahmen hätten verbuchen können. Die Belastung der aktiven Vertragsärzte mit Beiträgen bzw. Umlagen zu Gunsten der EHV-Leistungen bewegten sich ab 1. Juli 2012 zwischen 5% und 6 %. Die Beklagte habe daraus auch schon Rücklagen gebildet für den Fall, dass sie an klagende EHV-Bezieher Nachzahlungen leisten müssten â auch dies ohne finanzielle Nachteile für die aktiven Vertragsärzte. Die Honorare aus den Selektivverträgen müssten ab dem Quartal IV/11 dem Durchschnittshonorar hinzugerechnet werden, welches für die Berechnung der EHV-Leistungen herangezogen werde. Wer die Verzögerung zu verantworten habe, sei unerheblich. Möglich sei das Gesetz, welches ab 1. Januar 2010 umzusetzen gewesen sei. Nach der Entscheidung des BSG vom 19. Februar 2014 müssten die Beklagte nun prüfen, welche Regelung an die Stelle der beanstandeten Grundsätze der EHV trete. Eine Korrektur habe zur Folge, dass der Startpunktwert abzuändern sei. Weiterhin wandte er sich gegen die Höhe der Verwaltungskostenumlage.

Die Beklagte hat gegenüber dem Sozialgericht auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid verwiesen. Weiter hat sie vorgetragen, im Verfahren vor dem Bundessozialgericht werde die Frage der Rechtmäßigkeit des Nachhaltigkeitsfaktors generell geprüft. Soweit das Sozialgericht seinerzeit eine Absicherung gegen eine mögliche zunehmende Entwertung der Anwartschaften gerügt habe, habe die Vertreterversammlung in ihren Sitzungen am 27. August und 29. Oktober 2011 eine Satzungsänderung u.a. zu Â§ 8 Abs. 1 GEHV beschlossen. Die Beklagte verteidigte ihren Rechtsstandpunkt zum Nachhaltigkeitsfaktor. Der Verpflichtung zur Einbeziehung der Honorare aus Sonderverträgen sei sie nachgekommen. Dem Â§ 8 KVHG könne nicht der gesetzgeberische Wille entnommen werden, dass sich die Honorare aus Sonderverträgen steigernd auf die EHV-Ansprüche auswirken sollten. Klarstellend merke sie an, dass die Honorare aus Sonderverträgen nicht zur Beitragssenkung bei aktiven Ärzten verwandt worden seien. Auch nach der Neuregelung habe sich der Verwaltungskreislauf und -aufwand nicht verringert. Den konkreten Einfluss der Entscheidung des Bundessozialgerichts auf die Rechtmäßigkeit des streitgegenständlichen Anpassungspunktwertes könne sie erst nach Erhalt der schriftlichen Urteilsgründe beurteilen. Sie habe zwischenzeitlich einen Beirat für die EHV eingerichtet.

Die Vertreterversammlung der Beklagten beschloss am 30. Mai 2015 eine Neufassung der Â§ 8 Abs. 1, Â§ 10 GEHV und schaffte den Nachhaltigkeitsfaktor ab. Die Neufassung wurde mit Schreiben des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration vom 18. Juni 2015 genehmigt (zum Normtext Bl. 311 ff. d.A.).

Unter dem Datum vom 5. Februar 2016 erließ die Beklagte einen Umsetzungsbescheid auf der Grundlage der neuen Satzung, der zu einer Nachvergütung i.H.v. 4.156,02 â für den Zeitraum 1. Juli 2012 bis 30. Juni 2013 führte (Bl. 337 ff. d.A.).

Das Sozialgericht hat durch Urteil vom 5. November 2014 die Beklagte unter Abänderung des Bescheids der Beklagten vom 29. Juni 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Februar 2013 verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Klage sei zulässig. Streitgegenstand seien auch die Kontoauszüge vom 22. Mai 2013 (Bl. 236 d.A.) und 12. März 2014, soweit darin die Verwaltungskosten für den strittigen Zeitraum festgesetzt worden seien. Diese ändern den angefochtenen Ausgangsbescheid als Dauerverwaltungsakt insoweit ab, als sie monatsweise den Zahlbetrag durch die festgesetzten Verwaltungskosten verringerten. Die Kontoauszüge, die nach Klageerhebung ergangen seien, würden dadurch Gegenstand des Klageverfahrens ([Â§ 96 Abs. 1 SGG](#)).

Die Klage sei auch weitgehend begründet. Der angefochtene Bescheid sei rechtswidrig. Er sei daher abzuändern gewesen. Der Kläger habe einen Anspruch auf Neubescheidung über seinen EHV-Anspruch ab dem 1. Juli 2012 bis zum 30. Juni 2013 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Die Abänderungsbescheide durch die Kontoauszüge vom 22. Mai 2013 und 12. März 2014, soweit darin die Verwaltungskosten für den strittigen Zeitraum festgesetzt worden seien, seien rechtmäßig. Sie seien daher nicht abzuändern gewesen. Die Klage sei daher im übrigen abzuweisen gewesen.

Die strittige Festsetzung im angefochtenen Bescheid sei rechtswidrig, soweit die Beklagte bei der Festsetzung des maßgeblichen Punktwerts ein durch den sog. Nachhaltigkeitsfaktor verringertes Jahresdurchschnittshonorar 2010 zugrunde gelegt habe (wird weiter ausgeführt).

Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers auf Teilnahme an der EHV in dem streitbefangenen Zeitraum seien die GEHV in der durch Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten in den Sitzungen vom 10. März 2012 und 12. Mai 2012 mit Wirkung zum 1. Juli 2012 verabschiedeten und von dem aufsichtführenden Sozialministerium des Landes Hessen mit Schreiben vom 25. Mai 2012 genehmigten Fassung, veröffentlicht in info.doc Nr. 3, Juni 2012, sowie als EHV-Aktuell Rundschreiben vom Juni 2012. Nach der Neufassung der GEHV würden die über die Beitragszeit erworbenen Punkte mit einem festen Punktwert in Euro multipliziert. Aus der Multiplikation ergebe sich die Höhe des monatlichen EHV-Bezugs. Es würden maximal 14.000 Punkte berücksichtigt. Der Punktwert werde erstmalig für den 1. Juli 2012 nach Â§ 10 Abs. 1 und 2 festgesetzt (Â§ 4 Abs. 2 GEHV). Der Punktwert werde mit vier Dezimalstellen festgelegt. Soweit sich rechnerisch mehr Dezimalstellen ergeben, erfolge eine kaufmännische Rundung (Â§ 4 Abs. 3 GEHV). Der Anspruch werde jährlich zum 1. Juli neu festgestellt und gelte unverändert für ein Jahr (Â§ 4 Abs. 5 GEHV). Für den erstmalig zum 1. Juli 2012 festgelegten Punktwert sei der Ausgangswert der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 nach den bis zum 30. Juni 2012 gültigen Grundsätzen der EHV maßgebend. Der Wert eines Punktes werde auf der Basis der bisher gültigen Normalstaffel ermittelt. Die maximal erreichbare Punktzahl betrage nach der bisher gültigen Normalstaffel 12.000 Punkte, der maximale EHV-Anspruch entspreche 18%. Ein Prozentpunkt entspreche damit $12.000 : 18 = 666,666$ Punkten. Der Wert eines Punktes ergebe sich aus folgender

Formel: Ein Prozent des Jahresdurchschnittshonorars 2010: (12.000 [maximale Punkte nach der bisherigen Fassung]: 18 [Anspruchshöchstsatz]) x 12 [Monate] = Punktwert 2012/2013 (§ 10 GEHV).

Nach der Einlassung der Beklagten im Schriftsatz vom 9. Oktober 2014 sei davon auszugehen, dass diese veröffentlichte Formel der verabschiedeten Formel entspreche. Offensichtlich handele es sich aber um ein Redaktionsversehen, was vor einer Neubescheidung der Beklagten durch Beschluss der Vertreterversammlung durch Änderung der Formel klarzustellen sei. Die Kammer gehe von einem Redaktionsversehen aus, da nach der verabschiedeten Formel der Punktwert, der sich auf einen monatlich zu bestimmenden Anspruch bezieht, nicht durch den Monatsfaktor 12 dividiert, sondern mit diesem Faktor multipliziert werde. Hierdurch ergibt sich das 144-fache des offensichtlich gewollten Werts eines Punkts. Soweit die Beklagte im Rahmen der Neubescheidung an dieser Formel festhalte, sei die runde Klammer nach $\frac{1}{12}$ [Anspruchshöchstsatz] hinter $\frac{1}{12}$ [Monate] zu setzen oder sei $\frac{1}{12}$ worauf die Beklagte hinweist das Multiplikationszeichen \times vor $\frac{1}{12}$ [Monate] durch das Divisionszeichen zu ersetzen. Soweit der Vortrag des Klägers im parallel verhandelten Verfahren zum Az. [S 12 KA 84/13](#) in der mündlichen Verhandlung zutreffen sollte, er habe bereits in der Vergangenheit auf die Fehlerhaftigkeit der Formel bei der Beklagten hingewiesen, habe sich damit aber mit dem Hinweis, die Formel habe ihre Richtigkeit, kein Gehör verschaffen können, sei für die Kammer nicht verständlich, weshalb die Beklagte die Klarstellung nicht bereits in der Vergangenheit vorgenommen habe. Nach der so verstandenen Vorgabe werde der sich im Jahr 2010 ergebende Punktwert auf der Grundlage einer 12.000 Punkte umfassenden Normalstaffel nach den zuvor geltenden GEHV ermittelt und würden die bisherigen EHV-Bezüge bzw. Anwartschaften auf dieser Grundlage umgerechnet. Aufgrund der nunmehr maximal erreichbaren Punktzahl von 14.000 Punkten, was auf der Grundlage der Beitragsklasse 4 erst in 35 Jahren erreicht werden könne, gegenüber vormals 12.000 Punkten, was aber zuvor nach 30 Jahren auf der Grundlage des Durchschnittshonorars möglich gewesen sei, könne zukünftig aufgrund der höheren Beitragsklassen ein um 16,7 % höhere Anwartschaft erreicht werden. Als sog. Bestands-EHV-Bezieher betreffe den Kläger aber dieser Teil der Neuregelung nicht. Das Durchschnittshonorar 2010 sei nach § 3 Abs. 1 Buchstabe a GEHV a. F. zu bestimmen. Danach werde für jedes Quartal nach Berücksichtigung der besonderen Kosten nach § 5 das Prozentverhältnis der anerkannten Honorarforderung aus der Abrechnung der Primär- und Ersatzkassen des einzelnen Vertragsarztes zur Durchschnittshonorarforderung aller Vertragsärzte im Bereich der KV Hessen im gleichen Quartal festgestellt. Dabei seien auch von Versicherten direkt an den Vertragsarzt geleistete Zahlungen (honoraräquivalente Zahlungen, z. B. Zuzahlungen nach [§ 28 Abs. 4 SGB V](#)) mit einzubeziehen. Die Berücksichtigung der Kostenanteile bzw. die Berücksichtigung der Vergütung technischer Leistungen nach § 5 GEHV a.F. i. V. m. den dazu beschlossenen Anlagen sei rechtmäßig (vgl. BSG, Urt. v. 19. Februar 2014 – B 6 KA10/13 R – juris Rn. 36 ff.). Soweit die Beklagte das Durchschnittshonorar 2010 nach Anwendung des sog. Nachhaltigkeitsfaktors berechnet habe, wovon nach den Einlassungen der Beklagten auszugehen sei und was die mündliche Verhandlung bestätigt habe, entspreche dies bereits nicht

stehe, durch den Prozentsatz dividiert werde, der angebe, wie sich die gewichtete Zahl der Beitragszahler im zweiten Jahr vor der Anpassung (t -2) zu der des Jahres vor der Anpassung (t-1) verhalte. Die gewichtete Zahl der Beitragszahler ergebe sich, indem die Beitragssumme des jeweiligen Jahres durch den jeweiligen Durchschnittsbeitrag (Beitragsklasse 4) dividiert werde (Â§ 4 Abs. 4 GEHV). Der Veränderungsprozentsatz falle damit geringer aus, wenn in den beiden Vorjahren eine Steigerung des Umfangs der EHV-Leistungen zu verzeichnen sei und/oder die Zahl der beitragspflichtigen Ärzte abnehme, er falle höher aus, soweit der Umfang der EHV-Leistungen abgenommen habe und/oder die Zahl der beitragspflichtigen Ärzte gestiegen sei. In jedem Fall sei er aber unabhängig von der Entwicklung der ärztlichen Einkommen, die nicht zwingend mit der Veränderung der Bezugsgröße korrelieren müssten, und auch von den Einnahmen aus den Selektivverträgen. Die Beiträge aus den Einnahmen aus den Selektivverträgen dienten auch in der Folgezeit ausschließlich der Finanzierung der EHV und seien ohne Auswirkung auf das Versorgungsniveau der EHV-Bezieher. Nur bei dem einzelnen Vertragsarzt könnten sie zur Erhöhung der individuellen Anwartschaft führen. Auswirkungen der Beiträge aus den Einnahmen aus den Selektivverträgen auf das EHV-Versorgungsniveau beständen nur indirekt vermittelt über den sog. paritätischen Defizitenausgleich nach Â§ 5 GEHV, der nur einen weiteren Anwartschaftsverlust beschränke. Ergebe eine vorab vorzunehmende Schätzung, dass die EHV-Ausgaben durch die Beitragseinnahmen nicht gedeckt seien, erfolge der âparitätische Defizitenausgleichâ. Die Hälfte des prognostizierten Fehlbetrages sei durch eine Beitragserhöhung aufzubringen, die andere Hälfte durch Absenkung des Punktwerts, wobei den bisherigen EHV-Beziehern der zuvor gezahlte Punktwert in jedem Fall garantiert werde, für sie also keine Verringerung eintrete, aber eine Erhöhung geringer ausfallen oder ganz wegfallen könne. Lediglich die erstmaligen EHV-Bezieher erhielten den neu errechneten Punktwert. Der verbleibende Fehlbetrag sei durch eine weitere Erhöhung der Beitragssätze auszugleichen. (Â§ 5 GEHV). Müsse eine in Höhe von 7% der zu erwartenden Beitragseinnahmen der folgenden 12 Kalendermonate bestehende Schwankungsreserve angegriffen werden, so seien für die folgenden 12 Kalendermonate abweichend zu Â§ 4 und 5 der Punktwert und die Beitragssätze so festzusetzen, dass zusätzlich zur Finanzierung der Leistungen aus den Beiträgen die Schwankungsreserve auf den Sollwert aufgefüllt werde (Â§ 6 GEHV). Entsprechend sei auch für die Überführung der Schwankungsreserve zu verfahren (Â§ 10 Abs. 4 GEHV). Dabei komme es nicht darauf an, ob der Gesetzgeber oder die Beklagte verspricht die Rechtsgrundlagen zur Einbeziehung der Einnahmen aus den Selektivverträgen zur Finanzierung der EHV geschaffen hätten. Insofern kämen dem Landesgesetzgeber und der Beklagten als Normgeber Gestaltungsspielräume zu. Ein Anspruch des Klägers auf ein bestimmtes Tätigwerden der Normgeber oder ein Tätigwerden zu einem bestimmten Zeitpunkt sei nicht ersichtlich. Maßgeblich sei allein, dass die Normgeber die Einbeziehung der Einnahmen aus den Selektivverträgen zur Finanzierung der EHV geschaffen hätten. Nur der Landesgesetzgeber sei befugt gewesen, die hier erfolgten Anpassungen auf die sich verändernden Versorgungsstrukturen vorzunehmen, nicht die Beklagte als Satzungsgeberin, da die strittigen Honoraranteile außerhalb des Kompetenzbereichs der Beklagten erzielt würden. Â§ 11 GEHV a.F. sei durch die Beschlässe der

Vertreterversammlung der KV Hessen in den Sitzungen vom 20. Februar 2010, 29. Mai 2010 und 28. August 2010 verabschiedet und gemäß [Â§ 81 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vom Hessischen Sozialministerium mit Schreiben vom 10. Juni 2011 genehmigt und veröffentlicht worden durch das Mitgliederrundschreiben der Beklagten "EHV Aktuell" vom 6. Juli 2011. Â§ 11 GEHV a.F. mit der Einbeziehung der Honorare aus Selektivverträgen wiederum beruht auf Â§ 8 KVHG in der Fassung des Hessischen Landesgesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 14. Dezember 2009, GVBl. 2009, Teil I, 662, in Kraft getreten am 23. Dezember 2009.

Die in der dargelegten Form durch die Neufassung der GEHV vorgenommene Abkopplung von den Ärzteeinkommen, im strittigen Zeitraum neben der Einrechnung des sog. Nachhaltigkeitsfaktors durch die Nichtberücksichtigung der Einnahmen aus Sonderverträgen bei der Festsetzung des Versorgungsniveaus, halte die Kammer für unzulässig. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bestehe ein Anspruch des EHV-Beziehers auf Teilhabe an der Honorarverteilung in einem bestimmten Umfang. Die Anwartschaft aus der EHV schütze aber gerade den Anspruch auf Teilhabe an der Honorarentwicklung und nicht lediglich ein Existenzminimum (Hinweis auf BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - B 6 KA10/13 R - juris Rn. 51 und 54 m.w.N.). Von daher komme es nicht auf die Motive des Landesgesetzgebers an, weshalb er Â§ 8 KVHG neu gefasst habe. Im Äußerigen hab er als Problem benannt, dass aus der Gesamtvergütung herausgebrochene Teile nicht ohne weiteres in die Berechnung der Umlage für die EHV zur Deckung der bereits erworbenen Ansprüche und Anwartschaften der Altersversorgung einbezogen werden könnten, was im Ergebnis die Bemessungsgrundlage für die EHV deutlich verringert habe. Der Landesgesetzgeber habe damit auch auf das sinkende Niveau der Bemessungsgrundlage und damit letztlich der Bezugsgröße für die EHV-Ansprüche verwiesen. Daraus könne keineswegs gefolgert werden, er habe allein fiskalische Interessen der Beklagten in den Blick genommen. Die Neufassung der GEHV gebe aber die bisherige Bindung an die allgemeine Honorarentwicklung auf, was offensichtlich ausdrücklich beabsichtigt sei (vgl. Ruland, Gutachten, Stand: 26. Juli 2011, Rn. 41). Es komme nicht darauf an, ob die Ankoppelung an die Bezugsgröße tatsächlich, gemessen an den Steigerungsraten, zu einer Entkoppelung von der allgemeinen Honorarentwicklung der hessischen Vertragsärzte führe. Im Äußerigen sei die Beklagte der Anfrage der Kammer, in welchem Umfang Honoraranteile außerhalb der Gesamtvergütung bisher erfasst wurden, jeweils bezogen auf die Zeiträume Juli 2012 bis Juni 2013 bzw. Juli 2013 bis Juni 2014 und ob Zeiträume davor erfasst würden, nicht nachgekommen. Soweit die Beklagte vortrage, Honorare außerhalb der Gesamtvergütung würden nicht abgefragt werden, sei dies der Kammer nicht nachvollziehbar, da ihr aus zahlreichen EHV-Beitragsstreitigkeiten bekannt sei, dass eine Erhebung erfolge. Insofern bestehe nach Â§ 11 Abs. 6 Satz 1 GEHV a.F. bzw. Â§ 5 Abs. 4 Satz 1 GEHV auch eine Nachweispflicht des einzelnen Vertragsarztes. Für die Quartale III/11 bis II/12 sei die Beklagte zudem nach Â§ 11 Abs. 6 Satz 2 GEHV a.F. befugt gewesen, bei Nichtangabe die Quartalseinkünfte zu schätzen. Es habe der Verwaltungspraxis entsprochen, eine Schätzung in Höhe einer

Durchschnittseinnahme von 25.000,00 € im Quartal vorzunehmen. Allerdings habe die Beklagte sich bisher in Verfahren gegen entsprechende Festsetzungen geweigert, dem Gericht die Datengrundlage für die Durchschnittseinnahme anzugeben. Soweit die Beklagte in der mündlichen Verhandlung die gemeldeten Umsätze und die Gesamtsumme der aus Schätzbescheiden sich ergebenden Festbeträge für das Quartal III/11 mit 11.313.339,05 € angegeben habe und für die Folgequartale IV/11 bis II/12 angegeben habe, sie habe entsprechend hohe Meldungen erhalten, entbehrten diese Angaben jeglicher Nachvollziehbarkeit. Auch habe sich der Beklagtenvertreter geweigert, die ihm vorliegende schriftliche Unterlage zur Gerichtsakte zu reichen. Letztlich sei es für die Kammer hierauf nicht angekommen, weshalb sie von einer Durchsetzung ihres Auskunftsanspruchs auch im Hinblick auf weitere Verzögerungen abgesehen hat, da bereits die strukturelle und grundsätzliche Abkopplung der Einnahmen aus Sonderverträgen rechtswidrig sei. Im Übrigen seien auch die von der Beklagten genannten Zahlen, ihre Richtigkeit unterstellt, nicht unerheblich. Bei einem Quartalsvolumen von 11,3 Mio. € und einem sich daraus ergebenden Jahresvolumen von 45,2 Mio. € wärde sich der Jahresumsatz bei 9.000 Ärzten um ca. 5.022,22 € erhöhen. Auf der Grundlage des früheren Anspruchshöchstsatzes von 18 % ergibt dies einen EHV-Mehrbetrag von 904 € im Jahr. Gemessen am maximalen EHV-Jahresbetrag im strittigen Zeitraum von 26.884,80 € (12 x 2.240,40 €) bewege sich der strittige Mehrbetrag damit in einer Größenordnung von 3,4 %. Zu beachten sei hierbei auch, dass es sich um eine Dauerleistung handle. Insgesamt sei daher davon auszugehen, dass ein nicht zu vernachlässigender Honoraranteil der außerhalb der an die KV zu leistende Gesamtvergütung von den Krankenkassen zu zahlen sei, nicht in die Berechnung der EHV-Ansprüche einbezogen werde. Bei den Einnahmen aus Sonderverträgen handle es sich auch um Teile der vertragsärztlichen Vergütung. Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 propagierte zur Stärkung bzw. Schaffung von Wettbewerbsstrukturen die Abkehr vom Kollektiv- zum Selektivvertragssystem. Die bereits zuvor bestehende, aber eher bescheidene und wenig angenommene Tendenz des Gesetzgebers, die Vertragskompetenz der Krankenkassen unter Ausschaltung der KVen zur Schaffung neuer Versorgungsstrukturen zu erweitern, sei erheblich ausgebaut worden, insbesondere durch die [§§ 73b, 73c](#) und [73d SGB V](#) in der damaligen Fassung. Entsprechend sei die Gesamtvergütung zu verringern ([§ 73b Abs. 7](#), [73c Abs. 6 SGB V](#)). Von daher sei die Einschätzung des Landesgesetzgebers zutreffend, hierdurch würden Leistungen, die bisher von zugelassenen Vertragsärzten im System der gesetzlichen Krankenversicherung für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten erbracht und über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen als Gesamtvergütung abgerechnet worden seien, aus diesem Abrechnungskreislauf ausgegliedert werden. Soweit die Befugnis der Beklagten damit aus den veränderten Strukturen der Versorgungs- und Abrechnungswege folge, bedeute dies aber auch, dass jedenfalls dann, wenn die Beklagte Zugriff auf diese Vergütungsanteile zur Finanzierung der EHV erhalte, diese Vergütungsanteile aber auch nach den Vorgaben der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung bei Bemessung des Versorgungsniveaus im Rahmen der erforderlichen Anwartschaftserhaltung der EHV-Bezieher zu berücksichtigen

seien. Dies werde die Beklagte nach Änderung ihrer Satzungsgrundlagen bei einer Neubescheidung ebenfalls zu beachten haben. Soweit sie weiterhin am Aufsatzjahr 2010 festhalte, sei durch eine Übergangsregelung zu gewährleisten, dass die Festsetzung des Durchschnittshonorars auch die Einnahmen aus den Sonderverträgen angemessen berücksichtige. Soweit der Beklagten Daten für das Jahr 2010 nicht vorliegen, habe sie auf der Datengrundlage der Folgejahre eine entsprechende Schätzung vorzunehmen.

Die Klage sei aber im übrigen abzuweisen gewesen. Von der Kammer nicht zu beanstanden sei die Höhe der Verwaltungskostenumlage. Insofern seien die Festsetzungen in den angefochtenen Kontoauszügen rechtmäßig und daher nicht aufzuheben. Im angefochtenen EHV-Bescheid werde darauf hingewiesen, dass von den errechneten monatlichen EHV-Zahlungen noch die jeweils gültige Verwaltungskostenumlage abgezogen werde. Diese werde in gleicher Höhe wie für die aktiven Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erhoben und habe im streitbefangenen Zeitraum nach Angaben der Beklagten 2,49 % betragen. Die Festsetzung der Verwaltungskosten sei durch Verwaltungsakt in den genannten und, wie bereits ausgeführt, streitgegenständlichen Kontoauszügen erfolgt. Auch wenn die Kammer grundsätzlich Bedenken habe, dass eine solche Festsetzung lediglich im Kontoauszug erfolge, so werde aber hinreichend bestimmt und geregelt, wie hoch die Verwaltungskosten seien. Insofern handele es sich um eine eindeutige bestimmte Regelung und um einen Verwaltungsakt im Sinne des [§ 31 SGB X](#). Rechtsgrundlage für die Erhebung von Verwaltungskostenbeiträgen sei [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V](#). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sehe, reiche es aus, wenn die Satzung die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthalte. Eine Satzungsvorschrift auch für den Betrag der Kostenumlage sei nicht erforderlich. Dies könne die Vertreterversammlung vielmehr in anderer Weise normativ regeln. Diesen Anforderungen werde im vorliegenden Fall durch [§ 3 Abs. 7](#) der Satzung der Beklagten entsprochen wird (ausgeführt). Auch der konkrete Betrag bzw. Prozentsatz, auf den die Beklagte die Verwaltungsumlage festgelegt habe, sei rechtlich nicht zu beanstanden. Die Obergrenze zulässiger Belastung ergebe sich entsprechend allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts aus dem Kostendeckungsprinzip. D. h., dass eine KV von ihren Mitgliedern Finanzmittel nur insoweit fordern dürfe, als sie diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötige. Die KV habe die hiernach umlegbaren Kosten ihre eigenen Aufwendungen, vor allem die Kosten der Verwaltung und die Aufwendungen für Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich nach einem einheitlichen Maßstab auf alle Vertragsärzte umzulegen. Dabei dürfe es keiner genauen Bemessung des beitragsrechtlichen Vorteils. Ausreichend seien insoweit Schätzungen und Vermutungen sowie vergrößerte Pauschalierungen. Die Höhe der Beiträge dürfe gemäß dem Äquivalenzprinzip lediglich nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil bzw. der Vorteilsmöglichkeit stehen, den bzw. die sie abgeben sollen. Die Beklagte sei im Rahmen ihrer Satzungsbefugnisse berechtigt gewesen, nicht zwischen aktiven und inaktiven Vertragsärzten zu unterscheiden. Dies folge bereits aus dem Umstand, dass die gesamte EHV als Teil der Honorarverteilung geregelt sei. Auch könne ohne die Erfüllung des

Sicherstellungsauftrags durch die aktiven VertragsÄrzte und die sich hieraus ergebende Honorarverteilung keine EHV durchgeführt werden.

Gegen das am 11. November 2014 der Beklagten zugestellte Urteil hat diese am 5. Dezember 2014 Berufung eingelegt. Der Kläger hat am 30. März 2015 Anschlussberufung eingelegt.

Wegen Sprungrevisionen in Parallelverfahren zur identischen Regelung, aber späteren Zeiträumen (Az. beim Bundessozialgericht: