

Verkündet am 5. November 2014



Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit



Kläger,



g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, vertreten durch den Vorstand,
Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt am Main,

Beklagte,

hat die 12. Kammer des Sozialgerichts Marburg auf die mündliche Verhandlung vom
5. November 2014 durch den Richter am Sozialgericht [redacted]

[redacted] für Recht erkannt:

- 1. Unter Abänderung des Bescheids der Beklagten vom 29.06.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.02.2013 wird die Beklagte verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.**
- 2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.**
- 3. Die Beklagte hat 9/10 und der Kläger 1/10 der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat dem Kläger 9/10 seiner notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.**

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Anspruchs auf Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten für den Zeitraum 01.07.2012 bis 30.06.2013 und hierbei um die fehlende Einbeziehung des Honorars aus Selektivverträgen im Aufsatzjahr 2010, die Höhe des noch unter Einbeziehung des sog. Nachhaltigkeitsfaktors berechneten Auszahlungspunktwerts und die Höhe der Verwaltungskostenumlage. Es handelt sich um eine von drei bei der Kammer anhängigen Musterklagen.

Der am [REDACTED] geborene und jetzt 75-jährige Kläger war zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in Hessen zugelassen. Als solcher unterlag er den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten. Auf seine Zulassung verzichtete er zum [REDACTED]. Nach Beendigung seiner Zulassung setzte die Beklagte mit Bescheid vom [REDACTED] den Anspruch des Klägers an der Erweiterten Honorarverteilung ab [REDACTED] % fest. Dies entsprach einem vierteljährlichen EHV-Honorar von seinerzeit [REDACTED] €. Die Beklagte teilte dem Kläger unter Datum vom [REDACTED] mit, es sei korrekt, dass aufgrund der Satzungsregelung zum 01.07.2006 der Anspruchssatz gem. dem Bescheid vom [REDACTED] % auf [REDACTED] % geändert worden sei.

Die Beklagte wandelte mit Bescheid vom [REDACTED] aufgrund der Neuregelung der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung den Anspruchssatz von [REDACTED] % mit dem Umrechnungsfaktor 666,666 in einen EHV-Anspruch in Höhe von [REDACTED] Punkten zum 01.07.2012 um. Bei einem Auszahlungspunktwert in Höhe von 0,1867 Euro errechnete sie hieraus einen monatlichen Anspruch von [REDACTED] Euro, gültig für ein Jahr und vor Abzug von Verwaltungskosten und möglicher Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.

Hiergegen legte der Kläger am 09.07.2012 Widerspruch ein. Zur Begründung seines Widerspruchs führte er aus, 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 Verwaltungskos-

tenumlage zum Abzug gebracht werden.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 06.02.2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. In den Bescheidgründen führte sie aus, ihre Vertreterversammlung habe in ihren Sitzungen am 10.03.2012 und 12.05.2012 die Neufassung der GEHV beschlossen, die am 01.07.2012 in Kraft getreten sei. Eine Reform der EHV sei angesichts einer wachsenden Anzahl von EHV-Empfängern und einer gleichzeitig abnehmenden Anzahl von Einzählern erforderlich geworden. Mit der Übergangsregelung nach § 10 GEHV sei der Anspruchssatz in Prozenten in eine Punktzahl umzurechnen. Die maximal erreichbare Punktzahl betrage nach der bisher gültigen Normalstaffel 12.000 Punkte, der maximale EHV-Anspruch entspreche 18 %. Ein Prozentpunkt entspreche damit $12.000 : 18 = 666,666$ Punkte. Darin geregelt werde auch, dass erstmalig ein Punktwert festzulegen sei. Ausgangswert hierfür sei der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 nach den bis zum 30.06.2012 gültigen Grundsätzen der EHV. Der Wert eines Punktes werde auf der Basis der bisher gültigen Normalstaffel ermittelt. In § 10 Abs. 4 sei festgelegt, dass die EHV-Empfänger zum 01.07.2012 einen Anpassungsbescheid erhielten. Das LSG Hessen 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 14.12.2009 sei in dem neugefassten § 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 § 11 „Ergänzende Bestimmungen zur Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen außerhalb der Gesamtvergütung“ 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 20.02., 29.05. und 28.08.2010 stattgefunden hätten. Sodann hätte noch die Genehmigung des Ministers abgewartet werden müssen, die mit Schreiben vom 10.06.2011 erfolgt sei. Eine Veröffentlichung in „EHV Aktuell“ sei in der Ausgabe vom 06.07.2011 erfolgt. In der Neufassung werde die Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen in § 3 GEHV fortgeführt. Hinsichtlich der Verwaltungskostenumlage verweise sie auf das rechtskräftige Urteil des SG Marburg vom 21.12.2011 - S 12 KA 172/11 -. Das SG halte die Erhebung von Verwaltungskosten für rechtmäßig.

Hiergegen hat der Kläger am 19.02.2013 die Klage erhoben. Er trägt vor, der Nachhaltigkeitsfaktor sei unverhältnismäßig. Dies gelte auch für den entsprechend abgesenkten Punktwert als Grundlage der Berechnung gem. der Übergangsregelung nach § 10

GEHV. Unberücksichtigt seien Sondervergütungen bei der Berechnung seiner EHV-Ansprüche und bei der Berechnung der EHV-Ansprüche nach § 10 GEHV geblieben. Sog. Bestandsrentner, also Personen, die EHV-Leistungen schon vor dem 01.07.2012 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. Im Fall der quartalsweisen Berechnung der EHV fänden kaum nachvollziehbare Arbeitsschritte statt, schon gar nicht ergebe sich ein auch nur halbwegs mit der angeforderten Verwaltungskostenumlage in einem Verhältnis der Äquivalenz stehender Aufwand. Die Honorarprüfung, die Prüfung sachlich-rechnerischer Richtigkeiten etc. bei aktiven Vertragsärzten umfasse ein Vielfaches an Aufwand gegenüber der Berechnung der EHV-Leistungen. Ab dem 01.07.2012 erteile die Beklagte nur noch einmal pro Jahr einen Rentenbescheid, so dass auch unter Berücksichtigung eines weiten Gestaltungsermessens die Anforderung der gleichen Verwaltungskostenumlage wie für aktive Vertragsärzte gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung verstoße. Es handele sich rechtlich um eine „Gebühr“. Allein von den Inaktiven würden pro Monat mehr als 200.000,00 Euro Verwaltungsumlage erhoben werden. Dieser Betrag werde unter keinen Umständen für die „Verwaltung“ der EHV-Ansprüche benötigt. Der Verwaltungsaufwand habe sich zudem erheblich vereinfacht. Irgendwelche Berechnungen hinsichtlich Praxiskosten etc. fielen nicht mehr an. Auch seien Korrekturabrechnungen zur Feststellung des Durchschnittshonorars entfallen, wie es nach altem Recht noch erforderlich gewesen sei. Für den Sicherstellungsauftrag könnten die EHV-Teilnehmer nicht herangezogen werden. Die Satzung lasse in § 3 Abs. 7 unterschiedlich hohe Gebühren zu. Von dieser Differenzierungsmöglichkeit habe die Beklagte unter Verstoß gegen den Gleichheitssatz des Art. 3 GG keinen Gebrauch gemacht. 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 – unbeschadet der Umlage für die EHV – höhere Honorareinnahmen hätten verbuchen können. Die Belastung der aktiven Vertragsärzte mit Beiträgen bzw. Umlagen zu Gunsten der EHV-Leistungen bewegten sich ab 01.07.2012 zwischen 5 % und 6 %. Die Beklagte habe daraus auch schon Rücklagen gebildet für den Fall, dass sie an klagende EHV-Bezieher Nachzahlungen leisten müsse – 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. Maßgeblich sei das Gesetz, welches ab 01.01.2010 umzusetzen gewesen sei.

Nach der Entscheidung des BSG vom 19.02.2014 müsse 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.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 29.06.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.02.2013 und der Kontoauszüge vom 22.05.2013 und 12.03.2014 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid. Weiter trägt sie vor, 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 27.08. und 29.10.2011 eine Satzungsänderung u.a. zu § 8 Abs. 1 GEHV beschlossen. Der Nachhaltigkeitsfaktor dürfe danach nicht unter 80 % sinken und beschränke dadurch eine Minderung der EHV-Bezüge auf diese 80 % im Vergleich zu den erworbenen Ansprüchen. Gleichzeitig dürfe die Belastung der aktiven Vertragsärzte die weiterhin grundsätzlich bei 5 % liege, maximal 6 % erreichen für den Fall, dass die Ansprüche der EHV-Empfänger bis zu einer Höhe von 80 % mit der Quote von 5 % nicht zu bedienen seien. Nur soweit auch dies nicht mehr ausreiche, erfolge eine weitere Absenkung des Nachhaltigkeitsfaktors. Der Verpflichtung zur Einbeziehung der Honorare aus Sonderverträgen sei sie nachgekommen. Das Sozialgericht Marburg habe die Verwaltungskostenumlage als rechtmäßig angesehen. Die darin enthaltene Begründung sei auch auf das im Jahr 2012 reformierte EHV-System zu übertragen, denn nach wie vor sei die gesamte EHV als Teil der Honorarverteilung geregelt. Der Zeitpunkt der Genehmigung der Satzungsänderung bezüglich der Einbeziehung der Honorare aus Sonderverträgen liege im Verantwortungsbereich des Ministeriums. Auch bei einer kürzeren Verfahrensdauer wäre eine Genehmigung nicht vor Beginn des letzten Jahresquartals zu erwarten gewesen. Dem § 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.

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

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e

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. Streitgegenstand sind auch die Kontoauszüge vom 22.05.2013 und 12.03.2014, soweit darin die Verwaltungskosten für den strittigen Zeitraum festgesetzt worden sind. Diese ändern den angefochtenen Ausgangsbescheid als Dauerverwaltungsakt insoweit ab, als sie monatsweise den Zahlbetrag durch die festgesetzten Verwaltungskosten verringern. Die Kontoauszüge, die nach Klageerhebung ergangen sind, werden dadurch Gegenstand des Klageverfahrens (§ 96 Abs. 1 SGG). Von daher kann dahinstehen, ob bereits im Ausgangsbescheid mit dem Hinweis auf die Verwaltungskosten eine Grundentscheidung im Sinne eines Verwaltungsakts und damit eine anfechtbare Entscheidung bzgl. der Verwaltungskosten getroffen worden ist, wovon die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung übereinstimmend ausgegangen sind.

Die Klage ist auch weitgehend begründet. Der angefochtene Bescheid vom 29.06.2012 in

Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.02.2013 ist rechtswidrig. Er war daher abzuändern. Der Kläger hat einen Anspruch auf Neubescheidung über seinen EHV-Anspruch ab dem 01.07.2012 bis zum 30.06.2013 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Die Abänderungsbescheide durch die Kontoauszüge vom 22.05.2013 und 12.03.2014, soweit darin die Verwaltungskosten für den strittigen Zeitraum festgesetzt worden sind, sind rechtmäßig. Sie waren daher nicht abzuändern. Die Klage war daher im Übrigen abzuweisen.

Die strittige Festsetzung im angefochtenen Bescheid ist rechtswidrig, soweit die Beklagte bei der Festsetzung des maßgeblichen Punktwerts ein durch den sog. Nachhaltigkeitsfaktor verringertes Jahresdurchschnittshonorar 2010 zugrunde gelegt hat. Hierfür fehlt es bereits an einer Satzungsgrundlage. Zudem ist der sog. Nachhaltigkeitsfaktor nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts rechtswidrig. Die Satzungsgrundlage ist ferner rechtswidrig, als eine Einbeziehung des Honorars aus Sonderverträgen bei der Berechnung der EHV-Ansprüche nicht vorgesehen ist, obwohl die Beklagte diese Einnahmen zur Finanzierung der EHV bereits seit dem Quartal III/11 heranzieht. Ohne Erfolg war die Klage, soweit die Verwaltungskostenumlage angegriffen wird.

Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers auf Teilnahme an der EHV in dem streitbefangenen Zeitraum sind die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung in der durch Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten in den Sitzungen vom 10.03.2012 und 12.05.2012 mit Wirkung zum 01.07.2012 verabschiedeten und von dem aufsichtführenden Sozialministerium des Landes Hessen mit Schreiben vom 25.05.2012 genehmigten Fassung, veröffentlicht in info.doc Nr. 3, Juni 2012, sowie als EHV-Aktuell Rundschreiben vom Juni 2012 (im Folgenden: GEHV).

Nach der Neufassung der GEHV werden die über die Beitragszeit erworbenen Punkte mit einem festen Punktwert in Euro multipliziert. Aus der Multiplikation ergibt sich die Höhe des monatlichen EHV-Bezugs. Es werden maximal 14.000 Punkte berücksichtigt. Der Punktwert wird erstmalig für den 1. Juli 2012 nach § 10 Abs. 1 und 2 festgesetzt (§ 4 Abs. 2 GEHV). Der Punktwert wird mit vier Dezimalstellen festgelegt. Soweit sich rechnerisch mehr Dezimalstellen ergeben, erfolgt eine kaufmännische Rundung (§ 4 Abs. 3 GEHV). Der Anspruch wird jährlich zum 1. Juli neu festgestellt und gilt unverändert für ein Jahr (§ 4 Abs. 5 GEHV). Für den erstmalig zum 1. Juli 2012 festgelegten Punktwert ist der Ausgangswert der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 nach den bis zum 30. Juni 2012 gültigen Grundsätzen der EHV maßgebend. Der Wert eines Punktes wird auf der Basis der bisher gültigen Normalstaffel ermittelt. Die maximal erreichbare Punktzahl be-

trägt nach der bisher gültigen Normalstaffel 12.000 Punkte, der maximale EHV-Anspruch entspricht 18%. Ein Prozentpunkt entspricht damit $12.000 : 18 = 666,666$ Punkten. Der Wert eines Punktes ergibt sich aus folgender Formel:

Ein Prozent des Jahresdurchschnittshonorars 2010 : $(12.000 \text{ [maximale Punkte nach der bisherigen Fassung]} : 18 \text{ [Anspruchshöchstsatz]}) \times 12 \text{ [Monate]} = \text{Punktwert 2012/2013}$ (§ 10 Abs. GEHV).

Nach der Einlassung der Beklagten im Schriftsatz vom 09.10.2014 ist davon auszugehen, dass diese veröffentlichte Formel der verabschiedeten Formel entspricht. Offensichtlich handelt es sich aber um ein Redaktionsversehen, was vor einer Neubescheidung der Beklagten durch Beschluss der Vertreterversammlung durch Änderung der Formel klarzustellen ist.

Die Kammer geht 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 wird. Hierdurch ergibt sich das 144-fache des offensichtlich gewollten Werts eines Punkts. Soweit die Beklagte im Rahmen der Neubescheidung an dieser Formel festhält, ist die runde Klammer nach „[Anspruchshöchstsatz]“ hinter „12 [Monate]“ zu setzen oder ist - worauf die Beklagte hinweist - das Multiplikationszeichen „x“ vor „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, ist für die Kammer nicht verständlich, weshalb die Beklagte die Klarstellung nicht bereits in der Vergangenheit vorgenommen hat.

Nach der so verstandenen Vorgabe wird der sich im Jahr 2010 ergebende Punktwert auf der Grundlage einer 12.000 Punkte umfassenden Normalstaffel nach den zuvor geltenden GEHV ermittelt und werden 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 kann, gegenüber vormals 12.000 Punkten, was aber zuvor nach 30 Jahren auf der Grundlage des Durchschnittshonorars möglich war, kann zukünftig aufgrund der höheren Beitragsklassen ein um 16,7 % höhere Anwartschaft erreicht werden. Als sog.

Bestands-EHV-Bezieher betrifft den Kläger aber dieser Teil der Neuregelung nicht.

Das Durchschnittshonorar 2010 ist nach § 3 Abs. 1 Buchstabe a GEHV a. F. zu bestimmen. Danach wird 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 sind 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 ist rechtmäßig (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - B 6 KA 10/13 R - juris Rdnr. 36 ff.).

Soweit die Beklagte das Durchschnittshonorar 2010 nach Anwendung des sog. Nachhaltigkeitsfaktors berechnet hat, wovon nach den Einlassungen der Beklagten auszugehen ist und was die mündliche Verhandlung bestätigt hat, entspricht dies bereits nicht der Satzungsgrundlage. Mit dem Verweis auf den Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 nach den bis zum 30. Juni 2012 gültigen Grundsätzen der EHV in § 10 Abs. 2 GEHV und damit § 3 Abs. 1 Buchstabe a GEHV a. F. ist das tatsächliche Durchschnittshonorar gemeint.

Maßgeblich für die effektive Höhe des EHV-Anspruchs waren nach den GEHV a.F. neben dem Anspruchssatz das sog. Durchschnittshonorar und der ab dem Quartal III/06 erstmals eingeführte Nachhaltigkeitsfaktor. Das sog. Durchschnittshonorar war alleiniger Bezugspunkt für die Berechnung der Anwartschaft bzw. des Anspruchssatzes nach § 3 GEHV a.F. während der Zeit als aktiver Vertragsarzt. Es war ferner Bezugspunkt für die Berechnung der konkreten Anspruchshöhe. Der Anspruchssatz drückte den prozentualen Anteil aus, der dem inaktiven Vertragsarzt am quartalsweise berechneten Durchschnittshonorar zustand. Dieser Betrag wurde ggf. durch den ab dem Quartal III/06 geltenden Nachhaltigkeitsfaktor gekürzt. Der Nachhaltigkeitsfaktor veränderte damit weder den Anspruchssatz noch das Durchschnittshonorar, sondern setzte als weiterer Faktor an der Anspruchshöhe bzw. am Zahlbetrag an. Nach § 8 Abs. 1 GEHV a.F. „Finanzierung der EHV-Ansprüche“ wurden die für die Finanzierung der nach §§ 3 ff. - also auch auf der Grundlage des Durchschnittshonorars - festgestellten EHV-Ansprüche notwendigen Mittel durch Quotierung der im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte bereitgestellt (Satz 1). Die Quote durfte dabei einen Wert von 5 % nicht überschreiten (Satz 2). Die festgestellten Ansprüche bezogen sich dabei auf das jeweils anerkannte

durchschnittliche Honorar aus der Behandlung von Versicherten der Primär- und Ersatzkassen gemäß § 3 i. V. m. § 5 Abs. 3 (Satz 4). Sollten die erforderlichen Mittel (nach Abs. 1 Satz 2) für die Finanzierung der EHV-Ansprüche nicht ausreichen, waren alle Ansprüche über einen Nachhaltigkeitsfaktor so zu quotieren, dass die quotenmäßigen Belastungen der Punktwerte der Honorarverteilung einen Wert von 5 % nicht überschreitet (Satz 5).

Hätte der Satzungsgeber tatsächlich gewollt, die EHV-Ansprüche ab dem Jahr 2012/13 auf dem durch den Nachhaltigkeitsfaktor quotierten Niveau anzusiedeln, so hätte es einer entsprechenden Regelung bedurft, z.B. durch Verweis auf ein Durchschnittshonorar unter Berücksichtigung des Nachhaltigkeitsfaktors oder durch Anknüpfen an einen auf der Grundlage des EHV-Niveaus des Jahres 2010 zu ermittelnden Ausgangspunktwerts. Ansätze für eine solche Regelung sind nicht ersichtlich.

Soweit die Beklagte sich in der mündlichen Verhandlung darauf eingelassen hat, es sei nie anders gemeint gewesen, dass der Nachhaltigkeitsfaktor anzuwenden sei, was klärgerseits insoweit bestätigt wurde, fehlt hierfür aber jegliche normative Grundlage. Dabei ist auch zu beachten, dass es maßgeblich auf den Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten nach dessen Willensbildungsprozess als Normgeber ankommt. Insofern bindet die Satzungsgrundlage auch die Beklagte selbst, auch bzgl. aller Organe und Sachbearbeiter. Soweit sie einen Korrekturbedarf sieht, besteht die Möglichkeit der Satzungsänderung. Eine schlicht abweichende andere Verwaltungspraxis ist in einem Rechtsstaat jedenfalls nicht möglich, sondern bedeutet rechtswidriges Handeln.

Im Übrigen ist § 8 GEHV a.F. mit dem sog. Nachhaltigkeitsfaktor nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts rechtswidrig (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - B 6 KA 10/13 R - juris Rdnr. 47 ff.; insofern ist die Entscheidung der Kammer vom 24.02.2010 - S 12 KA 350/09 - überholt) und kann daher schon aus diesem Grund nicht bei der Berechnung des Punktwerts nach § 10 Abs. 1 GEHV berücksichtigt werden.

Zu beanstanden war von der Kammer auch das Fehlen einer Übergangsregelung zur Einbeziehung der Einnahmen zur EHV aus Sonderverträgen für die Festsetzung der EHV-Ansprüche.

Im Unterschied zu den Vorgängerregelungen erfolgt die Finanzierung der EHV nicht durch einen festen Prozentsatz des aktuellen KV-Honorarumsatzes abzüglich im Einzel-

nen aufgeführter besonderer Kostensätze, sondern durch feste Beiträge der aktiven Vertragsärzte aufgrund des Honorarumsatzes im Vorvorjahr einschließlich der Honorare aus Selektivverträgen (§ 3 Abs. 1 GEHV). Sachkosten, die nicht innerhalb der Gebührenordnungspositionen des EBM abgegolten sind oder Kapitel 40 entsprechen, sowie Medikamentenkosten oder Erstattungen für Heil-/Hilfsmittel sind abzuziehen (§ 3 Abs. 5 Satz 2 GEHV). Die Regelung geht im Grundsatz zurück auf die GEHV in der geänderten Fassung ab Juli 2011. Der neu eingeführte § 11 GEHV a. F. „Ergänzende Bestimmungen zur Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen außerhalb der Gesamtvergütung“ sah vor, dass zur Finanzierung der Erweiterten Honorarverteilung ergänzend zu der Quotierung der Gesamtvergütung nach § 8 Abs. 1 GEHV 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, herangezogen werden. Dies galt 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. 1). Die auf ein Quartal entfallenden Einnahmen von Vertragsärzten aus Umsätzen ärztlicher Tätigkeit nach Abs. 1 wurden mit der nach § 8 Abs. 2 für das entsprechende Quartal errechneten Quote rechnerisch belastet und zur Finanzierung der EHV herangezogen. Dieser Finanzierungsbeitrag war bei der Auszahlung des Quartalshonorars aus der Gesamtvergütung einzubehalten. Rechnete der jeweilige Vertragsarzt im Quartal weniger Honorar über die KVH ab, als sein Finanzierungsbeitrag zur EHV aus Sonderverträgen nach dieser Vorschrift beträgt, war er verpflichtet den nicht verrechenbaren Betrag unverzüglich nach Erhalt eines entsprechenden Zahlungsbescheides an die KVH zu zahlen (Abs. 2). Damit tragen die Einnahmen aus Selektivverträgen seit dem Quartal III/11 zur Finanzierung der EHV bei. Die Ausrichtung des EHV-Anspruchs auf das Aufsatzjahr 2010 führt dazu, dass sowohl im ersten als auch in den Folgejahren nach der Neuregelung der GEHV die EHV-Bezieher von diesem Teil der vertragsärztlichen Honorarentwicklung abgekoppelt werden. Für die Folgejahre folgt dies aus den Anpassungsregelungen. Die Anpassung des Punktwerts zum 1. Juli eines Jahres erfolgt auf der Basis des Prozentsatzes, um den sich die für das Jahr der Anpassung geltende Bezugsgröße des § 18 Abs. 1 SGB IV im Vergleich zur Bezugsgröße des Vorjahres verändert hat. Der Veränderungsprozentsatz wird mit einem Mengenfaktor multipliziert. Dieser errechnet sich, indem der Prozentsatz, der sich aus dem Verhältnis ergibt, in dem die Gesamtforderung der EHV-Empfänger im zweiten Jahr vor der Anpassung (t -2) zu der des Jahres vor der Anpassung (t-1) steht, durch den Prozentsatz dividiert wird, der angibt, wie sich die gewichtete Zahl der Beitragszahler im

zweiten Jahr vor der Anpassung (t -2) zu der des Jahres vor der Anpassung (t-1) verhält. Die gewichtete Zahl der Beitragszahler ergibt sich, indem die Beitragssumme des jeweiligen Jahres durch den jeweiligen Durchschnittsbeitrag (Beitragsklasse 4) dividiert wird (§ 4 Abs. 4 GEHV). Der Veränderungsprozentsatz fällt damit geringer aus, wenn in den beiden Vorjahren eine Steigerung des Umfangs der EHV-Leistungen zu verzeichnen ist und/oder die Zahl der beitragspflichtigen Ärzte abnimmt, er fällt höher aus, soweit der Umfang der EHV-Leistungen abgenommen hat und/oder die Zahl der beitragspflichtigen Ärzte gestiegen ist. In jedem Fall ist er aber unabhängig von der Entwicklung der ärztlichen Einkommen, die nicht zwingend mit der Veränderung der Bezugsgröße korrelieren muss, und auch von den Einnahmen aus den Selektivverträgen. Die Beiträge aus den Einnahmen aus den Selektivverträgen dienen auch in der Folgezeit ausschließlich der Finanzierung der EHV und sind ohne Auswirkung auf das Versorgungsniveau der EHV-Bezieher. Nur bei dem einzelnen Vertragsarzt können sie zur Erhöhung der individuellen Anwartschaft führen. Auswirkungen der Beiträge aus den Einnahmen aus den Selektivverträgen auf das EHV-Versorgungsniveau bestehen nur indirekt vermittelt über den sog. paritätischen Defizitenausgleich nach § 5 GEHV, der nur einen weiteren Anwartschaftsverlust beschränkt. Ergibt eine vorab vorzunehmende Schätzung, dass die EHV-Ausgaben durch die Beitragseinnahmen nicht gedeckt, erfolgt der „paritätische Defizitenausgleich“. Die Hälfte des prognostizierten Fehlbetrages ist durch eine Beitragserhöhung aufzubringen, die andere Hälfte durch Absenkung des Punktwerts, wobei den bisherigen EHV-Beziehern der zuvor gezahlte Punktwert in jedem Fall garantiert wird, für sie also keine Verringerung eintritt, aber eine Erhöhung geringer ausfallen oder ganz wegfallen kann. Lediglich die erstmaligen EHV-Bezieher erhalten den neu errechneten Punktwert. Der verbleibende Fehlbetrag ist durch eine weitere Erhöhung der Beitragssätze auszugleichen (§ 5 GEHV). Muss eine in Höhe von 7% der zu erwartenden Beitragseinnahmen der folgenden 12 Kalendermonate bestehende Schwankungsreserve angegriffen werden, so sind für die folgenden 12 Kalendermonate abweichend zu §§ 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 wird (§ 6 GEHV). Entsprechend ist auch für die Überführung der Schwankungsreserve zu verfahren (§ 10 Abs. 4 GEHV).

Dabei kommt es nicht darauf an, ob der Gesetzgeber oder die Beklagte verspätet die Rechtsgrundlagen zur Einbeziehung der Einnahmen aus den Selektivverträgen zur Finanzierung der EHV geschaffen haben. Insofern kommen 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 ist nicht ersichtlich. Maßgeblich ist allein, dass die Normgeber die Einbeziehung der Einnahmen aus den Selektivverträgen zur Finanzierung der EHV geschaffen haben. Nur der Landesgesetzgeber war befugt, die hier erfolgten Anpassungen auf die sich verändernden Versorgungsstrukturen vorzunehmen. Insoweit war die Beklagte als Satzungsgeberin nicht selbst befugt, die Änderungen vorzunehmen, da die hier strittigen Honoraranteile außerhalb des Kompetenzbereichs der Beklagten erzielt werden. Im Übrigen kann aus der Gesetzgebungsgeschichte nicht zwingend auf ein verzögertes Handeln geschlossen werden, da insb. dem Landesgesetzgeber ein Gestaltungsspielraum zuzugestehen ist, ob er überhaupt eine Regelung trifft.

§ 11 GEHV a.F. wurde durch die Beschlüsse der Vertreterversammlung der KV Hessen in den Sitzungen vom 20.02.2010, 29.05.2010 und 28.08.2010 verabschiedet und gemäß § 81 Abs. 1 Satz 2 SGB V vom Hessischen Sozialministerium mit Schreiben vom 10.06.2011 genehmigt und veröffentlicht durch das Mitgliederrundschreiben der Beklagten „EHV Aktuell“ vom 06.07.2011. § 11 GEHV a.F. mit der Einbeziehung der Honorare aus Selektivverträgen wiederum beruht auf § 8 KVHG in der Fassung des hessischen Landesgesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 14.12.2009, GVBl. 2009, Teil I, 662, in Kraft getreten am 23.12.2009.

Danach sorgt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zunächst wie bisher 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 An-

sprüche 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).

Die in der dargelegten Form durch die Neufassung der GEHV vorgenommene Abkoppelung von den Ärztteeinkommen, im strittigen Zeitraum neben der Einrechnung des sog. Nachhaltigkeitsfaktors durch die Nichtberücksichtigung der Einnahmen aus Sonderverträgen bei der Festsetzung des Versorgungsniveaus, hält die Kammer für unzulässig.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts besteht ein Anspruch des EHV-Beziehers auf Teilhabe an der Honorarverteilung in einem bestimmten Umfang. Die Anwartschaft aus der EHV schützt aber gerade den Anspruch auf Teilhabe an der Honorarentwicklung und nicht lediglich ein Existenzminimum (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - B 6 KA 10/13 R - juris Rdnr. 51 und 54 m.w.N.). Von daher kommt es nicht auf die Motive des Landesgesetzgebers an, weshalb er § 8 KVHG neu gefasst hat. Im Übrigen hat 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 Lan-

desgesetzgeber hat damit auch auf das sinkende Niveau der Bemessungsgrundlage und damit letztlich der Bezugsgröße für die EHV-Ansprüche verwiesen. Daraus kann keineswegs gefolgert werden, er habe allein fiskalische Interessen der Beklagten in Blick genommen.

Die Neufassung der GEHV gibt aber die bisherige Bindung an die allgemeine Honorarentwicklung auf, was offensichtlich ausdrücklich beabsichtigt ist (vgl. Ruland, Gutachten, Stand: 26. Juli 2011, Rdnr. 41). Insofern kommt es nicht darauf an, ob die Ankoppelung an die Bezugsgröße tatsächlich, gemessen an den Steigerungsraten, zu einer Entkopplung von der allgemeinen Honorarentwicklung der hessischen Vertragsärzte führt. Im Übrigen ist 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 wurden, nicht nachgekommen. Soweit die Beklagte vorträgt, Honorare außerhalb der Gesamtvergütung würden nicht abgefragt werden, ist dies der Kammer nicht nachvollziehbar, da ihr aus zahlreichen EHV-Beitragsstreitigkeiten bekannt ist, dass eine Erhebung erfolgt. Insofern besteht nach § 11 Abs. 6 Satz 1 GEHV a.F. bzw. § 5 Abs. 4 Satz 1 GEHV auch eine Nachweispflicht des einzelnen Vertragsarztes. Für die Quartale III/11 bis II/12 war die Beklagte zudem nach § 11 Abs. 6 Satz 2 GEHV a.F. befugt, bei Nichtangabe die Quartalseinkünfte zu schätzen. Es entsprach der Verwaltungspraxis, eine Schätzung in Höhe einer Durchschnittseinnahme von 25.000,00 € im Quartal vorzunehmen. Allerdings hat 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 hat und für die Folgequartale IV/11 bis II/12 angegeben hat, sie habe entsprechend hohe Meldungen erhalten, entbehren diese Angaben jeglicher Nachvollziehbarkeit. Auch hat sich der Beklagtenvertreter geweigert, die ihm vorliegende schriftliche Unterlage zur Gerichtsakte zu reichen. Letztlich kam es für die Kammer hierauf nicht an, 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 ist. Im Übrigen sind 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. € würde 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 €) bewegt sich der strittige Mehrbetrag damit in einer Größenordnung von 3,4 %. Zu beachten ist hierbei auch, dass es sich um eine Dauerleistung handelt. Insgesamt ist daher davon auszugehen, dass ein nicht zu vernachlässigender Honoraranteil, der außerhalb der an die KV zu leistende Gesamtvergütung von den Krankenkassen zu zahlen ist, nicht in die Berechnung der EHV-Ansprüche einbezogen wird.

Bei den Einnahmen aus Sonderverträgen handelt es sich auch um Teile der vertragsärztlichen Vergütung.

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) v. 26.03.2007, BGBl. I 2007, S. 378, 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, wurde erheblich ausgebaut insbesondere durch die §§ 73b, 73c und 73d SGB V in der damaligen Fassung. Die bereits ab 2004 eingeführte hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V wurde nunmehr für alle Krankenkassen obligatorisch als flächendeckende Versorgung. Mit der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ nach § 73c SGB V können die Krankenkassen fakultativ Verträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, ihren Gemeinschaften, Managementgesellschaften oder auch den KVen über Versorgungsaufträge, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen, schließen. Die integrierte Versorgung sollte im Hinblick auf eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ausgebaut werden (§ 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V). Diese ist insbesondere dann anzunehmen, wenn entweder in einer größeren Region (z. B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z. B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in einer integrierten Versorgung angeboten wird oder in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehen der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird (vgl. BTDRs. 16/3100, S. 152). Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) v. 15.12.2008, BGBl. I, 2426 setzte den Krankenkassen nunmehr eine Frist bis zum 30.6.2009 zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V. Gleichzeitig wurde der Sicherstellungsauftrag der KVen reduziert (so ausdrücklich § 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V und die durch das GKV-WSG ein-

gefügten §§ 73b Abs. 4 Satz 5, 73c Abs. 4 Satz 4 SGB V), ohne den Sicherstellungsgrundsatz der Kassenärztlichen Vereinigungen als Grundsatz (§ 75 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V) abzuschaffen. Entsprechend ist die Gesamtvergütung zu verringern (§§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 SGB V). Von daher ist 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 sind, aus diesem Abrechnungskreislauf ausgegliedert werden. Soweit die Befugnis der Beklagten damit aus den veränderten Strukturen der Versorgungs- und Abrechnungswege folgt, bedeutet dies aber auch, dass jedenfalls dann, wenn die Beklagte Zugriff auf diese Vergütungsanteile zur Finanzierung der EHV erhält, diese Vergütungsanteile aber auch nach den Vorgaben der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung bei Bemessung des Versorgungsniveaus im Rahmen der erforderlichen Anwartschaftserhaltung der EHV-Bezieher zu berücksichtigen sind. Dies wird die Beklagte nach Änderung ihrer Satzungsgrundlagen bei einer Neubescheidung ebf. zu beachten haben. Soweit sie weiterhin am Aufsatzjahr 2010 festhält, ist durch eine Übergangsregelung zu gewährleisten, dass die Festsetzung des Durchschnittshonorars auch die Einnahmen aus den Sonderverträgen angemessen berücksichtigt. Soweit der Beklagten Daten für das Jahr 2010 nicht vorliegen, hat sie auf der Datengrundlage der Folgejahre eine entsprechende Schätzung vorzunehmen.

Die Klage war aber im Übrigen abzuweisen.

Von der Kammer nicht zu beanstanden war die Höhe der Verwaltungskostenumlage. Insoweit sind die Festsetzungen in den angefochtenen Kontoauszügen rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben.

Im angefochtenen EHV-Bescheid wird darauf hingewiesen, dass von den errechneten monatlichen EHV-Zahlungen noch die jeweils gültige Verwaltungskostenumlage abgezogen werde. Diese wird in gleicher Höhe wie für die aktiven Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erhoben und betrug im streitbefangenen Zeitraum nach Angaben der Beklagten 2,49 %. Die Festsetzung der Verwaltungskosten erfolgte durch Verwaltungsakt in den genannten und, wie bereits ausgeführt, streitgegenständlichen Kontoauszügen. Auch wenn die Kammer grundsätzlich Bedenken hat, dass eine solche Festsetzung lediglich im „Kontoauszug“ erfolgt, so wird aber hinreichend bestimmt und geregelt, wie hoch die Verwaltungskosten sind. Insofern handelt es sich um eine eindeutige bestimmte

Regelung und um einen Verwaltungsakt im Sinne des § 31 SGB X.

Rechtsgrundlage für die Erhebung von Verwaltungskostenbeiträgen ist § 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V. Hiernach müssen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthalten, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, reicht es aus, wenn die Satzung die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthält. Eine Satzungs Vorschrift auch für den Betrag der Kostenumlage ist nicht erforderlich. Dies kann die Vertreterversammlung vielmehr in anderer Weise normativ regeln. Diesen Anforderungen wird im vorliegenden Fall durch § 3 Abs. 7 der Satzung der Beklagten entsprochen. § 3 Abs. 7 der Satzung bestimmt Folgendes:

„Die KVH erhebt zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben Beiträge, die in einem einheitlichen Hundertsatz der Vergütungen für ärztliche Tätigkeit bestehen und/oder Gebühren, die in einem einheitlichen festen Satz oder in einem Hundertsatz der Vergütungen für ärztliche Tätigkeit bestehen können. Die Beiträge/Gebühren können sowohl ihrer Art und/oder Höhe nach als auch für verschiedene Gruppen von Ärzten verschieden gestaltet werden. Beitragsfestsetzungen können auch regional differenziert erfolgen. Die Art und/oder Höhe der Beiträge/Gebühren beschließt die Vertreterversammlung. Die Festsetzung der Beiträge/Gebühren sind der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorzulegen.“

Dabei hat das Bundessozialgericht die Ansicht des LSG Hessen, die Vertreterversammlung habe mit dem Beschluss über den Haushaltsplan zugleich die - ihr gemäß § 7 Abs. 1 Buchst g der Satzung a. F. vorbehaltene - Entscheidung über die Höhe der Verwaltungskosten treffen können und getroffen, als eine Auslegung im Bereich des Landesrechts angesehen, die einen Verstoß gegen Bundesrecht nicht erkennen lasse (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, zitiert nach juris Rdnr. 102 f.).

Entsprechend ihrer Satzung ist die Beklagte verfahren und hat die Vertreterversammlung den Verwaltungskostensatz festgesetzt. Gegenteiliges ist der Kammer jedenfalls nichts bekannt.

§ 3 Abs. 7 der Satzung gilt auch für die inaktiven Ärzte, die nunmehr an der EHV teilnehmen. Nach den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung handelt es sich bei

der EHV um die Fortführung der Honorarverteilung. Insofern bestimmt § 1 Abs. 1 GEHV, dass jedes zugelassene ärztliche Mitglied der KV Hessen auch im Falle der Anerkennung seiner Berufsunfähigkeit und/oder nach Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung (inaktiver Vertragsarzt = EHV-Empfänger) weiterhin an der Honorarverteilung im Rahmen dieser Bestimmungen der EHV teilnimmt. Insofern handelt es sich nicht um eine Sozialleistung, wenn auch die Ausgestaltung und die Funktion der Ansprüche eine sozialleistungsähnliche Funktion haben. Unter Berücksichtigung der Unterschiede können daher Verwaltungskosten weiterhin abgezogen werden. Insofern hat die Beklagte auch zur Feststellung der EHV-Ansprüche das gesamte Honorarverteilungsverfahren durchzuführen, steht also auch der Festsetzung des Quartalsanspruchs ein Verwaltungsverfahren und Verwaltungsaufwand gegenüber (vgl. bereits SG Marburg, Urte. v. 20.07.2011 - S 12 KA 445/10 -, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Beschl. v. 27.08.2012 - L 4 KA 32/12 -, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 14.11.2012 - B 6 KA 45/12 B - BeckRS 2012, 75853; SG Marburg, Urte. v. 21.12.2011 - S 12 KA 172/11 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris <rechtskräftig>). Dies gilt auch nach der Neufassung der GEHV. Wie bereits dargelegt ist die Beklagte gerade nicht berechtigt, die EHV-Ansprüche vollständig von der Entwicklung der Honoraransprüche der aktiven Vertragsärzte abzukoppeln. Auch erfolgt die Finanzierung der EHV weiterhin letztlich über die Honorarverteilung. Von daher sieht die Kammer keine Verpflichtung der Beklagten, unterschiedliche Verwaltungskostensätze festzulegen und hierbei von einem geringeren Verwaltungsaufwand für den Bereich der EHV-Bezieher auszugehen.

Auch der konkrete Betrag bzw. Prozentsatz, auf den die Beklagte die Verwaltungsumlage festlegte, ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Obergrenze zulässiger Belastung ergibt sich entsprechend allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts aus dem Kostendeckungsprinzip. D. h., dass eine KV von ihren Mitgliedern Finanzmittel nur insoweit fordern darf, als sie diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt. Die KV hat 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 bedarf es keiner genauen Bemessung des beitragsrechtlichen Vorteils. Ausreichend sind insoweit Schätzungen und Vermutungen sowie vergrößerte Pauschalierungen. Die Höhe der Beiträge darf gemäß dem Äquivalenzprinzip lediglich nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil bzw. der Vorteilsmöglichkeit stehen, den bzw. die sie abgelden sollen. Die Beiträge dürfen die Beitragspflichtigen nur insoweit unterschiedlich belasten, als dies dem verschiedenen Maß an Vorteilen bzw. Vor-

teilsmöglichkeiten entspricht. Dementsprechend setzt die Erhebung besonderer Abgaben nur von einem Teil der Mitglieder voraus, dass den dazu herangezogenen Mitgliedern aus der Inanspruchnahme von Leistungen oder Einrichtungen der KV besondere Vorteile erwachsen. Zudem kann entsprechend dem Solidargedanken eine Abstufung der Belastung nach Leistungsfähigkeit erfolgen. Die Erhebung unterschiedlich hoher Beiträge in den einzelnen Bezirken der KV ist zulässig. Zwar hat die KV die allgemeinen Verwaltungs- und Sicherstellungskosten grundsätzlich nach einem einheitlichen Maßstab auf alle Vertragsärzte umzulegen. Das hindert sie aber nicht, besondere Kosten einzelner Bezirksstellen nur innerhalb deren Zuständigkeitsbereichs umzulegen, jedenfalls dann, wenn dem besondere Vorteile für die dort tätigen Vertragsärzte entsprechen oder durch die dortigen Vertragsärzte mehr Aufwand verursacht wird. Dies kann sich z. B. daraus ergeben, dass den Vertragsärzten mehr Beratungsmöglichkeiten angeboten werden, wofür mehr oder höher qualifiziertes Personal tätig ist, oder dass wegen signifikant häufigerer Rechtsbehelfe mehr Personal erforderlich ist. Bei Fehlverwendungen kann grundsätzlich nur deren Unterlassung beansprucht, nicht aber der Beitrag oder ein Beitragsteil zurückbehalten werden. Die Zurückbehaltung des Beitrags oder eines Teils davon kann nur dann gerechtfertigt sein, wenn die seiner Bemessung zu Grunde liegenden Bestimmungen rechtswidrig ist. Die Zuerkennung eines Beitragszurückbehaltungsrechts kann allenfalls erwogen werden, wenn ein Beitrag insgesamt oder zu einem bestimmten Teil eng an die Finanzierung eines konkreten - als rechtswidrig angesehenen - Zwecks gebunden ist (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R - a.a.O., Rdnr. 105 bis 109).

Ausgehend von diesen Maßstäben hat die Beklagte zutreffend die strittigen Verwaltungskostenanteile festgesetzt. Die Beklagte war im Rahmen ihrer Satzungsbefugnisse berechtigt, nicht zwischen aktiven und inaktiven Vertragsärzten zu unterscheiden. Dies folgt bereits aus dem Umstand, dass die gesamte EHV als Teil der Honorarverteilung geregelt ist. Auch kann ohne die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags durch die aktiven Vertragsärzte und die sich hieraus ergebende Honorarverteilung keine EHV durchgeführt werden.

Einer Begründung bedarf der Honorarbescheid im Hinblick auf § 35 Abs. 1 Satz 1 SGB X nur hinsichtlich der wesentlichen Faktoren, die für die Berechnung des Honorars wesentlich sind. Die Vorschrift verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen

auseinander zu setzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen. Bei Honorarbescheiden dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Denn bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw. zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen. Das erlaubt es den Kassenärztlichen Vereinigungen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das BSG nicht für erforderlich gehalten, dass eine Kassenärztliche Vereinigung alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem HVM ergibt (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. 32 f. m. w. N.;).

Diese Grundsätze gelten auch für EHV-Bescheide.

Der Hinweis, es seien nur sehr wenige Personen mit der EHV-Verwaltung beschäftigt, vernachlässigt den Zusammenhang zwischen der EHV und der übrigen vertragsärztlichen Tätigkeit und der dafür notwendigen Verwaltung. Von daher hält es die Kammer vom Gestaltungsspielraum der Beklagten noch als gedeckt an, dass sie die inaktiven Ärzte in gleicher Weise an den Verwaltungskosten durch einen prozentualen Beitragssatz beteiligt wie die aktiven Ärzte.

Die Beklagte war auch nicht verpflichtet, die Höhe des Verwaltungskostensatzes in den Bescheiden anzugeben oder weitere Berechnungsgrundlagen. Allerdings dürfte es der Beklagten ohne weiteres möglich sein, den Verwaltungskostensatz in den Bescheiden anzugeben. Im Übrigen kann der Verwaltungskostensatz ohne weiteres errechnet werden oder aber bei der Beklagten in Erfahrung gebracht werden. Hierbei kommt es nicht darauf an, ob der Kläger persönlich bei einem entsprechenden Beschluss der Vertreter-

versammlung der Beklagten über den Verwaltungskostensatz informiert wird oder Bezieher des info-doc ist, in der die Beschlüsse veröffentlicht werden. Maßgeblich für die Gültigkeit des Beschlusses der Vertreterversammlung über den Verwaltungskostensatz ist, dass der Beschluss überhaupt veröffentlicht wird und damit Gültigkeit erlangt. Der Beklagten wäre es aber ohne weiteres möglich, den Verwaltungskostensatz im EHV-Bescheid, wie es auch in dem Honorarbescheiden für die aktiven Ärzte geschieht, anzugeben und im Honorarbescheid selbst auch die Höhe der Verwaltungskosten anzugeben.

Eine Verletzung eigentumsrechtlicher Gewährleistungen ist nicht erkennbar. Die Erhebung der Verwaltungskosten von den Leistungen der EHV erfolgt seitens der entsprechenden Satzungsbestimmungen der Beklagten seit Jahrzehnten. Insofern hat der Kläger bereits seine Anwartschaft nur unter der Maßgabe erhalten, dass die Leistungen zu Verwaltungskosten herangezogen werden. Entsprechend geringer war sein eigener Verwaltungskostensatz bzw. sein Beitrag zur EHV während seiner aktiven Zeit als Vertragsarzt. Durch die Erhebung der Verwaltungskosten wird auch nicht in den eigentumsrechtlich geschützten Anspruchssatz eingegriffen. Dieser bleibt unverändert. Soweit im Ergebnis der Nettobetrag vermindert wird, handelt es sich jedenfalls nicht um einen unverhältnismäßigen Eingriff. Soweit die Beklagte, wie bereits dargelegt, zur Erhebung von Verwaltungskosten berechtigt ist, handelt es sich insofern um eine zulässige Inhaltsbestimmung des EHV-Anspruchs.

Die Festsetzung der Verwaltungsgebühren ist bestimmt. Wie bereits dargelegt, wird in den Kontoauszügen ein konkreter Betrag festgesetzt.

Nach allem war der Klage im tenorierten Umfang stattzugeben und die Beklagte zur Neubescheidung zu verpflichten, im Übrigen war sie aber abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO. Die Quote-
lung folgt dem Anteil des jeweiligen Unterliegens.

R e c h t s m i t t e l b e l e h r u n g

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

**Hessischen Landessozialgericht, Steubenplatz 14, 64293 Darmstadt
(FAX-Nr. (0 61 51) 80 43 50)**

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift der Urkundsbeamtin/des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem

**Sozialgericht Marburg, Gutenbergstraße 29, 35037 Marburg
(FAX-Nr. (0 64 21) 17 08 - 50),**

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift der Urkundsbeamtin/des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die elektronische Form wird durch eine qualifizierte signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr bei hessischen Gerichten und Staatsanwaltschaften vom 26. Oktober 2007 (GVBl I 2007, 699) in der jeweils geltenden Fassung (GVBl II 20-31) in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist. Die hierfür erforderliche Software kann über das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de) unter „Downloads“ lizenzfrei heruntergeladen werden. Dort können auch weitere Informationen zum Verfahren abgerufen werden.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem

**Sozialgericht Marburg, Gutenbergstraße 29, 35037 Marburg
(FAX-Nr. (0 64 21) 17 08 - 50),**


schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.


Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Der Berufungsschrift- bzw. Antragschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden. Dies gilt nicht bei der Übermittlung elektronischer Dokumente.

Ausgefertigt:
Marburg, 11.11.2014

gez.


Richter am Sozialgericht


als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle