

Bemerkungen zur Erweiterten Honorarverteilung der KVH unter besonderer Berücksichtigung der Interessengemeinschaft EHV

Inhaltsverzeichnis

Bemerkungen zur Erweiterten Honorarverteilung der KVH unter besonderer Berücksichtigung der Interessengemeinschaft EHV	1
Inhaltsverzeichnis.....	1
Abkürzungen	5
Vorwort	6
von Hartmut P. Aßmann.....	6
Teil I	8
1. Einleitung.....	8
2. Zur Geschichte der EHV.....	11
3. Zur Solidarität.....	23
4. Reform 2000/2001	26
4.1. Zu Details der Reform.....	27
4.2. Eigentumsrecht in der EHV.....	30
4.2.1. Prof. Papier.....	31
4.2.2. Haltung der KV und Auffassung des BSG zum Eigentumsrecht	31
5. Die I EHV	35
6. Von der Reform 2001 bis zum GMG.....	37
6.1. Büro Heubeck	38
6.2. Treffen mit Ministerin Lautenschläger.....	39
6.3. Das Ebsengutachten	40
6.4. Überlegungen in der Arbeitsgruppe und im Beratenden Fachausschuss.....	42
7. Nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG).....	45
7.1. Folgen des GMG für die Ruheständler	45
7.1.2. Zu Anwendungen der Geschäftsordnung.....	47
8. Die Reform 2006.....	49
8.1. Zu Details der Reform.....	49
8.1.1. Zu § 5 GEHV, zur Belastungsgrenze bei 6% und zum Honorarausgleichsfond.....	51
8.1.2. Vorschlag eines Beitragsmodells.....	53
8.2. Nach der Reform 2006	57
8.2.1. Gesetz über die Änderung des § 8 KVHG vom 14.12.2009	57

8.2.2. § 11 GEHV	58
8.2.3. EHV-Teilnahme weiterarbeitender 65Jähriger.....	61
8.2.4. Begrenzung des Nachhaltigkeitsfaktors bei 80%	62
9. Verschiedene Fronten, Petitionsausschuss des Bundes	63
9.1. Gesundheitsreformgesetze	63
9.2. Petitionsausschuss des Bundes	64
9.3. Fehlende Gemeinsamkeit KV / IG EHV	64
10. Treffen mit Politikern und Kontakte zu Parteien	64
10.1. Bundespolitiker	65
10.2. Landespolitik	66
10.2.1. Hessischer Ministerpräsident.....	66
10.2.2. Hessisches Sozialministerium.....	67
10.2.2.1. Externe Bedrohung.....	67
10.2.2.1.1. Korrespondenz mit der Sozialministerin	67
10.2.2.2. Gegensatz KV/ Sozialministerium.....	70
10.2.2.3. Interne Bedrohung	73
10.2.2.3.1. Minister Banzer	74
10.2.2.3.2. Minister Grüttner	76
10.2.2.4. Einzelne Politiker	80
10.2.2.4.1. Kontakte zu Florian Rentsch, FDP.....	80
10.2.2.4.2. Roger Lehnhart	82
10.2.2.4.3. Bürgermeister Helmut Fischer, Nauheim.....	83
10.2.2.4.4. Anfrage an Parteien des Hessischen Landtags im August 2002.....	84
11. Reform 2012	85
11.1. Treffen Ratskeller Rüsselsheim 14.04.10	85
11.2. Prof. Ruland	90
11.2.1. Erster Gesetzentwurf	92
11.2.2. Überlegungen und Vorschläge von Prof. Ruland	93
11.2.2.1. Gesetzliche Bezugsgröße.....	97
11.2.2.2. Mengenfaktor.....	98
11.2.2.3. Anhebung der Regelaltersgrenze	98
11.2.2.4. Regelbeitrag.....	99
11.2.2.5. Paritätischer Defizitausgleich	99
11.2.2.6. Rentengarantie.....	100
11.2.2.7. Verwaltungskosten.....	101
11.2.2.8. Vorgaben für den Gesetzgeber	101
11.2.2.9. „X. Zusammenfassung – alle Vorschläge im Überblick“	103
11.2.3. Vorgehen der KV	105
11.2.4. Brief an Mantz	112
11.2.5. Einladung zur Vertreterversammlung am 12.05.12 und Antwort	114
11.3. Die ab 01.07.2012 gültigen Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung.....	117
12. Beirat	120
12.1. Einrichtung eines Beirats.....	120
12.2. Beiratswahl.....	127

Teil II	130
13. Die Gerichtsverfahren	130
13.1. Prozess wegen der Folgen der Reform 2001.....	132
13.1.1. Klage vom 07.07.2003	132
13.1.2. Klagebegründung	133
13.1.3. Erwiderung der KV vom 09.02.2004	133
13.1.4. Entgegnung Prof. Plagemann vom 20.04.2004.....	136
13.1.5. Erwiderung der KV vom 10.05.2004	137
13.1.6. Urteil SG Frankf. v. 19.05.04 Az.: S 27 KA 2512/03 verbunden mit S 27 KA 3898/03.....	138
13.1.7. Berufung vom 22.06.2004.....	140
13.1.8. Schriftsatz Prof. Plagemann zur Berufungsbegründung vom 08.03.2005	140
13.1.9. Erwiderung der KV vom 03.08.2005	142
13.1.10. Erwiderung von Prof. Plagemann vom 24.08.05.....	143
13.1.11. Erwiderung der KV v. 21.02.06 auf die Schriftsätze vom 27.08 und 07.11.2005.....	144
13.1.12. Schreiben des Hessischen Sozialministeriums vom 13.07.06 an das LSG.....	144
13.1.13. Stellungnahme von Prof. Plagemann vom 27.03.2006	145
13.1.14. Schreiben Prof. Plagemann an das LSG vom 14.09.2006/mündliche Verhandlung.....	146
13.1.15. Stellungnahme des Sozialministeriums v.28.09.06	147
13.1.16. Urteil LSG v. 01.11.2006 Az.: L 6/7 Ka 66/04.....	147
13.1.17. Revisionsbegründung des Landes	152
13.1.18. Revisionsbegründung der KV vom 01.11.2007	154
13.1.19. Stellungnahme Prof. Plagemann vom 03.01.08.....	158
13.1.20. Schriftsatz der KV vom 18.03.08	162
13.1.21. Erwiderung Prof. Plagemann vom 21.05.08 auf Schriftsatz der KV vom 18.03.08	164
13.1.22. Urteil BSG v. 16.07.2008 Az.: B 6 KA 38/07 R.....	165
13.2. Prozess wegen der Folgen der Reform 2006.....	172
13.2.1. Widerspruchsbescheid vom 15.04.2009	173
13.2.2. Brutto/Netto	174
13.2.3. Klage Prof. Plagemann vom 14.05.2009	175
13.2.4. Erwiderung d. KV v. 02.10. 09 u. Antw. d. KV v. 18.12.09 auf Verfügung des SG	178
13.2.5. Erwiderung von Prof. Plagemann vom 29.01.2010.....	181
13.2.6. Urteil SG Marburg v. 24.02.2010 Az.: S 12 KA 350/09	185
13.2.7. Berufung v. 31.03.10	190
13.2.8. Berufungsbegründung Prof. Plagemann vom 28.06.10	190
13.2.9. Antrag der KV vom 30.07. 2010 auf Zurückweisung der Berufung.....	192
13.2.10. Erwiderung Prof. Plagemann vom 04.10.2010	195
13.2.11. Schriftsatz der KV vom 16.09.2011	197
13.2.12. Antwort Prof. Plagemann vom 01.11.11.....	199
13.2.13. Anfrage des LSG an die KV vom 09.01.2012	200
13.2.14. Antwort der KV vom 13.03.12.....	201
13.2.15. Erwiderung Prof. Plagemann vom 29.03. 2012 und Schreiben vom 25.06.12	203
13.2.16. Urteil LSG v. 27.06.2012 Az.: L 4 KA 43/11	205
13.2.17. Revisionsbegründung der KV v. 15.05.13	212
13.2.18. Antrag auf Zurückweisung der Revision durch Prof. Plagemann v. 14.06.13	220

13.2.19. Weitere Schriftsätze.....	224
13.2.20. Urteil BSG v. 19.02.2014 Az.: B 6 KA 10/13 R.....	228
13.3. Prozess wegen Kürzung der Umlagen aus Sonderhonoraren 2012	236
13.3.1. Kurzer Überblick über die Entwicklung	236
13.3.2. Klage Prof. Plagemann vom 19.02.2013	237
13.3.3. Schreiben der KV v. 19.08.13	237
13.3.4. Klagebegründung Prof. Plagemann v. 17.09.2013	238
13.3.5. Schreiben der KV v. 20.11.13	239
13.3.6. Antwort von Prof. Plagemann 11.12.13	239
13.3.7. Gerichtl. Verfüg. des Vorsitzenden der 12. Kammer des SG Marburg v. 04.07.2014....	240
13.3.8. Erwiderung von Prof. Plagemann v. 17.07.2014	241
13.3.9. Antwort der KV v. 08.08.2014	242
13.3.10. Schreiben des Vorsitzenden der 12. Kammer des SG Marburg v. 24.09.2014	244
13.3.11. Schreiben von Frau von der Decken aus der Kanzlei Plagemann v. 29.09.2014.....	245
13.3.12. Schreiben der KV v. 09.10.14 an das Sozialgericht Marburg	246
13.3.13. Schriftsatz Prof. Plagemann v. 27.10.2014.....	247
13.3.14. Schreiben des Vorsitzenden der 12. Kammer des SG Marburg v. 30.10.2014	248
13.3.15. Schreiben der KV . v. 04.11.2014	249
13.3.16. Urteil SG Marburg v. 05.11.2014 Az.: S 12 KA 84/13	250
14. Zusammenfassung.....	257
15. Schlussbemerkungen.....	261
16. Nachwort	265
von Johann W. Plass.....	265
17. Anhang.....	268
18. Zeittafel	271

Abkürzungen

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BSG	Bundessozialgericht
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EHV	Erweiterte Honorarverteilung
EHV-AG	EHV-Arbeitsgruppe
GEHV	Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
HV	Hessische Verfassung
IG EHV	Interessengemeinschaft EHV
i.V.m. oder iVm	in Verbindung mit
KV oder KÄV	Kassenärztliche Vereinigung
KVHG	Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen
LÄKH	Landesärztekammer Hessen
LSG	Landessozialgericht
nF	neuer Fassung
NHF	Nachhaltigkeitsfaktor
Rn	Randnummer
RVO	Reichsversicherungsordnung
SG	Sozialgericht
SGB V	Sozialgesetzbuch V
StGH	Staatsgerichtshof
TL-Anteil	Technischer Leistungsanteil
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Vorwort

von Hartmut P. Aßmann

Die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH), niedergelegt in den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung (GEHV), als wesentlicher Teil der Altersversorgung der Vertragsärztinnen/-ärzte in Hessen, ist den meisten Kolleginnen und Kollegen ein Buch mit 7 Siegeln und damit ein meist verdrängtes Thema.

Eigentlich ist das insofern unverständlich, als die EHV, der hessische Sonderweg in der ärztlichen Altersversorgung, für sie, im Ruhestand, von existentieller Bedeutung ist.

Der Autor dieser Schrift jedoch hat in einem langen Berufsleben als Kassenarzt und mehr als 15 Jahren EHV-Bezug im Ruhestand die EHV von der Entstehung, über die Modifizierungen und verschiedenen Reformen bis heute mit ihren Auswirkungen auf die Aktiven und Inaktiven analysiert und durchdrungen. Er erkannte schon früh die im System von Anfang an implementierten Fehler und versuchte seitdem, auf verschiedenen Wegen, deren Korrektur zu erreichen.

Gestützt auf diese langjährige „EHV-Erfahrung“ legt er mit den „Bemerkungen....“ ein übersichtliches und umfassendes Dokument über dieses komplexe Altersversorgungswerk vor.

Er erläutert, neben den „Geburtsfehlern“ der EHV, die Fehlentwicklungen in der Folgezeit mit dem Schwerpunkt für die Zeit ab 2001, als durch eine, scheinbar erstmalige, Leistungskürzung eine Unwucht in das Regelwerk kam, die nach weiteren Einschnitten, für alle erkennbar, in absehbarer Zeit zum Ende der EHV geführt hätten.

Das war die Geburtsstunde der vom Autor seitdem geführten „Interessengemeinschaft Erweiterte Honorarverteilung“ (IG EHV), die in den „Bemerkungen....“ besonders gewürdigt wird. Sie sollte und soll als wirkungsvolle Vertretung die Interessen der EHV-Teilnehmer wahrnehmen, insbesondere nachdem diese seit 2004 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) keine Mitglieder mehr in der KV und damit ohne Rechte in der Selbstverwaltung sind.

Der lange und schwere Weg bis zu den heute sichtbaren Erfolgen der IG EHV wird beschrieben.

Die EHV war von Anfang an bis heute besetzt von der teilweise irrationalen Angst vor zu hohen Belastungen, die, so 1954, „die Existenz der Praxen bedrohen würden“, und, so 2003, „eine kostendeckende Praxisführung unmöglich machten“.

Diese Befürchtungen waren, wie jeder weiß, unbegründet.

Es wird erkennbar, wie sich unter dem Druck dieser Angst und der sich jetzt abzeichnenden demographischen Entwicklung die Konfrontation zwischen „Jung“ und „Alt“ verschärft, unter Missachtung der Interessen der Ruheständler der Generationenvertrag in Frage gestellt wird, sich Solidarität in zahlreiche Interessen aufsplittert, der Zusammenhalt einer Berufsgruppe zerfällt und so das Vertrauen, die wesentliche Voraussetzung für gemeinsame Lösungen, zerstört wird.

Der Autor verdeutlicht, wie seit dem GMG unsere Selbstverwaltung mit ihrem Alleinvertretungsrecht immer selbtherrlichere Verhaltensweisen entwickelt und an der Herstellung eines Rechtsfriedens nicht interessiert zu sein scheint, unterstützt von der daran offenbar nicht interessierten Politik.

Diesen „Bemerkungen.....“ wünsche ich zahlreiche Leser, hoffentlich auch unter den Verantwortlichen, damit einige vielleicht doch etwas nachdenklicher werden hinsichtlich *ihrer* Altersversorgung.

Der Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses EHV schrieb 2010 an den Autor im Zusammenhang mit dem Ruland'schen Gutachten zur Reform 2012: *„derart umfassend sei seit Jahren nicht über die EHV nachgedacht worden“* . Leider (!) möchte man anfügen und warum eigentlich nicht (?) möchte man fragen.

Dem Autor gebührt großer Dank für die immense Zeit und Arbeit, die er in diese Schrift investiert hat, um die EHV in ihrer Gesamtheit seit ihrer Entstehung vor mehr als einem halben Jahrhundert im Spannungsfeld der politischen, berufspolitischen und gesellschaftspolitischen Veränderungen, zu dokumentieren und für nachfolgende Generationen verständlich zu machen.

Bensheim, im Mai 2015

Teil I

1. Einleitung

Die Absicht der „Bemerkungen“ ist in erster Linie, den Mitgliedern der Interessengemeinschaft Erweiterte Honorarverteilung (IG EHV), ehemaligen, jetzt im Ruhestand lebenden Vertragsärzten, einen Überblick über die Entwicklungen der EHV zu geben, insbesondere über die Aktivitäten der IG EHV seit der Reform der EHV 2001. Sie sollen dazu beitragen, die Anstrengungen ihrer Mitglieder nicht in Vergessenheit geraten zulassen. Daneben gibt es weitere Gründe, die Entwicklung der EHV aufzuzeigen: Bei Recherchen des Verfassers zur Gründung der EHV in seiner aktiven Zeit als Kassen-/Vertragsarzt fand er nur wenige Dokumente, die das Geschehen zur Gründungszeit der EHV wiedergeben und den nachfolgenden Generationen zugänglich und verständlich machen. Diese Lückenhaftigkeit soll wenigstens für die letzten Jahre der Entwicklung vermieden werden.

Es sollen insbesondere die verschlungenen, teils unverständlichen und widersprüchlichen Entscheidungswege für den Umgang mit den jeweils auftretenden Schwierigkeiten aufgezeigt werden.

Schließlich soll gezeigt werden, dass die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung ohne externe Hilfe nicht die geeigneten Einrichtungen sind, um derart komplizierte, außerhalb der medizinischen Ausbildung sich ergebende Fragestellungen zu bewältigen.

Um Übersichtlichkeit zu wahren, wurden die „Bemerkungen“ geteilt. Teil I beschäftigt sich mit den Entwicklungen innerhalb der Selbstverwaltung und mit den Bemühungen der IG EHV. Teil II ist der Versuch einer Wiedergabe der wichtigsten Argumente aus den Schriftsätzen und den Urteilen in den gerichtlichen Auseinandersetzungen zwischen KV und IG EHV.

Die Ausführungen in den „Bemerkungen“ schließen die Erwähnung historischer Zusammenhänge ein, ohne den Anspruch zu erheben, eine vollständige Darstellung der Geschichte der EHV erreichen zu wollen. Dazu wäre zunächst die Einsicht in alle zur Verfügung stehenden Quellen nötig. Es können nur Schwerpunkte aufgegriffen werden, zu denen dem Verfasser Quellen zugänglich waren. Da der Verfasser bei den jahrelangen Auseinandersetzungen mit der KV nicht mit deren Unterstützung rechnen konnte, war er auf selbst gesammelte und ihm zugängliche Quellen wie das Hessische Ärzteblatt angewiesen. Die EHV-Teilnehmer sind seit 2004 nicht mehr Mitglieder der KV. Schon aus diesem Grund haben sie nicht ohne weiteres Zugang zu den Archiven der KV.

In großen Teilen handelt es sich bei dem Vorhaben um die Wiedergabe von Auseinandersetzungen zwischen den nicht mehr der KV angehörenden EHV-Teilnehmern und den aktiven Ärzten, repräsentiert durch die Mitglieder der Vertreterversammlung und den Vorstand der KV mit der sie unterstützenden juristischen Geschäftsführung. Diese Auseinandersetzungen mit den Möglichkeiten und dem Einfluss einer Körperschaft öffentlichen Rechts auf der einen und einem erst zu gründenden, anfangs ohne finanzielle Mittel arbeitenden Zusammen-

schluss von Ruheständlern auf der anderen Seite entsprachen dem Kampf von David gegen Goliath.

In den Bemerkungen wird versucht, die sich über Jahre hinziehenden Bemühungen der IG EHV zusammenzufassen, die Geburtsfehler der EHV zu überwinden und die Altersversorgung der KVH in eine für die beiden sich gegenüberstehenden Parteien, die aktiven Vertragsärzte und die Ruheständler, akzeptable Versorgung zu lenken. Sie sollen die immer wieder vergeblichen Anstrengungen zeigen, außergerichtlich gemeinsame Lösungen, gegebenenfalls mit Hilfe externer Fachleute, zu erreichen. „Bemerkungen“ bedeutet, dass Auffassungen, Deutungen, Wertungen und Kommentierungen aufgenommen werden.

Zwangsläufig lassen sich bei diesem Vorhaben nicht nur anonyme Mehrheitsentscheidungen der einzelnen KV–Gremien wiedergeben. Vielmehr ist es unvermeidlich, auch einzelne Personen namentlich zu nennen, wenn sich die Verantwortung zuordnen lässt und wenn zum Teil bis ins Persönliche gehende Auseinandersetzungen zur Verdeutlichung und zum Verstehen des Geschehens dargestellt werden.

Die Ausführungen sind für den Verfasser nur aus dem Blickwinkel eines Arztes möglich, insbesondere können von ihm als Mediziner keine detaillierten Erläuterungen zu Ergebnissen versicherungsmathematischer Berechnungen gegeben werden.

Nicht aufgenommen werden können im Rahmen dieser Bemerkungen die zahllosen Gedankenaustausche und Besprechungen zwischen den Prozessführern, den Obleuten und Mitgliedern der IG EHV. Manche Erkenntnis wurde erst in einer Diskussion gewonnen, manche Berechnung nach gegenseitiger Überprüfung korrigiert. Es ist kaum vorstellbar, dass ein Einzelner alleine all die für die Auseinandersetzungen mit KV und Politik wichtigen Zusammenhänge hätte erkennen und darstellen können. Letztlich haben die wachsende finanzielle Kraft, das Durchhaltevermögen der Gemeinschaft, die Sachkenntnis und Geduld der Hauptakteure und die Unterstützung des Anwalts der IG EHV, Prof. Dr. Hermann Plagemann, im Wesentlichen den Erfolg aller Bemühungen bewirkt.

Die finanzielle Stärke der IG EHV beruht auch darauf, dass sämtliche Arbeiten ehrenamtlich, ohne Aufwandsentschädigung erledigt wurden. Fahrtkosten wurden bis zum Jahr 2014 von den Akteuren selbst getragen. Vergütungen für Verköstigung wurden nicht erstattet. Es gab keine Miet- und keine Personalkosten. Lediglich die Auslagen für Büromaterialien und Porto wurden ersetzt. Diese Regelungen sollten bewusst einen Kontrapunkt setzen zu den in der KV verteilten Pfründen, die auch durch die in gleicher Höhe wie von den Aktiven erhobene Verwaltungskostenumlage der Ruheständler gedeckt werden. Erst mit dem Ausscheiden des ersten Schatzmeisters und seiner ihn unterstützenden Ehefrau Ende 2012 wurde die alpha Steuerberatungsgesellschaft mbH mit Buchungsarbeiten beauftragt.

Danken möchte der Verfasser der Gruppe der Obleute für ihre Loyalität, Verlässlichkeit und Einsatzbereitschaft, den Dres. Hartmut P. Aßmann, Christian Bona, Gabriel Nick, Johann W.

Plass, Erich Wutzke, Klaus Uffelmann und den Prozessführern. Im Verfahren gegen die Reform 2001 waren das die Dres. Josef Deister und Albhard von der Emden und im Verfahren gegen die Reform 2006 neben dem Verfasser die Obleute Aßmann, Nick, Plass und zusätzlich Dr. Gerhard Böhler. Die Obleute und die Prozessführer waren jeweils von Anfang an in das Prozessgeschehen involviert, arbeiteten sich, jeder auf seine Art, zunehmend tiefer in die Zusammenhänge ein, wurden nie müde, sich zu engagieren und brachten die Selbstständigkeit mit, ohne die die Aktivitäten einer solchen Gruppe nicht denkbar sind. Die Briefe, die der Verfasser an die KV, die Politiker und die politischen Gremien richtete, wurden zuvor in der Regel im Kreis von Obleuten diskutiert. Über die Antworten wurden sie informiert. So ist es gelungen, die Gruppe auf einem erforderlichen Informationsniveau zu halten.

Danken möchte der Verfasser auch dem langjährigen Schatzmeisterehepaar Dr. Heinrich Krause und seiner Frau Dagmar für seine konstante, zuverlässige Arbeit, die von den Kassensprüfern, den Dres. Heinz Strnad und Wolf Grimmer regelmäßig betont wurde. Die jährlichen Prüfungen ergaben keine Beanstandungen. Ohne seine langjährige Lebensgefährtin, Frau Dr. Angelika Brendel, wäre der Verfasser wahrscheinlich schon beim Arbeiten mit dem PC in seinem Vorhaben gescheitert. Immer wieder musste sie trotz eigener beruflicher Belastung helfend und unterstützend eingreifen.

Danken möchte der Verfasser nicht zuletzt den Mitgliedern der IG EHV für ihre Beständigkeit und ihre Bereitschaft, Beiträge zu zahlen, ohne die die Ziele der IG EHV sich nie hätten erreichen lassen.

Ohne PCs mit ihren großen Möglichkeiten hätte der Verfasser die erforderlichen Arbeiten für die IG EHV und deren Organisation nicht bewältigen können.

Zur Ergänzung der „Bemerkungen“ hat der Verfasser die Obleute Aßmann und Plass als besonders engagierte und bestens mit der EHV vertraute Obleute um einen Beitrag zu Beginn und am Ende der Bemerkungen gebeten.

Die „*Bemerkungen*“ sind der Versuch einer Wiedergabe einer langen, zäh sich hinziehenden, zermürbenden Auseinandersetzung, die Eindrücke vermitteln soll von den schwerfällig, langsam arbeitenden Mühlen von Selbstverwaltung, Politik und Justiz. Der Verfasser hofft, dass sich der Leser am Ende selbst ein Bild machen kann von dem abgelaufenen Geschehen.

Der Verfasser im Frühjahr 2015

Otto Burk

2. Zur Geschichte der EHV

Im Hessischen Ärzteblatt Nr. 1 vom Januar 1955 findet sich auf den Seiten 3 bis 5 ein Bericht über eine außerordentliche Abgeordnetenversammlung der KVH am 18. und 19. Dezember 1954 und auf Seite 5 und 6 ein Schreiben vom damaligen Vorsitzenden der KVH, Dr. Hermann Zwecker.

Im Schreiben von Zwecker finden sich auf Seite 5 folgende Ausführungen: *„In den Abgeordnetenversammlungen vom 26.08.1951 und 22.11.52 wurde dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in einer einmütigen Stellungnahme der Abgeordneten der Auftrag erteilt, einen Plan für eine Alters- und Hinterbliebenenversorgung im Rahmen der erweiterten Honorarverteilung auszuarbeiten.“*

Die Vorbedingung für diesen Plan einer Erweiterten Honorarverteilung seien geschaffen worden durch das Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22.12.1953, ein Landesgesetz. Es heißt dort in § 8: *„Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen sorgt im Rahmen ihrer Satzung für eine wirtschaftliche Sicherung der invaliden und alten Kassenärzte und der Hinterbliebenen von Kassenärzten. Diese Sicherung kann auch durch besondere Honorarverteilungsgrundsätze geregelt werden.“*

Der Bericht über die Abgeordnetenversammlung trägt die Überschrift: *„Kassenärztliche Vereinigung beschließt: Erweiterte Honorarverteilung“*.

Es heißt im Text, Absatz 2: *„Dr. Zwecker, der Vorsitzende der KVH, gab einleitend in einem ausgezeichneten Referat, das sich mit den gegenwärtig bestehenden ärztlichen Versorgungseinrichtungen im Bundesgebiet befasste, einen umfassenden Überblick, der die Diskussion um den Hessenplan, der von Dr. Haller entwickelt wurde, eröffnete.“*

In Absatz 3: *„Wenn wir in Hessen“, so führte Zwecker aus, „gemäß § 8 des Gesetzes über die KVH vom 22.12.1953 im Rahmen der Honorarverteilung eine Versorgung aufbauen wollen, so liegt das doch daran, meine Kollegen, weil schon die Abgeordnetenversammlung im August 1951 sich schlüssig war, auf ein Kapitaldeckungssystem zu verzichten, nachdem wir zu unserem Leidwesen gleich zweimal nicht gerade die besten Erfahrungen damit gemacht haben. Wir sind ganz einfach der Meinung, dass es richtiger ist, diese Minimalversorgung unserer alten, nicht mehr arbeitsfähigen Kollegen oder ihrer Hinterbliebenen durch die Teilnahme an unserem Honorar zu sichern. Diese Sicherung zu suchen, meine Kollegen war unser Auftrag, sie gefunden zu haben, möge uns gelungen sein...“*.

Auf Seite 4 ist ausgeführt, dass im weiteren Verlauf der Abgeordnetenversammlung die 18 außerordentlichen Mitglieder einen Antrag auf eine Urabstimmung über die Frage der Altersversorgung stellten. Begründet wurde er mit dem Argument, dass die Frage der Alters-

versorgung nicht genügend durchdiskutiert sei. Der Antrag wurde bei 18 Stimmen dafür und 6 Enthaltungen mit den übrigen Stimmen abgelehnt. Nach der Abstimmung gaben zwei Abgeordnete bekannt, dass die außerordentlichen Mitglieder sich außerstande sähen, an der Beratung weiter mitzuarbeiten und sich an der Endabstimmung zu beteiligen, da sie die Verantwortung für die kommende Belastung der jungen Ärzte nicht tragen könnten.

In den dann folgenden weiteren Beratungen (Seite 4) wurde auf Antrag eines Gießener Abgeordneten beschlossen: „ *Diese Grundsätze gelten nicht für die Mitglieder der KVH, Bezirksstelle Gießen. Deren Altersversorgung regelt sich nach besonderer Satzung*“

Die Vertreter Gießens hatten mitgeteilt, dass die überwiegende Zahl der Mitglieder (gemeint ist wohl die Zahl der Gießener Mitglieder, Anm. d. Verf.) eine Fortführung der seit 3 Jahren laufenden Gießener Altersversorgung wünschte.

Es heißt dann (Seite 5), dass bei Anwesenheit von 66 Abgeordneten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 45 Abgeordnete für den vorgelegten Plan stimmten, 3 sich enthielten und die 18 außerordentlichen Mitglieder nicht mit abstimmten.

In einem Schreiben vom 29.12.1954 von Zwecker von der KVH an den Hessischen Minister für Arbeit, Wirtschaft und Verkehr ist eine seit 1951 eigene Versorgungseinrichtung in der Bezirksstelle Gießen erwähnt, auch von Fürsorgeeinrichtungen der Kammern ist die Rede.

Allerdings heißt es in einem Schreiben des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungs- und Bausparwesen vom 24.02.1953, dass ein für die „*Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Gießener Kassenärzte*“ eingereichter Satzungsentwurf noch nicht genehmigt worden sei. In einer Stellungnahme vom 09.08.1954 Dr. L./ Or.¹ ist noch eine Gießener AHV genannt.

Wann die Eigenständigkeit der Gießener Regelung aufgehoben wurde, ist dem Verfasser nicht bekannt.

Im Hessischen Ärzteblatt vom Juli 1955 findet sich auf den Seiten 150 bis 155 ein Bericht unter der Überschrift: „*Alters- und Hinterbliebenenversorgung im Rahmen der erweiterten Honorarverteilung*“ mit dem Untertitel „*Ordentliche Abgeordnetenversammlung der KVH am 25./26. Juni in Bad Nauheim bestätigte die gefassten Beschlüsse vom 18.12.1954 und stimmte Änderungsvorschlägen zu.*“

Auf Seite 151 ist angegeben, dass der Plan der Erweiterten Honorarverteilung Anfang Januar dem Ministerium eingereicht und dort eingehend geprüft worden war. In zahllosen Verhandlungen und Besprechungen seien alle aufgeworfenen Zweifelsfragen besprochen und geklärt worden. Die Zusammenarbeit mit dem Arbeitsministerium wird ausgesprochen gelobt.

¹ Abschrift der ersten Seite einer Stellungnahme von Prof. Rohrbeck und Dr. Heubeck vom 09.08.1954 mit dem Kürzel Dr. L/Or

Auf Seite 152 gibt Zwecker an, dass der Minister Änderungswünsche geäußert habe und auf eine gutachtliche Stellungnahme, die dem Diplom-Mathematiker Faber übertragen worden sei, gedrängt habe. Die Endbelastung habe sich, gestützt auf Gutachten von Prof. Freudenberg und Prof. Rohrbeck - Dr. Heubeck, zwischen 12 und 18 Prozent bewegt. Um die Belastungshöhe von 15% nicht überschreiten zu lassen, habe der Vorstand beschlossen, der Abgeordnetenversammlung vorzuschlagen, die prozentuale Weiterbeteiligung des Arztes (des Ruheständlers am Honorar der Aktiven, Anm. d. Verf.) von 35 auf 30 Prozent und den Anspruch der Witwe von 70 auf 60 Prozent herabzusetzen.

Nach Abstimmung über die Änderungsanträge erfolgte anschließend (Seite 155) eine Abstimmung en bloc über die Erweiterte Honorarverteilung. Es stimmten bei 65 anwesenden Abgeordneten 51 für den Gesamtplan. 7 Abgeordnete enthielten sich der Stimme. 7 Abgeordnete stimmten dagegen.

Im Hessischen Ärzteblatt vom August 1955 findet sich eine Einladung zu einer Abgeordnetenversammlung am 10.09.1955 mit Abdruck der wohl ersten Veröffentlichung der „Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung“.

Auf Seite 172 ist zu lesen: *„Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung genehmigt.“*

Im nachfolgende Text heißt es: *„Nachdem, wie in der letzten Ausgabe berichtet, die Abgeordnetenversammlung der KVH die Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung mit einer Mehrheit von über 80% der Abgeordneten angenommen hatte, ist der Plan nunmehr auch vom Herrn Minister für Arbeit, Wirtschaft und Verkehr genehmigt worden, sodass seiner Anwendung ab 01.10.1955 keine Hindernisse mehr entgegenstehen. Eine jahrelange, z.T. heftig umstrittene Vorarbeit im Interesse der Alters- und Hinterbliebenenversorgung für die hessischen Kassenärzte findet damit einen erfolgreichen Abschluss in einer Form, die im Bundesgebiet erstmalig verwirklicht wird.“*

Weiter ist zu lesen (Seite 172): *„In Ausführung des § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vom 22.12.1953 hat die Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vom 18.12.1954 und 25.06.1955 folgende Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung als Bestandteil der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen beschlossen. Sie treten ab 1. Januar 1954 in Kraft“.*

Das Datum 01.01.1954 findet sich schon in einem dem Verfasser vorliegenden „Entwurf“ ohne Datum oder sonstige Kennzeichnung. Nach dieser Angabe müsste die EHV über 1 1/2 Jahre rückwirkend und unmittelbar nach Verabschiedung des KVHG im Dez.1953 in Kraft getreten sein. Das Inkrafttreten wäre dann zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem das Gutachten Rohrbeck/Heubeck vom 19.07.1954 und die Stellungnahme von Freudenberg noch nicht vorlagen.

Dr. Peter-Josef Pfuhl, langjähriges Mitglied des Geschäftsausschusses der Bezirksstelle Darmstadt und für einige Zeit Vorstandsmitglied der KVH hat dem Verfasser aufgrund persönlicher Notizen mitgeteilt, dass die ersten Zahlungen an EHV-Teilnehmer im Juli 1955 erfolgt seien².

Ob die EHV tatsächlich rückwirkend ab 01.01.1954 in Kraft trat und erst anderthalb Jahre später mit den Zahlungen an die Ruheständler begonnen wurde, kann vom Verfasser bei den für ihn zugänglichen Unterlagen nicht geklärt werden. Es ist allerdings unwahrscheinlich, dass es möglich gewesen ist, rückwirkend anderthalb Jahre ab 01.01. 1954 Umlagen zu erheben.

In § 10 (1) der Grundsätze der EHV (GEHV) wurde in Übergangsbestimmungen der Personenkreis beschrieben, für den rückwirkend Punktzahlgutschriften erfolgten, in der Regel Vertragsärzte, die vor oder während der Kriegszeit schon kassenärztlich tätig waren. Der Kreis umfasste auch Ärzte, „die aus politischen, rassischen, religiösen usw. Gründen aus ihrer Kassenpraxis verdrängt worden sind“. Allein für Kriegsdienst und Gefangenschaft wurden offenbar keine Zeiten angerechnet. Das ist insofern wichtig, als von Vertretern der KV immer wieder behauptet wurde, das Umlageverfahren sei gewählt worden, weil die Kriegsteilnehmer versorgt werden sollten, was nur bedeuten konnte, dass alle Kriegsteilnehmer unter den Kassenärzten gemeint waren.

Ein von Dr. Hans-Friedrich Spies, dem seinerzeitigen KV-Vorsitzenden, in einem Artikel des Hessischen Ärzteblattes vom Februar 2000, Seite 45 zur Krise der Erweiterten Honorarverteilung angeführtes „*typisches Beispiel*“ ist nicht zutreffend: Ein 1914 oder 15 geborener Kollege, der 1940 Staatsexamen machte, zur Wehrmacht eingezogen wurde, in Kriegsgefangenschaft kam und sich schließlich nach Abschluss seiner Ausbildung mit 40 Jahren Anfang der 50er Jahre niederließ konnte nur Punktzahlgutschriften für die Zeit ab seiner Niederlassung beanspruchen. Eine Anerkennung seiner Teilnahme an Krieg und Gefangenschaft war nach dem Text von § 10 nicht vorgesehen, da er vorher nicht kassenärztlich tätig war.

Am 18.08.1955 trat das Gesetz über das Kassenarztrecht des Bundes in Kraft. In Artikel 4 §1 (2) dieses Gesetzes heißt es: *„Mit dem gleichen Tag treten die bisherigen bundes- und landesrechtlichen Vorschriften über das Kassenarztrecht außer Kraft, soweit in den folgenden Vorschriften nichts Abweichendes bestimmt ist. Landesrechtliche Regelungen über die Altersversorgung der Kassenärzte bleiben unberührt.“*

Das bedeutete: Das Landesgesetz von 1953 wurde aufgehoben, lediglich § 8 KVHG blieb als Restgesetz erhalten und gilt bis heute. § 8 wurde 2009 durch eine landesgesetzliche Regelung ergänzt, die die Erfassung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare regelt.

² Drei lose, schreibmaschinenbedruckte Blätter, von Herrn Pfuhl dem Verfasser per Fax am 26.11.2013 übermittelt

Wie bereits erwähnt, wurden vor Gründung der EHV verschiedene Gutachten und Stellungnahmen eingeholt.

Im Hessischen Ärzteblatt vom Juni 1954 äußert Zwecker unter „*Mitteilungen der KV Hessen*“ auf Seite 141, dass es nicht eine Verzögerung bei den Durchführungsvorbereitungen gäbe, sondern der Grund für die sich über Jahre hinziehenden Vorbereitungen darin zu suchen sei, dass nach Erstellung des ersten Gutachtens durch Prof. Freudenberg zwischenzeitlich ein weiteres von Prof. Rohrbeck eingeholt werde, dessen Erstellung bis zum ersten August befristet sei.

Zu eingeholten Gutachten heißt es in einem Schreiben der KV vom 29.12.1954³ an das Hessische Ministerium für Arbeit, Wirtschaft und Verkehr: „*Durch Herrn Rechtsanwalt Dr. Zweck und Herrn Siebert ließen wir Ihnen am 28.12.1954 eine Anzahl von Entwürfen der Erweiterten Honorarverteilung sowie je eine Exemplar des Gutachtens Prof. Dr. Freudenberg, des Gutachtens Prof. Dr. Rohrbeck und des Gegengutachtens Prof. Freudenberg überreichen, ferner je ein Exemplar eines Rechtsgutachtens des Herrn Dr. Hans Schmitt-Lermann und des Herrn Prof. Dr. Hans Peters.*“

Laut Zwecker⁴ ließen KV und Marburger Bund gemeinsam die Gutachten von Freudenberg und Rohrbeck/ Heubeck erstellen.

In den dem Verfasser zugänglichen Akten der KV fand er die folgenden Unterlagen.

Gutachten von Prof. Dr. Dr. Walter Rohrbeck und Dr. Georg Heubeck v.19.07.1954 mit dem Titel „*Gutachten über die geplante Altersversorgung der hessischen Kassenärzteschaft*“⁵ mit folgendem Votum:

- „1. Gegen eine Zwangsversorgung nach dem Honorarverteilungsverfahren bestehen erhebliche privatrechtliche und staatsrechtliche sowie volkswirtschaftliche Bedenken.*
- 2. Das vorgesehene Verfahren führt im Laufe der Zeit zu einer derartigen Belastung, dass etwa $\frac{1}{4}$ aller Kassenärztlichen Honorare zur Befriedigung der nicht mehr praktizierenden Ärzte und der Hinterbliebenen verwendet werden müssen....*
- 3. Das Verfahren lässt die Grundforderung nach individueller Gerechtigkeit und gleichmäßiger Behandlung der Mitglieder außer Acht....*

- 5. Die künftige Generation wird mit einer Hypothek belastet, die die ärztliche Praxis auf Dauer völlig unrentabel gestalten würde. Die Zukunft wird nach unserer Auffassung eine solche Regelung, die ihre Existenz durch die unnötige Aufbürdung von Lasten aus der Vergangenheit gefährdet, als unmoralisch ansehen.*

³ Schreiben Dr. Zwecker an Hess Minister für Arb., Wirtsch. u. Verk. vom 29.12.1954

⁴ Hess. Ärzteblatt Januar 1955, Seite 6

⁵ Titelblatt und Seiten 57 bis 59 des genannten Gutachtens

6. Die festgestellten ungünstigen Ergebnisse sind durch die im Honorarverteilungsverfahren liegende Verquickung von Caritas und Selbsthilfe bedingt. Es würde sich eine tragbare Lösung dann ergeben, wenn die Selbsthilfe herausgenommen würde und nur ein wünschenswerter Ausgleich für die Älteren gesucht würde...“

Eine Abschrift einer Stellungnahme zu dem Gutachten Rohrbeck/Heubeck vom 11.10.1954 mit der Unterschrift „gez. Freudenberg“: Es heißt am Ende auf Seite 15:

„...Obwohl die von den Herren Gutachtern gezogenen Schlüsse sich hierdurch mildern würden, halte ich doch an meiner Auffassung fest, die ich in meinem Gutachten vom 16.10.1953 zum Ausdruck brachte, dass ein reines Umlageverfahren mit einer allmählichen Steigerung der Abzüge von ungefähr 2% auf ungefähr 17% nicht empfehlenswert ist. Da mir andererseits auch ein Anwartschaftsdeckungsverfahren oder ein sich diesem annäherndes Verfahren mit anfänglich hohen und dann niedriger werdenden Abzügen unnötig und sogar unzweckmäßig erscheint, empfehle ich nach wie vor, einen Mittelweg zu wählen, indem nicht die vollen Beiträge eines Anwartschaftsdeckungsverfahrens vom Honoraraufkommen abgezweigt werden, aber andererseits auch mehr als der unmittelbar erforderliche Umlagebedarf, wobei der jeweils zurückgestellte Teil einem Ausgleichsstock zuzufügen wäre.“

Eine unvollständig in Abschrift vorliegende kurze Stellungnahme vom 09.08.1954 mit dem Kürzel Dr. L/Or. zum Gutachten über den Hallerplan von Rohrbeck/Heubeck, in der es heißt: *„Aus den Feststellungen der Gutachter ist eindeutig zu entnehmen, dass gegen den Hallerplan derartig schwerwiegende Bedenken bestehen, dass eigentlich jede weitere Diskussion überflüssig ist.“* An anderer Stelle: *„ Ohne einen „Puffer“ zu schaffen, der spätere übergroße Anforderungen an das Beitragsleistungsvermögen der Mitglieder einer solchen Versorgungseinrichtung auffangen muss, tritt schließlich eine Belastung ein, die so groß ist, dass das Gutachten zu der vernichtenden Feststellung gelangte, ein junger Arzt, der jetzt mit einem Lebensalter von 35 Jahren in diese Versorgungseinrichtung eintritt, würde bei normaler Erreichung der Altersgrenze das 2 ½-fache von dem eingezahlt haben, was er für den Rest seines Lebens bzw. für seine Hinterbliebenen zu erwarten hätte.“* Und weiter: *„Der Begriff „erweiterte Honorarverteilung“ ist von seinen Urhebern von vorneherein geradezu dogmatisch aufgefasst worden und hat in seiner Weiterverfolgung keinerlei Konzessionsmöglichkeiten erkennen lassen.“*

Eine „Abschrift einer Abschrift einer EntschlieÙung der VAB (Versicherungs-Aufsichtsbehörde) vom 16 (Datum nicht genau lesbar, Anm. d. Verf.).10.51 in Königswinter betr. Die Errichtung öffentlich –rechtlicher Altersversorgungseinrichtungen auf der Grundlage des Umlageverfahrens“. Im Text ist zu lesen: *„Versicherungstechnische Erwägungen und langjährige Erfahrungen der Versicherungsaufsicht führen gleichmäßig zu dem Ergebnis, dass das Umlageverfahren in der Lebensversicherung die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsansprüche nicht gewährleistet und die Belange der Versicherten nicht ausreichend wahrt.“*

Das zuerst erstellte Gutachten von Freudenberg von 1953 und die Gutachten Schmitt-Lermann und Peters fand der Verfasser nicht in den ihm zugänglichen Akten.

Die Ausführungen zur Geschichte der EHV sind trotz der Bruchstückhaftigkeit und Unvollständigkeit der zitierten Unterlagen ausreichend, um folgende Feststellungen treffen zu können:

Der erste Beschluss zur EHV wurde 1951 mit der Entscheidung für ein Umlageverfahren gefasst.

Außer der Stellungnahme der Versicherungsaufsichtsbehörde von 1951 datieren die zitierten Dokumente aus der Zeit zwischen dem KVHG und der Einführung der EHV.

Die EHV war nach ihrer Gründung die alleinige gesetzliche Altersversorgung für Vertragsärzte in Hessen. Ein Kammerversorgungswerk existierte zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Es wurde 1968 gegründet.

Die EHV ist bis heute ein reines Umlageverfahren. Die Ansprüche der Ruheständler wurden bis Juni 2012 durch eine Umlage der aktiven Kassenärzte finanziert, die vor Verteilung des Honorars an die Aktiven als sogenannter Vorwegabzug von der Gesamtvergütung der Krankenkassen abgezogen wurde. Anfangs galt sie allein für die Honorare der RVO-Kassen, weil es nur bei ihnen einen Honorarverteilungsmaßstab gab. 1991 wurden die Ersatzkassen einbezogen. Es gibt keine Ansparungen im Sinne einer Kapitaldeckung. Das einbehaltene Honorar wird an die EHV-Empfänger gemäß deren Ansprüchen verteilt. Lediglich der Rest eines ehemaligen Ausgleichsfonds wird als Reserve gehalten

Maßgeblich für die Umlage und die Zahlung an die Ruheständler war bis 30.06.2012 der Durchschnittsumsatz. Er wurde errechnet durch Teilung der Gesamtvergütung der Kassen durch die Zahl der voll zugelassenen Kassenärzte, anfänglich ohne, später nach Abzug anererkennungsfähiger Kosten.

Anwartschaften wurden gutgeschrieben in Form von Punkten und parallel in Prozenten entsprechend einer Normalstaffel. 400 Punkte stellten den Wert eines jährlichen Durchschnittsumsatzes dar. Sie entsprachen anfangs 1,5%, nach Einbeziehung der Ersatzkassen 0,9% der Normalstaffel. Es konnte ein Maximalanspruch von 30% des Durchschnittsumsatzes, nach Einbeziehung der Ersatzkassen von 18% erreicht werden.

Bei über dem Durchschnittsumsatz liegenden Umsätzen von Praxen wurden die prozentualen Gutschriften in zwei Stufen abgestaffelt, d. h. die Punktzahlgutschrift wurde verringert.

Die Kurve der Normalstaffel verlief anfangs steiler und verläuft jetzt nach einer Anpassung flacher, d.h. die frühen Einzahlungen brachten anfangs mehr und bringen jetzt weniger Punktgutschriften.

Es gab keine Beitragsbemessungsgrenze und keinen Höchstbeitrag. Wer einen Anspruch von 30% bzw. von 18% erreicht hatte, musste weiterzahlen, ohne Anwartschaften erwerben zu können.

Für Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz wurden sogenannte Mehrjahre angerechnet. Es wurde zu einem bestimmtem Zeitpunkt die Zahl der Jahre errechnet, die eine solche Praxis zusätzlich gebraucht hätte um die Punktwerte einer Durchschnittspraxis zu diesem Zeitpunkt zu erreichen. Für diese Mehrjahre gab es Bonuspunkte.

Wieweit vor der gesetzlichen Regelung von 1953 schon die EHV betreffende Kontakte zwischen dem zuständigen Landesministerium und der KV stattfanden, ist schwer zu beurteilen. Die Landesregierung hätte wahrscheinlich nicht aus eigener Initiative eine Honorarverteilungsregelung zur Finanzierung der EHV in den Gesetzestext aufgenommen.

Die vorausgehende gesetzliche Regelung kann ein Hinweis darauf sein, dass die EHV nicht allein durch Initiative der KV als freiwillige Einrichtung geschaffen wurde.

Der Druck der Landesregierung muss erheblich gewesen sein. In einem Schreiben der KV an den Minister für Arbeit, Wirtschaft und Verkehr vom 19.01.1955⁶ heißt es: *„Mit dem Plan einer erweiterten Honorarverteilung glauben wir, dem durch § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22.12.53 gegebenen Gesetzesbefehl entsprochen zu haben.“* Es heißt dann weiter, dass die KV einen Versorgungsplan eingereicht hat, von einem Hessenplan ist die Rede.

Es muss erhebliche innere Widerstände in der KV gegeben haben, wie sich aus dem bereits genannten Schreiben von Zwecker vom 29.12.1954 an den Hessischen Minister für Arbeit, Wirtschaft und Verkehr ergibt: 18 Abgeordnete (außerordentliche Mitglieder) weigerten sich an der Aussprache über Änderungen des vorgelegten Planes und an der Schlussabstimmung bzw. der Abstimmung über einzelne Abänderungsanträge teilzunehmen..

Es bestand noch keine Niederlassungsfreiheit. Eine Niederlassungswelle war nicht möglich, sodass bei gleichbleibender Gesamtvergütung kein Absinken des Durchschnittsumsatzes als Bezugsgröße für die Altersbezüge durch eine zunehmende Zahl von Niederlassungen bei gleichbleibendem Honorar zu erwarten war.

Der demographischen Entwicklung hätte mit Gründung eines von Freudenberg geforderten Ausgleichsstocks oder Ausgleichsfonds als Puffer zwischen den Generationen bei Einführung der EHV begegnet werden können.

⁶ Brief KVH, Dr. Zwecker vom 19.01.1955 an den Minister für Arbeit, Wirtschaft und Verkehr

Methoden zur Herausrechnung von Kosten aus dem umlagepflichtigen Honorar, hätten von vorneherein einkommensnähere Belastungen und entsprechende Renten bewirkt und den Schock der Reform 2001 für die Ruheständler vermeiden können

Die Umsatzbezogenheit der Umlage hatte zur Folge, dass bei gleichem Umsatz der Praxisinhaber mit den höheren Kosten, die prozentual höhere Umlage, bezogen auf sein Einkommen, zahlte. Bei einem Umsatz zweier Praxen von DM 100.000 und Kosten von einmal DM 30.000 und einmal DM 50.000 betrug die prozentuale Umlage gerechnet auf das Einkommen einmal ca. 7% und einmal 10%. Die Praxis mit den höheren Kosten, und damit mit dem höheren Risiko, wurde bezogen auf das Einkommen höher belastet. Diese Wirkung der umsatzbezogenen Umlagen lässt sich nur als Folge paradoxer Solidarität beschreiben. Die Praxen mit hohen Umsätzen waren schon vor Erreichen ihrer Höchstansprüche überproportional belastet durch die mit steigendem Umsatz verringerte prozentuale Gutschrift für die Anwartschaft. Die hohen Umsätze zogen den Durchschnittsumsatz nach oben und steigerten damit die Leistungen für die EHV-Empfänger, ein Effekt, der mit der Reform 2001 abgeschwächt wurde.

Es trifft zu, wie immer wieder von der KV angeführt wurde, dass durch höhere Umlagen früher eine volle Absicherung erreicht wurde. Allerdings wurde der Vorteil durch den Umstand aufgehoben, dass mit Erreichen des 30%-, später 18% -Höchstanspruches keinerlei zusätzliche Ansprüche mehr erworben werden konnten. Es mussten während künftiger Berufsjahre Umlagen ohne Erwerb von Anwartschaften gezahlt werden, de facto verlorene Umlagen. Die durch solche Zahlungen Betroffenen müssen das Weiterzahlen der Umlage als bedenklich und das frühere Erreichen des Höchstanspruchs nicht als angemessenen Ausgleich gesehen haben.

Der Durchschnittsumsatz als Bezugsgröße war von Anfang an ein Grundübel, ein Geburtsfehler der EHV, der sie bis zu ihrer durch Prof. Dr. Franz Ruland herbeigeführten Systemänderung belastete: Umlagen, Anwartschaften und Ansprüche waren auf den Durchschnittsumsatz bezogen. Das bedeutete, dass auf Praxiskosten, die nur Durchlaufposten in den Praxen sind, Umlagen erhoben wurden. Wenn aber eine Altersversorgung den während des Berufslebens erarbeiteten Lebensstandard sichern soll, muss sie im Verhältnis zum Einkommen des Betroffenen stehen und nicht wie im Falle eines niedergelassenen Arztes zu seinem Praxisumsatz.

Sinn hätte diese Regelung nur gemacht, wenn das Verhältnis von Umsatz zu Einkommen in allen Praxen gleich gewesen und geblieben wäre. Selbst innerhalb einer Fachgruppe gibt es bis heute erheblich unterschiedliche Kostenbelastungen, besonders aber zwischen den verschiedenen Fachrichtungen. Falls das Argument, wer hohe Umsätze habe, habe auch ein hohes Einkommen, je zutraf, kann bei der zunehmenden Kostenbelastung verschiedener Praxen schon lange nicht mehr generell gelten. In all den Jahren, in denen der Verfasser Mit-

glied der Abgeordnetenversammlung war, ist es nicht gelungen diesen Fehler, den Durchschnittsumsatz als Bezugsgröße zu wählen, zu beseitigen.

Für die Jahre nach der Gründung der EHV sind einige Änderungen der EHV erwähnenswert: die Ansparung und spätere Wiederauflösung von Honorarausgleichsfonds 1981 und 2001, die Berücksichtigung besonderer Kosten, die Einbeziehung der Ersatzkassen in die EHV 1991 und die stufenweise Herabsetzung der Altersgrenze auf 65 Jahre, die mit der Ruland'schen Reform wieder stufenweise angehoben wurde. Eingreifende Änderungen erfuhr die EHV noch einmal mit den weiter hinten besprochenen Reformen 2001, 2006, der Ruland'schen Reform 2012 und durch von Mitgliedern der IG EHV in Folge dieser Reformen erwirkten Gerichtsurteile.

Die Bildung eines Honorarausgleichsfonds 1981 wurde wegen der damals prognostizierten, ungünstigen demographischen Entwicklung mit einem vorhergesagten Umlageanstieg auf über 11% des RVO-Honorars beschlossen. Tatsächlich erfolgte nur ein Anstieg auf über 9% des RVO-Honorars, sodass nach einiger Zeit die Auflösung des Fonds erfolgte.

Mit der Berücksichtigung besonderer Kosten, sollte die Umlagebelastung kostenintensiver Praxen gemildert werden. Sie wurde damit begründet, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der EHV die Praxiskosten noch eine Größenordnung von 32% bis 35%⁷ hatten und dass nach Erhebungen des Zentralinstitutes und nach Praxisanalysen der KVH zwischenzeitlich einzelne Praxen einen Kostenanteil bis zu 80% erreicht hätten.

Die Ersatzkassen konnten in die EHV einbezogen werden, weil neue gesetzliche Regelungen einen Honorarverteilungsmaßstab auch bei den Ersatzkassen ermöglichten. Die Einbeziehung stieß auf deutlichen Widerstand. Für Ärzte, die mit erheblichen Mehrbelastungen rechnen mussten und die keine wesentlichen zusätzlichen Ansprüche an die Erweiterte Honorarverteilung erwerben konnten, wurde ein Wahlrecht zwischen dem bisherigen und dem neuen Verfahren zur Ermittlung der Ansprüche eingeräumt, das aber in jüngster Zeit aufgehoben wurde.

Alle Versuche, die Geburtsfehler der EHV in späteren Jahren zu korrigieren, sind gescheitert.

Die Totschlagargumente bei den Änderungs- oder Reformversuchen für die EHV waren der mögliche Verlust der nachgelagerten Besteuerung und die einzuhaltende Solidarität. Nur nicht das Finanzamt auf das Privileg aufmerksam machen, war die Devise. Ausgleichsfonds als Puffer zwischen den Generationen wurden nur vorübergehend angespart und wieder aufgelöst, anstatt zu einer ständigen Einrichtung ausgebaut zu werden.

⁷ KVH, Vorlage A 21/90 zu TOP III.1 zur Sitzung der AV a. 30.06.1990

Als der Verfasser in der Abgeordnetenversammlung vom 30.05.1981 einen Antrag der süd-hessischen Orthopäden zu vertreten hatte, in dem eine Umstellung des Systems auf Einkommen beantragt worden war, stieß er auf heftigsten Widerstand. Einige Stimmen aus dem damaligen Protokoll⁸:

„Löwenstein: Sind sich Ihre südhessischen Orthopäden wirklich nicht klar darüber, dass sie mit diesem Antrag irgendwie das Beil an die Wurzel der EHV setzen?“

Ich sehe keinen Weg, und ich bin mir hier mit dem Vorstand völlig einer Meinung, irgendeine einigermaßen mögliche, einigermaßen gerecht erscheinende Änderung einzuführen.

... Ich sehe sehr schwarz für unsere EHV, wenn wir da anfangen zu prozessieren, wenn wir da anfangen in einschneidender Weise herumzutüfteln.

Pfotenhauer: Insgesamt stimme ich durchaus nach Beratung mit meinen EHV-Kollegen dafür, dass wir unter gar keinen Umständen irgendetwas ändern sollten.

Weimershaus: Wir haben als sie geboren wurde, gerechnet und haben die Phantasien der Versicherungsmathematiker noch im Kopf, die gesagt haben 18,12,14,16% Belastung, das rennt uns davon. Es ist uns nicht davongerannt, im Gegenteil...

Terjung: Rühret nicht daran!

Bausch: Die Nachkriegsgeschichte der bundesrepublikanischen Berufspolitik ist gepflastert von Gerichtsurteilen, die immer dann ergangen sind, wenn kleine Gruppen unserer Berufsgruppe oder sogar einzelne Ärzte im vollkommener berufspolitischer Uneinsicht die Gerichte angerufen haben...Das waren Prozesse ..., die.....immer wieder aus purer Eigensucht oder Uneinsichtigkeit in die Gesamtproblematik angezettelt worden sind...

Hahn: Ich möchte Herrn Kollegen Burk herzlich bitten, die Finger von diesem Kapitel zu lassen.

Holfelder: ... denn diese Jahre, die wir über die Erreichung der 30% zahlen, sind – wenn Sie so wollen – der Beitrag dafür, dass wir noch am Leben sind.“

Die Erwähnung der einzelnen Stimmen erfolgt deswegen, weil sie exemplarisch die Haltung der KV widerspiegelt.

Es gab in der Diskussion dieser Abgeordnetenversammlung Argumente, die auf die Schwierigkeiten bei Änderung des Systems eingingen und umgekehrt solche, die auf Vorteile der laufenden Regelung hinwiesen: Dass es bei diesem System keine absolute Gerechtigkeit gibt

⁸ Niederschrift über die Abgeordnetenvers. der KVH a. 30.05.1981

oder geben kann (Löwenstein), dass es erhebliche Schwierigkeiten geben würde bei der Feststellung von Kosten (Nanke), dass es ärgerlich sei, nach dem Erreichen des Höchstanspruchs von 30% weiter zahlen zu müssen (Löwenstein). Es wurde umgekehrt darauf hingewiesen, dass den Umlagen aus hohen Umsätzen eine frühe Sicherung nach Erreichen von 30% Anspruch gegenüberstehe, dass die Umlage von der Steuer abgesetzt werden könne und dass den hohen Kosten auch hohe Umsätze gegenüberstünden und die Honorare die hohen Kosten teilweise beinhalteten (Löwenstein).

Es gab nicht eine einzige Stimme, die eine Änderung, eine Anpassung an steigende Kosten auch nur in Erwägung zog, die signalisiert hätte, grundlegend über das System nachdenken zu wollen, Kompetenz von außen zu holen, rechtliche Fragen beantworten zu lassen. Die mögliche demographische Entwicklung und ihre Folgen waren nicht im Ansatz besprochen worden. Die demographische Entwicklung ist bis heute ein Konfliktthema in der EHV geblieben.

Ohne Zweifel wären erhebliche Anstrengungen erforderlich gewesen bei der Abkehr von der Umsatzbezogenheit. Der damalige Geschäftsführer der KVH Dr. Hans-Peter Höhle hat in einer „Zusammenstellung der Argumente für die Diskussion in den Geschäftsausschüssen der Bezirksstellen zum Antrag der Orthopäden auf Änderung der Bemessungsgrundlage für das Umlageverfahren zur EHV“ vom 13.05.1981⁹ ausführlich auf die zu erwartenden Schwierigkeiten hingewiesen. Schon in einem Brief vom 06.10.1980 hatte der damalige Vorsitzende der KVH seinerseits auf die Schwierigkeiten verwiesen.¹⁰

Andererseits musste ein Zurückweichen vor einer Änderung bei sich öffnender Schere von Kosten und Einkommen zwangsläufig auf Korrekturen zusteuern, wie sie dann 1991 und 2001 erfolgten, 1981 von den EHV-Teilnehmern offenbar nicht, 2001 schmerzhaft bemerkt.

Die abschließende Abstimmung brachte 1981 eine einstimmige Ablehnung des Antrages mit der Stimme des Verfassers als einziger Gegenstimme. Er musste das Protokoll korrigieren lassen, weil zunächst Einstimmigkeit im Protokoll aufgenommen war ohne Gegenstimme.

Nach diesen Ausführungen zur Geschichte der EHV lassen sich folgende Feststellungen treffen:

- Die EHV wurde gegründet nach einer landesgesetzlichen Vorgabe von 1953. § 8 KVHG gilt bis heute.
- Es muss erhebliche innerärztliche Auseinandersetzungen um die Einführung der EHV gegeben haben.
- Es wurde ein Umlageverfahren zum Aufbau der Altersversorgung gewählt.

⁹ Zusammenstellung der Argumente für die Diskussion..... vom 13.05.1981 ohne Unterschrift mit Zeichen Hö/ec

¹⁰ Löwenstein, Schreiben an Interessengemeinschaft südhessischer Orthop. vom 06.10.1980

- In eingeholten Gutachten wurden erhebliche Bedenken gegen die Einführung der EHV geäußert. Es wurden insbesondere Umlagen bis zu 17% vom Honorar prognostiziert.
- Eine gutachterlich geforderte Trennung von karitativer und Eigenvorsorge wurde nicht durchgeführt. Es wurde die gesamte Umlage auf den Erwerb eigener Anwartschaften angerechnet und kein auch noch so kleiner Anteil als verlorene Abgabe an Kriegsteilnehmer abgeführt. Die Belastung wurde voll an die nächste Generation weitergegeben.
- Es wurde bei der Gründung der EHV nicht mit dem Aufbau eines Puffers zwischen den Generationen begonnen.

Am Ende eines im Oktober 2004 für die KV erstellten Gutachtens (Siehe 6.3) spricht Prof. Dr. Ingwer Ebsen von einer „faktisch unentgeltlichen Versorgung der ersten Generation von Leistungsberechtigten“.

Nach den Ausführungen der Gutachter kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Einführung der EHV ohne Absicherung der von ihnen eindringlich vorgetragenen Risiken blauäugig erfolgte. Es wurde bewusst auf Sicherungsmaßnahmen verzichtet. Zwei Bedrohungen wurden völlig ausgeklammert, die demographische Entwicklung und die Möglichkeit, dass sich Kosten der Praxen und Einkommen voneinander abweichend entwickeln könnten.

Es ist kaum vorstellbar, dass die KV sich über alle Bedenken hinwegsetzt und das Aufsichtsministerium zugestimmt hätte, ohne dass auch eine zustimmende gutachterliche Beurteilung vorgelegen hätte. Im dem Verfasser vorgelegten Archivmaterial konnte er keine finden.

Die Umsatzbezogenheit der EHV mit ihren Folgen, die unausgewogene Struktur der Grundsätze der EHV, die fehlende Absicherung gegen die demographische Entwicklung bei über Jahre fehlender Bereitschaft, diese Mängel des Alterssicherungssystems zu eliminieren, führten zu einseitigen Reformen und schließlich zum Scheitern des ursprünglichen Konzeptes. Die Entwicklung endete in der Notwendigkeit einer völligen Neugestaltung des Systems mit Hilfe außenstehender Experten.

3. Zur Solidarität

Ohne Solidarität ist eine Altersversorgung auf der Basis eines Umlagesystems nicht denkbar. Die Aktiven zahlen für die Ruheständler und erwerben damit eigene Anwartschaften, die mit Eintritt in den Ruhestand zu Ansprüchen werden.

In der KV wurde immer wieder betont, das Umlageverfahren sei seinerzeit gewählt worden, weil es geeignet gewesen sei, den Spätheimkehrern, den Flüchtlingen und den Verfolgten

unter den Ärzten, die keine Altersversorgung aufbauen konnten oder vieles verloren hatten, Unterstützung zukommen zu lassen.

Bei der Wahl des Umlageverfahrens ist kein anfänglicher Kapitalstock nötig; es stehen sofort Mittel für die Verteilung zur Verfügung. Die Belastungen werden von Generation zu Generation weitergegeben. Endgültig bezahlt werden muss bei der etwaigen Auflösung des Systems oder wenn die Belastungen übermäßig werden, bei der Auflösung von den letzten beiden Generationen.

Ebsen schreibt in seinem Gutachten vom Okt.2004¹¹: *„Wie immer das Umlagesystem beendet wird....., bedeutet die Beendigung des Systems, dass die Rechnung für die „unentgeltlichen“ Leistungen an die erste Generation, also in der KV Hessen die nach Kriegsende zu versorgenden Alten, Invaliden und Hinterbliebenen, den letzten beiden Generationen präsentiert wird“.*

Die Sorge um finanzielle Unterstützung der durch den Krieg und die Geldentwertung hilfsbedürftig gewordenen Kassenärzte muss sich in Grenzen gehalten haben, wenn man berücksichtigt, dass beim Zahlungsbeginn in der EHV schon zehn Jahre seit Kriegsende vergangen waren und die Kriegsteilnehmer diese Jahre mit der fehlenden Altersversorgung allein gelassen wurden. Für den in die EHV ohne den Erwerb eigener Anwartschaften einbezogenen Personenkreis galt die Bezeichnung *„alte Last“*.

Offenbar wurde schon 1951 an die Einführung eines Altersversorgungssystems für die Kassenärzte gedacht, bis zur Realisierung der ersten Auszahlungen vergingen aber noch vier Jahre. 1955 war das Wirtschaftswunder in der Bundesrepublik schon einige Zeit im Gange.

Wer letztlich die treibende Kraft für die Einführung der EHV war, die KV oder die Landesregierung, lässt sich aus den dem Verfasser vorliegenden Unterlagen nicht sicher erkennen.

In der Bezirksstelle Gießen bestand für einige Zeit eine Vorgängerlösung.

Es spricht mehr für die Annahme, dass die Einführung des Umlagesystems nicht nur wegen der möglichen Versorgung der Kriegsteilnehmer erfolgte, sondern auch, weil das Umlagesystem für krisensicherer gehalten wurde als das Kapitaldeckungsverfahren, mit dem zweimal schlechte Erfahrungen gemacht worden waren.

Der dritte Grund war, dass bei der Gründung eines Umlageverfahrens noch keine Ansprüche von Ruheständlern bestehen, die durch eine Umlage finanziert werden müssen. Im Falle der EHV musste aber eine Altlast bedient werden, was durch eine von den Aktiven zu erhebende Umlage zu bewerkstelligen war. Diese Umlage konnte voll für die Versorgung des in § 10 der

¹¹ Ebenda Rz. 90

damaligen GEHV erfassten Personenkreises verwandt werden. Das geschah nicht ohne Gegenleistung. Mit der Zahlung der Umlage erwarben die Zahlenden Anwartschaften, die später zu Ansprüchen wurden, welche von der nachfolgenden Generation zu finanzieren waren. Es wurde zu der der Eigenvorsorge dienenden Umlage keine zusätzliche karitative, verlorene Umlage erhoben, wie vom Büro Heubeck geraten. Die Umlage ging voll in die Berechnung der Anwartschaften ein.

Es ist nicht bekannt, wie hoch die Mittel für die Versorgung der „alten Last“ waren, sicher kann aber gesagt werden, dass keine echten Opfer im Sinne eines verlorenen Zuschusses gebracht wurden. Da unwahrscheinlich ist, dass in anderen Bundesländern der in § 10 GEHV erfasste Personenkreis völlig seinem Schicksal überlassen wurde, wäre es eine spannende Aufgabe zu untersuchen, wie dort verfahren wurde, ob nicht vielleicht durch Fürsorgemaßnahmen der Kammern echte Opfer, größere Solidarleistungen erbracht wurden.

Die Aussicht auf steigende Honorare und Einkommen war zur Zeit der Gründung der EHV sehr gut. Es konnten bei steigenden Umsätzen mit den anfänglichen Umlagen üppige Renditen erzielt werden. Die Umlage auf die RVO-Honorare betrug 1955 2,5%, im 3. Quartal 1989, dem Quartal mit der höchsten Belastung vor Einbeziehung der Ersatzkassen 9,08%. Für den Verfasser bedeutete das in seiner persönlichen Abrechnung nach Einrechnung der Ersatzkassenhonorare im 3. Quartal 1989 ohne Anerkennung von Kosten, wie sie ab dem 3. Quartal 2006 berücksichtigt werden, eine Quote von ca. 7%. Bei Berücksichtigung der Kosten erhöht sich der Wert. Ein ehemaliger Geschäftsführer der KV hat dem Verfasser gegenüber die damalige EHV als ein System charakterisiert, das bei minimalem Einsatz maximalen Gewinn versprach. Der Begriff Solidarität drängt sich bei diesem Vorgehen nicht auf.

Die Risikoabsicherung in der EHV wurde vernachlässigt. Durch kleine zusätzliche Umlagen über mehrere Generationen hätte der gewünschte Puffer zwischen Aktiven und Ruheständlern im Sinne eines Ausgleichsfonds aufgebaut werden können. Als bei der Gründung mit der Satzung eingerichtetes Element, wäre der Aufbau des Fonds bis zu einer festzulegenden Höchstgrenze von nachfolgenden Generationen als Selbstverständlichkeit hingenommen worden, um einen unzumutbaren Anstieg der Umlagebelastung einerseits und ein wesentliches Absinken der Altersbezüge andererseits etwa durch die demographische Entwicklung zu verhindern. Ein Ausgleichsfonds, nicht im Sinne eines Kapitalstockes zur individuellen Finanzierung von Renten, sondern im Sinne einer Schwankungsreserve, die nur eine begrenzte Höhe hätte erreichen müssen. Die Last, das Risiko wurden auf nachfolgende Generationen verschoben.

In späteren Jahren wurde zweimal die Einführung eines Ausgleichsfonds beschlossen, 1981 und 2001. In beiden Fällen wurde der Fonds wieder aufgelöst, beim ersten Mal, weil die prognostizierte demographische Entwicklung mit einer Betragssteigerung des Umlagesatzes

auf über 11% des RVO-Honorars nicht eintrat, beim zweiten Mal, weil die KV sich nach der Reform 2006 sicher wähnte, ihn nicht mehr zu brauchen.

Ein System mit gleichmäßiger Verteilung der durch die demographische Entwicklung bedingten Lasten, wie 2012 eingeführt in Form des paritätischen Defizitausgleichs, wurde nicht einmal erwogen.

Die in 2. „Zur *Geschichte der EHV*“ beschriebene paradoxe Solidarität wurde innerhalb der aktiven Vertragsärzte nicht thematisiert. Erleichterungen für die kostenintensiven Praxen wurden mit der Reform 2001 durch Kürzungen der Altersbezüge erreicht.

Die fehlende Risikovorsorge gegen die demographische Entwicklung und der wachsende Kostendruck in den Praxen machte die EHV von vornherein instabil, zwang Ende der 90er Jahre zu Reformüberlegungen¹² und musste schließlich zur Aufgabe der ursprünglichen EHV und einer grundlegenden Neugestaltung im Jahr 2012 führen.

4. Reform 2000/2001

Im Jahre 2000 gab es zwei Bedrohungen für die EHV, eine innere durch die demographische Entwicklung und die Kostenbelastung der Praxen und eine äußere durch permanente politische Eingriffe in das Gesundheitswesen. Das GKV Gesundheitsreformgesetz 2000 schuf die Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung. Ab 01.01.1999 galt nach dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 eine Altersgrenze für Vertragsärzte bei Vollendung des 68. Lebensjahres, die zu einem Schub von Ruheständlern führte. Auch an dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass bei einer Vorlaufzeit des Gesetzes von 6 Jahren ein Ausgleichsfonds die Auswirkungen des Gesetzes wesentlich hätte mildern können.

Der damalige Vorsitzende der KVH Spies gab in einem Artikel im Hessischen Ärzteblatt 2/2000 einen Überblick über den seinerzeitigen Stand der Entwicklung. Er berichtete, dass die Abgeordnetenversammlung sich am 22.12.1999 getroffen hatte, um sich über die EHV umfassend zu informieren und über ihre Zukunft zu beraten.

Spies wies hin auf die wachsende Zahl der EHV-Empfänger durch steigende Lebenserwartung, auf die festgelegte Altersgrenze und auf eine Begrenzung der Zahl der Aktiven durch Zulassungsbeschränkungen.

¹² Gerlich, GEHV, Vorlage A74/00 zur AV am 02.09.2000

In der Abgeordnetenversammlung am 02.09.2000 trug der damalige Hauptgeschäftsführer der KVH, Dieter Gerlich, vor: „Wir haben das Problem des Altersberges und es steht die Frage an, wie können wir dieses Problem schließlich lösen.“¹³

Nach dem Bericht von Gerlich wurden In Vorbereitung auf die Reform Modelle zur Überführung in ein kapitalgedecktes Verfahren und ein „Auslaufen“ der EHV geprüft. Das kapitalgedeckte Verfahren wurde nicht weiter verfolgt, weil sich für die zusätzlichen finanziellen Belastungen in der Abgeordnetenversammlung vermutlich nicht die erforderlichen Mehrheiten hätten erreichen lassen. Ein Auslaufen wurde ebenfalls nicht weiter verfolgt. Es hätte im Grundsatz bedeutet, dass erworbene Ansprüche mit den Zahlungen der Aktiven hätten bedient werden müssen, dafür aber kontinuierlich nur reduzierte bzw. keine Ansprüche mehr hätten erworben werden können. Schließlich trug Gerlich Maßnahmen vor, die einerseits die Belastungen der Aktiven durch die demographische Entwicklung dämpfen und zusätzlich die Umlagebelastung der kostenintensiven Praxen reduzieren sollten.

Die Lasten der EHV sollten auf Aktive und Inaktive verteilt werden.

4.1. Zu Details der Reform

Folgende Schritte wurden beschlossen:

- Die bisherige Normalstaffel für die Feststellung von Anwartschaften mit stärkerem Anstieg zu Beginn wurde ersetzt durch eine Staffel mit linearem Anstieg. Jedes Jahr vertragsärztlicher Tätigkeit wurde gleich bewertet.
- Die Ausrichtung der Normalstaffel erfolgte auf eine 30jährige vertragsärztliche Tätigkeit anstelle einer bisher 35jährigen.
- Der erreichbare Höchstanspruchssatz wurde stufenweise reduziert von 18% auf 15%.
- Es erfolgte eine verstärkte Berücksichtigung besonderer Kosten.

Zur Vermeidung zukünftiger Belastungsspitzen wurde der Aufbau eines zweckgebundenen Ausgleichsfonds eingerichtet mit zusätzlicher, zeitlich gestaffelter, stufenweise von „bis zu 0,8%“ auf 0,4% sinkender Quotenbelastung für die Aktiven. Es heißt wörtlich in den ab 01.01.2001 gültigen GEHV § 9 (2): „Die Erhebung dieses zusätzlichen Honoraranteils und Zuführung zu einem Ausgleichsfonds (Kapitalfonds) erfolgt solange, wie die aus Abs. 1 und dieser Regelung resultierende Gesamtbelastung für die Honorarverteilung eine Quotenbelastung von ca. 6% nicht überschreitet.“

Es wurde einerseits eine 6%ige Belastung ausdrücklich für hinnehmbar gehalten, andererseits wurde mit dieser Regelung erstmals darauf hingewiesen, dass 6% als eine Belastungs-

¹³ Vortrag Gerlich, Top 4 der Abschrift der AV vom 02.09.2000, Vorlage A70/00, Seite 1

grenze gesehen wurde, die zusätzliche Belastungen nicht zuließ, ein erster Ansatz für eine Deckelung der Umlagen. Eine etwaige Fixierung dieser Grenze hätte sich bei Fortbestehen der GEHV zwar solange nicht auf die Bezüge der Ruheständler ausgewirkt, wie der Ausgleichsfonds zur Kompensation der Defizite ausgereicht hätte, spätestens nach Aufbrauchen des Fonds hätte sie ihre Wirksamkeit aber entfalten können.

Dass die Gründer der EHV trotz der wesentlich höher prognostizierten Belastungen keinen Deckel für die Umlagen vorsahen, kann mehrere Gründe gehabt haben. Sie waren bereit, höhere Belastungen hinzunehmen, oder sie haben den versicherungsmathematischen Berechnungen misstraut und mit niedrigeren Quoten gerechnet, oder sie wussten, dass eine Deckelung immer zu Lasten der Gegenseite geht und damit ungesetzlich ist, oder sie haben ganz unsolidarisch gehofft, dass die hohen Belastungen erst die nachfolgenden Generationen treffen würden.

Warum gerade eine 6%ige Belastung als Obergrenze festgelegt wurde, ist nicht ersichtlich. Der Verfasser selbst erreichte, wie oben gezeigt wurde, eine Belastung bis etwa 7%.

Der Verfasser verzichtete Ende 1999 mit Erreichen der Altersgrenze auf seine Zulassung und wurde mit Dezember 1999 EHV-Teilnehmer.

Mit der in Folge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG 2003) durchgeführten Reform 2004 verloren die Ruheständler ihre Mitgliedschaft in der KV. Dadurch entfiel der Zugang zu den jeweils für die Entscheidungen der Abgeordneten-, später Vertreterversammlungen maßgeblichen Unterlagen. Solche Unterlagen waren nur noch auf Umwegen zu erlangen. Manche Fakten wurden erst durch gegnerische Schriftsätze in Gerichtsverfahren bekannt.

Mit den vom Hessischen Sozialministerium am 10.08.2001 genehmigten und mit Quartal 4/2001 erstmals angewandten Grundsätzen der EHV wurden zwei Hauptziele angestrebt. Die Neuerungen sollten einmal die kostenintensiven Praxen entlasten und zum anderen die Inaktiven an den Auswirkungen der demographischen Entwicklung beteiligen. Das kam de facto einer Kürzung ihrer Bezüge gleich.

Diese beiden Hauptziele wurden durch eine Maßnahme erreicht: Durch die Erhöhung des abzugsfähigen Anteils der Praxiskosten vom Honorar.

Durch die Erhöhung des anerkennungsfähigen Kostenanteils sank das der EHV-Quote unterworfenen Honorar der betreffenden Praxen. Durch die Absenkung des EHV-pflichtigen Honorars der kostenintensiven Praxen sank das Durchschnittshonorar. Ein geringeres Durchschnittshonorar als Bezugsgröße für die EHV-Zahlungen verringerte bei den Inaktiven die EHV – Leistungen.

In einem Schreiben vom 09.10.2001¹⁴ bezifferte die damalige Vorsitzende der Bezirksstelle Darmstadt der KVH, Dr. Margita Bert, die Kürzung der Ruheständler auf ca. 8%. Gerlich erwartete eine Reduzierung der EHV-Bezüge um 5 – 6%.¹⁵ Er gab in dem schon zitierten Schreiben für die AV am 02.09.2000 zusätzlich folgenden Hinweis: „Zu beachten ist in diesem Zusammenhang noch, dass sich allein schon aus der Laborreform eine Minderung des Durchschnittshonorars von nach derzeitiger Einschätzung ca. 1 - 2% ergibt, was auf jeden Fall systembedingt von den EHV-Empfängern zu tragen ist.“ Zusammengenommen ergaben die Zahlen von Gerlich die von Bert angegebene Kürzung von 8%. 8% entsprechen etwa einer Monatsrente.

Es muss an dieser Stelle festgestellt werden, dass kein EHV-Teilnehmer je feststellen konnte, ob diese Zahlen tatsächlich zutrafen. Die Berechnungen der EHV-Bezüge waren derart intransparent, allein die Kostenanerkennung war so kompliziert, dass sie von EHV-Teilnehmern nie nachgeprüft werden konnten.

Zur Zeit der Reform 2001 erhielten die Ruheständler noch nicht einmal ordnungsgemäße Bescheide über ihre Auszahlungen, nur sogenannte Kontoauszüge. Sie wurden im Laufe der sich anschließenden Gerichtsverfahren als Verwaltungsakte eingeordnet und damit rechtsmittelfähigen Bescheiden gleichgestellt.

Die Erhebung einer Umlage auf Praxiskosten war ein Geburtsfehler der EHV. Jede Herabsetzung der Umlage für die Aktiven musste allgemeine Zustimmung unter den Aktiven auslösen, besonders, wenn sie durch eine Verminderung des EHV-pflichtigen Honorars als Folge einer teilweisen Anerkennung von Praxiskosten erreicht wurde.

Die Absicht, die Inaktiven in die Reduzierung der Kostenbelastung einzubeziehen, hätte erreicht werden können durch eine Verteilung der Mehrbelastung auf Aktive und Inaktive. Bei den Aktiven hätte das eine höhere Umlage für die bisher begünstigten Praxen bedeutet. In der Summe hätte es für einen Teil der Aktiven zu einer höheren Umlage und für die Inaktiven zu einer Reduzierung ihrer Auszahlungen, aber zu einem ausgewogeneren Umlagesystem geführt.

Wenn die Inaktiven sich gegen die Höhe der Kürzung ihrer Bezüge im Rahmen dieser Reform wandten, mussten sie sich vorhalten lassen, sie seien gegen eine Entlastung der kostenintensiven Praxen. Die Praxen müssten aber entlastet werden.

Die Akzeptanz von „leicht reduzierten EHV-Zahlungen“¹⁶ sei der Solidarbeitrag der EHV-Empfänger in dieser Reform schrieb Gerlich.

¹⁴ Schreiben der Vorsitzenden der Bezirksstelle Darmstadt der KVH vom 09.10.2001 an die Mitglieder der EHV

¹⁵ Vortrag Gerlich, Top 4 der Abschrift der AV vom 02.09.2000, Vorlage A70/00, Seite 2

¹⁶ Gerlich, Neuausrichtung der Erweiterten Honorarverteilung, Einführung vom 10.09.2001

Neben der Kostenentlastung der Praxen sollte die dadurch erreichte Umlageentlastung der demographischen Entwicklung entgegenwirken.

Die demographische Entwicklung, die zu erwarten war, würde zu einer steigenden Umlagebelastung führen, da die steigende Zahl der Inaktiven zwangsläufig höhere Anforderungen an die Beitragszahler mit sich bringen würde.

Umgekehrt wirkte sich die Steigerung der Zahl der Aktiven bei gleichbleibender Zahl von Inaktiven in der Vergangenheit aus: Der Durchschnittsumsatz sank und damit die Höhe der EHV – Zahlungen. So ist 1960/61 durch die Zunahme der Ärzte um rund 20% das Durchschnittshonorar um knapp 10% gesunken. Der Rückgang der EHV-Zahlungen 1992/1993 aufgrund des Gesundheitsstrukturgesetzes fiel geringer aus.

Die Inaktiven der IG EHV haben immer betont, dass sie bereit seien, sich an der Bewältigung der Schwierigkeiten durch die demographische Entwicklung zu beteiligen, dass die Belastungen durch die demographische Entwicklung aber auf Aktive und Inaktive gleichermaßen verteilt werden, bzw. verhältnismäßig sein müssten.

Diese Überlegungen sind insofern von Bedeutung, als die stets als zeitversetzte Kürzung der Aktiven dargestellte Reduzierung des erreichbaren Höchstanspruchssatzes von 18% auf 15% mit der Reform 2006 wieder rückgängig gemacht und die bereits geleisteten Zahlungen rückabgewickelt wurden, die Maßnahme also de facto wirkungslos blieb. Dabei ist zu bedenken, dass den Aktiven während der Laufzeit der Reduzierung genügend Zeit verblieben wäre, diese Reduzierung durch zusätzliche Ansparungen zu kompensieren, was den Inaktiven nicht mehr möglich war.

Die mit der Reform 2001 beschlossene Ansparung eines Ausgleichsfonds wurde ebenfalls als zusätzliche Belastung der Aktiven gesehen. Mit der späteren Auflösung des Ausgleichsfonds und der Rückzahlung der angesparten Mittel an die Einzahler entfiel auch dieses Argument.

Durch die Rückabwicklung der Abstaffelung der zukünftigen Altersbezüge und die Auflösung der Ausgleichsfonds blieb von der Reform 2001 nur die einseitige Belastung bzw. Kürzung der Ruheständler. Für die Ruheständler gab es keine Übergangsregelung. Die Mitglieder der IG EHV betrachteten die Reform 2000/2001 von Anfang an als unverhältnismäßig und sahen, nachdem ihre Widersprüche gegen die Kürzungen von der KV zurückgewiesen worden waren, nur den Klageweg als Korrekturmöglichkeit.

4.2. Eigentumsrecht in der EHV

Das Eigentumsrecht spielte von Anfang an in den Auseinandersetzungen mit der KV eine so eminente Rolle und gewährt derartige Einblicke in die Arbeitsweise und die Strukturen der

KV, dass ihm schon an dieser Stelle ein eigenes Kapitel gewidmet werden soll unter Vorgriff auf das später referierte Urteil des BSG vom 16.07.08.

4.2.1. Prof. Papier

Zunächst sei zitiert aus einem Referat von Prof. Dr. Hans Jürgen Papier, dem späteren Präsidenten des Bundesverfassungsgerichtes auf einer Klausurtagung des Geschäftsausschusses der Bezirksstelle Darmstadt der KVH in Grasellenbach im Odenwald am 14.12.1996.

Das Referat trug den Titel *„Verfassungsrechtlicher Schutz der Altersversorgung unter besonderer Berücksichtigung der EHV der KV Hessen“*.

Papier stellte darin fest: *„Verfassungsrechtlichen Schutz genießen indes die Rechtsansprüche derjenigen Personen, die auf der Grundlage des Satzungsrechts der KVH als inaktive Kassenärzte bzw. als Hinterbliebene eine Rentenleistung durch die Teilnahme an der Erweiterten Honorarverteilung beziehen.....Dieser grundsätzliche Verfassungsschutz folgt aus Art. 14 GG, der grundrechtlichen Gewährleistung des Eigentums.“* Und weiter: *“Für den Grad des verfassungsrechtlichen Eigentumsschutzes ist das Maß der der dem Rentenrecht zugrundeliegenden Eigenleistung von entscheidender Bedeutung.“*

Eine weitere Textstelle ist unten in einer Stellungnahme von Plagemann vom 03.01.08 (Ziffer 13.1.19) zu finden.

4.2.2. Haltung der KV und Auffassung des BSG zum Eigentumsrecht

Unbegreiflich und widersprüchlich im Rahmen der rechtlichen Auseinandersetzungen um die Reform 2001 sind die Einlassungen der KV im Zusammenhang mit dem Schutz der Altersbezüge durch das Eigentumsrecht.

Am 01.12.1990 hatte der damalige Geschäftsführer der KV, Dr. Hans-Peter Höhle, im Rahmen der Diskussion um die Einbeziehung der Ersatzkassen in die EHV einer Stellungnahme im Abschnitt Rechtssicherheit¹⁷ festgehalten: *„Das Bundesverfassungsgericht hat Rentenanwartschaften in der Gesetzlichen Rentenversicherung den Eigentumsschutz des Artikel 14 Grundgesetz zugebilligt. Diesen Schutz genießen erst recht die EHV-Anwartschaften der Mitglieder der KV Hessen.“*

Schon zu diesem Zeitpunkt war in der KV der Schutz der EHV durch das Eigentumsrecht bekannt. Wenn, wie Höhle formuliert hat, schon die Anwartschaften geschützt waren, dann

¹⁷Höhle, Vorlage A 58/70 der AVOM vom 01.12.90, Seite 3

erst recht die Ansprüche, zu denen die Anwartschaften mit Eintritt der Vertragsärzte in die EHV werden.

Die Stellungnahme von Papier folgte 1996.

In einer Ausarbeitung für eine Klausurtagung des Vorstandes der KV vom 10.11.2002¹⁸ hatte Gerlich formuliert: *„Ansprüchen aus der EHV wird man zumindest im Ansatz eigentumsähnlichen Charakter beimessen müssen, was zusätzlich in den Diskussionen zur Zukunft der EHV wesentlich ist.“*

Umso überraschender ist die Argumentation der KV in den gerichtlichen Auseinandersetzungen mit Vertretern der IG EHV. Durch alle Instanzen bis zum BSG wurde das Eigentumsrecht bestritten. Nur der erreichte Prozentsatz der Ansprüche unterliege dem Eigentumsschutz, im Übrigen sei die EHV Teil der Honorarverteilung und unterliege deren Regelungen.

Das BSG stellte in seinem Urteil vom 16.07.2008 dann fest (Rn 38): *„Die Beklagte kann sich für ihre abweichende Auffassung, wonach die Vertragsärzte auch in der inaktiven Phase allein durch das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit geschützt seien, nicht auf die Rechtsprechung des BVerfG zum verfassungsrechtlichen Schutz beamtenrechtlicher Versorgungsansprüche stützen.... Der besondere Schutz, der den erworbenen Ansprüchen aus der EHV zuzuerkennen ist, kann nicht aus der Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 GG ausgegrenzt werden.“*

Das BSG unterschied nicht zwischen dem in Prozent erworbenen Anspruch und dem der Honorarverteilung unterworfenen Auszahlungsbetrag.

Es heißt weiter: *„Die Ansprüche und Anwartschaften auf Leistungen der EHV nach Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind strukturell und im Hinblick auf ihre besondere Schutzbedürftigkeit Ansprüchen aus betrieblichen Versorgungsanwartschaften und aus der beitragsfinanzierten Sozialversicherung vergleichbar. Beide sind nach höchstrichterlicher Rechtsprechung (auch) durch Art.14 GG geschützt“ - (Rn 39).*

„Die Voraussetzungen, unter denen Ansprüche aus der beitragsfinanzierten Sozialversicherung nach der Rechtsprechung des BVerfG Eigentumsschutz genießen, sind bei den Ansprüchen aus der EHV erfüllt. Sie sind dem Inhaber nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts als privatnützig zugeordnet, dienen seiner Existenzsicherung und beruhen auf Eigenleistung“ - (Rn 41).

¹⁸Gerlich, Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung –Grundsatzdiskussion vom 01.10.2002

§ 8 KVHG genüge den Anforderungen, die an die Normen im Schutzbereich des Art. 12 Abs. 1 und 14 Abs. 2 GG zu stellen seien. Insbesondere seien die Vorschriften hinreichend bestimmt und regelten die wesentlichen Grundlagen der EHV (Rn 42).

Damit war höchstrichterlich entschieden, dass die EHV-Bezüge durch das Eigentumsrecht geschützt sind und nicht beliebig durch die KV verändert werden dürfen.

Das BSG-Urteil hatte ein weiteres wichtiges Ergebnis. Im Rahmen von Überlegungen zu Honoraren, die nicht über die KÄV abgerechnet werden, stellt das Gericht unter Rn 52 fest:

„Dabei geht es vor allem darum, wie gesichert werden kann, dass bei Fortbestand des Systems der EHV diesem die erforderlichen Beträge aus solchen Einnahmen der Vertragsärzte zufließen können, die nicht mehr über die KÄV bezogen werden... Nach der vom Berufungsgericht und im Gutachten von Prof. Ebsen zutreffend hervorgehobenen Verpflichtung des Gesetzgebers, im Regelungsbereich sowohl des Art 12 Abs. 1 GG als auch des Art 14 GG wesentliche Entscheidungen selbst zu treffen, unterliegt es keinem Zweifel, dass bei solchen Veränderungen der Landesgesetzgeber gesetzliche Vorgaben normieren müsste, auf deren Grundlage dann konkretisierende Bestimmungen von der Ärztekammer und/oder in den Regelungen über die (erweiterte) Honorarverteilung zu treffen wären.“

Nach Auskunft des Büros des damaligen Hessischen Wirtschaftsministers Florian Rentsch nahm die seinerzeitige Hessische Landesregierung nach dem Urteil des BSG unter „Gesundheit und Soziales“ 54 Punkt 4 folgende Erklärung in Ihre Koalitionsvereinbarung auf:

„Wir werden ein Gesetz zur Neuregelung der Altersversorgung hessischer Ärzte (EHV) einbringen.“

Trotz mehrerer Interventionen unsererseits bei verschiedenen Politikern kam es jedoch nicht zu einer Gesetzesinitiative. Erst als Ende 2009 der Abschluss eines Hausarztvertrages nach § 73 b SGB V in Aussicht stand, wurde durch die SPD ein Gesetzentwurf zur Erweiterung des § 8 KVHG eingebracht, der auf einem Entwurf der KV beruhte. Am 14.12.2009 wurde dann vom Hessischen Landtag das Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen in zweiter Lesung beschlossen. Die gesetzliche Regelung soll sicherstellen, dass an der KV vorbei abgerechnete Honorare nicht für die EHV verlorengehen.

Ohne dieses Gesetz hätten die an der KV vorbei abgerechneten Honorare nicht für die EHV-Umlage erfasst werden können und die Altersbezüge wären wegen des verminderten Durchschnittsumsatzes entsprechend gesunken.

Die KV hat nach der gesetzlichen Auflage 2010 einen § 11 in Ihre GEHV aufgenommen, der weiter hinten besprochen wird. Er wurde in EHV aktuell am 06.07.2011 veröffentlicht und

trat am 07.07.2011 in Kraft. Er regelt die Erfassung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare.

Die gesetzliche Ergänzung des § 8 KVHG durch den Hessischen Landtag hatte ein unschönes Nachspiel. Im Pressespiegel der KV vom 11.12.09 war zu lesen: *„Wir sind sehr zufrieden, dass wir für die Alterssicherung unserer Mitglieder nun ein stabiles Fundament haben. Unsere Hartnäckigkeit gegenüber der Politik hat sich ausgezahlt“*, so die Vorstandsvorsitzenden der KV Hessen, Dr. Margita Bert und Dr. Gerd W. Zimmermann: *„Nachdem sich die hessische Politik in den vergangenen Jahren immer wieder für nicht zuständig erklärt hatte und durch eine von uns angestrebte Klage beim Bundessozialgericht auf den `rechten Gesetzespfad` gebracht werden musste, zeigt die Entscheidung von Mittwoch, dass die Parlamentarier die Ihnen übertragene Verantwortung für die Alterssicherung der hessischen Vertragsärzte nun übernommen haben.“*

Am Ende der Mitteilung hieß es, das Bundessozialgericht habe in einem Urteil im Juli die Rechtsmeinung der KVH bestätigt und dem Land aufgetragen, für eine gesetzliche Klarstellung zu sorgen.

Abgesehen davon, dass man an das Bundessozialgericht nicht durch eine direkte Klage, sondern nur durch eine Revision gelangen kann, impliziert der Text, dass die KV das Verfahren angestrengt und ihre Auffassungen durchgesetzt habe. Beim Schutz des Eigentumsrechts ist das Gericht aber den Vorstellungen der KV gerade nicht gefolgt.

Die die Tatsachen verdrehende Darstellung konnte von der IG EHV nicht hingenommen werden, ihr musste widersprochen werden. Nachdem eine Aufforderung zur Richtigstellung seitens der KV ohne Reaktion blieb, wurden vom Verfasser gerichtliche Schritte eingeleitet, die zu einem Vergleich vor dem OLG Frankfurt führten¹⁹. Die KV verpflichtete sich, ihren Text folgendermaßen zu korrigieren: *„Nachdem sich die hessische Politik in den vergangenen Jahren immer wieder für nicht zuständig erklärt hatte und durch eine von Dr. Burk angestrebte Klage, die von beiden Seiten bis zum Bundessozialgericht getragen wurde, auf den rechten Gesetzespfad gebracht werden musste, zeigt die Entscheidung vom Mittwoch.....“*

Die Klage gegen die KV war zu Beginn insofern wenig aussichtsreich, als die Pressefreiheit nach Auskunft unseres damaligen Anwaltes von den Gerichten als hoch schützenswertes Recht betrachtet wird. Aussicht auf Erfolg besteht nur, wenn das Persönlichkeitsrecht eines Klägers betroffen ist. Ein solcher Nachweis ist äußerst schwierig zu führen und der Vergleich war ein fast unerwarteter Erfolg.

Dass die beiden KV-Vorsitzenden zu einer solchen Behauptung kommen konnten, ist nur vorstellbar, wenn sie die Darstellungen der juristischen Geschäftsführung in den Schriftsät-

¹⁹ Vergleich vor dem Oberlandesgericht Frankfurt vom 15.04.2010, AZ.: 16 W 9/10

zen für die Gerichte nicht kannten, entweder weil sie sie nicht gelesen hatten, sie ihnen nicht vorgelegt worden waren oder sie davon ausgingen, dass eine Anfechtung ihrer Behauptung vor Gericht keinen Erfolg haben würde.

Erstaunlich ist, dass auch aus der Vertreterversammlung keine erkennbare Reaktion auf die Darstellung in den Schriftsätzen der juristischen Geschäftsführung erfolgte, lag es doch im Interesse jedes Einzelnen, dass die von den aktiven Vertragsärzten gezahlten Umlagen zu einer eigentumsgeschützten Anwartschaft führen. Wahrscheinlich kannten auch die Mitglieder der Vertreterversammlung die Schriftsätze nicht.

Nach unserer Kenntnis erhielten nicht einmal die Mitglieder des Beratenden Fachausschusses für EHV die in den Gerichtsverfahren von den Parteien erstellten Stellungnahmen.

Im Ergebnis belegt der Vorgang, dass die juristische Abteilung innerhalb der KV offenbar große Autonomie erlangt hat. Sie ist wahrscheinlich die am wenigsten kontrollierte. Dass sie diese Selbständigkeit entwickeln konnte, liegt zum Teil sicherlich an der mangelnden Aufsicht und den fehlenden Vorgaben durch die Vertreterversammlung und den Vorstand der KVH.

Der Verfasser richtete am 06.08.07 ein Schreiben an den Vorstand der KVH, in dem er sich kritisch mit einzelnen Verhaltensweisen der juristischen Geschäftsführung auseinandersetzte. Darin steht: *„Ich habe das Gefühl, dass sich in der juristischen Geschäftsführung der KV etwas verselbständigt hat.“*

Es antwortete ihm die Vorsitzende des Vorstands der KVH, Bert, am 24.08.2007. Sie schrieb unter anderem: *„...Dies ist ein Vorwurf, den ich nicht teile und dem ich auch entschieden widersprechen muss.“*

Die für die EHV zuständigen Gremien Vorstand, Vertreterversammlung, Juristische Geschäftsführung, kaufmännische Leitung und Beratender Fachausschuss für EHV arbeiteten nach unseren Erfahrungen nicht mit der erforderlichen Koordination und einem entsprechend organisierten Berichtswesen.

5. Die I EHV

Die Gründung der Interessengemeinschaft EHV (IG EHV) war eine direkte Folge der Reform 2001.

Am 12.09.01 lud der Verfasser den Rüsselsheimer Neurologen Dr. Wolf Grimmer in den Ratskeller in Rüsselsheim zu einem Gespräch über die neueste Entwicklung der EHV ein. Beide waren sich als Betroffene schnell einig, dass sie die Kürzung ihrer Altersbezüge durch die KV nicht unwidersprochen hinnehmen wollten. Es war ihnen klar, dass ein gerichtliches Vor-

gehen gegen die KV schnell die finanziellen Belastungen Einzelner so hoch treiben würde, dass der bestenfalls zu erwartende Erfolg die Auslagen nicht kompensieren und allein von ihnen zu finanzierende Verfahren nur die Summe ihrer von der KV durchgeführten Kürzungen erhöhen würde.

Klar war ihnen auch, dass sie beide allein kaum eine Chance hätten sich durchzusetzen und dass sie schnell als Querulanten ausgegrenzt werden könnten. Ihre Aussichten als Einzelne vor Gericht schätzten sie gering. Sie verabredeten, nach einer Informationsveranstaltung zur Werbung weiterer Ruheständler, die Gründung einer BGB-Gesellschaft zur Verfolgung von Interessen der EHV-Teilnehmer. Die BGB-Gesellschaft schien ihnen der am besten geeignete, weil formloseste Zusammenschluss. Außerdem hatte der Verfasser schon Erfahrung mit einer zwischenzeitlich wieder aufgelösten Interessengemeinschaft Südhessischer Orthopäden.

Nach einer Informationsveranstaltung am 06.11.01 im Ratskeller in Rüsselsheim wurde am 05.12.01 die IG EHV am selben Ort als Gesellschaft bürgerlichen Rechts gegründet.

Einzelheiten sind in einem Gesellschaftsvertrag geregelt.

In § 2 des Gesellschaftsvertrages heißt es: *„Zweck der Gesellschaft ist die Bildung einer Interessengemeinschaft von EHV – Teilnehmern zur Wahrung ihrer Rechte gegenüber der Kasernenärztlichen Vereinigung Hessen, dem zuständigen Hessischen Landesministerium und gegebenenfalls anderen politischen Institutionen.“*

Insbesondere soll von dieser Interessengemeinschaft ein Vorgehen gegenüber den angeführten Institutionen finanziell ermöglicht werden in Fällen, die über das Interesse eines Gesellschafters hinaus von allgemeinem Interesse für die Gesellschafter sind.“

Gedacht war von Seiten des Verfassers zunächst an eine Gruppe von etwa 20 Teilnehmern. Die Mitgliederzahl wuchs in den nachfolgenden Jahren dann jedoch auf etwa 280 bis Ende 2014.

Die Gesellschafterbetreuung erfolgt durch Obleute in Bezirken, die sich nach dem Wohnort des jeweiligen Obmannes richten. Derzeit werden bisher festgelegte Bezirke von folgenden Obleuten betreut, von Süd nach Nord:

Bezirk	Obmann
Bergstraße	Dr. Hartmut P. Aßmann
Rüsselsheim	Dr. Otto Burk
Wiesbaden	Dr. Christian Bona
Gießen	Dr. Johann W. Plass
Wetzlar/Limburg	Dr. Gabriel Nick
Marburg	Dr. Klaus Uffelmann
Dietzenbach	Dr. Erich Wutzke

Der für den Bezirk Limburg gewählte Obmann Dr. Wolfram Gintner ist verstorben. Herr Nick hat die Betreuung aus diesem Bezirk mitübernommen.

Die Grenzen der Bezirke sind nicht scharf festgelegt. Jeder EHV- Teilnehmer kann sich den Obmann wählen, in dessen Gruppe er aufgenommen werden möchte, sodass beispielsweise Gesellschafter aus Frankfurt z.T. in Wiesbaden, z.T. in Rüsselsheim registriert sind und ein Kasseler ebenfalls zur Gruppe Rüsselsheim gehört.

Die Reform 2001 hat zu erheblichen Kürzungen der EHV-Bezüge geführt. Gegen die Ergebnisse dieser Reform vorzugehen war das erste Ziel der Bemühungen der IG EHV.

Die durch das Verhalten der KV herbeigeführten untragbaren Zustände stärkten immer wieder den Willen und das Durchhaltevermögen der Ruheständler in der IG EHV, gegen diese Zustände anzugehen.

Innerhalb der IG EHV war schnell klar, dass durch Prozesse keine neue EHV geschaffen werden konnte. Die Gerichte würden keine neue Satzung und keine Gesetzestexte formulieren. Es war auch bald klar, dass die KV selbst, wie in der Vergangenheit, nicht willens und personell nicht in der Lage sein würde, eine grundlegende Erneuerung der EHV herbeizuführen.

Damit waren zwei Richtungen des weiteren Handelns vorgegeben. Die Gesellschafter der IG EHV mussten die die Inaktiven benachteiligenden Beschlüsse der VV gerichtlich überprüfen lassen und andererseits nach einer Person oder Einrichtung außerhalb der KV suchen, die in der Lage war, eine zwischen den Generationen ausgleichende, ausgewogene Altersversorgung zu entwerfen und durchzusetzen. Das konnte nur eine mit großer Reputation und umfangreichen Kenntnissen ausgestattete Persönlichkeit oder Einrichtung sein. Sie musste so überzeugend wirken, dass sie mit ihrer Autorität die gegensätzlichen Interessen zusammenführen konnte.

6. Von der Reform 2001 bis zum GMG

Neben gerichtlichen Anfechtungen der Reform liefen weiter Versuche der IG EHV, mit der KV außergerichtliche Einigungen zu erreichen und wenigstens gegenüber der Politik eine gemeinsame Linie zu finden mit dem Ziel einer gesetzlichen Absicherung der EHV. Die Diskussionen innerhalb der KV über die EHV brachen mit der Reform 2001 nicht ab.

Zusätzlich zum EHV-Ausschuss wurde in der Abgeordnetenversammlung (AV) vom 30.11.2002 die Einsetzung einer Arbeitsgruppe EHV beschlossen, in die drei Vertreter aus der Abgeordnetenversammlung von dieser gewählt und drei vom Vorstand entsandt wurden. Aus der Abgeordnetenversammlung wurden Wolf Eggert, Dr. Erich Wutzke und der Verfasser gewählt. Vom Vorstand wurden die Dres. Peter Eckert, Sigmund Kalinski und Michael Köhler entsandt. Zum Vorsitzenden wurde auf Vorschlag des Verfassers Wutzke gewählt. Die

Arbeitsgruppe hatte die Aufgabe, Vorschläge für die Weiterentwicklung der EHV zu erarbeiten.

Die Diskussionen in der Arbeitsgruppe drehten sich im Wesentlichen um zwei Themenkreise, intern um die finanziellen Auswirkungen der demographischen Entwicklung und extern um die Bedrohung durch Auswirkungen politischer Entscheidungen, einmal durch die Möglichkeit Honorare außerhalb der KV direkt mit den Kassen abzurechnen, bzw. die Kostenerstattung zu wählen, zum anderen durch die Einschränkungen der Zuständigkeiten der KV, im Extremfall ihre Auflösung.

Zur demographischen Entwicklung sind dem Verfasser endlose, sich im Kreise drehende Diskussionen in Erinnerung.

Angesichts der Bedrohungen der EHV hatte der Verfasser in der AV der KVH am 30.11.2002 einen Antrag gestellt, der von der AV angenommen wurde. Der erste Teil lautete: *„Die KVH ist entschlossen, die Altersversorgung der Hessischen Kassenärzte fortzuführen. Sie ist sich darüber im Klaren, dass sie die inneren Strukturen der EHV sich ändernden Verhältnissen anpassen muss. Sie fordert die Politik auf, ihrerseits durch gesetzliche Maßnahmen dafür zu sorgen, dass die Funktionsfähigkeit der EHV erhalten bleibt.“*

6.1. Büro Heubeck

Da das versicherungsmathematische Büro Heubeck, früher Rohrbeck/Heubeck, auf dessen Namen der Verfasser bei seiner Suche in KV Akten gestoßen war, weiterhin eines der renommiertesten in der Bundesrepublik und schon früher ausführlich mit der EHV befasst war, erschien es ihm naheliegend, dass die KV dieses Büro wieder zur Beratung zuzog. Nachdem bei einer telefonischen Kontaktaufnahme ein Herr Dr. Richard Herrmann seine Bereitschaft zu einer Zusammenarbeit mit der KV erklärt hatte, schlug der Verfasser in der Arbeitsgruppe die Zuziehung des Büros Heubeck vor. Die KV stimmte zu. Der Verfasser erinnert sich noch, wie er Herrmann bei seinem ersten Besuch in Frankfurt in der Eingangshalle der KV begrüßte und ihn nach oben in das Sitzungszimmer führte.

Die Ergebnisse der Arbeit von Herrmann waren ernüchternd. Von seinen umfassenden Berechnungen, die er in der Arbeitsgruppe vortrug, zum Teil in Form graphischer Darstellungen, wird im Anhang nur eine Kurve abgebildet, die immer wieder aufgegriffen wurde. Sie zeigt, dass die Reform 2001 die EHV nur bis in das Jahr 2015 gesichert hätte.

Bei unveränderter Fortführung der EHV wurden Anstiege der Umlagebelastungen von bis zu 11% prognostiziert. Es war klar, dass unter diesen Umständen schmerzhaft Eingriffe nötig sein würden.

Der Vorteil der Zuziehung des Büros Heubeck lag zweifellos in der Erarbeitung umfassenden Zahlenmaterials und in der kompetenten Beratung.

Das Büro Heubeck wurde im Rahmen der EHV-Reform 2012 wieder zugezogen und erstellte unter dem 18.07.2011 ein versicherungsmathematisches Gutachten „über die künftige Entwicklung der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Frankfurt auf der Grundlage des Vorschlags von Prof. Dr. Ruland vom 04.11.2010 bis zum Jahr 2070“. Herrmann referierte darüber auf der Sitzung der VV in Bingen im August 2011.

Die Wiedergabe des Gutachtens mit den dazugehörigen Grafiken würde den Rahmen der „Bemerkungen“ sprengen. Es kann im folgenden Text nur auf einzelne Punkte hingewiesen werden.

6.2. Treffen mit Ministerin Lautenschläger

Ein Höhepunkt der Auseinandersetzungen mit dem Hessischen Sozialministerium wurde erreicht bei einem dem Verfasser auf einer CDU-Veranstaltung in Bad Nauheim am 25.01.03 von der Ministerin zugesagten Termin für ein Treffen der Arbeitsgruppe in ihrem Ministerium in Wiesbaden am 07.04.2003.

Anwesend waren bei dem Treffen neben der Ministerin Silke Lautenschläger von Seiten des Ministeriums Gudrun Niebergall, Gerhild Oesten, von Seiten der KV Wutzke, Köhler, Kalinski, Wolf Eckert, Gerlich, Jörg Hoffmann von der juristischen Geschäftsführung der KVH und der Verfasser, vom Büro Heubeck Herrmann.

Themen waren die innere und die äußere Bedrohung der EHV

Hoffmann erklärte sinngemäß, dass zur Erhaltung der EHV der Verbleib der mit den gesetzlichen Kassen abrechnenden Ärzte in der KV erforderlich sei. Bei allen künftigen gesetzlichen Regelungen müsse für die noch an der EHV teilnehmenden Ärzte eine Auskunftspflicht über ihr Einkommen festgelegt werden.

Gerlich betonte die Schwierigkeiten für die EHV durch Wegfall von Einnahmen. Er wies ebenfalls auf die Notwendigkeit hin, Auskünfte über die an der KV vorbeilaufenden Honorare zu erhalten und Abzüge von diesen Honoraren vornehmen zu können.

Wutzke wies auf die Zuständigkeit des Landesgesetzgebers bei der Regelung der Altersversorgung hin.

Köhler ergänzte zu den Angaben von Gerlich, dass sich einzelne Arztgruppen durch Einzelverträge mit Teilen ihres Honorars aus der KV verabschiedet hätten.

Der Verfasser betonte noch einmal den dringenden Handlungsbedarf wegen der an der KV vorbeilaufenden Honorare.

Hermann referierte über die von ihm ermittelten Zahlen, insbesondere im Zusammenhang mit der Möglichkeit, die EHV auslaufen zu lassen.

Die Ministerin äußerte Bedenken, ob es im Falle einer Auflösung der EHV möglich sei, von Ärzten zukünftig Abzüge vom Honorar vorzunehmen, wenn sie keine Anwartschaften mehr erwerben könnten. Sie wolle die gesamte Problematik in einem Gutachten prüfen lassen. Eine Festlegung auf irgendwelche Hilfen könne sie nicht treffen.

Das mag genügen, um zu belegen, dass noch bis zum GMG ein weitgehender Konsens zwischen den EHV-Teilnehmern und der KV über das Vorgehen gegenüber der Politik bestand. Zu weiteren Bemühungen gegenüber der Politik sei auf das Kapitel „Kontakte zur Politik“ verwiesen.

Weil sich in der Arbeitsgruppe keine Klarheit gewinnen ließ, welche Eingriffe in die EHV rechtlich möglich wären, wurde von Köhler die Einholung eines Gutachtens vorgeschlagen und von der Abgeordnetenversammlung genehmigt.

6.3. Das Ebsengutachten

Mit der Erstellung des Gutachtens über die EHV wurde Ebsen von der Universität Frankfurt durch die KV beauftragt. Er lieferte sein Gutachten unter dem Titel *„Rechtliche Spielräume und Verfassungsfragen einer Anpassung der erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen an veränderte Relationen zwischen aktiven Vertragsärzten und Empfängern der Leistungen der EHV“* im Oktober 2004 ab.

Die Arbeitsgruppe EHV wurde trotz ausdrücklichen Wunsches nicht in die Fragestellung an Ebsen eingebunden. Die Fragen wurden von der juristischen Geschäftsführung formuliert. Ebsen nahm nicht ein einziges Mal an einer Sitzung der Arbeitsgruppe teil. Der Verfasser persönlich sah ihn nur bei seinem Referat in der Abgeordnetenversammlung am 26.06.04.

Wutzke schrieb am 05.07.2004 in einer Einladung für eine Sitzung der Arbeitsgruppe: *„Ich kann mich nicht des Eindrucks erwehren, dass Prof. Ebsen seine Thesen unter kryptischer Voraussetzung erstellt hat. Herr Hoffmann versprach uns mehrmals in den Sitzungen, den Auftragskatalog bekannt zu geben. Leider ist dies nicht geschehen.“*

Aus dem Text des Gutachtens war leicht der Gutachtauftraggeber zu erkennen. Inwieweit der Vorstand der KV über die Formulierung des Auftrags informiert war und von der Bedeutung des Auftrags wusste, ist dem Verfasser nicht bekannt.

In seinem Gutachten führt Ebsen zu Beginn als Beispiel für die äußere Bedrohung der EHV den damaligen Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes an, nach dem nur noch Hausärzte, Frauenärzte und Augenärzte bei Neuzulassungen Mitglieder der KV werden sollten. Die Zahl der aktiven Vertragsärzte und damit der Umlagezahler wäre dadurch wesentlich reduziert, der EHV damit die Grundlage entzogen worden. Er weist auf die mögliche Minderung des über die KV abgerechneten Honorars durch die integrierte Versorgung hin.

Durch die demographische Entwicklung könne es bis zum Jahr 2026 zu einer Verdoppelung des Vorwegabzuges kommen

Das Gutachten beschäftigt sich dann zunächst ausführlich mit § 8 KVHG, warum dieser verfassungswidrig sei und was die Aufgabe des Gesetzgebers sei. Danach wird erklärt, warum die EHV trotzdem angewandt werden kann und welche Möglichkeiten der Anpassung der EHV bestehen, für den Fall, dass Gerichte die Verfassungswidrigkeit des § 8 KVHG nicht sehen.

Es wird darauf hingewiesen, dass der Sicherstellungsauftrag gefährdet werden könnte, ein typisches und häufig wiederholtes Argument der KV, obwohl nie nachgewiesen wurde, dass ein Kassenarzt wegen der EHV Hessen verlassen oder sich wegen der EHV-Belastungen dort nicht niedergelassen hätte. Die tatsächlichen, in Euro ausgedrückten durchschnittlichen Belastungen durch den halben Beitrag zum Versorgungswerk der Kammer plus EHV lagen nach Berechnungen des Büros Heubeck damals sogar niedriger als der volle Beitrag zum Versorgungswerk. Wenn überhaupt eine Niederlassung in Hessen wegen der EHV hätte abgelehnt werden können, dann wegen der verzerrten Belastungen innerhalb der KV, wegen der Umsatzbezogenheit der Umlage und der fehlenden Beitragsbemessungs- und Beitragshöchstgrenze. Darauf wird in dem Gutachten mit keinem Wort eingegangen.

Am deutlichsten wird die spätere Linie der KV in Rn 141. Es heißt im letzten Satz: *„Für hier anzustellende Erwägungen genügt es, von einem Szenario auszugehen, bei welchem eine Beschränkung der Belastung der Aktiven Vertragsärzte auf die oben (Rz.125 ff) diskutierte Belastungsobergrenze von 6% zu einer Marginalisierung der Leistungen aus der EHV führen würde, wofür vielleicht eine Halbierung eine plausible Größenordnung sein könnte.“*

Mit einfachen Worten heißt das: Bei einer Obergrenze der Umlagen von 6%, dürften die Auszahlungen um 50% sinken. Dann stelle sich, wie in Rn 142 ausgeführt, die Frage staatlicher Verantwortung.

Es wird die 6%-Belastungsgrenze aus der Reform 2001 aufgegriffen als Belastungsobergrenze und nicht die Möglichkeit einer auf Inaktive und Aktive in gleicher Weise verteilte Belastung erörtert.

Die Umriss der Reform 2006 waren damit schon fixiert. Nur hat die KV in der Reform die Belastungsobergrenze, die Deckelung der Umlage noch einmal herabgesetzt auf 5%.

Dass Ebsen zu dem Schluss kam, § 8 KVHG sei verfassungswidrig, weil der Gesetzgeber ohne die erforderlichen Mindestvorgaben für die Ausgestaltung des Systems gegen die grundgesetzliche, sich aus dem Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip herleitende Pflicht verstoße, die maßgeblichen Regelungen im Wesentlichen selbst zu treffen, einfach ausgedrückt, § 8 KVHG zu unbestimmt sei, braucht hier nicht weiter erörtert zu werden, weil das BSG in seinem Urteil vom 16.07.2008 § 8 KVHG für ausreichend bestimmt gehalten hat.

Wesentlich ist ein anderer Punkt des Gutachtens. Es kommt in der Frage des Eigentumschutzes zu folgender Feststellung: *„Die Anwartschaften und Leistungsansprüche erfüllen - abgesehen vom Makel der rechtlichen Grundlage des ganzen Systems - die Voraussetzungen, welche das BVerfG für den Eigentumsschutz sozialrechtlicher Ansprüche und Anwartschaften formuliert hat.“* Das bedeutet, die EHV unterfällt dem Eigentumsschutz.

Die immer wieder innerhalb der KV geäußerte Auffassung, dass die KV nicht befugt sei, durch Heranziehung weiterer Erwerbseinkünfte außerhalb des Honorars aus der Gesamtvergütung die Vertragsärzte zusätzlich zu belasten, wird durch das Gutachten bestätigt. Auch für eine Umverteilung innerhalb des Systems der Gesamtvergütung habe die KV keine Kompetenz.

In einem von der Landesregierung in Auftrag gegebenen Gegengutachten von Prof. Dr. Dr. Detlef Merten vom Sept. 2004 kommt der Gutachter zu dem Ergebnis, dass § 8 KVHG verfassungsrechtlich unbedenklich sei. Ob es sich bei dem Gutachten von Merten um das am 07.04.03 von Ministerin Lautenschläger angekündigte oder ein als Reaktion auf das Ebsengutachten erstelltes Gutachten handelt, entzieht sich der Kenntnis des Verfassers.

6.4. Überlegungen in der Arbeitsgruppe und im Beratenden Fachausschuss

Letztlich konzentrierte sich die Diskussion in der Arbeitsgruppe auf drei Möglichkeiten für die Zukunft der EHV: Die Weiterführung nach Änderungen der GEHV, die Überführung in ein kapitalgedecktes Verfahren und die Auflösung.

Alle drei angedachten Möglichkeiten für die Zukunft der EHV mussten eine höhere Umlagebelastung mit sich bringen, wenn man wesentliche Kürzungen der Ruheständler vermeiden wollte.

Eine Auflösung der EHV unter Wegfall der bestehenden Ansprüche und Anwartschaften war rechtlich nicht möglich.

Trotzdem dominierte zeitweise der Gedanke an eine Auflösung die Diskussion. Die Abgeordnetenversammlung fasste auf Antrag des 1. KV-Vorsitzenden Spies, am 07.05.2003 mit großer Mehrheit einen Tendenzbeschluss zur Auflösung der EHV.²⁰

Dieser Antrag wurde gestellt, obwohl schon bei der Vorbereitung der Reform 2001 festgestellt worden war, dass eine Auflösung der EHV Mehrbelastungen für die Aktiven mit sich bringen würde. Ein solches Vorhaben war von Beginn an zum Scheitern verurteilt.

Der Antrag von Spies lautete:

„1. Mit Wirkung ab 01.01.04 soll die EHV geschlossen werden. Neue Ansprüche können nicht mehr erworben werden.

2. Die EHV-AG der Abgeordnetenversammlung wird beauftragt, Alternativen zur seitherigen Umlagefinanzierung der bestehenden Ansprüche zu erarbeiten und in der nächsten Abgeordnetenversammlung zu berichten.“

Die Arbeitsgruppe konnte bis zum Ausscheiden des Verfassers keine Alternative zur Umlagefinanzierung der bestehenden Ansprüche vorlegen.

Unter den drei Möglichkeiten konnten nur bei Fortführung der EHV für die gezahlten Umlagen neue Anwartschaften erworben werden. In den beiden anderen Verfahren mussten neben den Umlagen zur Befriedigung der bestehenden Ansprüche und Anwartschaften zusätzliche Beiträge oder Umlagen für die Eigenvorsorge entrichtet werden. Das hätte eine Doppelbelastung für die Aktiven bedeutet. Die zur Finanzierung der Altansprüche gezahlten Umlagen wären verlorene Zahlungen gewesen.

Die Aufgabe oder Auflösung der EHV hätte nur erfolgen können wenn eine andere Pflichtversicherung an ihre Stelle getreten wäre. Sowohl die Auflösung der EHV als auch die Umwandlung in ein kapitalgedecktes Verfahren hätten zum selben Ergebnis geführt, eine die Altersversorgung des Versorgungswerks der Kammer ergänzende Versorgung aufbauen zu müssen. Wahrscheinlich wäre das nur möglich gewesen in Form einer Höherversicherung im Versorgungswerk.

Es wurde schnell klar, dass Zahlungen ohne Erwerb von Ansprüchen nicht durchsetzbar sein würden. Als Beispiel für eine Ablehnung dieses Vorgehens sei aus einem Brief des damaligen Vorsitzenden des NAV Virchowbundes, Dr. Wolfgang Markowsky, an den 1. Vorsitzenden des Vorstandes der KV, Dr. Horst Rebscher-Seitz, zitiert: *„Die jungen Vertragsärzte können unmöglich mit einer Rentenzahlung belastet werden, bei der sie keinen Anspruch erwerben*

²⁰ Vorlage A17/03 für die AV a.07.052003

*können. ...Deshalb nochmals mein Appell: Prüfen Sie jeden Weg, der zur Erhaltung der EHV führt, bitte prüfen Sie diesen Weg gewissenhaft.*²¹

Klar war, dass die finanziellen Belastungen wegen der EHV durch die demographische Entwicklung zunehmen würden und dass Lösungen gefunden werden mussten, diese Belastungen zu verteilen. Ohne eine durchgreifende Reform der EHV war das nicht möglich.

Zur Demonstration, wie schnell die Tendenzen für die Ausrichtung der Alterssicherung in der KV wechselten, mögen noch zwei weitere Äußerungen von Spies seinem Antrag auf Auflösung der EHV gegenübergestellt werden:

In seinem Bericht zur Lage in der VV am 01.12.2001 sagte er: *„Insofern lautet das klare politische Ziel dieses Vorstandes: Wir werden unser Honorar auch unter veränderten Bedingungen als kassenärztliche Vereinigung Hessen versuchen, zusammenzuhalten.“*

Am 15.05.02 schrieb er dem Hessischen Ministerpräsidenten: *„Deshalb wurde die gesamte EHV überarbeitet, sodass die Abgeordnetenversammlung am Ende der letzten Legislaturperiode im Jahr 2000 eine Reform auch im Detail beschließen konnte. Eine Entscheidung der hessischen Ärzteschaft über die Weiterführung der EHV ist somit bereits erfolgt.“*

Ein Jahr später, am 07.05.2003 stellte er den Antrag, die EHV zu schließen.

Mit dem Ausscheiden des Verfassers aus der KV 2004 zum Ende der Legislaturperiode und dem Inkrafttreten des GMG konnte er die Diskussion nicht mehr weiterverfolgen.

Am 06.04.2002 führten Grimmer und der Verfasser als Vertreter der IG EHV ein Gespräch mit dem neben der Arbeitsgruppe weiter existierenden EHV-Ausschuss.²²

Der Verfasser teilte mit, dass im vergangenen Jahr die Interessengemeinschaft EHV gegründet worden sei zur Sicherung und Erhaltung der EHV. Er wies auf die äußere und innere Bedrohung der EHV hin, sei aber nicht, wie manche Vertreter der KV der Auffassung, dass der Untergang der EHV nicht aufzuhalten sei. Er sei allerdings der Auffassung, dass ohne die Hilfe der Politiker und ohne gesetzliche Maßnahmen eine Rettung auf rein innerärztlicher Basis nicht möglich sei. Kein Arzt würde freiwillig Abzüge für die EHV leisten, wenn seine Honorarzahungen an der KV vorbeilaufen würden. Das wichtigste Nahziel sei die Sicherung der EHV-Umlage.

Der Verfasser berichtete dann von Kontakten zur Politik und aus dem daraus gezogenen Fazit, dass die bisher erreichten Politiker und Politikerinnen gar nicht oder nur schlecht infor-

²¹ Brief Dr. Markowsky, NAV Virchow-Bund vom 20.11.2003 an Dr. Rebscher-Seitz

²² Niederschrift über die Sitzung des EHV-Ausschusses der KVH-Landesteile am 06.04.2002

miert seien und die Schwierigkeiten der EHV nicht erkennen und sich passiv verhalten würden.

Er unterbreitete einen Maßnahmenkatalog, in dem er auf die Notwendigkeit weiterer intensiver Informationen der Politiker und die Ausarbeitung einer Gesetzesvorlage durch die Juristische Geschäftsführung hinwies.

Die internen Schwierigkeiten der EHV wurden vom Verfasser angeführt und die Bildung eines Ausgleichsfonds begrüßt. Er regte die Einberufung einer Abgeordnetenversammlung zur Festlegung des weiteren Vorgehens an mit Redebeiträgen des Hauptgeschäftsführers der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen Jung und des Geschäftsführers des Versorgungswerks der LÄKH Selch an.

Der anwesende Geschäftsführer der KV äußerte, dass man leider 1968 bei der Gründung des Versorgungswerkes und 1991 bei der Einbeziehung der Ersatzkassen eine Modifizierung des Verfahrens der EHV versäumt habe.

7. Nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG).

7.1. Folgen des GMG für die Ruheständler

Seit dem Inkrafttreten des GMG von 2003 sind die Ruheständler ab 01.01.2005 nicht mehr Mitglieder der KV. Sie haben damit kein aktives und passives Wahlrecht mehr für die Vertreterversammlung. Sie sind seit dieser Zeit von jeder Teilnahme an der Gestaltung der EHV ausgeschlossen und haben nicht einmal ein Recht auf Information.

Mit der Dezemberausgabe 2007 des Hessischen Ärzteblattes endete die Redaktionsgemeinschaft der KV mit der Kammer. Die KV nutzt von da an eigene Publikationsorgane²³, die den Ruheständlern wegen der fehlenden Mitgliedschaft in der KV nicht zugänglich sind. Die Vertreterversammlungen wurden zunehmend nicht öffentlich. EHV-Teilnehmer dürfen die Protokolle nicht einsehen. Nach § 8 (4) der Geschäftsordnung der KV ist über die Verhandlungen in einer nicht öffentlichen Sitzung der Vertreterversammlung von sämtlichen Teilnehmern Stillschweigen zu bewahren, sodass bisher auch nach den Sitzungen keine Möglichkeit bestand, an Informationen, die Gegenstand der Beratungen waren, zu gelangen. Es blieben uns nur schwierige Wege und Zufälle zur Informationsbeschaffung.

In den noch nach altem Recht zusammengesetzten Abgeordnetenversammlungen am 28.02.2004 und 08.05 2004 wurde die neue Satzung der KV beschlossen.

²³ Schreiben von Margita Bert, Vorsitzende des Vorstandes der KV, vom 20.12.2007 an alle EHV-Empfänger der KVH

Anfangs setzte sich die KV bei der erforderlichen Neugestaltung der Satzung noch für eine Kooptierung von EHV-Teilnehmern in der VV ein, wie aus einem nachstehend wiedergegebenen Brief des Verfassers vom Dezember 2006²⁴ an Ministerin Lautenschläger zu erkennen ist. Die Haltung der KV änderte sich aber nach dem Beschluss der nach dem GMG neu zu formulierenden Satzung durch die Abgeordnetenversammlung.

Aus dem Text des Briefes:

„Sehr geehrte Frau Ministerin,

mit der Satzung der KV, gültig ab 01.01.05 wurden den EHV-Teilnehmern alle Mitwirkungsmöglichkeiten in Angelegenheiten der EHV innerhalb der KV genommen. Die seinerzeit in einem Satzungsentwurf der KV vorgesehene Regelung, dass der Vertreterversammlung zwei kooptierte Mitglieder aus dem Kreis der EHV-Empfänger angehören sollten als föderale Besonderheit Hessens, wurde von Ihrem Ministerium und zuletzt von Herrn Staatssekretär Krämer in der beschlussfassenden Abgeordnetenversammlung kategorisch untersagt. Die Juristische Geschäftsführung der KV hatte in einem Schreiben vom 02.03.04 an Oesten²⁵ plausibel die Möglichkeit einer Kooptierung von EHV-Teilnehmern ohne Verletzung des GMG und des SGB V vorgetragen. Die Abgeordnetenversammlung beugte sich den Regierungsaufgaben.“

In einem Schreiben vom 01.04.2004 von Staatssekretär Gerd Krämer an Rebscher-Seitz und Bert²⁶ heißt es auf Seite drei: *„In der Geschäftsordnung kann einzelnen Gruppen von Ärzten zu bestimmten Fragestellungen Rederecht eingeräumt werden. Dies gilt insbesondere für die Einbeziehung der EHV-Empfänger in die Beratungen zur Fortentwicklung der Erweiterten Honorarverteilung.“*

In der VV am 08.05.04 bestätigte er diese Auffassung.

In einem Schreiben vom 15.03.04, ebenfalls an Rebscher-Seitz und Bert,²⁷ hatte Jörg Osmer vom Sozialministerium sich gleichlautend geäußert.

In einem an den Verfasser gerichteten Schreiben von Osmer²⁸ vom 25.05.04 (Datum nicht genau lesbar, Anm. des Verfassers) heißt es am Ende: *„Das Nähere bestimmt die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung. Meines Erachtens haben die EHV-Empfänger in diesem Rahmen weiterhin die Möglichkeit, ihre Argumente in die Diskussion einzubringen.“*

²⁴ Schreiben des Verfassers an Ministerin Lautenschläger vom 12.12.2006

²⁵ Schreiben des Juristischen Geschäftsführers KVH, Jörg Hoffmann an Oesten, Hess. Sozialministerium vom 02.03.04

²⁶ Schreiben zur Neufassung der Satzung v. Gerd Krämer, Staatssekretär hessisches Sozialministerium an Rebscher Seitz und Bert vom 01.04.2004

²⁷ Schreiben Osmer, Hessisches Sozialministerium vom 15.03.2004

²⁸ Schreiben Osmer, Hessisches Sozialministerium vom 25.05.2004 an Verfasser

Die nach dem GMG neu gewählte Vertreterversammlung räumte den EHV-Teilnehmern In der Geschäftsordnung keine festen Mitwirkungsrechte ein, insbesondere kein Rederecht in der Vertreterversammlung. Letzteres kam erst mit der Ruland'schen Reform 2012. Lediglich Kann-Bestimmungen regelten eine mögliche Beteiligung der EHV-Teilnehmer.

Der Umgang mit den EHV-Teilnehmern entwickelte sich zunehmend unberechenbar. Die Einladungen zu den Vertreterversammlungen wurden nicht mehr im Hessischen Ärzteblatt veröffentlicht, sondern nur noch den Aktiven zugestellt. Die die Inaktiven betreffenden Entscheidungen der VV wurden von unserem Anwalt in einem Schriftsatz als Entscheidungen nach Gutsherrenart bezeichnet.

Auf keinen der Kompromissvorschläge der IG EHV zur Vermeidung gerichtlicher Auseinandersetzungen wurde eingegangen. Das mag teilweise an der undurchschaubaren Kommunikation der einzelnen Gremien innerhalb der KV liegen. Es muss dabei bedenklich stimmen, wenn die EHV betreffende Schriftsätze für die Gerichte nicht einmal dem Beratenden Fachausschuss zur Stellungnahme vorgelegt werden.

Im Ebsengutachten (Rn 49), heißt es, „dass in Krisenzeiten die Interessen der Leistungsbezieher in der Vertreterversammlung nicht sonderlich gut aufgehoben sind.“

7.1.2. Zu Anwendungen der Geschäftsordnung

1. Nach § 14 der Geschäftsordnung der KVH können Nichtstimmberechtigte in die Rednerliste der Vertreterversammlung aufgenommen werden, falls die Vertreterversammlung zustimmt.

Erfahrung mit dieser Kann-Bestimmung für eine Teilnahme, musste der Verfasser im Dez. 2006 machen. Ihm wurde die Teilnahme am nicht öffentlichen Teil der außerordentlichen Vertreterversammlung am 02.12.06, in der auch über Angelegenheiten der EHV verhandelt wurde, vom Sprecher der VV, Frank Dastych, nicht gestattet.

Ein Antrag auf Aufnahme in die Rednerliste vom 08.01.07 wurde zunächst vom selben Sprecher der VV verschoben und von der nachfolgenden VV abgelehnt, nach einer Wortmeldung von Dr. Günter Haas, der die IG EHV als Klagegemeinschaft bezeichnete (Siehe unter 8.1.2. Vorschlag eines Beitragsmodells).

Höhepunkt war ein Saalverweis für den Verfasser durch den Sprecher der VV, Dastych, vor einer Rede von Minister Stefan Grüttner zu Beginn der Vertreterversammlung am 17.12.11. Der Verfasser hätte erst zu einem späteren Tagesordnungspunkt anwesend sein dürfen.

2. Nach § 25 der Geschäftsordnung kann in den Ausschüssen die Anhörung sachkundiger Personen beschlossen werden. Ein EHV-Teilnehmer wurde nicht zum Beratenden Fachaus-

schuss für EHV hinzugezogen. Selbst wenn ein EHV-Teilnehmer zugezogen worden wäre, hätte er von den Aktiven nach Belieben ausgesucht werden können. Die EHV-Teilnehmer hätten keinen Einfluss auf die Auswahl gehabt.

3. nach § 8 (2) der Geschäftsordnung der KVH kann der Sprecher der Vertreterversammlung die Sitzungen der Vertreterversammlung ganz oder teilweise für nicht öffentlich erklären und Gästen, also auch den EHV-Teilnehmern, die Anwesenheit gestatten.

Es erhebt sich hier die Frage, warum die Geschäftsordnung einen Antrag auf Aufnahme in die Rednerliste vorsieht, wenn dem möglichen Antragsteller die Teilnahme an den entscheidenden Beratungen in der VV nicht gestattet wird, er also in der VV nicht auftreten und keinen Antrag stellen kann. Ein Antrag vor der Sitzung wäre kaum sinnvoll, da dem Antragsteller die Beratungsunterlagen vor der Sitzung nicht zugänglich sind, er also die etwaige Notwendigkeit einer Wortmeldung vor der Sitzung nicht prüfen und sich nicht vorbereiten kann.

Manchmal wurden Mitglieder der IG EHV zu Veranstaltungen der KV zugelassen, gelegentlich sogar eingeladen, wie zu der Sitzung in Bingen im August 2011, in der Ruland und Hermann von der Heubeck AG das Modell für eine neue EHV vorstellten. Zu geschlossenen Sitzungen hatten sie in der Regel keinen Zutritt.

Eine Einladung zu einer zehn- bis fünfzehnminütigen Rede in der VV, in der die ab 01.07. 2012 geltende Satzung in letzter Lesung verabschiedet wurde, lehnte der Verfasser ab, weil die erforderlichen Satzungsänderungen und die neuen Grundsätze der EHV ohne jede erkennbare Mitwirkung von EHV-Teilnehmern erarbeitet worden waren.

Mit Schreiben vom 12.04.06 wies der Verfasser die Sozialministerin darauf hin, dass den EHV-Teilnehmern derselbe Verwaltungskostensatz abgezogen werde wie den Aktiven, sie aber nach dem GMG nicht mehr in ihren Angelegenheiten mitwirken können. Der Verfasser forderte sie auf, eine Satzungsänderung der KV zu veranlassen, durch die den Inaktiven eine Mitsprache bei Verwendung der Haushaltsmittel eingeräumt werde und eine Mitsprache in ihren Angelegenheiten.

Die Ministerin antwortete am 27.04. 2006, dass das Sozialministerium dem Anliegen der KV zugestimmt habe, einen beratenden Fachausschuss für die Erweiterte Honorarverteilung zu bilden. Dieser stehe *„selbstverständlich insbesondere den nicht mehr in der Vertreterversammlung vertretenen Ärzten neben den Mitgliedern der Vertreterversammlung als Ansprechpartner zur Verfügung.“*²⁹

Der Verfasser antwortete ihr, Sie habe verkannt, dass dieser Ausschuss ein Ausschuss der Aktiven sei und für EHV-Teilnehmer keinerlei Rechte mit sich gebracht habe, was sich in den

²⁹ Schreiben von Ministerin Silke Lautenschläger an den Verfasser vom 27.04.2006

folgenden Jahren bestätigte, als er die massiv gegen die Inaktiven gerichtete Reform 2006 vorbereitete.

Rebscher-Seitz, dem seinerzeitigen 2. Vorsitzenden der KVH, hatte der Verfasser im Gespräch gleich nach dessen Mitteilung, dass das Sozialministerium den Ausschuss genehmigt habe, erklärt, der Ausschuss sei für die Inaktiven nutzlos, weil er ihnen keinerlei Mitspracherecht einräume.

8. Die Reform 2006

Nach Ausscheiden des Verfassers aus der KV aufgrund des GMG waren ihm und der gesamten IG EHV nur noch bruchstückhaft Informationen zugänglich. Es wurde von der KV bei der Beobachtung der Entwicklung der EHV weiter davon ausgegangen, dass ein „Belastungsberg“³⁰ auf die EHV zukommen würde.

Die Maßnahmen der Reform 2001 hätten nur bis in das Jahr 2025/16 gereicht, um die Belastungen der Aktiven in Grenzen zu halten. Nach Berechnungen des Büros Heubeck wäre bei unveränderter Fortführung der EHV schließlich eine Belastungsquote von etwa 10% erreicht worden, nach Berechnungen des Büros Karras eine von 8%.

8.1. Zu Details der Reform

In einem Konzept des Beratenden Fachausschusses für EHV vom Febr. 2006³¹ wurden folgende „Regelungsansätze“ für eine EHV – Reform diskutiert:

„Es wird eine Begrenzung der Belastungsquote auf 5% als Obergrenze umgesetzt.“

Der „Gedanke einer Einführung von unterschiedlichen Beitragsklassen wurde verworfen wegen der möglichen exogenen Einflüsse auf die Entwicklung durch die Zahlungen der Krankenkassen sowie durch gesetzliche Vorgaben (gesetzgeberische Maßnahmen).“

Der Fachausschuss empfahl die Begrenzung der zukünftigen EHV-relevanten Gesamtvergütung auf die entsprechenden quartalsbezogenen Werte des Jahres 2004.

Weiter heißt es in dem Konzept: *„Der beratende Fachausschuss „EHV“ empfiehlt einen einheitlichen quartalsbezogenen Nachhaltigkeitsfaktor „NHF“ als Korrektiv für den errechneten EHV-Anspruch. Konkret bedeutet dies, dass alle EHV-Ansprüche jeweils mit einem entsprechenden NHF quotiert werden. Der Umfang der Quotierung hängt einerseits ab von der Entwicklung der EHV-relevanten Gesamtvergütung und bestimmt sich andererseits über die ma-*

³⁰ Konzept für eine weitergehende EHV-Reform, Vorlage für VV am 08./09.10.2005

³¹ Bericht des EHV-Ausschusses VV 1/06 für die VV am 04.02.2006

ximal zulässige Belastungsquote von 5%. Dieser NHF kann von Quartal zu Quartal korrigiert werden.“

Zu der mit der Reform 2001 eingeführten Reduktion des Höchstanspruchssatzes von 18% auf 15% ist in dem Konzept des beratenden Fachausschusses auf Seite 3 ausgeführt³²: „Die Berechnung über den NHF stellt eine grundlegende Neuregelung dar. Die bisherige Reduktion des Höchstsatzes von 18% über 16% auf 15% birgt die Gefahr einer zusätzlichen ungewollten Belastung im Einzelfall. Der derart beabsichtigte bewirkte Effekt ist überflüssig unter der empfohlenen Prämisse des NHF. Es wird daher vorgeschlagen, diese Regelung des Höchstanspruches rückgängig zu machen. Davon wären letztlich nur wenige Ärzte tatsächlich betroffen. Durch die Möglichkeit des Erreichens eines Höchstsatzes von 18% wird auch ein Anreiz geschaffen, die ärztliche Berufstätigkeit bis zur Altersgrenze auszuüben.“. Kein Wort darüber, dass § 5 GEHV eine zusätzliche Belastung zum NHF für die Inaktiven darstellt.

Im Bericht über die Vertreterversammlung am 04.02.2006 im Hessischen Ärzteblatt 3/2006 ist dann ein Tendenzbeschluss zur Reform der EHV erwähnt. Es werden Vorschläge des Beratenden Fachausschusses für EHV zur Modifizierung der EHV vorgestellt. Speziell genannt werden die Begrenzung der zukünftig EHV-relevanten Gesamtvergütung auf Werte des Jahres 2004 und die Einführung des NHF. In dem Bericht wird auch darauf hingewiesen, dass schon auf einer VV im Oktober Eckpunkte für eine neue EHV beschlossen wurden.

Die erste Lesung für die Reform 2006 fand am 01.04.2006 statt, die zweite am 31.05.2006. Die neuen GEHV traten am 01.07.2006 in Kraft.

Die Regelungen zur Deckelung der Umlage und der Nachhaltigkeitsfaktor wurden in § 8 GEHV aufgenommen, die Rückabwicklung der Abstufung des Höchstanspruchssatzes in § 3 GEHV. Der Zweck des Ausgleichsfonds wurde geändert. Er diene nur noch dem Auffangen einer zeitlichen Verzögerung der Berechnung (§ 8 GEHV).

In § 9 GEHV wurde erstmals die Zustellung von Bescheiden festgelegt, wahrscheinlich unter dem Eindruck des SG Urteils vom 19.05.04.

Zu diesen Änderungen ist zu sagen: Mit der Rückabwicklung der Absenkung des erreichbaren Höchstanspruchssatzes von 18% auf 15% und der nachfolgenden Auflösung des Honorarausgleichsfonds blieb nur noch die Belastung der Inaktiven. Spätestens ab diesem Zeitpunkt wurde die Belastung der Inaktiven völlig einseitig. Die Einseitigkeit wurde bewusst hingenommen.

³² Ebenda Seite 3

Die Reform 2006 beinhaltete zusammengefasst eine Deckelung der Umlage der Aktiven bei 5% mit der Konsequenz einer Quotierung der Leistungen in Form eines sogenannten Nachhaltigkeitsfaktors.

8.1.1. Zu § 5 GEHV, zur Belastungsgrenze bei 6% und zum Honorarausgleichsfond

Für den komplizierten, die Kostenanerkennung regelnden § 5 GEHV, gab es in wenigen Jahren fünf verschiedene Fassungen, die für die „Bemerkungen“ wesentlich sind: Eine in 2001, zwei in 2005, eine in 2006 und in 2010 eine rückwirkende Änderung der Fassung von 2005.

In den am 10.08.2001 vom Hessischen Sozialministerium genehmigten und ab dem Quartal 4/2001 angewandten GEHV ersetzte § 5 den bis dahin die Kostenanerkennung regelnden § 3a GEHV. In die ab 01.01.2005 gültigen GEHV wurde ein zusätzlicher § 5a aufgenommen, der mit Einführung des EBM 2000plus am 01.04.2005 in Kraft trat und den bis dahin gültigen § 5 ablöste. Hintergrund für diese Regelung war, dass mit dem EBM 2000plus die Honorare aufgeteilt wurden in einen ärztlichen Leistungsanteil (AL) und einen technischen Leitungsanteil (TL). Der TL-Anteil wurde von da an der Feststellung der besonderen Kosten zugrunde gelegt. Die am 01.04.2005 in Kraft getretene Regelung wurde fast wortgleich, ohne grundlegende Überarbeitung als § 5 GEHV in die GEHV der Reform 2006 übernommen. Die fehlende Überarbeitung zeigte sich schon bei der nicht korrigierten Übernahme der Geltungsfrist von nur 4 Quartalen.

Nach dem Urteil des SG Marburg v. 24.02.2010 wurde rückwirkend diese Fassung ab dem Quartal 2/2005 geändert.

Das EHV-relevante Honorar ist das Honorar nach Anwendung des § 5. Erst danach wird der Nachhaltigkeitsfaktor berechnet.

Von der VV wurde unter dem Eindruck des SG-Urteils vom 24.02.2010 am 29.10.11 beschlossen, dass ab dem vierten Quartal 2011 der Nachhaltigkeitsfaktor solange nicht unter 80% sinken darf, bis die Umlagebelastung 6% erreicht hat.

Vor Einführung der ab 01.07.2006 gültigen GEHV und dann wieder ab 4. Quartal 2011 wurde eine Belastung von 6% als hinnehmbar angesehen. Für die Deckelung der Umlage bei 5% in der dazwischenliegenden Zeit gibt es keine überzeugende Begründung. Der damalige Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses für EHV Dr. Jörg Hempel hatte auf einer Veranstaltung in Wiesbaden erklärt, die 5%-Grenze sei gewählt worden, weil die tatsächliche Umlagebelastung mehrere Jahre um die 5% gelegen habe.

Mit Erreichen der 6%-Belastung sollte der NHF wieder fallen, sollten die Kürzungen für die Inaktiven wieder steigen.

Auch eine sechsprozentige Deckelung wäre eine einseitige Maßnahme gewesen. Weder für die Höhe der Umlagen noch für die der Leistungen gab es im System der EHV feste Werte. Erst der mit der Reform 2012 eingeführte paritätische Defizitausgleich ist die dem System der EHV entsprechende Lösung zur ausgewogenen Regelung ansteigender Belastungen für beide Seiten.

Der Nachhaltigkeitsfaktor hätte nach den Berechnungen des Büros Karras die Ansprüche der Ruheständler bis zum Jahr 2026 auf 9% absinken lassen und damit die Altersbezüge halbiert. Seine Wirkung wurde für weitreichender gehalten als die Absenkung der Höchstansprüche von 18% auf 15% in der Reform von 2001. Auch die im Jahr 2026 in die EHV eintretenden Ärzte hätten nur noch den Anspruch von 9% erreichen können. Die Kürzung durch den Nachhaltigkeitsfaktor sollte zusätzlich zu der Kürzung durch die Kostenanerkennung nach § 5 GEHV erfolgen.

Die massiven Absenkungen der Ansprüche hätten eine andere Gefahr mit sich gebracht: Eine spätere Vertreterversammlung hätte argumentieren können, bei Erwartung derart niedriger Altersbezüge sei eine Umlage von 5% zu hoch. Es reiche eine Deckelung der Umlage bei 4%. Der Anfang vom Ende der EHV wäre eingeleitet gewesen.

Andererseits hätten die Aktiven die durch die Deckelung eingesparten Honorare für eine Zusatzversorgung verwenden können, beispielsweise für eine Höherversorgung im Versorgungswerk. Diese Möglichkeit hatten die schon im Ruhestand Befindlichen nicht.

In den vor der Reform 2006 ab 01.01.2005 gültigen GEHV war in § 9 (3) zu lesen: *„Der nach Abs. 2 gebildete Ausgleichsfonds wird bei Erreichen einer (versicherungsmathematisch errechneten) Belastung von ca. 6% sukzessive zugunsten einer geringeren Belastung (Quotenminderung) der Honorarverteilung aufgelöst.“*

Der Ausgleichsfonds wurde durch Beschlüsse der Vertreterversammlung 2007 aufgelöst und 2008 bis auf einen Restbetrag von etwa 6 Millionen rückgezahlt. Er hätte ab dem Jahr 2009, wenn er noch vorhanden gewesen wäre, seinem ursprünglichen Zweck dienen können.

Der Fonds diene nicht einer individuellen Kapitalansammlung wie in einem Kapitaldeckungsverfahren oder einer individuellen Beitragsermäßigung. Er war gedacht als Schwankungsreserve, um einerseits die Umlageanstiege und andererseits die Absenkung der Altersbezüge bei auseinanderlaufenden Entwicklungen der Zahl der Aktiven und Inaktiven abzufedern. Es wurde schon bei der Gründung der EHV in einer Stellungnahme des Gutachters Freudenberg empfohlen, einen Teil der Umlagen einem *„Ausgleichsstock zuzufügen“*.³³

³³ Abschrift einer Stellungnahme zu dem Gutachten Rohrbeck/Heubeck v. 19.07.1954

Der Fonds hätte nicht aufgelöst werden dürfen, sondern aufgestockt werden müssen. Schon einmal, 1981, war die Einführung eines Ausgleichsfonds von der Abgeordnetenversammlung beschlossen worden wegen eines befürchteten Anstiegs der Umlagebelastung auf über 11% des damaligen RVO-Honorars. Als sich die Prognose nicht erfüllte, wurde er einige Jahre später wieder aufgelöst.

Wir, die Mitglieder der IG EHV, hatten entsprechend unserer Ausbildung als Mediziner von Beginn der Reformen an die Beispiele von kommunizierenden Röhren oder einer Waage gewählt zur Verdeutlichung einer ausgewogenen Belastung der Generationen. Im System der kommunizierenden Röhren bleiben die Flüssigkeitsspiegelspiegel auf gleicher Höhe, unabhängig vom eingebrachten Flüssigkeitsvolumen. Trotz hoher Belastung bleiben die Waagschalen auf gleicher Höhe, wenn die Lasten gleichmäßig verteilt sind. Der Begriff des paritätischen Defizitausgleichs wurde erst mit der Ruland'schen Reform eingeführt. Er entsprach unserer Vorstellung einer ausgewogenen Belastung der Generationen.

Mit einem Schreiben v. 12.11.2006 wandte sich der Verfasser an die damalige Vorsitzende des Vorstandes der KV, Bert, und den Vorsitzenden des Beratenden Fachausschusses für EHV, Hempel, weil sie in zwei veröffentlichten Darstellungen, einmal unter der Überschrift „*Reformelemente des Jahres 2000*“, die Kürzung der Inaktiven nicht erwähnt hatten. Er hatte der Vorsitzenden ein Gespräch dazu angeboten, bei dem auch hätte besprochen werden können, welche Maßnahmen für die EHV aus Sicht der Inaktiven hätten ergriffen werden müssen. Eine Antwort hat er nie erhalten.

8.1.2. Vorschlag eines Beitragsmodells

Im Rahmen von Anpassungen der EHV durch die KV wurden mehrere Modelle, unter anderem der partielle Übergang in ein kapitalgedecktes System, eine Teilkapitalisierung und auch ein Schließen der EHV durchgerechnet.

Die IG EHV versuchte ihrerseits trotz der laufenden Prozesse weiter auf Änderungen der EHV hinzuwirken mit dem Ziel ein ausgewogeneres Umlagesystem zu erreichen.

Nach der ausbleibenden Reaktion von Bert und Hempel auf das Schreiben v. 12.11.06 wandte der Verfasser sich am 08.01.07 in einem Schreiben an die Mitglieder der Vertreterversammlung. Er wies auf die äußere Bedrohung der EHV durch die Politik hin.

Nach einer Aussage des seinerzeitigen stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes der KVH, Zimmermann, wären allein durch Sonderverträge bis zu 40%³⁴ des Honorars aus der Gesamtvergütung weggebrochen.

³⁴ Bericht über die VV der KV Hessen a. 02.12.2006, Hess. Ärztebl., 1/2007, Seite 10

Der Verfasser wies daraufhin, dass in dieser Situation nur die Möglichkeit bestehe, das umsatzbezogene Umlagesystem zu beenden und durch ein System mit einer einheitlichen Umlage zu ersetzen. Ein solches Umlagesystem wäre einem System mit einheitlichen Beiträgen gleichgekommen.

Es heißt in dem Schreiben weiter *„Es bietet sich in dieser Situation die Vermittlung eines externen Experten an. Einer der Experten mit wohl umfangreichen Kenntnissen und Erfahrungen mit dem Umlageverfahren dürfte Professor Ruland, ehemaliger Geschäftsführer des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger, sein.“*

Der Verfasser wollte diesen Brief in einem Redebeitrag in der Vertreterversammlung kommentieren und stellte unter demselben Datum einen Antrag auf Aufnahme in die Rednerliste in der nächsten Vertreterversammlung am 03.02.07.

Der damalige Vorsitzende der VV Dastych wollte mit Schreiben v. 18.01.07 den Antrag des Verfassers auf die nächstfolgende VV verschieben und lud den Verfasser zur nächsten Sitzung des Beratenden Fachausschusses am 14.03.07 ein. Der Verfasser lehnte die Verschiebung ab und wies darauf hin, dass die Vertreterversammlung das für die Entscheidung einer die Aufnahme in die Rednerliste zuständige Gremium ist.

In einer Wortmeldung plädierte Haas in der VV gegen die Aufnahme des Verfassers in die Rednerliste und nannte die IG EHV eine Klagegemeinschaft. Die Aufnahme in die Rednerliste wurde in der VV abgelehnt.

In der Sitzung des Beratenden Fachausschusses für EHV am 14.03.07 hatte der Verfasser Gelegenheit, die Vorstellungen der IG EHV zur Weiterentwicklung der EHV vorzutragen.

Ein Grund für das damals angedachte Modell einer einheitlichen Beitragserhebung war, dass es Vertragsärzten durch bundesgesetzliche Regelungen ermöglicht wurde, zunehmende Honorarsummen an der KV vorbei abzurechnen und damit die umsatzbezogene Umlage zu umgehen.

Zusammengefasst schlug der Verfasser die Abkehr vom umsatzbezogenen Umlagesystem³⁵ und die Einführung eines Beitragssystems mit einem einheitlichen Beitrag, einer Übergangs- und einer Härtefallregelung vor. Der Vorteil dieses Systems läge darin, dass die Herkunft der Vertragsarzthonorare bedeutungslos und größere Unabhängigkeit vom politischen Tagesgeschehen erreicht würde.

Die Verwaltungskosten würden sinken. Die EHV würde transparenter.

³⁵ Siehe Schreiben an die Mitglieder der VV vom 08.01.07, KV – Mitglieder VV

Er wies darauf hin, dass die demographische Entwicklung durch dieses Modell ausdrücklich nicht beherrscht werden könne. Hier müsse ein Kompromiss gefunden werden zwischen den Aktiven und Inaktiven unter Hinzuziehung eines externen Vermittlers. Er schlug wieder Prof. Ruland vor. Die beste Lösung sei, gemeinsam mit einem Kompromiss zwischen Aktiven und Inaktiven an die Landesregierung heranzutreten.

In der Diskussion wurde die extremste Position von Dastych vertreten. Es heißt im Protokoll der Sitzung³⁶: „Herr Dastych beschreibt die Umlage als unsozial und schließt die Intention von Herrn Dr. Burk einer höheren Belastung der aktiven Vertragsärzte aus. Herr Dastych lehnt eindeutig die Einbringung des Umlageverfahrens auf der Basis fester Umlagen pro Einzelpraxis in die Vertreterversammlung ab.“

In der Vorlage 39/07 zu TOP 5.2 zur VV am 21.04.07 fand sich dann der folgende Antrag:

„Antrag 1 des Beratenden Ausschusses EHV Dres. Haas, Hempel, Mantz.

Betr. Reformmodell Beitragserhebung Dr. Otto Burk

I Der Beratende Ausschuss EHV empfiehlt der Vertreterversammlung, sich nicht in seinen Sitzungen mit dem Beitragsmodell zu befassen.

II Der Ausschuss EHV empfiehlt der Vertreterversammlung den Antrag auf Rederecht des Kollegen O. Burk abzulehnen.“

Im Text des Antrags ist dann unter Punkt II zur Sitzung des „Beratenden Ausschusses EHV“ am 14.03.2007 zu lesen: „Im Ergebnis hält der Beratende Ausschuss EHV das vorgestellte Beitragsmodell Burk für die EHV in Hessen als nicht geeignet und die vorgetragenen Reformvorschläge als nicht mehrheitsfähig.“

Der Antrag des Beratenden Fachausschusses wurde mit Mehrheit angenommen.

Der Verfasser hatte keinen Antrag auf Rederecht gestellt. Das hätte einer Änderung der Satzung bedurft. Er hatte lediglich einen Antrag auf Aufnahme in die Rednerliste gestellt, was nach der Geschäftsordnung der KV möglich gewesen wäre.

Fünf Jahre später, 2012, wurde unter dem Druck bundesgesetzlicher Regelungen, die 2007 schon Jahre bekannt waren, eines neuen SG Urteils vom 24.02.2010, der Wirkung des BSG-Urteils vom 16.07.08 und der folgenden Ergänzung des § 8 KVHG durch den hessischen Landtag Ende 2009 eine Beitragsregelung von der VV beschlossen. Ruland war 2011 zugezogen worden.

³⁶ Protokoll vom 22.03.2007 der Sitzung vom 14.03.2007, S. 5

Ein Urteil über die Handlungsweise der KV möge sich jeder Leser selbst bilden. Für den Verfasser persönlich erhebt sich an dieser Stelle die generelle Frage, ob ein Selbstverwaltungsorgan wie die KV, insbesondere die VV in ihrer Zusammensetzung in der Lage ist, weit in die Zukunft reichende Entscheidungen zu dem ärztlichen Milieu fremden komplizierten Sachverhalten zu treffen, ohne sich grundsätzlich Sachverstand von außen zu holen.

Die hauseigenen Juristen waren offenbar als Ratgeber überfordert und haben zu an Einseitigkeit nicht zu übertreffenden Handlungsweisen geraten, die zu über Jahre sich hinziehenden und regelmäßig Korrekturen erzwingenden Gerichtsverfahren mit den Ruheständlern führten. Sie waren nicht in der Lage, Lösungen für eine ausgewogene Verteilung der zu erwartenden Belastungen vorzuschlagen.

Die Selbstgewissheit der gewählten ärztlichen Vertreter in der KV mit fehlender Bereitschaft zur Reflexion der eigenen Entscheidungen und der eigenen Verhaltensweisen verhinderten wiederholt in der Vergangenheit sachgerechte Entscheidungen zur EHV.

Nach Überzeugung des Verfassers hätten die von Seiten der Ruheständler wegen der Unausgewogenheit der Entscheidungen der KV angestregten Prozesse sämtlich vermieden werden können bei kompetenter, unabhängiger externer Beratung und Bereitschaft und Einsicht der Entscheidungsträger der KV sachgerechten Vorschlägen zu folgen. Die an diese Prozesse verschwendete Energie hätte nutzbringend für die Zukunftssicherung der Altersversorgung eingesetzt werden können. Die Vergiftung des Klimas zwischen den Aktiven und Inaktiven hätte vermieden werden können.

Auf der Suche nach geeigneten Fachleuten für die erforderliche Umgestaltung der EHV hatten wir, die Vertreter der IG EHV, uns nach seiner Trennung von der KV auch an den früheren Hauptgeschäftsführer, Gerlich, gewandt. Er war bereit, als Berater für uns zu arbeiten. Als Diplommathematiker und jahrelanger Hauptverantwortlicher für die EHV hatte er umfassende Kenntnisse der Zusammenhänge der komplizierten Einrichtung. Zwischen September 2009 und Januar 2010 gab es mehrere Kontakte zu ihm, anfangs mit der erforderlichen Genehmigung durch die KV. Sie wurden abrupt durch eine Anordnung der damaligen Vorsitzenden des Vorstands der KVH, Bert, beendet, wie diese uns im April 2010 persönlich erklärte.

Deprimierend ist die völlig fehlende Bereitschaft der Politik, gestaltend mitzuwirken. Das passive, erst durch Gerichtsurteile aufzubrechende Beiseitestehen der maßgeblichen politisch Verantwortlichen kann nur eine Warnung für die Zukunft sein, auf Kenntnisse und Handlungsbereitschaft der Politik zu setzen.

8.2. Nach der Reform 2006

Mit der Reform 2006 waren die Änderungen der GEHV nicht beendet. Es folgten weitere Eingriffe. Außerdem beschloss der Hessische Landtag ein Gesetz zur Änderung des § 8 KVHG.

8.2.1. Gesetz über die Änderung des § 8 KVHG vom 14.12.2009

Im Urteil des BSG vom 16.07.08 ist zu lesen (Rn 52), dass es keinem Zweifel unterliege, dass die Landesregierung gesetzliche Vorgaben normieren müsse, auf deren Grundlage dann konkretisierende Bestimmungen in den Regelungen über die erweiterte Honorarverteilung zu treffen wären, wenn es darum gehe, wie Beiträge aus Einnahmen gesichert werden können, die nicht über die KV abgerechnet werden.

Der Verfasser entsinnt sich noch der widerspruchslosen Zustimmung der Vertreterin des beigeladenen Landes in der mündlichen Verhandlung vor dem BSG, Oesten, als der Vorsitzende Richter sie auf diese Notwendigkeit hinwies.

Wie bereits geschildert (4.2.2) nahm die damalige hessische Landesregierung aufgrund des Urteils des BSG vom 16.07.2008 in ihre Koalitionsvereinbarung die Neugestaltung der EHV auf.

Am 14.12.2009 beschloss der Hessische Landtag das „*Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen*“. Der entsprechende Antrag wurde von der SPD eingebracht aufgrund eines Textvorschlags der KV. Eile schien geboten, weil damals ein unmittelbar bevorstehender Abschluss eines Hausarztvertrages mit dann möglicherweise in größerem Umfang an der KV vorbei abgerechneten Honoraren befürchtet wurde.

Es gab in der Landtagsdebatte Stimmen, die sinngemäß darauf hinwiesen, dass es sich bei dem Gesetz nur um eine vorläufige Regelung handeln könne.

Es heißt in dem Gesetz unter § 8, 2: *„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“.*

Auf zwei Anfragen an Träger öffentlicher Belange im Rahmen von Anhörungen des Hessischen Landtags zur Gesetzesinitiative der SPD hatten wir uns in unseren Antworten am 03.08.09 und am 25.10.09 gegen die kleine Änderung des § 8 KVHG und für eine umfassende, grundsätzliche gesetzliche Regelung als Voraussetzung für eine Neugestaltung der EHV ausgesprochen, entsprechend der Aussage im Koalitionsvertrag. Wir äußerten Bedenken in Bezug auf die praktische Anwendung des geplanten Gesetzes und wiesen auf die Möglichkeit der Umstellung auf ein Beitragssystem hin.

Die KV hatte einem Schreiben an den Hessischen Landtag v. 27.08.09 als Anhang eine Resolution der Vertreterversammlung v. 09.05.2009 beigefügt, in der gefordert wurde, eine gesetzliche Regelung für die Einbeziehung der im Rahmen von Sonderverträgen der integrierten Versorgung, Modellvorhaben, der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie der hausarztzentrierten Versorgung abgerechneten Honorare in die Altersversorgung zu schaffen. Die KV begrüßte in dem vom damaligen Juristischen Geschäftsführer Hoffmann unterschriebenen Schreiben den Gesetzentwurf der SPD. Die Einbeziehung der aus der vertragsärztlichen Versorgung herausgebrochenen Leistungen und der zukünftig über Direktverträge zwischen den Ärzten und Krankenkassen gezahlten Vergütung für diese Leistungen sei sowohl für eine stabile Bemessungsgrundlage und einen stabileren Beitragssatz der aktiven Vertragsärzte als auch für die Bedienung der von den inaktiven Vertragsärzten erworbenen Ansprüche aus der EHV unerlässlich.

In die Liste der Träger öffentlicher Belange hatte uns Minister Jürgen Banzer aufgenommen.

Das Gesetz über die Änderung des § 8 KVHG vom 14. Dez.2009, wurde veröffentlicht im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen Teil I vom 22.12.2009 und trat einen Tag später am 23.12.2009 in Kraft.

8.2.2. § 11 GEHV

Die nachfolgenden Erläuterungen zu § 11 GEHV werfen ein Licht auf die Komplexität dieses von der KV geschaffenen Paragraphen, der von Dr. Peter Mantz als Inquisitionsparagraph bezeichnet wurde wegen der hier in den „Bemerkungen“ nicht im Vordergrund stehenden Erfassungsregelung für die außerhalb der KV abgerechneten Honorare.

Mit dem Gesetz des Hessischen Landtags vom Dez. 2009 erging an die KV der Auftrag, die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung entsprechend den Vorgaben dieses Gesetzes anzupassen.

Mit drei Lesungen am 20.02.2010, am 29.05.2010 und am 28.08.2010 hat die KVH einen § 11 „*Ergänzende Bestimmungen zur Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen außerhalb der Gesamtvergütung*“ in die bis zum 30.06.2012 gültigen GEHV aufgenommen und ist damit dem gesetzlichen Auftrag nachgekommen.

Das Hessische Sozialministerium genehmigte die Änderungen mit Schreiben vom 10.06.2011. Mit der Veröffentlichung in „EHV Aktuell“ vom 06.07.2011 traten die geänderten GEHV am 07.07.2011 in Kraft. Ab diesem Zeitpunkt hätte § 11 angewandt werden müssen. In den Honorarbescheiden finden sich keinerlei Hinweise, dass sie ab dem 3. Quartal Anwendung fanden. Den Inaktiven ist nicht bekannt, welche Summen in den Quartalen 3/2011 bis 2/2012 außerhalb der KV abgerechnet wurden und ob die Umlagen aus diesen Honoraren in die EHV – Bezüge eingerechnet wurden.

Die Zeitspanne zwischen dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung des § 8 KVHG und dem Inkrafttreten von § 11 GEHV betrug gut 1 ½ Jahre.

In § 11 (1) GEHV heißt es: „Zur Finanzierung der Erweiterten Honorarverteilung werden 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. 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.“

In § 11 (3) GEHV heißt es: „Der sich aus Abs. 2 insgesamt ergebende Finanzierungsbetrag aus allen Einnahmen aus Sonderverträgen wird zu der nach § 8 Abs. 1 GEHV errechneten Quote hinzugerechnet. Dies geschieht in der Weise, dass wenn die Quote nicht ausreichend ist, um alle EHV –Ansprüche zu finanzieren, die zusätzlichen Finanzierungsmittel zunächst zu verwenden sind, um die Quotierung der Ansprüche über den Nachhaltigkeitsfaktor zu reduzieren. Sollte durch die zusätzlichen Finanzierungsmittel der Nachhaltigkeitsfaktor 1,0 betragen und weitere Mittel unverbraucht sein, werden diese unverbrauchten Restbeträge in der Weise verteilt, dass der sich rechnerisch ergebende Faktor größer als 1 dann tatsächlich zur Berechnung des Auszahlungsbetrages zugrunde gelegt wird.“

Das bedeutet: Die außerhalb der KV nach § 11 GEHV abgerechneten Honorare wurden zu keinem Zeitpunkt während der Gültigkeit dieses § 11 GEHV der Gesamtvergütung zugeschlagen. Es wurde kein neues Durchschnittshonorar entsprechend der Systematik der EHV ermittelt. Die Honorare fanden damit keinen Eingang in den Punktwert der Quartale 3/11 bis 2/12.

Vielmehr wurde neben dem Topf aus der Umlage von der Gesamtvergütung ein zweiter Honorartopf gebildet. Mit ihm wurde zunächst der Nachhaltigkeitsfaktor angehoben und die durch ihn bedingte Kürzung reduziert. Bei vollem Ausgleich des Nachhaltigkeitsfaktors sollten die noch vorhandenen Mittel an die Inaktiven entsprechend ihren Ansprüchen verteilt werden.

Neben dem neu eingeführten § 11 GEHV gab es in den Grundsätzen der EHV vom Okt. 2011 noch einen verbliebenen § 3 „Höhe des Anspruchs“, in dem schon eine Regelung bestand zur Erfassung von außerhalb der KV abgerechneten Honorare. Es hieß in § 3 (1) a) GEHV: *„Für jedes Quartal wird nach Berücksichtigung der besonderen Kosten.....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 (honoräräquivalente Zahlungen, z.B. Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr)) mit einzubeziehen.“*

Die beiden Paragraphen unterschieden sich darin, dass einmal die Honorare erfasst wurden, die direkt mit Versicherten (§ 3) und einmal die Honorare, die direkt mit den Kassen (§ 11) abgerechnet wurden. Warum aber im ersten Fall die Umlagen in die Honorarforderung des Vertragsarztes und damit in das Durchschnittshonorar einfließen und im zweiten Fall in einen gesonderten Topf, erschließt sich aus den ab Okt. 2011 gültigen GEHV nicht. Es gab zweierlei direkt abgerechnete Honorare, die unterschiedlich behandelt wurden. Warum in Erfüllung des gesetzlichen Auftrags § 3 nicht einfach erweitert werden konnte und ein § 11 GEHV eingeführt werden musste, ist für den Verfasser nicht erkennbar. Wenn die Absicht bestanden hätte, die EHV-Teilnehmer der Systematik der EHV entsprechend an den außerhalb der KV abgerechneten Honoraren zu beteiligen, hätten alle außerhalb der KV abgerechneten Honorare der Gesamtvergütung zugeführt und ein neues Durchschnittshonorar ermittelt werden müssen. Im neuesten Urteil des SG Marburg v. 05.11.2014 (Siehe 13.3.16) ist festgestellt, dass es sich bei den Einnahmen aus Sonderverträgen um Teile der vertragsärztlichen Vergütung handelt.

Mit den ab 01.07.2012 gültigen GEHV gibt es den § 11 GEHV seiner bisherigen Bedeutung nach nicht mehr. § 11 in den ab 01.07.2012 gültigen GEHV hat zum Inhalt das „*Inkrafttreten*“.

Die außerhalb der EHV abgerechneten Honorare werden seit dem 01.07.2012 sämtlich nach einem neugestalteten § 3 GEHV erfasst, wie es schon mit Einführung des § 11 GEHV hätte geschehen können.

Wenn die Summe der Honorare für das Jahr 2011 bei der Einführung der neuen GEHV 2012, also im von Ruland geforderten Vorjahr, noch nicht vollständig zur Verfügung gestanden hätten, hätte die Möglichkeit bestanden, einen vorläufigen und ein Jahr später den endgültigen Stichtagspunktwert zu berechnen. Oder man hätte die Reform etwas später beginnen lassen können.

Es bestehen von Seiten der IG EHV Zweifel, ob zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Reform 2012 die Honorare aus 2011 tatsächlich, wie von der KV angegeben, unvollständig erfasst waren.

Entscheidend ist, dass die Umlagen auf die außerhalb der KV abgerechneten Honorare keinen Eingang in den Stichtagspunktwert für die Reform 2012 fanden. Der Stichtagspunktwert wurde auf der Basis der Honorare im Jahr 2010, dem Vorvorjahr der Reform 2012 festgelegt, obwohl Ruland bei seinen Überlegungen vom Vorjahr ausging. Die Einbeziehung in den Stichtagspunktwert hätte eine vorherige Zuführung der Umlagen zur Gesamtvergütung erfordert. Das Vorgehen der KV bei der Weitergabe der Umlagen an die Inaktiven legt die Vermutung nahe, dass eine klare, transparente Berechnungsmethode nicht beabsichtigt war.

Zusammengefasst bedeutet das Geschehen, dass die außerhalb der KV abgerechneten Honorare nach dem Ende 2009 in Kraft getretenen Gesetz ab diesem Zeitpunkt für die EHV hätten erfasst und die davon erhobenen Umlagen an die Inaktiven weitergegeben werden müssen.

Mit der Reform 2012 wurden sie nicht mehr an die Inaktiven weitergegeben; sie wurden ihnen entzogen. Dass sie seit dem 01.07.2012 in das Durchschnittshonorar einfließen, hat für die Bestandsrentner insofern keine Bedeutung mehr, als deren Punktwert nicht mehr nach dem Durchschnittsumsatz, sondern nach der gesetzlichen Bezugsgröße angepasst wird.

Die Nichteinbeziehung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare in den Stichtagspunktwert mit der Reform 2012 bedeutet eine erneute Kürzung der Altersbezüge und widerspricht dem Text des BSG-Urteils von 2008 und dem Text des Gesetzes zur Ergänzung des Gesetzes über § 8 KVHG. In beiden ist festgehalten, dass die Honorare für die EHV erfasst werden müssen, nicht nur für die Beitragszahler.

Diese erneute Kürzung konnte von der IG EHV nicht hingenommen werden, Klage musste eingereicht werden.

8.2.3. EHV-Teilnahme weiterarbeitender 65Jähriger.

Am 12.05.2010 trat eine von der Vertreterversammlung der KV beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium genehmigte Änderung der GEHV in Kraft mit einer Regelung, nach der 65jährige zugleich vertragsärztlich weiter tätig sein und Leistungen aus der EHV beziehen können³⁷. Die gesetzliche Festlegung der Altersgrenze für Vertragsärzte war aufgehoben worden. Begründet wurde die Maßnahme der KV auch mit der gewünschten weiteren ärztlichen Tätigkeit der Älteren im Rahmen des Sicherstellungsauftrags, ein zumindest ungewöhnlicher Grund.

Die Regelung ging wieder zu Lasten der Inaktiven, weil die Beträge für die EHV-Bezüge der weiterarbeitenden Aktiven wegen der 5%igen Umlagendeckelung weitgehend von den Ru-

³⁷ EHV Aktuell 11.05.2010

heständlern zu tragen waren. Die 65jährigen Weiterarbeitenden zahlen einen wesentlich geringeren Anteil in die EHV ein, als sie als Auszahlung erhalten.

Ein sprunghafter Abfall des Nachhaltigkeitsfaktors vom Quartal 2/2010 mit 81,56% einerseits und andererseits dem Vergleichsquartal 3/2009 mit 82,44% auf das Quartal 3/2010 mit 78,76% ist wahrscheinlich auf den kurzfristigen Zugang von weiterarbeitenden EHV-Teilnehmern zurückzuführen.

8.2.4. Begrenzung des Nachhaltigkeitsfaktors bei 80%

Im Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 24.02.2010 ist in der Urteilsbegründung festgehalten³⁸: *„Während die jetzt noch aktiven Ärzte sich auf den geringen Wert einstellen können und insofern ihre EHV-Quote auf maximal 5% begrenzt wird, bedeutet dies für die im EHV-Bezug stehenden Anspruchsberechtigten eine zunehmende Entwertung ihrer Anwartschaft, ohne dass sie noch in der Lage sind, sich auf die veränderte Situation einzustellen. Die Beklagte hat für diese Gruppe der Anspruchsberechtigten bisher kein Übergangsrecht geschaffen, das die Anwartschaft in ihrem Kern auch wirtschaftlich erhält.“*

Die Formulierung in diesem Urteil im Zusammenhang mit dem BSG-Urteil vom 16.07.2008 dürfte zumindest einer der Gründe sein, warum sich die KV veranlasst sah³⁹, eine Untergrenze für den Nachhaltigkeitsfaktor einzuziehen. Am 27.08.2011 und am 29.10.2011 beschloss die Vertreterversammlung der KVH mit der erforderlichen Zweidrittelmehrheit die folgende Ergänzung in § 8 GEHV (1) GEHV: *„....Die Quotierung durch den Nachhaltigkeitsfaktor darf die EHV-Ansprüche um bis zu maximal 20% mindern. Soweit der Nachhaltigkeitsfaktor einen Wert von weniger als 80% der EHV-Ansprüche erreicht, wird die Belastungsgrenze der aktiven Vertragsärzte nach Satz 2 (5%, Angabe des Verfassers) ausnahmsweise soweit erhöht, dass die Ansprüche bis zur Höhe von 80% bedient werden können. Die quotenmäßige Belastung der Punktwerte der Honorarverteilung nach Satz 2 darf in diesem Fall aber einen Wert von 6% nicht überschreiten. Soweit die quotenmäßige Belastung der Punktwerte den Wert von 6% überschreitet, erfolgt eine weitere Absenkung des Nachhaltigkeitsfaktors.“*

Die Änderung wurde vom Hessischen Sozialministerium mit Schreiben vom 21.11.2011 genehmigt und trat am Tag nach der Veröffentlichung in „EHV Aktuell“ vom 12.12.2011 in Kraft und wurde ab 4.Quartal 2011 angewandt.

Damit blieb die Kürzung der Altersbezüge um 20%, die sich zusammen mit der Kürzung durch Anerkennung von Kosten nach § 5 GEHV auf ca. 26% belief. In „EHV Aktuell“ vom 12.12.2011

³⁸ Urteil SG Marburg vom 24.02.2010, Az: S12 KA 350/09, S. 28

³⁹ EHV Aktuell, 12.12.2011

ist das so kommentiert: „Mit der gewählten Regelung werden sowohl die aktiven als auch die inaktiven Ärzte belastet, sodass ein ausgewogenes Verhältnis gewahrt bleibt.“

9. Verschiedene Fronten, Petitionsausschuss des Bundes

Aus ärztlicher Sicht gab es damals in der Politik zwei Fronten, die Wachsamkeit erforderten, einmal gegenüber dem Land mit seiner Zuständigkeit für § 8 KVHG und einmal gegenüber dem Bund, dessen Gesetze Anpassungen von Landesgesetzen nach sich ziehen konnten.

Es gab Befürchtungen massiver Eingriffe in das Kassenarztrecht. Der 1. KVH Vorsitzende Spies schrieb am 19.04.2002 an den Verfasser: „Wie Sie wissen, schwebt zur Zeit eine Diskussion, ob die Kassenärztliche Vereinigung abgeschafft wird. Zumindest müssen wir davon ausgehen, dass der Sicherstellungsauftrag in der Form reformiert wird, dass Einzelverträge zugelassen werden.“⁴⁰

9.1. Gesundheitsreformgesetze

Dass die Befürchtungen der Ärzte einen realistischen Hintergrund hatten, zeigt die Reihe von Bundesgesetzen, die nacheinander verabschiedet wurden.

Das GKV Gesundheitsreformgesetz 2000 hatte die Integrierte Versorgung eingeführt und das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs vom 10.12.2001 die „Disease Management Programme“. Es wurde die Möglichkeit eröffnet, Direktverträge mit den Kassen zu schließen, was bedeutete, dass die KV die Kontrolle über Teile der Kassenhonorare verlieren konnte. Nach Erinnerung des Verfassers wurde von der KV damals ein Prozent von der Gesamtvergütung für die Integrierte Versorgung einbehalten.

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2003 wurde SGB V ergänzt. Es wurde die Möglichkeit eröffnet, nach § 73b und c SGB V Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen und entsprechend direkt mit den Kassen abzurechnen. Wie schon erwähnt, bezifferte Zimmermann die Honorarsumme, die durch Sonderverträge an der KV vorbei abgerechnet werden könnte auf 40% der Gesamtvergütung.

Der mögliche Abschluss von Direktverträgen mit den Kassen bedeutete einen Wegfall der Erfassung der nach diesen Verträgen erarbeiteten Honorare durch die KV und damit einen Wegfall der entsprechenden Umlagen.

⁴⁰ Brief Dr. Spies, 1. Vorsitzender KVH vom 19.04.2002 an Verfasser, Seite 2

9.2. Petitionsausschuss des Bundes

Der Verfasser wandte sich am 02.04.02 an den Petitionsausschuss des Bundestages und wies auf die Bedrohung der EHV durch neue bundesgesetzliche Regelungen hin.

Er bat um eine gesetzliche Regelung, die die Erfassung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare ermöglicht hätte, ähnlich der Regelung im Gesetz über das Kassenarztrecht 1955, die die Weiterführung der EHV nach § 8 KVHG ermöglicht hatte.

Die Antwort vom Bundesministerium für Gesundheit, an das die Petition weitergeleitet worden war, lautete:⁴¹ *„Es ist nicht auszuschließen, dass im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes erlassene Gesetze Folgewirkungen für landesrechtliche Regelungen haben können. In diesen Fällen ist es Aufgabe des jeweiligen Landesgesetzgebers, seine Gesetze den neuen Notwendigkeiten anzupassen.“*

9.3. Fehlende Gemeinsamkeit KV / IG EHV

Anfangs hatte der Verfasser den Eindruck, dass sich gegenüber der Politik ein gemeinsames Auftreten von KV und IG EHV erreichen ließe, insbesondere bei Gesprächen und in Schriftwechseln mit dem damaligen 2. Vorsitzenden der KVH, Rebscher-Seitz. Auch mit dem 1. Vorsitzenden der KVH, Spies, schien sich in mündlichen und schriftlichen Kontakten eine gemeinsame Linie anzubahnen. Ein Schreiben von Spies an den Hessischen Ministerpräsidenten Roland Koch vom 15.05.02⁴² war jedoch ernüchternd und konnte nicht als Unterstützung der Bemühungen der IG EHV verstanden werden. Er schrieb: *„Im Übrigen halte ich die von Herrn Dr. Burk öffentlich angezettelte Diskussion über dieses Thema (die EHV, Anmerkung des Verfassers) eher für schädlich.“*

10. Treffen mit Politikern und Kontakte zu Parteien

Die IG EHV suchte zahlreiche Kontakte zu den verschiedenen politischen Gremien. Die Erfolge hielten sich in Grenzen. Von den Kontakten der KV zur Politik erfuhren wir nur sporadisch, meist zufällig.

Kontakte zu Politikern waren und sind aus verschiedenen Gründen erforderlich

1. Kontakte zur Landespolitik im Rahmen der EHV sind wichtig, einmal, weil das Sozialministerium als Aufsichtsbehörde jede Satzungsänderung der KV genehmigen muss, zum anderen, weil gesetzliche Regelungen für die EHV auf Landesebene nur durch den Hessischen Landtag beschlossen werden können. Ansprechpartner wurden von

⁴¹ Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit an den Deutschen Bundestag, Petitionsausschuss vom 26.02.2002

⁴² Schreiben von Dr. H.-F. Spies vom 16.05.2002 an Roland Koch, Hessischer Ministerpräsident

uns gesucht in der Landesregierung mit dem Ministerpräsidenten an der Spitze und insbesondere im Sozialministerium, daneben innerhalb der im Landtag vertretenen politischen Parteien.

2. Nach Erfahrungen des Verfassers aus dem Jahr 1981 glaubte er nicht, dass sich in der Vertreterversammlung der KV eine Mehrheit für eine grundlegende Reform der EHV, etwa die Umstellung auf ein Beitragssystem, finden ließe und ging davon aus, dass ohne die Politik keine Änderung des Systems EHV erreichbar sei.
3. Die KVH auf der einen und die Staatskanzlei und das Sozialministerium auf der anderen Seite vertraten unterschiedliche Auffassungen zu § 8 KVHG. Ausführungen dazu unter 10.2.2.2.
4. Neue bundesgesetzliche Regelungen machten eine Anpassung der landesgesetzlichen Regelung des § 8 KVHG erforderlich.

10.1. Bundespolitiker

Als erstem erklärten wir, drei Kollegen aus Rüsselsheim, darunter Grimmer und der Verfasser, dem Rüsselsheimer SPD Politiker Dr. Norbert Wiczorek unsere Bedenken über die Bedrohung der EHV. Er gab sie weiter an die Bundestagsabgeordnete Gudrun Schaich-Walch aus Frankfurt.

Beim Neujahrsempfang der FDP in Darmstadt 2002 sprach der Verfasser Dr. Wolfgang Gerhardt, den Vorsitzenden der FDP-Bundestagsfraktion an. Er meinte, unser KV Vorsitzender solle sich in dieser Angelegenheit schriftlich an ihn wenden. Der Verfasser gab die Aufforderung an den 1. Vorsitzenden der KVH, Spies, weiter, hörte dann nichts mehr davon.

Der Bundestagsabgeordneten der SPD, Dr. Erika Ober, sandte der Verfasser 2002 nach persönlicher Ansprache Unterlagen zu, schon deswegen, weil sie als hessische Vertragsärztin persönlich betroffen war.

In der CDU wandten wir uns an den damaligen Bundestagsabgeordneten und jetzigen Sozialminister des Saarlandes Andreas Storm. Er bemühte sich bei der Hessischen Landesregierung ohne Erfolg. In einem Brief vom 14.11.2002 an den Verfasser schrieb er: *„Da auch ich keine Möglichkeit mehr sehe, die Hessische Landesregierung zu einer gesetzlichen Regelung – sozusagen im Vorgriff auf die erwarteten Veränderungen – zu bewegen, kann ich aus heutiger Sicht nur dafür plädieren, dass die KV Hessen sich selbst um eine entsprechende verbandsinterne Anpassung des EHV-Systems bemüht.“*

Nachträglich muss festgestellt werden, dass es von vornherein eine Illusion war anzunehmen, der Bund würde mit seiner Gesetzgebung auf die Regelung der Altersversorgung einer kleinen Gruppe von Freiberuflern in nur einem Bundesland Rücksicht nehmen.

10.2. Landespolitik

Die Kontakte zu Landespolitikern waren zahlreicher. Teils handelte es sich um Kontakte einzelner Mitglieder der IG EHV zu einzelnen Politikern, teils um Delegationen der IG EHV, meist von 4 Teilnehmern aus dem Kreis der Obleute. Delegationen waren bei Ministerin Silke Lautenschläger, den Ministern Banzer und Grüttner und dem gesundheitspolitischen Sprecher der SPD Landtagsfraktion Dr. Thomas Spies, selbst Mediziner.

Um Einzelkontakte bemühten sich neben dem Verfasser insbesondere die Mitglieder der IG EHV Dres. Heinz Strnad und Gabriel Nick. Nick sprach wiederholt Hans-Jürgen Irmer von der CDU-Landtagsfraktion an.

10.2.1. Hessischer Ministerpräsident

Im Jahr 2002 hatte der Verfasser verschiedene, teils schriftliche, teils mündliche Kontakte mit der Staatskanzlei in Wiesbaden. Der telefonische Ansprechpartner hieß Gerster. An den hessischen Ministerpräsidenten Roland Koch richtete der Verfasser sein erstes Schreiben am 22.01.2002 mit der Bitte, im Bundesrat eine Gesetzesinitiative zu ergreifen mit dem Ziel, der KV weiterhin Abzüge von sämtlichen Kassenhonoraren für die Altersversorgung zu ermöglichen. Der Verfasser wurde an das Sozialministerium verwiesen, an das er ein gleichlautendes Schreiben gerichtet hatte.

In einem weiteren Schreiben vom 06.03.2002 bat der Verfasser den Ministerpräsidenten nochmals um seine Hilfe und teilte ihm mit, dass der Hauptgeschäftsführer der KV, Gerlich, ihm, dem Verfasser seine Unterstützung bei der Darstellung der Schwierigkeiten zugesagt habe.

In seiner Antwort vom 30.04.2002 schrieb der Ministerpräsident, er wolle nicht einseitig Partei ergreifen. Eine Weiterentwicklung dieser Institution (EHV, Anm. d. Verf.) müsse zunächst innerhalb der Ärzteschaft erörtert werden.

Am 08.05.02 erläuterte der Verfasser in einem Schreiben noch einmal, dass es sich nicht um einen Parteienstreit handle und es den Krankenkassen jetzt schon möglich sei, Verträge mit Ärzten zu schließen ohne Zwischenschaltung der KV. Der Verfasser wies darauf hin, dass das über den Petitionsausschuss erreichte Bundesgesundheitsministerium ihm mitgeteilt habe, dass für die anstehende gesetzliche Regelung der Hessische Landtag zuständig sei.

In einem Antwortschreiben äußerte sich der Ministerpräsident am 04.07.2002 so zur EHV: *„Ich bin mir durchaus bewusst, dass aus Veränderungen deren tatsächlicher und rechtlicher Grundlagen Probleme bei der Altersversorgung der hessischen Vertragsärzte folgen können.“* Es wird ein Gespräch zwischen Spies von der KV und Vertretern des Hessischen Sozialministeriums erwähnt, das der Vorbereitung einer Regelung gedient habe.

Am 03.08.02 wies der Verfasser in einem weiteren Schreiben an den Ministerpräsidenten darauf hin, dass in einem Brief des Sozialministeriums vom 31.07.02 als Ergebnis der „*Vorbereitung einer Regelung*“ die äußere Bedrohung der EHV nicht zur Kenntnis genommen worden sei und es keinen praktikablen Lösungsvorschlag gebe.

In seiner Antwort vom 20.09.2002 schrieb der Ministerpräsident, dass die Landesregierung ihre Unterstützung bei der – durch die in der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen verfassten Ärzteschaft zu findenden – Problemlösung anbiete. Er schrieb dann weiter: *„Ich bin, um dies Ihnen abschließend mitzuteilen, nicht der Überzeugung, dass das Land dabei in den Pflichten steht, die Sie annehmen. ...Allerdings meine ich ebenso, dass ein Streit hierüber nicht ausgefochten werden muss und bitte Sie deshalb, sich an der laufenden Diskussion konstruktiv zu beteiligen“*.

Der letzte Brief des Verfassers an Ministerpräsident Koch datiert vom 27.04.04. Der Verfasser äußerte sein Unverständnis für die Ablehnung einer Beteiligung von kooptierten EHV – Empfängern an der Vertreterversammlung der KV in der damals zu beschließenden neuen Satzung.

10.2.2. Hessisches Sozialministerium

Themen für Gespräche im Sozialministerium waren die externe und interne Bedrohung der EHV und sich daraus ergebende, notwendige Anpassungen.

10.2.2.1. Externe Bedrohung

10.2.2.1.1. Korrespondenz mit der Sozialministerin

Neben der Besprechung mit Ministerin Lautenschläger im Sozialministerium am 07.04.2003 richtete der Verfasser mehrere Briefe an sie, den ersten am 12.12.2000. Er wies auf die Senkung des Durchschnittsumsatzes durch Anerkennung besonderer Kosten mit der geplanten Reform 2001 hin und die damit verbundene Absenkung der Altersbezüge, außerdem auf die Möglichkeit für den KV-Vorstand, die Kostenanerkennung noch zu erhöhen. Er bemängelte eine fehlende Übergangsregelung für Altansprüche.

Auf den ihr in Abschrift gesandten Brief an den Ministerpräsidenten vom 22.01.2002 antwortete sie am 20.02.2002. *„Wie Sie zutreffend feststellen, können auch die in der gesetzlichen Krankenversicherung nunmehr zulässigen neuen Vertragsgestaltungsmöglichkeiten (z.B. integrierte Versorgungsformen, Modellprojekte u.a.) die EHV gefährden, wenn diese Vergütungsanteile nicht in die EHV einbezogen werden.....Die hessische Landesregierung wird diese Entwicklung im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die EHV sehr sorgfältig beobachten... Parallel hierzu muss sich jedoch auch die aktive wie inaktive hessische Vertragsärzteschaft mit*

dieser Entwicklung intensiv auseinandersetzen. Es stellt sich hier zweifelsohne die Frage nach einer innerärztlichen Solidarität sowohl der aktiven Ärzteschaft mit den EHV-Empfängern als auch der EHV-Empfänger mit der aktiven Ärzteschaft. Eine Lösung wäre insofern auch ohne eine Gesetzesänderung möglich.“

Auf die vom Verfasser am 02.03.2002 geäußerte Enttäuschung über ihre Antwort mit dem Hinweis, dass bei dem angesprochenen Problem innerärztliche Solidarität nicht helfe und die Frage, was eine Beobachtung ohne Konsequenzen bewirken soll, antwortete sie am 22.03.2002: *„Zugleich bitte ich um Verständnis, dass ich nach wie vor an der Auffassung festhalte, dass hier zuerst innerhalb der hessischen Vertragsärzteschaft eine Entscheidung über das Weiterführen der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) herbeigeführt werden muss.“* Sie teilte weiter mit, dass bereits 1999 im Vorfeld des Inkrafttretens des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 mit Vertretern der KVH die Auswirkungen veränderter Bedingungen des Vertragsrechtes im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert worden seien. Der KV sei zugesagt worden, dass man sich selbstverständlich zu gegebener Zeit auch für eine Absicherung der EHV im SGB V einsetzen werde. Es sei zugleich darum gebeten worden, dem Sozialministerium Vorschläge zukommen zu lassen, welche Regelungen aus Sicht der Ärzteschaft hier am meisten präferiert würden. Dies sei bisher nicht geschehen.

Sie teile nicht die Ansicht, dass für die Zukunft nicht auch die innerärztliche Solidarität eine große Rolle spiele. Es müsse in innerärztlicher Diskussion geklärt werden, welche Bereitschaft bestehe, auch Honorareinnahmen aus den neuen Vertragsformen in die EHV einzubeziehen. Die hessische Landesregierung werde der Entscheidung der vertragsärztlichen Selbstverwaltung nicht vorgreifen.

Hier nahm die Ministerin nicht zur Kenntnis, dass die Mehrheitsverhältnisse innerhalb der KV nicht zwingend zu einem Schutz der EHV-Teilnehmer führen würden und dass sogar von der Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden musste, dass die durch die Sonderverträge Begünstigten eine Zweidrittelmehrheit zur Erfassung ihrer außerhalb der KV abgerechneten Honorare verhindern könnten. Schließlich waren diese Honorare bislang von der EHV-Umlage befreit. Es konnte nicht erwartet werden, dass die Erfassung der Honorare aus Sonderverträgen von der KV „solidarisch“ gelöst würde, wie im Übrigen die tatsächliche Entwicklung auch zeigte.

Sie schrieb dann weiter: *„Es muss in Abhängigkeit des Ergebnisses dieser Diskussion geprüft werden, welcher zusätzlichen Absicherung der EHV es im Rahmen des SGB V bedarf.“*

Der Verfasser antwortete der Ministerin unter dem 14.04.02 und teilte wieder seine Enttäuschung darüber mit, wie wenig klar die von ihm geschilderte Problematik im Sozialministerium gesehen werde.

Er teilte ihr mit, dass mit dem Beschluss der Abgeordnetenversammlung zur Neugestaltung der EHV am 02.01.2000 eine Entscheidung der hessischen Vertragsärzte für die Weiterführung der EHV gefallen sei, Solidarität könne aber nicht die fehlende gesetzliche Absicherung der Beiträge bzw. Abzüge ersetzen. Wenn die Mittel fehlten, könnten sie nicht solidarisch verteilt werden.

Der damalige 1. Vorsitzende der KVH, Spies, habe in seinem Bericht zur Lage in der Abgeordnetenversammlung am 01.12.2001 festgehalten, dass das klare politische Ziel des jetzigen Vorstandes sei, als KV zu versuchen, das Honorar auch unter veränderten Bedingungen zusammenzuhalten.

In einem Schreiben an Spies, vom 26.06.2002 gibt die Ministerin zunächst einen Überblick über die historische Entwicklung und schreibt dann: *„Vor dem Hintergrund dieses historischen Rückblicks sehe ich keine Rechtsgrundlage für Ihren mit Schreiben vom 26. Juni 2002 (Datum zutreffend?, Anm. d. Verf.) vorgestellten Lösungsvorschlag zur langfristigen Sicherung der EHV, der vorsieht, dass die Krankenkassen einen bestimmten Prozentsatz des von Ihnen ausbezahlten Honorars der EHV zur Verfügung zu stellen.“*

Spies kommentiert das in einem Schreiben an die Mitglieder des Vorstandes der KVH am 04.07.2002 mit den Worten: *„....Wir dürfen somit weiter davon ausgehen, dass keine oder nur sehr wenig Hilfe von Seiten des Gesetzgebers in dieser Frage erwartet werden darf, so dass die Lösung wohl allein innerhalb der Ärzteschaft gefunden werden muss.“*⁴³

An den Verfasser schrieb Spies am 19.04.2002: *„Die Hoffnung, dass man alle Vertragsärzte verpflichten kann, von ihren freiwillig geschlossenen Verträgen Geld für EHV abzuführen, ist höchst wahrscheinlich nicht umsetzbar. Nach Auffassung unserer Juristen haben wir hier ausgesprochen schlechte Karten.“*⁴⁴

Skepsis ließ er erkennen in einem Bericht zur Lage vom 01.12.2001: *„Die Hoffnung, dass wir die hessische Landesregierung oder auch den Bundesgesetzgeber dazu bewegen können, die EHV zusätzlich abzusichern, oder die Vorstellung, dass dies sogar ein Argument ist, um den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung heutiger Prägung zu erhalten, diese Vorstellungen werden trügerisch sein.“*⁴⁵

Zu den Bemühungen der KV sei an dieser Stelle aus einem Brief des damaligen 1. Vorsitzenden des Vorstandes der KVH, Rebscher-Seitz von 2004 an Aßmann zitiert: *„Ein wichtiger Aspekt allerdings bleibt hierbei die notwendige Rückendeckung der Landesregierung, an der wir*

⁴³ Dr. Spies, Schreiben an die Mitglieder des Vorstands der KVH vom 04.07.02

⁴⁴ Brief Dr. Spies an den Verfasser vom 19.04.2002

⁴⁵ Dr. Spies, Bericht zur Lage anlässlich der AV vom 01.12.2001

seit zwei Jahren arbeiten, wobei dort für unser Problem bisher leider nicht das notwendige Verständnis und die Resonanz erkennbar ist.“⁴⁶

Auch an den Verfasser schrieb Ministerin Lautenschläger am 31.07.2002, dass sie keine Rechtsgrundlage für ein Landesgesetz zur Sicherung der EHV sehe. Die inhaltliche Ausgestaltung der EHV obliege der KV Hessen, die hier einen sehr großen Entscheidungsspielraum habe.

In einem Schreiben an Wutzke vom 06.07.2003 schrieb die Ministerin: *„Danach war und ist es der Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen völlig freigegeben, ein diesem Auftrag entsprechendes System der Altersversorgung der Vertragsärzte auszuwählen und dieses auch zu wechseln, um beispielsweise die Zahlungsfähigkeit des Systems sicherzustellen.“* Es heißt darin weiter: *„Eine Verpflichtung für die Kassenärztliche Vereinigung Hessen - KVH auf ein bestimmtes System der Alterssicherung und damit korrespondierend eine Verpflichtung des Landes zur Sicherstellung dieses Systems ist durch das Wort „kann“ sowie durch die Vorgabe in § 8 Satz 1 des Gesetzes über Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen die Alterssicherung im Rahmen der Satzung - also im Rahmen der Selbstverwaltung – zu regeln gerade nicht gegeben.“* Weiter: *„Vielmehr ist die Ärzteschaft im Rahmen der Selbstverwaltung gehalten, sich den Herausforderungen, vor denen die Altersversorgung steht, zu stellen und Mehrheiten für eine der verschiedenen Lösungen in den Gremien zu finden.“* Zuletzt heißt es dann: *„Vor diesem Hintergrund wird die Vergabe eines externen Rechtsgutachtens zur inhaltlichen Problematik des von der EHV – Arbeitsgruppe erarbeiteten Vorschlags vom Hessischen Sozialministerium nicht mehr in Erwägung gezogen.“*

War anfangs noch eine Unterstützung für die Anpassung der EHV durch das Ministerium in Aussicht gestellt, erfolgte zuletzt klar die Zuweisung der Verantwortung an die KV.

Ein letztes Schreiben wurde vom Verfasser als offener Brief unter dem 02.05.2006 an die Sozialministerin gerichtet und im Hessischen Ärzteblatt Nr. 6/2006 veröffentlicht. Anlass war die in erster Lesung von der VV beschlossene Reform 2006.

10.2.2.2. Gegensatz KV/ Sozialministerium

Zur Korrespondenz mit dem Ministerpräsidenten und der Sozialministerin und zur Besprechung im Sozialministerium mit Silke Lautenschläger nachfolgend noch einige Erläuterungen und Ergänzungen.

⁴⁶ Brief Dr. Rebscher- Seitz an Dr. Aßmann vom 26.01.2004

KV und Landesregierung vertraten unterschiedliche Auffassungen über den Weg für erforderliche Anpassungen an die demographische Entwicklung und die Maßnahmen nach den bundesgesetzlichen Regelungen.

Ministerpräsident Koch und Sozialministerin Lautenschläger hatten die Zuständigkeit des Landesgesetzgebers für eine Regelung zur Erfassung der an der KV vorbei abgerechneten Honorare nicht erkannt oder nicht erkennen wollen, möglicherweise die Dringlichkeit nicht gesehen. Sie betrachteten die gesetzliche Regelung nach § 8 KGHV als ausreichend für eine Anpassung der EHV durch die KV.

Die KV, insbesondere deren juristischer Geschäftsführer Hoffmann, betonte wiederholt, für eine derart weitgehende Änderung der Satzung zur Erfassung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare genüge § 8 KVHG nicht. Er wurde in seiner Auffassung, durch das Ebsengutachten gestützt. Es heißt dort unter Rn 86: *„Daraus folgt, dass es der KV verwehrt ist, nunmehr den umfassenden ihr nach dem Wortlaut des § 8 gegebenen Gestaltungsspielraum auszunutzen und nun aus eigenem rechtspolitischem Ermessen ein völlig anderes - etwa von der Honorarverteilung losgelöstes den Kammerversorgungswerken entsprechendes - System zu schaffen.“*

Das Land konnte sich seinerseits auf das von ihm in Auftrag gegebene Gutachten von Merten vom September 2004 berufen. Es heißt darin unter Ergebnisse: (Rn 36) *„§ 8 KVHG ist verfassungsrechtlich unbedenklich.“* Und (Rn 38): *„Die Sicherung der EHV und deren Anpassung an geänderte wirtschaftliche Rahmenbedingungen obliegt der primären Verantwortung der KÄV Hessen.“*

Überzeugend war das Argument der KV, dass sie ohne gesetzliche Grundlage nicht auf Honorare zugreifen dürfe, die nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, Honorare aus Verträgen, aus denen sie bewusst ausgeschlossen wurde, deren Inhalt ihr nicht einmal mitgeteilt werden musste, aus Honoraren, die nicht mehr unter die Gesamtvergütung fielen. Sie hatte auf diese Honorare ebenso wenig Durchgriffsrechte wie auf Privathonorare.

Die Einlassungen des Sozialministeriums zu den Möglichkeiten der KV aufgrund der Kannbestimmung in § 8 KVHG hatten eine gewisse Plausibilität. Zumindest muss sich die KV vorhalten lassen, dass sie nie versucht hat, mit einer durchgreifenden Reform eine Erfassung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare zu erreichen. Sie hätte auf diese Weise prüfen können, ob das Land durch Genehmigung einer so weitgehenden Satzungsänderung tatsächlich seiner betonten Bereitschaft zur Unterstützung nachgekommen wäre. Für eine radikale Reform zur Erfassung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare hätte sich wahrscheinlich aber keine Zweidrittelmehrheit in der Abgeordneten-/Vertreterversammlung erreichen lassen. Das Land verlangte etwas von der KV, von dessen Aussichtslosigkeit es hätte wissen müssen. Es hat sehenden Auges die Altersversorgung in eine ausweglose Lage laufen lassen. Ob die KV insgeheim die Weigerung des Landes begrüßte, weil ihr dadurch eine durchgrei-

fende Reform zunächst erspart geblieben ist, würde, selbst wenn es zuträfe, sicherlich von keinem der noch erreichbaren, seinerzeit Verantwortlichen zu erfahren sein.

Die Erfassung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare wurde schließlich durch das Gesetz zur Änderung des § 8 KVHG durch den Hessischen Landtag 2009 vorgeschrieben.

Erstaunlich ist in diesem Zusammenhang, dass die KV bei der großen Reform der EHV 2012 mit der Umstellung auf ein Beitragssystem im Gegensatz zu ihrer bisherigen Überzeugung und trotz der abweichenden Ausführungen von Ruland nicht mehr der Auffassung war, dass eine gesetzliche Regelung vorausgehen müsse. Sie war sich offenbar schnell mit der Landesregierung darin einig, sonst wäre eine Genehmigung der neuen GEHV von 2012 durch das Sozialministerium nicht in wenigen Wochen möglich gewesen.

Der Verfasser war ursprünglich auch der Auffassung, dass nach dem Text von § 8 KVHG die KV zunächst die Möglichkeit habe, eine Erfassung der Honorare aus Sonderverträgen selbst zu regeln, hatte aber Zweifel an einer erreichbaren Zweidrittelmehrheit in der Vertreterversammlung für ein solches Vorhaben. Spätestens mit dem Ebsengutachten war aber ersichtlich, dass auch außerhalb der KV juristische Bedenken gegen diese einfachere Regelung geäußert wurden.

Eine gesetzliche Vorgabe war wegen der Unsicherheit einer erreichbaren Zweidrittelmehrheit für eine wie auch immer gestaltete Regelung zur Erfassung der an der KV vorbei abgerechneten Honorare der erfolgversprechendere Weg. Das wurde sicherlich auch innerhalb der KV so gesehen.

In der von der Abgeordnetenversammlung seinerzeit neben dem Beratenden Fachausschuss für EHV eingesetzten Arbeitsgruppe für die EHV ließ sich bis zur neuen Satzung 2004 kein Konzept für eine Neugestaltung der EHV erreichen. Auch mit der Reform 2006 wurde keine Regelung zur Erfassung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare gefunden, obwohl das GMG schon in Kraft war.

Erst das BSG konnte mit seinem Urteil vom 16.07.2008 den Landtag veranlassen, im Dezember 2009 eine Ergänzung des § 8 KVHG zu beschließen.

Der entsprechende Antrag wurde von der SPD eingebracht aufgrund eines Textvorschlags der KV. Damit war die Auffassung der KV über die Zuständigkeit des Landes für eine gesetzliche Regelung vor einer Anpassung der EHV durch die KV nachträglich gestützt.

Mit der nach dem GMG erforderlichen und von der KV am 28.02. und 08.05.2004 beschlossenen neuen Satzung konnten die EHV-Teilnehmer nicht mehr Mitglieder der Vertreterversammlung sein. Wie die Diskussion innerhalb der KV nach dem Ausscheiden des Verfassers aus der KV mit Ende 2004 weiterging, konnte er als Nichtmitglied der KV nicht mehr verfolgen.

Zusammengefasst vertrat das Sozialministerium zur Einbeziehung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare die Auffassung, dass diese Frage innerhalb der KV geregelt werden könne. Die KV dagegen meinte, § 8 GEHV habe nicht diesen Spielraum, es müssten zunächst gesetzliche Voraussetzungen geschaffen werden.

Aus heutiger Sicht muss festgestellt werden, dass die Position der KV der Realität näher kam als die des Sozialministeriums. Ohne eine gesetzliche Regelung hätte sich die Einbeziehung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare innerhalb der KV nicht durchsetzen lassen. Andererseits war die KV nicht bereit, die zugesagte Unterstützung der Landesregierung bei einem Anpassungsversuch der KV zu testen. Es lässt sich festhalten, dass die ärztliche Seite früher und klarer als Sozialministerium und Ministerpräsident die Bedrohung der EHV durch vom Bund seit 2000 beschlossene Gesetze erkannt hatte, am deutlichsten durch das GMG.

10.2.2.3. Interne Bedrohung

Wegen der internen Bedrohung wurde das Sozialministerium von unserer Seite erst wieder befasst mit der Reform der EHV 2006.

Wie schon erwähnt, schrieb der Verfasser als Sprecher der Interessengemeinschaft EHV nach der ersten Lesung der am 01.07.2006 in Kraft getretenen neuen GEHV an die Sozialministerin einen offenen Brief, der im Hessischen Ärzteblatt 6/2006⁴⁷ veröffentlicht wurde, mit der Bitte, die Reform nicht zu genehmigen und sich für ein Mitspracherecht der EHV-Teilnehmer bei der Gestaltung der Altersversorgung und bei den Verwaltungskosten einzusetzen.

Er schrieb, dass mit der Deckelung der Umlage bei 5% die demographische Entwicklung einseitig zu Lasten der Inaktiven gehe. Der Nachhaltigkeitsfaktor sei nichts anderes als eine Quotierung mit steigender Kürzung der EHV-Zahlungen. Er verwies auf andere Möglichkeiten zur Lösung der anstehenden Schwierigkeiten. So sei ein Weg, die umsatzbezogenen Umlagen durch ein einheitliches Beitragssystem zu ersetzen. Er verwies ferner auf die Möglichkeit der Einführung eines der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechenden Nachhaltigkeitsfaktors. Die Festlegung einer Heraufsetzung des Eintrittsalters in die EHV, die weitere Ansparung eines Fonds als Puffer zwischen den Generationen und die Aufnahme der Psychologen in die EHV wurden angesprochen. Eingriffe in das Eigentumsrecht der Inaktiven als deren Beitrag zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben müssten verhältnismäßig sein.

In ihrer Antwort vom 26.05.06 erklärte die Sozialministerin, von der Kassenärztlichen Vereinigung seien die Änderungen noch nicht förmlich vorgelegt worden, „*sodass eine Wertung durch das Hessische Sozialministerium zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfolgt.*“

⁴⁷ Offener Brief an Ministerin Lautenschläger vom 02.05.2006, Hess. Ärzteblatt 6/2006, S. 450

Eine weitere Nachricht kam nicht. Die neuen, ab 2006 gültigen GEHV Grundsätze wurden vom Ministerium durchgewinkt. Es blieb wieder nur der Klageweg.

10.2.2.3.1. Minister Banzer

Bei Sozialminister Banzer hatten wir zwei Termine im Abstand von einem Jahr, am 02.06.09 und am 23.06.2010. Beim ersten wurde ihm die von Ruland nach dem Besuch von Aßmann und dem Verfasser in München erarbeitete „*Neuregelung der Honorarverteilung in Hessen*“ als Vorschlag für einen Gesetzentwurf zur Neugestaltung der EHV vorgelegt. Wir haben aus dem Ministerium nie wieder davon gehört.

Gedanken aus diesem Vorschlag wurden später in für die KV erstellten „*Überlegungen und Vorschläge zur Reform der erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen*“ von Ruland fortgeführt.

Wir hatten beim ersten Treffen im Sozialministerium den Eindruck, dass der Minister unsere Argumente aufnahm. Anwesend waren neben dem Sozialminister die Obleute der IG EHV Aßmann, Nick, Plass und der Verfasser.

Der Minister erklärte in einer kurzen Einführung, dass er plane, die EHV irgendwie dem Versorgungswerk der Kammer zuzuführen. Er wolle Erkundigungen bei den deutschen Versorgungswerken einholen.

Unsererseits wurde darauf hingewiesen, dass eine Überführung in das Versorgungswerk im Moment mehr Schwierigkeiten mit sich bringe, als zu einer Lösung zu führen. Es wurde darüber gesprochen, dass möglicherweise auch die Privathonorare in die EHV einbezogen werden müssten.

Einen Vorschlag der KV für einen Gesetzentwurf hielt er für nicht geeignet. Er verstehe nicht, warum der Honorarausgleichsfonds aufgelöst wurde. Die Umsatzbezogenheit hielt er für ungeeignet zur Erhebung der Einnahmen.

Er werde eine Synopse aller bei ihm eingehenden Vorschläge erstellen lassen und dann die verschiedenen Parteien, die KV, die Kammer, auch uns zu einem abschließenden Gespräch einladen. Ruland müsse er wohl hinzuziehen. Es müsse die Altersversorgung auch den jungen Beitragszahlern eine Perspektive bieten.

Beim zweiten Treffen am 26.10.09 waren dieselben Personen wie beim ersten anwesend, außerdem MdL Bartelt (CDU), und eine Mitarbeiterin der CDU. Das Treffen fand diesmal in einem Raum des Hessischen Landtages statt.

Der Sozialminister war in gereizter Stimmung. Der Verfasser begann seine Äußerungen damit, dass die Vertreter der IG EHV zunächst eine gute Nachricht hätten. Die KV möchte jetzt Ruland als Berater zuziehen. Der Verfasser erklärte, dass dieser Umstand für das Ministerium eine Gelegenheit sei, mit der IG EHV, der KV und Ruland einen Arbeitskreis zu bilden, um gemeinsam einen Gesetzentwurf zu erarbeiten. Der Minister widersprach sofort und immer gereizter während des Gesprächs, wenn das Thema Arbeitskreis aufgegriffen wurde. Er sei gegen Arbeitskreise. Er meinte, er werde nur böse, wenn die Vertreter der IG EHV weiter von einer Arbeitsgruppe sprächen. Sie seien Partei. Das Gesetz mache der Gesetzgeber. Er mache kein Gesetz nach den Wünschen von Ruland.

Der Sozialminister meinte ferner, er wolle die EHV der Verwaltung des Versorgungswerkes unterstellen, weil dort vorhandene Strukturen genutzt werden könnten. Er wolle keine weitere Körperschaft öffentlichen Rechts, die die EHV wohl werden müsste, wenn sie aus der KV ausgegliedert werden solle. Der Verfasser wies darauf hin, dass dann in der Kammer als Beschlussgremium für das Versorgungswerk auch beamtete Ärzte und der Marburger Bund mitbestimmen in Fragen der EHV und die Organisation der EHV noch schwieriger würde.

Der Minister meinte, habe der KV schon vor einem halben Jahr den Auftrag gegeben, ein Gutachten über die EHV erstellen zu lassen. Normalerweise sei er nicht so langmütig beim Warten. Die KV habe aber bisher gut kooperiert, sodass er zunächst nicht an Sanktionen denke. Nach Vorlage des Gutachtens werde das Gesetz in Angriff genommen. Auf die Frage, des Verfassers, welche Fragestellung der Gutachter beantworten solle, antwortete er, die Fragen seien der KV mitgeteilt worden.

Er wiederholte seine Aussagen von früher, welche Arbeiten bei dem neuen Gesetz erforderlich seien, dass dies Zeit, möglicherweise bis zwei Jahren, beanspruche, dass das Gesetz aber komme. Einen zeitlichen Druck sah er nicht, da die Tendenz eher wieder weg von Hausarztverträgen gehe.

Der Verfasser erklärte, dass die KV in Schwierigkeiten sei nach den bisherigen Urteilen und es beunruhigend sei, dass das Ministerium einen § 5 GEHV genehmigt habe, der vom Gericht beanstandet wurde. Der Minister: Wenn der Verfasser das Ministerium angriffe, werde es sich wehren. Der Verfasser erklärte, dass es für die IG EHV keine andere Wahl gebe, als zu klagen. Der Minister: Durch Klagen könne man auch Gesetze kaputt machen.

Angesprochen auf die Genehmigung des Beschlusses der KV alle 65-Jährigen in die EHV eintreten zu lassen, auch wenn sie weiter aktiv seien, antwortete er, das sei eine Regelung, die zur Sicherstellung beitrage.

Es war insgesamt ein unerfreuliches Gespräch, bei dem sich herausstellte, dass im Grunde keine konkreten Ergebnisse durchgeführter Arbeiten für eine gesetzliche Regelung vorlagen, nicht einmal vernünftige Ansätze, um die gegenwärtige Krise zu bewältigen.

Das Einzige, was wir erreicht hatten, war die Aufnahme der IG EHV in die Liste der Träger öffentlicher Belange nach dem ersten Gespräch. Der Verfasser wurde tatsächlich vor der Erweiterung des § 8 KVHG durch den Hessischen Landtag zweimal gehört. Weder wurde eine Synopse aller Vorschläge erstellt, noch erfolgte eine Einladung zu einem Gespräch.

Das „*Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen*“ vom 14.12.2009 wurde, wie oben schon erwähnt, auf Antrag der SPD nach einem Vorschlag der KV vom Landtag beschlossen.

10.2.2.3.2. Minister Grüttner

Bei Sozialminister Grüttner hatten Vertreter der IG EHV durch Vermittlung von MdL Bartelt zwei Termine im Hessischen Landtag, am 3.3.11 und am 16.11.11. Teilnehmer an beiden Treffen waren Sozialminister Grüttner, Bartelt, die Referentin der CDU-Fraktion im Hessischen Landtag, Schäfer, vonseiten der IG EHV Aßmann, Nick und der Verfasser.

Beim Treffen am 03.03.11 wurde der Minister im Rahmen eines kurzen historischen Rückblicks auf den nicht sehr skrupulösen Umgang der KV mit den EHV-Teilnehmern hingewiesen.

Die Vertreter der IG EHV erklärten, die KV zeige nach dem Urteil des SG vom 24.02.10 endlich Gesprächsbereitschaft und habe auf Vorschlag der IG EHV Ruland als Berater zugezogen.

Die Vertreter der IG EHV wiesen darauf hin, dass Ruland in seinen Ausführungen sehr klar die rechtlichen Grundlagen für eine Beteiligung der Inaktiven an die EHV betreffenden Entscheidungen herausgestellt und gleich eine Lösung in Form eines zu schaffenden Beirates angeboten habe, dass aber die Gestaltung des Beirates noch Konfliktstoff berge. Wenn der Beirat nicht nur eine Alibifunktion erhalten, sondern tatsächlich als Kompromissinstanz auf unterster Ebene zur Vermeidung von sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen fungieren sollte, müsse ihm eine Mitgestaltungsmöglichkeit bei Entscheidungen zur EHV eingeräumt werden. Die Gestaltung des Beirates werde nach Auffassung der IG EHV nur gelingen, wenn die Anliegen beider Seiten, der Aktiven und der Inaktiven zusammengeführt würden.

Es wurden dann einige von der IG EHV gesehene Notwendigkeiten aufgeführt: Aktive und Inaktive müssten gleichgewichtig vertreten und Majorisierungen einer Seite ausgeschlossen sein. Es müsse die Möglichkeit einer Schlichtung gegeben sein, entweder durch einen neutralen Vorsitzenden mit der nötigen fachlichen Kompetenz oder durch einen ebenso fachlich kompetenten Schlichter außerhalb des Beirates. Die Vertreterversammlung als mittelbarer

Gesetzgeber müsse die Empfehlungen oder Anträge des Beirates annehmen oder ablehnen können, aber nicht überstimmen dürfen. Für den Fall wiederholter Ablehnung durch die Vertreterversammlung müsse ebenfalls eine Schlichtungsinstanz eingerichtet werden.

Dem Beirat müsse neben einer Möglichkeit zur Mitgestaltung auch eine Kontroll- und Korrekturfunktion zukommen. Beispielsweise müsste es ihm möglich sein, die vom SG geforderte Mitteilung der Eckpunkte in den Bescheiden zu überprüfen.

Wichtig sei, auf welche Weise der Beirat gewählt werden solle. Vertreter der Aktiven und Inaktiven müssten von den Angehörigen der jeweiligen Gruppierung getrennt gewählt werden.

Die Einrichtung eines Beirates mit seinen Funktionen müsse in das zu beschließende Gesetz aufgenommen werden.

Die Vertreter der IG EHV erklärten, dass nach ihrer Überzeugung bei gutem Willen aller Betroffenen die EHV zu einer attraktiven Altersversorgung umgestaltet werden und Hessen mit dem Wettbewerb zweier Versorgungssysteme für junge Kollegen an Anziehungskraft gewinnen könne.

In der anschließenden Diskussion meinte der Sozialminister, man könne von dem Ruland-Gutachten ausgehen, er habe keine Bedenken dagegen. Er kenne Ruland nicht. Er wolle jetzt zunächst das Ergebnis von Berechnungen des Büros Heubeck abwarten. Er wurde von uns darauf aufmerksam gemacht, dass eine Lösung dringend sei, weil ein Kompromiss mit der KV umso schwieriger werde, je größer der verstrichene Zeitraum zwischen der Einführung der neuen EHV und den bisher beklagten Quartalen sei. Dem stimmte er zu.

Die Vertreter der IG EHV betonten noch einmal die Notwendigkeit der Aufnahme der wichtigsten Regelungen entsprechend den Vorgaben von Ruland und der Bestimmungen über den Beirat in das Gesetz und dass den Ruheständlern ein Minderheitsvotum zugestanden werde müsse.

Der Minister sprach im Zusammenhang mit dem Beirat von einer Art Mitbestimmung.

MdL Bartelt wollte noch wissen, welchen Stellenwert die EHV im Rahmen der Altersversorgung der Hessischen Vertragsärzte einnehme.

Beim Treffen am 16.11.11 berichteten die Vertreter der IG EHV über die ihnen bekannte Entwicklung innerhalb der KV seit dem letzten Treffen. Am 28.08.11 hatte die KV, wie der Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses für EHV, Mantz, dem Verfasser telefonisch mitgeteilt hatte, in einer Sitzung in Bingen einen Tendenzbeschluss gefasst zur Reform der EHV nach dem Ruland Modell.

Die Vertreter der IG EHV teilten dem Minister mit, dass sie den Zeitpunkt für geeignet hielten, nach Gemeinsamkeiten zwischen KV und IG EHV zu suchen und dem Ministerium einen Vorschlag für die Inhalte des geplanten Gesetzes zu machen.

Sie hätten aber durch Mantz und aus anderen Quellen erfahren, dass jetzt nur noch eine Satzungsregelung für die Einführung eines Beirats vorgesehen sei mit dem Ergebnis, dass Vertreter der IG EHV nicht mehr zugezogen würden zu deren Erarbeitung.

Die Vertreter der IG EHV erklärten, dass sie die Angabe von Mantz äußerst überrascht habe. Es sei einer der Gründe für dieses Treffen, daran zu erinnern, welche Argumente für eine gesetzliche Regelung als Grundlage nicht nur für den Beirat, sondern für die gesamte EHV sprächen:

Zunächst gebe es die über Jahre vorgetragene Aussage der KV, dass der § 8 eine derart weitgehende Veränderung nicht zulasse.

Im Gutachten von Ebsen sei § 8 KVHG für verfassungswidrig gehalten worden (Rn. 58). Nach seiner Auffassung habe der Gesetzgeber die maßgeblichen Regelungen im Wesentlichen selbst zu treffen.

Das Bundessozialgericht habe zwar (im Urteil v. 16.07.2008, Anm. d. Verf.) § 8 KVHG für hinreichend bestimmt gehalten, andererseits aber Folgendes festgehalten (Rn 52): *„Nach der vom Berufungsgericht und im Gutachten von Prof. Ebsen zutreffend hervorgehobenen Verpflichtung des Gesetzgebers, im Regelungsbereich sowohl des Art 12 Abs. 1 GG als auch des Art 14 Abs. 1 GG wesentliche Entscheidungen selbst zu treffen, unterliegt es keinem Zweifel, dass bei solchen Veränderungen der Landesgesetzgeber gesetzliche Vorgaben normieren müsste, auf deren Grundlage dann konkretisierende Bestimmungen von der Ärztekammer und oder in den Regelungen über die (erweiterte) Honorarverteilung zu treffen wären.“*

Die Bemerkung mit *„solchen Veränderungen“* war im Urteil des BSG auf die an der KV vorbei abgerechneten Honorare bezogen. Wir trugen vor, eine Umstellung von einem umsatzbezogenen System auf ein beitragsbezogenes sei aber eine mindestens gleichgewichtige Veränderung. Steigerungen der Altersbezüge würden vom Umsatz der Vertragsärzte abgekoppelt und von der gesetzlichen Bezugsgröße abhängig gemacht.

Die Vertreter der IG EHV erklärten weiter, dass Ruland als Berater der KV ausgeführt habe, dass mit gutem Grund die Verfassungsmäßigkeit von § 8 KVHG von Ebsen in Zweifel gezogen worden sei. Es heiße weiter bei ihm, dass § 8 KVHG vom BSG zwar noch als hinreichend bestimmt angesehen worden sei, das aber vor allem nur deshalb, weil bei einer Nichtigerklärung die Versorgung der Ärzte aus der EHV in hohem Maße gefährdet wäre. Ruland habe die in ein Gesetz aufzunehmenden Punkte auf Seite 59 des Gutachtens vom 26.07.11 aufgelistet.

Es sei nicht zu erkennen, warum bei so viel Übereinstimmung der angeführten Juristen auf eine genauere gesetzliche Festlegung verzichtet werden könnte. Ohne eine derartige gesetzliche Regelung sei nach Erfahrung der IG EHV mit dreißig Jahren EHV die Reform das Papier nicht wert, auf dem sie stehe. Die Unsicherheit für künftige Generationen bleibe. Nur die gesetzliche Regelung würde die neue Altersversorgung vor Tagesstimmungen und Zufallsmehrheiten in der Vertreterversammlung in der KV schützen.

In der Diskussion erklärte der Sozialminister, dass noch keine Entscheidung getroffen sei für oder gegen eine gesetzliche Regelung. Von der KV gebe es noch keinen Vorschlag. Von dieser Seite habe er lediglich den Beschluss über die Begrenzung des Nachhaltigkeitsfaktors auf 80% zur Genehmigung vorliegen. Ein Hinweis auf eine Initiative für eine gesetzliche Regelung des Ministeriums war aus seinen Äußerungen nicht erkennbar.

Der Minister meinte, eine Satzungsregelung lasse sich schneller erreichen als ein Gesetz. Für ein Gesetz benötige man etwa ein Jahr.

Zum Beirat bemerkte er, dass die Beiratssatzung von der KV beschlossen werden könne. Der Verfasser zitierte aus dem Entwurf von Ruland, dass der Landesgesetzgeber Vorgaben machen müsse. Eine Zusage für eine gesetzliche Regelung für den Beirat gab es vom Sozialminister nicht.

Es herrschte Übereinstimmung, dass eine Aufnahme von Inaktiven in den Beratenden Ausschuss für EHV aus rechtlichen Gründen nicht möglich sei.

Insgesamt haben die Besprechungen mit Minister Grüttner, wie die mit seinen Vorgängern, nichts gebracht. Unser Hauptanliegen, gesetzliche Vorgaben für die EHV zu erreichen, wurde nicht aufgegriffen.

Es gab keine spezielle Satzung für den Beirat, lediglich eine Ergänzung der KV –Satzung, die ohne Mitwirkung von Inaktiven erarbeitet und beschlossen wurde. Ruland hatte für die Besetzung des Beirates ein Verhältnis von 6 Aktiven zu 4 Inaktiven vorgeschlagen, aber gegenüber Vertretern der IG EHV geäußert, die endgültige Zusammensetzung könne zwischen Ihnen und der KV ausgehandelt werden. Zu solchen Verhandlungen kam es nie.

In der von der KV beschlossenen Zusammensetzung stehen 6 Aktiven 4 Inaktive gegenüber. Bei diesen Mehrheitsverhältnissen bleibt der Beirat eine Alibiveranstaltung der KV. Strittige Fragen werden weiterhin vor Gerichten geklärt werden müssen. Die dem Sozialminister von der IG EHV vorgeschlagenen Regelungen wurden nicht annäherungsweise verwirklicht.

Da der Beirat nur durch eine Satzungsregelung eingeführt wurde, kann er jederzeit mit Zweidrittelmehrheit der VV wieder eliminiert werden.

Zwei ungewöhnliche Vorgänge unter Minister Grüttner müssen an dieser Stelle erwähnt werden. Das „Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen“ wurde Ende 2009 vom Hessischen Landtag beschlossen und trat am 23.12.2009 in Kraft. Es dauerte 1 ½ Jahre, bis die Satzung der KV durch einen entsprechenden § 11 angepasst und dieser, vom Ministerium genehmigt, zum 01.07.2011 in Kraft treten konnte. Angeblich wurde die Hälfte dieser Zeit vom Sozialministerium beansprucht.

Die Genehmigung der neuen ab 01.07.12 in Kraft getretenen Satzung dauerte trotz der viel umfangreicheren beschlossenen Veränderungen nur einen Monat.

Wenn man den Zeitpunkt der letzten Lesung in der VV, den 28.08.2010 als Ausgangsdatum wählt, dauerte die Genehmigung eines durch ein Gesetz erzwungenen Paragraphen durch das Sozialministerium ein Dreivierteljahr, die der gesamten neuen ab 01.07.2012 gültigen Satzung vier Wochen. Das zugrundeliegende Gesetz zur Änderung des § 8 KVHG trat Ende 2009 in Kraft.

Noch einmal: Die Verschleppung der Formulierung und der Inkraftsetzung des neuen § 11 bedeutete, dass bei Festsetzung des Stichtagspunktwertes für die Reform 2012 mit Zugrundelegung der Honorare des Jahres 2010 die durch den § 11 erfassten Honorare nicht im Stichtagspunktwert berücksichtigt wurden. Sie fanden damit keinen Eingang in die Leistungen an die Ruheständler ab Inkrafttreten der Reform 2012. Dazu muss ergänzt werden, dass Ruland für die Festsetzung des Stichtagspunktwertes die Zahlen des Vorjahres als Basis vorgeschlagen hatte (Siehe 11.2.2. Rn (38)), die KV aber die Zahlen des Vorvorjahrs zugrunde legte, angeblich weil zum 01.07.2012 die Zahlen des Vorjahres noch nicht vorlagen.

10.2.2.4. Einzelne Politiker

10.2.2.4.1. Kontakte zu Florian Rentsch, FDP

Am 14.03.09 schrieb der Verfasser an Florian Rentsch von der FDP-Fraktion des Hessischen Landtags, dass im Rahmen des von der Regierungskoalition vereinbarten gesetzlichen Neuregelung der Altersversorgung (EHV) die einmalige Gelegenheit bestehe, Geburtsfehler der EHV zu beseitigen, bot Hilfe an und bat um einen Besprechungstermin.

Bei einer Besprechung mit Florian Rentsch im Hessischen Landtag am 29.04.09 erläuterte der Verfasser die Geburtsfehler der EHV.

Bei einer Veranstaltung der FDP zur aktuellen Gesundheitspolitik in der Orangerie in Darmstadt am 27.08.09 teilte Rentsch dem Verfasser mit, dass an einem Referentenentwurf für das anstehende Gesetz gearbeitet werde. Er werde wieder auf ihn zukommen. Er möchte, dass das Gesetz rechtssicher werde. Der Verfasser betonte, dass die Vertreter der IG EHV

eine Anhörung von Ruland für wichtig hielten. Am 20.11.09 wurde ihm eine Kopie eines Schreibens an Minister Banzer zugesandt.

In einem Telefonat am 09.06.10 erklärte Rentsch, dass an dem Gesetz zurzeit nicht gearbeitet werde. Das im Dezember beschlossene Gesetz sei von der SPD eingebracht worden, weil das Ministerium nicht in der Lage gewesen sei, einen Gesetzentwurf vorzulegen. Über die Situation in der KV wurde nur kurz gesprochen. Rentsch bat den Verfasser, ihn über Einzelheiten schriftlich zu informieren und auch MdL Bartelt eine entsprechende Nachricht zukommen zu lassen. Er werde ihn in den nächsten Wochen treffen. Er meinte, der Verfasser solle auch Dr. Christean Wagner von der CDU-Fraktion des Hessischen Landtags ansprechen, zu dem der Verfasser allerdings keinen persönlichen Kontakt hatte.

In einem Schreiben vom 12.06.10 teilte der Verfasser Rentsch mit, dass Minister Banzer bereits seit einem Jahr einen von Ruland erarbeiteten Gesetzentwurf kenne, der ein gutes Fundament für weitere Überlegungen biete.

Ausschlaggebend werde die von uns geforderte wirksame Beteiligung der EHV-Teilnehmer an den die EHV betreffenden Entscheidungen sein. Mit einer solchen Beteiligung wäre die Möglichkeit gegeben, zwischen den Generationen nach dauerhaften Kompromissen ohne gerichtliche Auseinandersetzungen zu suchen. Aus verschiedenen Gründen wäre es sinnvoll, die EHV aus der KV herauszulösen und sie zu einer eigenständigen Einrichtung zu machen, unabhängig von den unübersehbaren Entwicklungen der KV.

Die IG EHV ginge davon aus, dass die in der Koalitionsvereinbarung getroffene Aussage über eine neue gesetzliche Regelung für die EHV realisiert und die vom Sozialminister für dieses Jahr in Aussicht gestellte entsprechende umfassende Gesetzesvorlage fertig gestellt werde. Wegen der drängenden Zeit wäre die IG EHV ihm für eine die Arbeiten beschleunigende Initiative dankbar.

MdL Bartelt wurde durch eine Kopie unterrichtet.

In einem Telefonat mit Rentsch am 11.01.12 erklärte der Verfasser ihm, der Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses für EHV der KVH, Mantz, habe ihm mitgeteilt, dass jetzt, nach der Erstellung eines Modells durch Ruland ein Gesetz nicht mehr für erforderlich gehalten werde. Eine Satzungsregelung reiche aus. Der Verfasser erklärte ihm, dass die Ruheständler weiter nicht an dem Geschehen beteiligt seien.

Er antwortete dem Verfasser, dass er für sein Anliegen Verständnis habe. Er träfe in nächster Zeit Sozialminister Grüttner und wolle sich zunächst ein Bild von der Entwicklung machen.

In einem Schreiben vom 22.05.12 bat der Verfasser ihn nach Schilderung des Sachverhaltes der Nichtbeteiligung der Inaktiven an der Ausarbeitung der neuen Satzung und den mit der

neuen Satzung durchgeführten weiteren Kürzungen um eine Unterstützung für einen neuen Termin beim Minister noch vor Genehmigung der neuen Satzung.

Einen solchen Termin gab es nicht.

10.2.2.4.2. Roger Lehnhart

Roger Lehnhart, den damaligen Landtagsabgeordneten der CDU für den Wahlkreis des Wohnsitzes des Verfassers unterrichtete der Verfasser am 20.10.03 in einem persönlichen Gespräch bei sich zu Hause ausführlich über die EHV und ihre derzeitigen Probleme, insbesondere die Bedrohung von außen. Lehnhart wünschte eine Zusammenkunft mit Hoffmann (KV) zur Erörterung der erforderlichen Gesetzesänderung und der Formulierung eines entsprechenden Gesetzestextes.

Das Treffen in der KVH in Frankfurt fand unter Beisein des Verfassers am 23.02.03 statt. Thema war die Notwendigkeit einer Gesetzesänderung zur Stabilisierung der Umlage. Hoffmann Lehnhart erörterten die erforderliche Formulierung, die Hoffmann Lehnhart zukommen lassen wollte.

Was aus dem Vorhaben wurde, weiß der Verfasser nicht, jedenfalls kein Gesetzentwurf der CDU.

Auf schriftliche Anfrage des Verfassers an MdL Lehnhart vom 01.11.04, warum ein Gesetzentwurf der SPD zur Erfassung der Honorare aus Direktverträgen für die EHV von der Regierungsbank im Hessischen Landtag abgelehnt worden sei, reichte er unter 03.12.2004 die hinreichend bekannte Auffassung des Sozialministeriums an den Verfasser weiter:

„Es ist daher die Aufgabe der KVH im Rahmen der Selbstverwaltung für die bereits seit Gründung des Versorgungswerks zum 1.1.1968 bekannten Probleme eines Umlageverfahrens und zwar sowohl die aus der demographischen Entwicklung resultierenden, als auch das Problem eines sinkenden Gesamthonorars, Lösungen zu erarbeiten und hierfür Mehrheiten zu finden. Hinsichtlich der Finanzierung der Ansprüche aus dem Versorgungswerk hat sich die ärztliche Selbstverwaltung für ein Kapitaldeckungsverfahren entschieden....

...Die Einbeziehung von Honoraranteilen in das Gesamthonorar, das (gemeint wahrscheinlich „die“, Anm. d. Verf.) nach dem SGB V aber ausdrücklich nicht mehr zum Gesamthonorar gehören soll(en), durch ein Landesgesetz so, wie es von der Fraktion der SPD angedacht war, hätte daher möglicherweise gegen höherrangiges Recht verstoßen...

...Darüber hinaus ist eine Handlungsverpflichtung des hessischen Gesetzgebers erst dann notwendig, wenn unter Berücksichtigung der Eigentums Garantien nach Artikel 14 Grundgesetz aufgrund bundesgesetzlicher Regelungen die Kassenärztlichen Vereinigungen abge-

schaft würden oder aufgrund extremer Verschiebung der Vertragsbeziehungen hin zu Einzelverträgen ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erworbene Ansprüche nicht mehr bedient werden könnten.

Allein die Veränderung der einem Umlageverfahren zugrunde liegenden Rechengröße, wie z.B. das Absinken des Gesamthonorars oder die demographische Entwicklung, stellen keinen Eingriff in den Schutzbereich des Artikels 14 Grundgesetz dar, da der dem individuellen Anspruch zugrunde liegende Verhältniswert zwischen persönlich erworbenen Ansprüchen und Gesamtvergütung nicht berührt wird.

Die Argumente von Seiten der Fraktion der SPD konnten nicht überzeugen. Die Ausführungen, die im Hinblick auf den Abschluss von Einzelverträgen geäußert wurden, sind nicht derart relevant, dass ein Einschreiten des Gesetzgebers notwendig wird.“

2009 stimmte die CDU nach Auflagen des BSG einem im Detail noch weitergehenden, aber im Kern fast inhaltsgleichen Antrag der SPD zu.

Weiter heißt es in der Stellungnahme des Ministeriums: *„Die die gesetzliche Rentenversicherung ersetzende berufsständische Altersversorgung ist aber die aus dem Versorgungswerk der Landesärztekammer und nicht die aus der EHV. Die landesgesetzliche Regelung hierfür findet sich im Heilberufsgesetz...“* Eine Anmerkung mit einer Wertung der Rangfolge der Altersversorgungen der hessischen Vertragsärzte, die im hier angesprochenen Zusammenhang völlig überflüssig war.

Dazu ist zu bemerken: Wenn die *„zugrunde liegende Rechengröße“* durch bundesgesetzliche Maßnahmen absinkt, tritt genau der Fall ein, dass die Rente trotz des nicht berührten *„Verhältniswertes“* bedeutungslos werden kann und damit das Eigentumsrecht verletzt wird. Einer solch möglichen Entwicklung hat das BSG einen Riegel vorgeschoben. Es ist nicht nachvollziehbar, dass von Regierungsseite stets nach Begründungen gesucht wurde, wie man dem Problem ausweichen, es von sich schieben konnte, anstatt möglichst konzentriert nach einer Lösung zu suchen.

Der Brief wurde so ausführlich zitiert, um zu zeigen, mit welchen Argumenten, mit welchen Anstrengungen und Windungen die Landesregierung eine gesetzliche Regelung zur Sicherung der EHV umgehen wollte.

10.2.2.4.3. Bürgermeister Helmut Fischer, Nauheim

Auf Veranlassung des Verfassers schrieb der damalige Bürgermeister von Nauheim bei Groß Gerau und ehemalige Beschäftigte im Hessischen Sozialministerium Helmut Fischer am 18.06.2002 an die Vorsitzende des Gesundheitspolitischen Ausschusses der CDU Hessen, das schloss mit dem Satz: *„Ich würde mich freuen, wenn Sie die Thematik im „Gesundheitspoliti-*

schen Ausschuss“ gegebenenfalls auch im Zusammenwirken mit der KV Hessen aufgreifen würden.“ Es ist dem Verfasser nicht bekannt, zu welchem Ergebnis es führte.

10.2.2.4.4. Anfrage an Parteien des Hessischen Landtags im August 2002

Im August 2002 richteten wir an CDU,SPD,FDP, an Bündnis 90/Die Grünen im Hessischen Landtag und an den damaligen Ministerpräsidentenkandidaten der SPD, Gerhard Bökel, einen Brief mit Hinweisen auf die Schwierigkeiten der EHV und einen begleitenden Fragebogen mit 4 Fragen: Ob die Betreffenden bereit seien, nach der Landtagswahl 2003 eine Gesetzesinitiative zur Sicherung der EHV zu ergreifen oder ob sie andere Möglichkeiten zur Sicherung der EHV sähen, ob sie Möglichkeiten sähen, Abzüge von den Honoraren direkt von den Kassen an eine Sammelstelle zu leiten, und ob die angesprochenen Fraktion bereit wäre, dieses Verfahren für eine Übergangszeit zu ermöglichen, damit Zeit für eine Neuorganisation der Altersversorgung der Vertragsärzte bliebe.

Geantwortet haben MdL Dr. Thomas Spies von der SPD für Bökel und Dorothea Henzler von der FDP.

Spies antwortete am 21.11.2002, dass es im Falle tatsächlich in großem Umfang an der KV vorbei abgerechneter Honorare zunächst angebracht wäre, innerhalb der KV eine Einigung zwischen Vertragsärzten und Ärzten im Ruhestand zu suchen. Käme eine solche Lösung nicht zustande, wäre der Gesetzgeber gefordert. Spies konnte zu diesem Zeitpunkt noch nicht übersehen, dass die Ruheständler mit dem GMG nicht mehr Mitglieder der KV sein würden und entsprechend keine Mitgestaltungsmöglichkeit innerhalb der KV mehr haben würden.

Henzler antwortete am 17.09.2002, dass es in der Tat einer gesetzlichen Regelung bedürfe. Die Altersversorgung sei allerdings von derart entscheidender Bedeutung, dass eine Initiative nur dann Aussicht auf Erfolg biete, wenn sie tatsächlich von hessischen Vertragsärzten mit einer breiten Mehrheit unterstützt werde. Sie regte an, dass die Interessengemeinschaft sich zunächst um einen entsprechenden Beschluss der KV bemühe.

In einem Antwortschreiben vom 06.12.02 teilte der Verfasser ihr den auf seinen Antrag hin gefassten Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 30.11.02 mit (Siehe unter 6. Von der Reform 2001 bis zum GMG).

Die weitem Kontakte zur FDP liefen nach der Landtagswahl über MdL Rentsch.

Insgesamt konnten alle Anstrengungen von KV und uns das Regierungslager aus CDU und FDP nicht dazu bewegen, eine gesetzliche Regelung zur Sicherung der EHV herbeizuführen. Vergebliche Mühen, vertane Zeit. Fehlende Einsicht im Regierungslager über den einzuschlagenden Weg zur Abwehr einer unmittelbar bevorstehenden Bedrohung der EHV. Es fehlte unter den führenden Leuten des Regierungslagers eine kraftvolle, durchsetzungsfähige Per-

sönlichkeit, die die anstehenden Schwierigkeiten hätte erkennen und zielstrebig an einer Lösung hätte arbeiten können. Anfangs hätte sie/er noch mit einer gemeinsamen Unterstützung von KV und IG EHV rechnen können.

Der von der SPD unter dem 06.07.2004 eingebrachte, vom Regierungslager abgelehnte Antrag für ein Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen basierte nach Kenntnis des Verfassers auf einem Textvorschlag der KV. Wie geschildert musste das Regierungslager ihm einige Jahre später, wieder eingebracht von der SPD, in etwas abgewandelter Form unter dem Druck der Ereignisse zustimmen. Die Regierung hat Jahre verstreichen lassen, die gut für eine ausgewogene gesetzliche Regelung hätten genutzt werden können.

11. Reform 2012

11.1. Treffen Ratskeller Rüsselsheim 14.04.10

Der Inhalt eines Gesprächs im Ratskeller in Rüsselsheim am 14.04.10 soll detaillierter wiedergegeben werden, weil das Treffen eine Weichenstellung in der Entwicklung der EHV einleitete.

Den ersten Anstoß für die Reform 2012 gab ein auf Einladung der IG EHV vom 03.04.10 zustande gekommenes Treffen zwischen Vertretern der KV und der IG EHV am 14.04.10 im Ratskeller in Rüsselsheim. Es nahmen teil von Seiten der KV die Vorsitzende des Vorstandes der KVH, Bert, vom Beratenden Fachausschuss für EHV Mantz und das Mitglied der Vertreterversammlung Haas. Auf unseren ausdrücklichen Wunsch nahmen keine Juristen und Kaufleute der KV teil. Von Seiten der IG EHV waren anwesend Aßmann, Plass und der Verfasser. Anlass für das informelle Treffen war das Urteil des SG Marburg vom 24.02.1010 und ein vorgesehener Brief von Plagemann an die Vertreterversammlung.

Der an die Vertreterversammlung gerichtete Brief wäre von dieser wahrscheinlich weitergegeben worden an den Beratenden Fachausschuss für EHV. Deswegen gab es von unserer Seite die Überlegung, uns gleich an den Fachausschuss zu wenden. Ein Wunsch der Anwesenden, den Brief zu verlesen, bestand nicht.

Entscheidend war für uns, die Vertreter der IG EHV, zunächst in einem kleinen Kreis von informierten Betroffenen beider Seiten zu besprechen, ob es überhaupt Sinn mache zusammen zu reden. Um den Kreis klein zu halten, musste die Initiative von der IG EHV ausgehen, da es für sie in freiem Ermessen stand, wen sie einladen wollte. Die KV hätte einen solchen Kreis nicht einladen können, ohne dass sich in den eigenen Reihen einige Leute übergangen gefühlt hätten. Juristen und Kaufleute der KV wollten wir zunächst nicht beteiligen, weil bei ihnen als Angestellten die persönliche Betroffenheit fehlte.

Nach verschiedenen gegen den Verfasser gerichteten Beschimpfungen, unter anderem der Vorwurf der fehlenden Solidarität von Mantz wurde das Gespräch zunehmend sachlicher.

Unsere Information, dass die Landesregierung an einem umfassenden Gesetz für die EHV arbeite, entsprechend der Vorgabe in der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU und FDP, konnte Bert nicht bestätigen. Sie erklärte, dass zurzeit keine besondere Aktivität des Sozialministeriums in dieser Richtung zu erkennen sei.

Der Verfasser gab einen kurzen Überblick über die laufenden Gerichtsverfahren und wies darauf hin, dass die Berechnung der Altersbezüge nach der Nettomethode vor der Reform 2006 noch der Klärung bedürfe.

In der weiteren Besprechung wurden auf unseren Vorschlag hin die § 5 GEHV und § 8 GEHV, die Einrichtung eines Ausgleichsfonds und der anstehende Gesetzentwurf der Landesregierung thematisiert.

Der Verfasser gab eine kurze Erläuterung zur Behandlung des § 5 GEHV in dem Urteil des SG, die von Aßmann und Plass ergänzt wurden.

In seinem anschließenden Beitrag ging Mantz nicht auf die angesprochen Problematik ein, sondern warf dem Verfasser Drohung mit Prozessen und fehlende Solidarität vor. Mantz meinte, 99% der EHV-Empfänger seien zufrieden, auch Bert, die nicht widersprach.

In der nachfolgenden Diskussion erklärte der Verfasser, dass der Hinweis auf die Prozesse nicht als Drohung, sondern im Rahmen der Situationsbeschreibung erfolgt sei. Aßmann erwiderte Mantz, dass es sich bei den Kürzungen der Altersbezüge nicht um € 3,50 handele, wie dieser behauptet hatte, sondern um über € 450 im Monat.

Eine Erörterung des § 5 GEHV zeigte, dass auch unter den anwesenden Vertretern der KV keine Klarheit über ihn herrschte. Aßmann erklärte, dass nach seiner Auffassung wegen der vom SG festgestellten Mängel des § 5 ein Grund für eine Abmahnung der juristischen Geschäftsführung bestehe. Er wurde in dieser Auffassung vom Verfasser unterstützt. Vonseiten der KV-Vertreter wurde mitgeteilt, dass eine Neufassung des § 5 GEHV vorgesehen sei. Die Neufassung des § 5 GEHV könne der IG EHV zugänglich gemacht werden. Haas wies darauf hin, dass die Hausärzte einen durchschnittlichen TL-Faktor für ihre Gruppe ermittelten.

In der Diskussion von § 8 GEHV wurde schnell klar, dass eine Änderung des Nachhaltigkeitsfaktors nicht zu erwarten war. Die Feststellung des SG, dass ein Übergangsrecht fehle, wollte Haas höchststrichterlich überprüfen lassen, sodass es keinen Sinn machte, die Erarbeitung einer Übergangsregelung zu diskutieren. Nach Haas bedeutete die gegenwärtige Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors keine einseitige Belastung der Inaktiven. Aßmann wies Bert darauf hin, dass für Witwen kein Klagerecht wegen Verletzung des Eigentumsrechts in der EHV

bestehe. Dieses Recht bestehe nur für die Erwerber von Anwartschaften/Ansprüchen; das war ihr nicht bekannt.

Bei der Besprechung eines Ausgleichsfonds wurde von uns darauf hingewiesen, dass vonseiten der IG EHV an die Beteiligung der Inaktiven am Aufbau eines solchen Fonds gedacht werde. Es wurde vonseiten der Vertreter der IG EHV dargestellt, dass das Aufeinanderprallen der Generationen ohne einen derartigen Puffer weiter unvermeidlich sei. Von den Vertretern der KV wurde darauf hingewiesen, dass bei den bevorstehenden Wahlen in der Vertreterversammlung keine Zustimmung mehr für ein solches Vorhaben zu erreichen sei.

Eine Diskussion von Voraussetzungen für die Erstellung eines gemeinsamen Vorschlags für einen Gesetzentwurf wurde wegen kaum zu erwartender Übereinstimmung, den bevorstehenden KV-Wahlen und der fortgeschrittenen Zeit nicht mehr aufgenommen. Von Seiten der Vertreter IG EHV wurde darauf hingewiesen, dass eine Mitsprache in Angelegenheiten der EHV in dem neuen Gesetz angestrebt werde.

Haas würde eine Herauslösung der EHV aus der KV deswegen befürworten, weil dann genauer die durch die EHV bedingten Kosten ermittelt werden könnten.

Abschließend wurde in ruhigerer Gesprächsatmosphäre noch der neue § 11 der GEHV besprochen.

Mantz nannte den neu eingeführtem § 11 einen Inquisitionsparagrafen. Die KV werde zum Inquisitor und die Kollegen würden ihre Honorare nicht melden. Der Verfasser wies darauf hin, dass die Einführung des § 11 erforderlich machende Gesetz des Hessischen Landtages vom Dez. 09 auf einen Gesetzesvorschlag der KV zurückging und dass die Bedenken von Mantz von der IG EHV bereits in den wiederholten Anhörungen des Landtages vorgetragen worden seien. Nach Vorstellung der IG EHV hätte ohne Zwischenlösung eine umfassende gesetzliche Regelung für die EHV erfolgen sollen. Im Rahmen der Diskussion kam das Modell einer Regulumlage als Form der Umlageerhebung in der EHV zur Sprache, wofür Mantz und Haas Interesse erkennen ließen.

Mantz berichtete, dass er erkannt habe, dass die EHV und die halbe Rente der Kammer nicht ausreichen und dass er sich deswegen bei der Kammer höher versichert habe. Das wunderte insofern, als er im Beratenden Fachausschuss EHV maßgeblich daran beteiligt war, die Leistungen der EHV-Teilnehmer zu kürzen. Aßmann wies darauf hin, dass die Höherversicherung von Mantz den Feststellungen des Sozialgerichts entspreche, die Aktiven hätten noch die Möglichkeit, neben der EHV zusätzlich Beträge anzusparen, was den Inaktiven nicht mehr möglich sei. Der Verfasser wies darauf hin, dass die Altersbezüge so bemessen seien, dass sie die Erhaltung des bisherigen Lebensstandards ermöglichen und nicht zum Ansparen von bestimmten Beträgen dienen sollen.

Der Verfasser erwähnte, dass Gerlich bereit gewesen sei, im Auftrag der IG EHV ein entsprechendes Modell für beide Seiten, KV und IG EHV, zu erarbeiten, dass er im April aber auf telefonische Anfrage mitgeteilt habe, die KV habe ihm eine weitere Arbeit im Auftrag der IG EHV untersagt. Bert hatte im Dezember Gerlich gegenüber in einem Gespräch keine Bedenken gegen diese Tätigkeit geäußert. Sie erklärte bei dem Treffen in Rüsselsheim, dass die neuerliche Anweisung an Gerlich von ihr ausgegangen sei. Er sei schon lange aus der KV ausgeschieden, habe mit der KVH nichts mehr zu tun und kenne die neuesten Entwicklungen nicht.

Wir empfahlen in dem Gespräch wegen der bestehenden Probleme, Ruland als ausgewiesenen Fachmann für das Umlageverfahren als Berater für die KV zuzuziehen und hatten in der Diskussion den Eindruck, dass dieser Vorschlag nicht auf Ablehnung stieß.

Mantz meinte, dass er sich vorstellen könne, dass ein EHV-Vertreter nach der Wahl in den Beratenden Fachausschuss für EHV berufen werden könnte. Er wurde darauf hingewiesen, dass dieser Vertreter von den EHV-Teilnehmern vorgeschlagen werden müsste.

Beide Seiten meinten bei der Verabschiedung, dass ein weiteres Gespräch folgen könne. Der Verfasser wies darauf hin, dass nach dem ersten Schritt durch die IG EHV dann die Initiative von der KV ausgehen müsse.

Am 15.06.10 erhielt der Verfasser in einem Anruf von Mantz die Mitteilung, dass am Vortag vorher im Beratenden Fachschuss beschlossen worden sei, Ruland zu hören. Dieser Beschluss war ein weiterer Schritt zur Weichenstellung für die zukünftige Entwicklung der EHV.

Am 18.07.10 erklärte Ruland dem Verfasser in einem Telefonat, dass die KV ihn konsultieren wolle und er das Mandat für die IG EHV dann zurückgeben müsse. Er könne nicht gleichzeitig für die KV und die IG EHV tätig sein. Der Verfasser erklärte ihm, dass seine Hinzuziehung dem Wunsch der IG EHV entspreche und dass die IG EHV volles Vertrauen zu ihm habe.

Wir in der IG EHV wünschten uns, dass wir in die Beratungen für das neue Gesetz einbezogen würden, worauf er zurückhaltend reagierte und meinte, dass man dies vielleicht später in einem größeren Kreis erreichen könne. Er müsse Vertraulichkeit wahren, könne aber bei bestimmten Sachverhalten fragen, ob wir einverstanden seien. Der Termin für seine Einladung bei der KV sei der 04.08.10.

Unsere Vorstellung war ursprünglich, dass Ruland als Vermittler zwischen der KV und der IG EHV zugezogen würde, dass er die Moderation übernehmen sollte bei Gesprächen zwischen der KV und uns. Falls für die KV Hoffmann mitgewirkt hätte, hätten wir Plagemann um seine Anwesenheit und Beratung bitten können.

Nachdem Ruland von der KV beauftragt worden war, bestand die Gefahr, dass er ohne unsere Mitwirkung allein den Argumenten der KV gegenüberstehen würde. Andererseits ent-

sprach es unserem Anliegen, dass er zugezogen wurde. Auch wenn die Szenerie jetzt einseitig war, kannte er unsere Argumente und Anliegen. Es war nicht wahrscheinlich, dass ein anderer Berater oder Gutachter uns überhaupt zur Kenntnis genommen hätte. Es hätte nichts genutzt, wenn Ruland weiter für uns als Berater tätig gewesen wäre, seine Auffassungen aber von der KV nicht zur Kenntnis genommen worden wären. Zwar bestand die Gefahr, dass die Argumente der KV in den Vordergrund treten würden, auf der anderen Seite bestand aber die Möglichkeit, dass er eine Vermittlerrolle hätte einnehmen können.

Die weitere Entwicklung entsprach dann zum Teil nicht unseren Vorstellungen, wir hatten aber keine Wahl.

Am 22.07.10 schrieb der Verfasser an Ruland:

„Sehr geehrter Herr Professor Ruland,

besten Dank für das Telefongespräch vom 18.07.10. Gestatten Sie mir noch einige nachträgliche Bemerkungen.

Meine Information, dass die KV Sie um Beratung bitten wolle, hat sich bestätigt. Es war unsere, der Interessengemeinschaft EHV, Empfehlung an die KV und unser Anliegen, dass Sie bei der Neugestaltung der Altersversorgung der hessischen Vertragsärzte zugezogen werden. Wir kennen keinen Geeigneteren als Sie und sind voller Vertrauen in Ihre Arbeit. Es könnte in der Einladung der KV ein Signal gesehen werden, den Konfrontationskurs mit uns zu verlassen. Vielleicht ist es ein erster Schritt zu einem auskömmlicheren Miteinander.

Unsere Vorstellungen gingen allerdings dahin, dass Sie von Beginn an Gespräche zwischen der KV und uns bei der Suche nach einer Neugestaltung EHV mit der erforderlichen gesetzlichen Neuregelung leiten würden, am besten gleich im Ministerium. Für den Fall, dass die KV ihre Juristische Geschäftsführung zuziehen würde, wollten wir unseren Rechtsbeistand, Prof. Plagemann, um Begleitung zu den Gesprächen bitten, um gleiche Voraussetzungen für beide Seiten zu schaffen. Unsere Vorstellung hat sich nicht erfüllt; im Gegenteil sehen wir jetzt die KV als Ihren alleinigen Gesprächspartner. Vielleicht ist der KV zunächst kein anderes Vorgehen möglich.“

Weiter heißt es in dem Brief: *„In einem Schreiben an den Vorsitzenden des Beratenden Ausschusses EHV, Herrn Dr. Mantz v. 26.06.10 habe ich geäußert: „Ich überlasse es Ihnen, ob Sie jetzt die Möglichkeit gemeinsamer Besprechungen von KV und IG EHV mit Prof. Ruland ohne Mitwirkung des Ministeriums als kleine Lösung zum Nachdenken über die Zukunft der EHV sehen.“*

Nach den bisherigen Kontakten mit Ihnen sind wir der Überzeugung, dass Sie die Unabhängigkeit besitzen, sich allen einseitigen Lösungen zu widersetzen. Es fragt sich allerdings, ob das überhaupt möglich ist, wenn grundlegende Informationen und Argumente nur von einer

Seite kommen und offenbar von einer Juristischen Geschäftsführung, die in der Vergangenheit an Einseitigkeit nicht zu übertreffen war und zu der wir, ebenso wie zum Vorstand der KV, keinerlei Vertrauen haben.

Die Juristische Geschäftsführung ist zwar weisungsgebunden und dabei bereit, auch einseitige Auffassungen der KV zu vertreten, hat aber andererseits eine Selbständigkeit und einen Einfluss erreicht, die eigenständiges Agieren ermöglichen.

Die Eigenmächtigkeit der Juristischen Geschäftsführung wurde für mich erstmals offensichtlich und hat die Frage ihrer Zulässigkeit aufgeworfen bei der seinerzeitigen Einholung des Gutachtens von Prof. Ebsen. Einer damals von der Abgeordnetenversammlung eingesetzten Arbeitsgruppe EHV, der ich als aktiver Vertragsarzt angehörte, wurde von der Juristischen Geschäftsführung keine Möglichkeit gegeben, vor Erstellung des Gutachtens Fragen an den Gutachter zu richten. Entsprechend fehlt in dem Gutachten die kritische Auseinandersetzung mit wesentlichen Punkten, beispielsweise mit der unglücklichen umsatzbezogenen Umlage. Das Gutachten blieb für mich lückenhaft. Das trifft nicht den Autor des Gutachtens, sondern ist darauf zurückzuführen, dass von einem Außenstehenden nicht erwartet werden kann, alle Details des komplizierten Systems EHV in kurzer Zeit zu erkennen. Die schwierigen Zusammenhänge lassen sich im Falle der EHV am besten darstellen in der Diskussion gegensätzlicher Auffassungen.

Wir freuen uns trotz der geäußerten Besorgnis, dass Sie den Auftrag der KV angenommen haben, sehen im Moment auch keine andere Möglichkeit, Sie an der Mitwirkung bei der Neugestaltung der EHV zu beteiligen und wünschen Ihnen bei Ihren Bemühungen im Interesse einer zukunftsfähigen EHV viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen“

11.2. Prof. Ruland

Das erste Mal wurde der Verfasser auf Ruland aufmerksam durch einen Zeitungsartikel in der FAZ vom Donnerstag, dem 05.12.2002 mit der Überschrift „Die Mehrzahl der gesetzlichen Renten bleibt steuerfrei.“ Neben seinem Foto war vermerkt, dass er Geschäftsführer des „Verbandes der Rentenversicherungsträger (VDR)“ war. Einen zweiten Artikel über ihn fand der Verfasser in der FAZ vom Montag, dem 03.04.2006 mit der Überschrift „Was im Rentensystem kürzbar war, ist gekürzt worden.“ Der Untertitel lautete: „Rentenfachmann Franz Ruland verteidigt die Anhebung der Altersgrenze und warnt vor dem Weg in die steuerfinanzierte Grundrente.“

Der Verfasser archivierte beide Artikel, weil er davon ausging, dass nach den bisherigen Erfahrungen und den von ihm miterlebten Diskussionen innerhalb der KV bei weiteren Reformplanungen neben einem Versicherungsmathematiker ein in Umlageverfahren erfahre-

ner Fachmann zugezogen werden müsste. Der Verfasser dachte zunächst an eine Vermittler-tätigkeit.

Ruland lebte inzwischen als Ruheständler in München. Am 08.06.06 nahm der Verfasser das erste Mal telefonischen Kontakt mit ihm auf und erlebte seine distanziert verbindliche, konzentriert am Thema bleibende Gesprächsführung und seine Hilfsbereitschaft. Seine Telefonnummer hatte der Verfasser über die Deutsche Rentenversicherung erfahren. Nachdem er zur Überraschung des Verfassers innerhalb von 20 Minuten die ihm vorgetragenen Zusammenhänge der EHV erfasst hatte, ging der Verfasser davon aus, dass er für weitere Reformversuche der EHV der kompetente Berater sein würde. Ruland erkannte sofort die Verwerfungen durch die Umsatzbezogenheit der Umlage und erklärte sich in dem Telefonat bereit, in der KV zwischen Alt und Jung zu vermitteln und bei der Gestaltung einer neuen Satzung zu helfen. In einem Telefonat am 04.01.07 bestätigte er seine Hilfsbereitschaft.

Der Verfasser schlug die Zuziehung von Ruland das erste Mal in einem schon erwähnten, an die Vertreterversammlung der KV gerichteten Schreiben vom 08.01.07 vor. Er schrieb⁴⁸:

„Es bietet sich in dieser Situation die Vermittlung eines externen Experten an. Einer der Experten mit wohl umfangreichen Kenntnissen und Erfahrungen mit dem Umlageverfahren dürfte Professor Franz Ruland, ehemaliger Geschäftsführer des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, sein“.

Der zweite schriftliche Vorschlag für seine Zuziehung erfolgte am 10.08.07 in einer Zusammenfassung eines Vortrages vor dem Beratenden Fachausschuss für EHV auf Wunsch von Hempel. Der Verfasser schrieb⁴⁹:

„Ich wiederhole meinen Vorschlag, Prof. Ruland einmal in kleinerem Kreis zu Rate zu ziehen.“

Nach einer Anfrage am 01.08.08 erstellte Ruland uns einen Schriftsatz zur Unterstützung unseres Anwalts für eine Klage vor dem Bundesverfassungsgericht nach dem BSG-Urteil vom 16.07.2008. Die von Plagemann vertretene Klage wurde allerdings vom BVerfG nicht zur Entscheidung angenommen.

Immer wieder wurde danach unsererseits die Zuziehung von Ruland empfohlen, eindringlich noch einmal im Gespräch im Ratskeller in Rüsselsheim, da es uns aussichtslos erschien, in die Zukunft gerichtete Kompromisse für die EHV zwischen den Aktiven und Inaktiven bei der Übermacht der KV zu erreichen.

Am 15.06 teilte Mantz dem Verfasser telefonisch mit, dass neben dem Beschluss des Beratenden Fachausschusses für EHV, Prof. Ruland als Berater zuzuziehen, die Berufung gegen

⁴⁸ KV Mitglieder Schreiben vom 08.01.07

⁴⁹KV Hempel 10.08.07

den Teil des Urteils des Sozialgerichts Marburg zurückgenommen worden sei, der die Streichung der Mehrjahre betraf. Den Ansprüchen der Kläger wurde damit stattgegeben.

Am 04.08.10 erhielt der Verfasser eine E-Mail von Mantz, dass Ruland in einer Besprechung in der KV ein Pflichtenheft für die Erstellung eines Gutachtens erhalten habe.

11.2.1. Erster Gesetzentwurf

Aus der Zeit, in der er noch für die IG EHV tätig war, datiert ein Entwurf von Ruland für eine gesetzliche Regelung der EHV.

Wir gingen bei unseren Kontakten mit der Landesregierung und den Parteien im Hessischen Landtag davon aus, dass in absehbarer Zeit eine Änderung der gesetzlichen Regelung in § 8 KVHG herbeigeführt werden müsse, insbesondere nach dem BSG Urteil vom 16.07.08 wegen der außerhalb der KV abgerechneten Honorare und baten Ruland, uns bei der Formulierung für den Entwurf einer Gesetzesvorlage zu helfen. Wir planten, diesen Entwurf als einen Vorschlag für eine gesetzliche Regelung dem zuständigen Minister im Rahmen eines Besprechungstermins zu überreichen.

Aßmann und der Verfasser trafen Ruland am 11.05.2009 in den Räumen der Max-Planck-Gesellschaft in München.

Es kam zu einem konsequent auf das Thema bezogenen Gespräch. Die Formulierung für den Entwurf fand der Verfasser schon abends bei seiner Rückkehr aus München auf seinem PC als E-Mail unter dem Titel „Eine Neureglung der Honorarverteilung in Hessen“.

Es hieß darin: *„Wegen ihrer finanziellen Auswirkungen für die aktiven und passiven Ärzte muss der hessische Gesetzgeber die Grundfragen des Beitrags- und Leistungsrechts der von ihm geschaffenen Erweiterten Honorarverteilung selbst entscheiden. Er darf sie der ärztlichen Selbstverwaltung nicht zur Regelung überlassen. Zu diesen wesentlichen Entscheidungen gehören*

- *das Finanzierungsverfahren (Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren);*
- *welche Risiken die Erweiterte Honorarverteilung abdeckt;*
- *das Leistungsvolumen insgesamt, das für die Erweiterte Honorarverteilung von den aktiven Ärzten aufgebracht werden muss;*
- *die Grundsätze, nach denen sich der Anteil (= die Leistung) des einzelnen EHV-leistungsberechtigten Arztes bemisst;*
- *die Frage, wie die Gesamtsumme und damit die einzelnen Leistungen zu dynamisieren und so vor Wertverfall zu schützen sind;*

- *die Grundsatzfrage, wie sich die absehbare demographische Entwicklung auf die Leistungs- und Beitragshöhe auswirken soll, d.h. wie die demographischen Lasten zwischen den aktiven und pensionierten Ärzten aufgeteilt werden sollen;*
- *wie hoch die Beitragsbelastung des einzelnen aktiven Arztes zu sein hat, und*
- *welcher Leistungsanspruch sich aus den gezahlten Beiträgen ergibt.“*

Über diesen Text wurde bei unserem ersten Termin mit Minister Banzer als Anregung für eine Gesetzesvorlage gesprochen. Wir haben nie wieder davon gehört.

11.2.2. Überlegungen und Vorschläge von Prof. Ruland

Nach Rückgabe unseres Mandates und Übernahme der Tätigkeit für die KV verfasste Ruland für die KV seine *„Überlegungen und Vorschläge zur Reform der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, vorgelegt auf Wunsch des Beratenden Ausschusses EHV der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen“*.

Dem Verfasser liegen drei Ausführungen der *„Überlegungen und Vorschläge“* vor mit Stand vom 21.09.10, vom 04.11.10 und vom 26.07.2011.

Ruland hat in der letzten Ausführung v. 26.07.2011 ein Kapitel *„Vorbemerkung: Das Gutachten und seine Entwicklung“* verfasst, auf das hier verwiesen wird.

Es heißt in den Vorbemerkungen, dass die in seinem Gutachten bis 2030 reichenden Berechnungen nach den bis zum Jahr 2070 reichenden Berechnungen der Heubeck AG modifiziert werden mussten. Die demographische Ausgangssituation der EHV sei wesentlich schwieriger, als vorher habe angenommen werden können. Um langfristig die Einnahmen und Ausgaben der EHV in Übereinstimmung bringen zu können, sei das nicht ausreichende System der *„Leitplanken“* durch einen *„paritätischen Defizitausgleich“* ersetzt worden. Ergänzt worden sei auch der Abschnitt, der sich mit den aktuellen Problemen der EHV befasst.

Er stellte die ersten Überlegungen am 20.08.2010 in der KV vor. Der Verfasser entsinnt sich noch genau, wie Mantz ihm danach telefonisch mitteilte, dass er ihm für die Empfehlung von Ruland dankbar sei. So umfassend sei seit Jahren nicht über die EHV nachgedacht worden.

Die erste dem Verfasser vorliegende Ausfertigung vom 21.09.2010 trägt auf der letzten Seite noch das Datum 20.08.2010. Der Verfasser erhielt sie von der KV.

Die Fassung vom 26.07.2011 war die Grundlage für ein Referat von Ruland vor der VV auf einer Klausurtagung am 27.08.11 in Bingen. Diese Fassung zusammen mit den Ausführungen in dem Referat wurde von der VV als Grundlage für die neue EHV Satzung beschlossen.

Zwischen den einzelnen Fassungen der „Überlegungen und Vorschläge“ wurden von Ruland mehrere Ergänzungen und Änderungen vorgenommen, insbesondere nach der Hinzuziehung des versicherungsmathematischen Büros Heubeck. Ruland hatte von Anfang an ausdrücklich die Zuziehung eines Versicherungsmathematikers gefordert (Kapitel IX der Überlegungen und Vorschläge).

Solange wir Gelegenheit hatten, Ruland auf bestimmte Zusammenhänge hinzuweisen, blieb die Gestaltung der neuen EHV für uns erkennbar. Als die KV uns keine Möglichkeit der Beurteilung mehr gab, wurden wieder die Ruheständler benachteiligende Regelungen aufgenommen.

Es gab immer wieder spontane Kontakte zur KV, insbesondere zu Mantz, vereinzelt sogar Einladungen zu Sitzungen, aber keine systematische Information oder gar Beteiligung an der weiteren Entwicklung, insbesondere nicht an der Ausarbeitung der neuen Satzung und Geschäftsordnung.

Ein Tiefpunkt wurde erreicht, einige Zeit nachdem Ruland von der KV als Berater verpflichtet worden war. Die Auflagen der KV für Kontakte zu ihm wurden inakzeptabel: Am 28.03.11 verlangte der damalige Vorsitzende des Vorstands der KVH, Dr. Frank-Rüdiger Zimmeck, in einer Sitzung des Beratenden Fachausschusses vom Verfasser, einen Brief an Ruland über den Vorsitzenden des Beratenden Fachausschusses, Mantz, an diesen weiterzuleiten.

Der Verfasser schrieb am 04.04.11 an Mantz: „..... *Ich habe in der Besprechung um des lieben Friedens willen diesem Verfahren zugestimmt, würde es aber kein zweites Mal tun. Die Treffen zwischen KV und uns machen nur Sinn, wenn sie auf gleicher Augenhöhe stattfinden und Diskussionen und Vorschläge von beiden Seiten ohne solche oder ähnliche Auflagen möglich sind. Ich muss gestehen, dass wir bei der Gleichheit der Parteien vor Gericht mit der Möglichkeit, ohne Zugangsbeschränkungen Argumente vorzutragen, bessere Aussichten auf angemessene Wertungen unserer Anliegen sehen.*“

Nachfolgend wird in den vorliegenden Bemerkungen auf wichtige Abschnitte der Ausführungen von Ruland eingegangen. Es würde den Rahmen dieser Bemerkungen sprengen, alle Details wiederzugeben. Zum genaueren Studium muss auf die aufeinanderfolgenden Abfassungen mit den eingefügten Änderungen verwiesen werden.

Es wird die letzte Fassung des Gutachtens vom 26.07.2011 zugrunde gelegt mit gelegentlichen Rückblicken auf die vorhergehenden.

In dieser letzten Fassung werden zu Anfang unter der Überschrift „*Vorbemerkung; Das Gutachten und seine Entwicklung*“ Hinweise auf die Entstehung und die sich anschließenden Änderungen gegeben, auf die hier verwiesen wird.

Dass die Aktiven durch die Reform 2006 deutlich entlastet wurden ergibt sich aus Rn (5): Für das Quartal 4/2010 wird eine Absenkung der Belastung der Aktiven von 21,68% durch die Begrenzung der Ausgaben auf 5% angegeben.

Unter Rn (6a) wird auf einen Plan der KV hingewiesen, nach dem eine Quotierung durch den Nachhaltigkeitsfaktor die EHV-Ansprüche um bis zu maximal 20% mindern dürfe. Bei Überschreitung einer Grenze der Belastung von 6% soll der Nachhaltigkeitsfaktor dann weiter abgesenkt werden. Diese Regelung wird seit dem 4. Quartal angewandt.

Anmerkung des Verfassers: Mit dem Beschluss zur Einführung einer Untergrenze für das Absinken des Nachhaltigkeitsfaktors wurde de facto erneut eine Deckelung der Umlage bei einer Belastung von 6% eingeführt.

Unter Rn (12a) wird auf ein Gutachten der Heubeck AG eingegangen. Es heißt wörtlich: *„Entwickelt sich die Zahl der Vertragsärzte in Hessen günstiger als erwartet, mindern sich die Folgen für die „Beitragszahler“ und Leistungsempfänger, weil mehr Geld in die Kassen der EHV fließt. Entwickelt sich die Zahl der Vertragsärzte ungünstiger, tritt ein umgekehrter Effekt ein.“*

In Rn (12b) wird unter Bezug auf das Heubeckgutachten festgehalten, dass die Vertragsärzte in Hessen erst mit über 43 Jahren dem System der EHV zugehen.

In Rn (16) wird darauf hingewiesen, dass sich alle am Gesetzgebungsverfahren zur Ergänzung des § 8 KVHG Beteiligten (im Hessischen Landtag, Anm. d. Verf.) einig gewesen seien, dass die Neufassung des § 8 KVHG nur eine „Zwischenlösung“, eine „Übergangsregelung“ sei, weil sie *„nicht wirklich nachhaltig sei (Abg. Bartelt, Schulz-Asche).“* Es heißt dann wörtlich in der Fassung vom 26.07.2011: *„Die hessische Landesregierung, die den Gesetzentwurf auch nur als „halbe Arbeit“ wertete (so der damalige Minister Banzer), ist aufgefordert worden, „eine umfassende Gesetzesanpassung“ vorzunehmen, „um die EHV dauerhaft zu sichern“. Auch der beratende Fachausschuss EHV der KV Hessen hat sich am 4.8.2010 für einen „kompletten Systemwechsel“ und gegen Zwischenlösungen ausgesprochen.“*

Das Fazit von Ruland in Rn (17) lautet: *„Eine grundlegende und nachhaltige Reform der EHV ist angesichts der großen Probleme und der zahlreichen Prozesse und verwaltungsmäßigen Schwierigkeiten unumgänglich. Zwischenlösungen helfen nicht mehr wesentlich weiter. Es muss in diesem Bereich auch wieder Rechtsfrieden einkehren. Die Beteiligten – auch die aktiven Vertragsärzte – müssen außerdem, was ihre Absicherung anbetrifft, wieder mehr Planungssicherheit bekommen.....“*

In Rn (18) wird ausgeführt, dass ein Umlageverfahren im Prinzip *„ein Weg ohne Umkehr“* ist.

In Rn (24) wird im Zusammenhang mit Ausführungen zur Eigentumsgarantie der Leistungen ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts angeführt, in dem es heißt: *„... „Regelungen, die zu*

Eingriffen in solche Positionen führen, sind nur zulässig, wenn sie durch Gründe des öffentlichen Interesses unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit gerechtfertigt sind. Dabei müssen die Eingriffe zur Erreichung des angestrebten Zieles geeignet und erforderlich sein, insbesondere dürfen sie den Betroffenen nicht übermäßig belasten und für ihn deswegen unzumutbar sein“ (BVerfG 75,78 (97)).“

Rn (27): Von dem Eigentumsschutz werde grundsätzlich auch eine Anpassung der Leistungen mitumfasst. Es heißt wörtlich: *„Aus der Verfassung wird eine Rechtspflicht zur Koppelung der Renten an das Lohnniveau und damit zur Anpassung von Zugangs- und Bestandsrenten an das jeweilige Maß des Volkseinkommens als rechtsstaatliche Kontinuitätsverpflichtung hergeleitet (Papier, Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 1984, 211 (212)).“*

Rn (29): Eine einseitige Lösung der auf die EHV zukommenden Probleme nur zu Lasten einer Gruppe (Aktive, Inaktive) gehe nicht an. Es heißt: *„Die jetzigen Grundsätze der EHV gewährleisten dies nicht. Die Obergrenze der Quote von 5% und der Nachhaltigkeitsfaktor (§ 8 I GEHV) führen nach den Berechnungen der KV dazu, dass der Höchstsatz von 18% bis 2030 auf 8,4% absinkt. Das sind über 53%.“* Das bedeute zweierlei:

Die Ansprüche der vorhandenen Pensionäre und der pensionsnahen Jahrgänge würden über die Hälfte entwertet. Die sehr starke Kürzung der Leistungen sei auch deswegen besonders zu hinterfragen, weil die jetzigen Inaktiven höhere Beiträge hätten zahlen müssen als die jetzt Aktiven. Grund hierfür sei, dass seinerzeit ihre „Beiträge“ zur EHV ohne die seit 2001 verstärkte Berücksichtigung der Praxiskosten ermittelt worden seien und

weil Vertragsärzte wegen fehlender Äquivalenz zwischen Beitrag und Leistung sich zukünftig weigern würden, solche „Beiträge“ zu zahlen.

In Rn (29a) heißt es: *„Die geplante Satzungsänderung Rn (6a), nach der die Belastungsgrenze der aktiven Ärzte von 5% auf 6% angehoben werden soll, ...kann als Zwischenlösung für eine Zeit das Problem etwas entschärfen..... Die geplante Satzungsänderung (die, wie schon erwähnt, zwischenzeitlich beschlossen wurde, Anm. d. Verf.) kann die notwendige grundlegende Reform der EHV nicht ersetzen.“*

In Rn (35) heißt es: *“Ziel der Neuausrichtung der Leistungen soll entsprechend diesen Vorgaben sein, dass*

- *die Leistungen auch über die Zeit ihre eigentumsgeschützte existenzsichernde Funktion wahren,*
- *dem Grundsatz der Beitragsäquivalenz mehr Gewicht zukommt, was auch die Akzeptanz der Beitragsbelastung bei den Aktiven fördert,*
- *Bestands- und Zugangsrenten gleich behandelt und*

- *Übergangsprobleme möglichst vermieden werden,*
- *künftige Veränderungen berücksichtigt werden können und*
- *eine Überforderung der Beitragszahler vermieden wird.“*

In Rn (38) wird vorgeschlagen, dass für den Neustart ein Ausgangspunktswert in Euro errechnet und jährlich angeglichen werden sollte. Um quartalsbezogene Verzerrungen auszugleichen, sollte nicht ein Quartalspunktswert, sondern der Punktswert entsprechend dem Jahresdurchschnittshonorar des Vorjahres für den Ausgangspunktswert zugrunde gelegt werden, für den Beginn im Jahr 2010 also der Jahrespunktswert für 2009. Für das Jahr 2012 wäre das der Jahrespunktswert von 2011 gewesen.

Ausdrücklich wird hier also noch in der jüngsten Fassung der Überlegungen und Vorschläge das Vorjahr und nicht das Vorvorjahr als Ausgangswert für den Stichtagspunktswert gefordert.

11.2.2.1. Gesetzliche Bezugsgröße

Ohne Anpassung der Leistungen an die Preis- oder Lohnentwicklung verlören die Leistungen der Alterssicherung ihren Sicherungswert Rn (41).

In Rn (46) wird die Anbindung des Punktswertes an die Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV empfohlen. Sie sei ein von systemspezifischen Besonderheiten unabhängiger, „neutraler“ Wert.

§ 18 1 SGB IV lautet: *„(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.“*

Mit Einführung der gesetzlichen Bezugsgröße für die Leistungsseite der EHV wurde endlich die Unabhängigkeit vom in der Vergangenheit wiederholt willkürlich veränderten und auch in Zukunft manipulierbaren Durchschnittsumsatz erreicht. Auf die gesetzliche Bezugsgröße hat die KV keinen Einfluss. Der Durchschnittsumsatz kann damit nicht mehr als Stellschraube zur Kürzung der Altersbezüge benutzt, soll heißen: missbraucht werden. Eine wesentliche Korrektur eines Geburtsfehlers war erreicht. Ruland hatte von Anfang an die Erhebung der Umlage und die Berechnung der Anwartschaften und Ansprüche nach dem Durchschnittsumsatz für ungeeignet gehalten.

Die Renten müssen damit nur noch einmal jährlich berechnet werden und werden in gleichbleibenden Beträgen monatlich ausbezahlt. Monatliche Abschlagszahlungen und eine quartalsweise Abrechnung mit schwankenden Beträgen entfallen.

Die Beiträge steigen ebenfalls nach der gesetzlichen Bezugsgröße. Eine volle Ablösung von den Umsätzen ist aber nicht gelungen. Die Einordnung in Beitragsgruppen richtet sich noch nach den jeweiligen Umsätzen der einzelnen Praxen.

11.2.2.2. Mengenfaktor

Um Veränderungen des Verhältnisses von Aktiven zu Inaktiven zu erfassen, sollte ein Mengenfaktor eingeführt werden. Ruland schreibt dazu in Rn (47): *„Um nachhaltig zu sein, muss die EHV auch darauf reagieren können, dass sich die Zahl der aktiven und oder die Zahl der inaktiven Vertragsärzte einschließlich ihrer Hinterbliebenen verändert.“*

Bei einem im Verhältnis zu den Aktiven stärkeren Anstieg der Ruheständler im Rahmen der demographischen Entwicklung dämpft der Mengenfaktor innerhalb der EHV die Wirkung der gesetzlichen Bezugsgröße. Die Renten werden dann geringer steigen, als der Anstieg der Bezugsgröße erwarten lässt. Das entspricht der Wirkung des Nachhaltigkeitsfaktors in der gesetzlichen Rentenversicherung. Ein derartiges Verfahren wurde von der IG EHV schon früher vorgeschlagen. (Siehe offenen Brief an Ministerin Lautenschläger vom 02.05.06, 10.2.2.1.1.).

Es heißt weiter in Rn (48): *„ Die Probleme in den kommenden Jahrzehnten lassen sich daher entschärfen, wenn es gelingt, bereits die Beitragsbelastung der heutigen Erwerbstätigen- generation zu mindern. Dies ist nur möglich, wenn auch die heutige Rentnergeneration Leistungseinschränkungen hinnimmt, z.B. in Form niedrigerer Anpassungen. Damit trägt auch sie einen Teil der Kosten. Dies legitimiert die Einführung eines Mengenfaktors.“*

11.2.2.3. Anhebung der Regelaltersgrenze

Ein weiterer Vorschlag befasst sich mit der Anhebung der Altersgrenze auf 67 Jahre Rn (52).

Eine wichtige Ursache für die Verteuerung der Alterssicherung liege in der Zunahme der Leistungsdauer Rn (52).

Vorgeschlagen wird in Rn (54), dass die Altersgrenze ab 2015 stufenweise ansteigt und zwar je Jahr um 2 Monate. Der Prozess werde dann bereits 2027 abgeschlossen. Bei vorzeitiger Inanspruchnahme müsse mit Abschlägen gerechnet werden.

Sinnvoll wäre die Möglichkeit, die Altersrente erst später in Anspruch zu nehmen und sie damit auch steigern zu können Rn (57).

Die Anhebung der Regelaltersgrenze erlaube nicht, den für die Leistungen maßgeblichen Höchstsatz von 12000 Punkten beizubehalten. Er müsse um 2000 Punkte auf 14000 Punkte angehoben werden Rn (58).

Eine spezielle Absicherung der Berufsunfähigkeit durch Einführung einer Zurechnungszeit solle erfolgen Rn (59).

11.2.2.4. Regelbeitrag

Der Vorschlag im Ruland'schen Gutachten in Rn (63), einen Regelbeitrag einzuführen, bedeutet, einen Systemwechsel weg vom bisherigen umsatzbezogenen Umlagesystem hin zu einem Beitragssystem. Die vorgeschlagene Umstellung entspricht einer seit Jahren vorgetragenen Vorstellung der IG EHV (Siehe offenen Brief an Ministerin Lautenschläger vom 02.05.06 (10.2.2.3) und Vortrag im Beratenden Fachausschuss für EHV a.14.03.07 (8.1.2.).

Eine Absenkung des Beitrags sollte auf Antrag bei entsprechend niedrigeren Einkommen möglich sein Rn (63/64). Dabei sollten die Bestimmungen der Satzung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen entsprechend gelten, wahrscheinlich eine Schwachstelle der Vorschläge.

Der Regelbeitrag sollte wie der Punktwert ebenfalls jährlich nach der gesetzlichen Bezugsgröße angeglichen werden Rn (63a). Ein höherer Beitrag sollte zugelassen werden Rn (64b).

Um Schwankungen der Beiträge oder von Leistungen ausgleichen zu können, sollte eine Schwankungsreserve vorgehalten werden Rn (65).

Dazu muss angemerkt werden, dass es sich bei der Schwankungsreserve nicht um den schon von den Gutachtern vor der Gründung der IG EHV geforderten „Ausgleichsstock“ als Puffer zwischen den Generationen handelt.

Bei der Höhe des Beitrags sei zu berücksichtigen, dass es sich der Sache nach um eine Kürzung der individuellen Honorarforderung handele, die insoweit nicht besteuert werde. Die Vorsorge mindere mithin das steuerpflichtige Einkommen, sodass die Steuerentlastung gegenzurechnen sei. Deshalb solle es bei dem Prinzip der Kürzung der für die Honorarverteilung zugunsten der aktiven Ärzte zur Verfügung stehenden Mittel bleiben und nicht auf eine „offene“ Beitragszahlung übergegangen werden Rn (66).

11.2.2.5. Paritätischer Defizitausgleich

In Rn (69) heißt es, dass wegen des starken Anstiegs des Rentnerbestandes trotz des Mengenfaktors die Rentenzahlungen künftig deutlich stärker stiegen als die Beitragseinnahmen. Deshalb werde in Übereinstimmung mit dem Gutachten der Heubeck AG ein Verfahren des paritätischen Defizitausgleichs vorgeschlagen.

Zu verstehen ist darunter eine gleichmäßige Verteilung eines etwa entstehenden Defizits auf Aktive und Inaktive.

Hier muss angemerkt werden, dass eine Defizitverteilung immer einer Mängelverwaltung gleichkommt. Schmerzloser hätten sich die Verwerfungen zwischen den Generationen durch einen Kapitalpuffer in Form eines Ausgleichsfonds abfangen lassen.

Ruland hatte in den Vorgutachten sogenannte Leitplanken formuliert, um Grenzüberschreitungen von Leistungen und Beiträgen zu vermeiden. Sie waren *„angesichts des unerwarteten Ausmaßes des demographischen Problems in der EHV und angesichts der langen Zeitdauer der Berechnungen – bis 2070 – nicht ausreichend...“*- Rn (69).

11.2.2.6. Rentengarantie

Es heißt in Rn (70), dass dieses Verfahren des paritätischen Defizitausgleichs, in *„Reinkultur“* angewendet, dazu führen würde, dass die jährlichen Anpassungen zu einer Verminderung selbst der laufenden Leistungen aus der EHV führen würden. Ein solches Ereignis stelle im Hinblick auf die Eigentumsгарantie der Leistungen aus der EHV auch ein nicht unbeträchtliches verfassungsrechtliches Risiko dar.

Deshalb werde ebenfalls in Übereinstimmung mit dem Gutachten der Heubeck AG eine Rentengarantie vorgeschlagen, die sicherstelle, dass die jährliche Anpassung nicht zu einer Verminderung einer bereits gewährten Leistung führe. Mit anderen Worten: Der Auszahlungsbetrag der Bestandsrenten darf in Zukunft nicht mehr sinken.

Allerdings zeigen nach den Ausführungen von Ruland die Berechnungen der Heubeck AG, dass *„...der paritätische Defizitausgleich die jährlichen Anpassungen der Leistungen aufzehrt, es mithin über viele Jahre hinweg keine Erhöhung der Leistungen geben wird“*- Rn (72).

Die Rentengarantie sichere aber keine Anwartschaften, d.h. sie verhindere nicht, dass die Regelrente (= Leistung bei 12000 Punkten) in aufeinanderfolgenden Jahren niedriger ausfallen könne und werde Rn (70).

Mit anderen Worten: Zukünftige Rentner werden niedrigere Renten erhalten, die dann allerdings ebenfalls nicht gekürzt werden dürfen. Aus Gründen des Vertrauensschutzes würden Bestandsrenten anders behandelt als Zugangsrenten. Es heißt dann unter Verweis auf das Heubeckgutachten wörtlich: *„ Die Rentengarantie verteuert zwar die Lösungen vor allem in den Jahren 2020 – 2040, doch macht der ihretwegen sich ergebende Zusatzbeitrag maximal (= 2030) 14,5% des Beitrags aus“* – Rn(70).

Nach den Zahlen von Heubeck werden die Renten im Jahr 2040 bei Anwendung des Defizitausgleichs und der Rentengarantie, Anhebung des Rentenalters auf 67 Jahre, Einführung einer Zurechnungszeit und Anhebung auf 35 Beitragsjahre auf 62,11% der Renten von 2011 sinken - Rn (71). Ruland meint - Rn (68): *„ Die Berechnungen der Heubeck AG scheinen daher „sehr vorsichtig“ zu sein“*. In den Schlussbemerkungen Rn (90) schreibt er: *„Über die für die*

Ergebnisse wesentliche Annahme, dass die Zahl der Vertragsärzte über die Jahre konstant bleibt, kann man allerdings geteilter Meinung sein.“ Er empfiehlt die Berechnungen in bestimmten Zeitabschnitten zu aktualisieren.

Mit Sicherheit werden die Entwicklungen der EHV auch in Zukunft steigende Belastungen für Aktive und Ruheständler mit sich bringen. Ruland schreibt unter Rn (74): *„...bis jetzt jedenfalls hat es kein System der Altersvorsorge gegeben, das so lange in die Zukunft hinein gerechnet und so gravierende Konsequenzen aus diesen Berechnungen zu ziehen hat wie die EHV. Auch die verfassungsrechtliche Bewertung der Maßnahmen betritt daher Neuland.“*

Dazu muss bemerkt werden, dass es im Ermessen zukünftiger Generationen liegt, ob sie nicht doch durch einen Ausgleichsfonds eine höhere Rente oder niedrigere Beiträge erreichen wollen.

Es wurden ein paritätischer Defizitausgleich und eine Rentengarantie aufgenommen.

11.2.2.7. Verwaltungskosten

In Rn (78 d) heißt es, dass erhebliche Verwaltungsvereinfachungen dadurch erreicht werden, dass die Leistungen der EHV für das gesamte Jahr und nicht mehr nur für ein Quartal festgesetzt werden. Das Beitragsrecht sei deutlich einfacher geworden. Es gebe keine Probleme mehr mit den Praxiskosten und den Honoraren, die nicht über die KV gezahlt würden.

11.2.2.8. Vorgaben für den Gesetzgeber

In Kapitel VIII des Gutachtens von Ruland werden die verschiedenen Normebenen für die einzelnen Maßnahmen erörtert. Die Vorgaben für den Gesetzgeber sind etwas geraffter gefasst als die ersten, für die IG EHV zusammengestellten v. 11.05.2009. Die Forderung in der ersten Fassung nach einer Entscheidung des Gesetzgebers über die Grundsatzfrage, wie sich die absehbare demographische Entwicklung auf die Leistungs- und Beitragshöhe auswirken soll, d.h., wie die demographischen Lasten zwischen den aktiven und pensionierten Ärzten aufgeteilt werden sollen, wurde aufgegeben.

Die vom hessischen Gesetzgeber zu entscheidenden Grundfragen werden etwas kompakter gefasst als im ersten für die IG EHV erstellten Vorschlag für gesetzliche Vorgaben (Siehe 11.2.1). Neu wurden ein paritätischer Defizitausgleich und eine Rentengarantie aufgenommen.

Zu den wesentlichen Entscheidungen, die der Gesetzgeber zu treffen habe, gehören nach Ruland folgende „Grundentscheidungen“ über (Rn (84):

- „das Finanzierungsverfahren (Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren);

- *die Höhe und die Entwicklung der Beitragsbelastung der aktiven Vertragsärzte;*
- *die abgesicherten Risiken;*
- *die Berechnung und die Dynamisierung der Leistungen;*
- *die Einführung z.B. des „paritätischen Defizitausgleichs“ verbunden mit einer Rentengarantie.“*

Das bedeutet, dass der Gesetzgeber nach wie vor gehalten ist, die genannten Punkte durch Gesetz zu regeln. Das müsste im Interesse sowohl der Aktiven als auch der Inaktiven liegen. Vonseiten der KV sind bisher keinerlei Anstrengungen zu erkennen, im Gegenteil verlautbarte seinerzeit aus der KV, § 8 KVHG reiche für die zu beschließende Satzungsänderung aus. Jede Vertreterversammlung kann damit die erreichten Ergebnisse mit einer Zweidrittelmehrheit wieder rückgängig machen.

Unter Rn (86) wird die Mitwirkung der Inaktiven bei der Ausgestaltung der EHV angesprochen. Es heißt: „.... *Deshalb müssen die Regelungen über die Organisationsstruktur der Selbstverwaltungseinheiten auch ausreichende institutionelle Vorkehrungen dafür enthalten, dass die betroffenen Interessen angemessen berücksichtigt und nicht einzelne Interessen bevorzugt werden....*“

Unter Rn (88) wird die Einrichtung eines Beirats vorgeschlagen, zu dem ein getrenntes Gutachten erstattet wurde.

Unter „*Schlussbemerkungen*“ heißt es in Rn (89), die vorgelegten Vorschläge kämen zu ihrer Begründung und zur Verdeutlichung des Gewollten bereits ohne Berechnungen nicht aus. Die Ergebnisse dieser Berechnungen (etwa der Punktwert) seien aber - schon wegen des unterstellten Inkrafttretens der Reform im Jahre 2011 – nur als Beispiele zu verstehen. Stehe der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Reform fest, müssten diese Größen selbstverständlich überprüft werden.

In Rn (90) wird auf die Notwendigkeit einer versicherungsmathematischen Bewertung der Vorschläge hingewiesen. Das hat zur Zuziehung des versicherungsmathematischen Büros Heubeck geführt. Schon am Ende von Kapitel IX., *Schlussbemerkungen*, in der Fassung vom 21.09.2010 hieß es: „*Eine mathematische Validierung der Vorschläge zur Umgestaltung der EHV ist unverzichtbar und auch vorgesehen. Als Ergebnis dieses mathematischen Gutachtens kann es sich als notwendig herausstellen, die Vorschläge anzupassen. Notwendig scheint eine Berechnung mit zumindest zwei alternativen Entwicklungen – einer günstigeren und einer ungünstigeren Variante.*“

11.2.2.9. „X. Zusammenfassung – alle Vorschläge im Überblick“

Der Titel von Kapitel X der letzten Ausführung der „Überlegungen und Vorschläge“ lautet: „Zusammenfassung - alle Vorschläge im Überblick.“

Unter Rn (94) wird noch einmal das Fazit aus Rn (17) aufgenommen.

Die Zusammenfassung der Vorschläge soll hier wörtlich wiedergegeben werden.

„1 Die Vorschläge

Rn (95) Die Vorschläge für diese notwendige Reform werden als Ergebnis der vorstehenden Überlegungen zusammengefasst:

- 1. Es bleibt bei dem umlagefinanzierten System der Erweiterten Honorarverteilung, ohne dass (erneut) versucht wird, innerhalb dieses Systems einen Teilkapitalstock, wie er bis 2006 bestand, aufzubauen.*
- 2. Es bleibt grundsätzlich bei der bisherigen Normalstaffel (Anlage 1 zu § 3 Abs. 1b GEHV), soweit sie sich auf die Zuordnung von Punkten bezieht. Die Staffelung nach Prozenten entfällt.*
- 3. Die erreichten Punkte werden mit einem Punktwert bewertet.*
- 4. Der Punktwert ist ein auf die monatliche Leistung bezogener Euro-Betrag. Er ergibt sich aus der Division des jährlichen Netto-Durchschnittshonorars der Vertragsärzte in Hessen im Jahr vor Inkrafttreten der Reform durch den Wert von 800.000.*
- 5. Der Punktwert für die Leistungen aus der EHV wird jährlich wie die Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV angepasst, wobei diese Anpassung durch einen Mengenfaktor verändert wird, der die Veränderungen in den Zahlen der aktiven Ärzte und der Leistungsempfänger widerspiegelt.*
- 6. Die Altersgrenze für den Eintritt in den Ruhestand wird auf die Regelaltersgrenze 67 angehoben. Zwischen 2015 und 2027 steigt die Altersgrenze je Jahr um zwei Monate. Dieser Vorschlag gilt vorbehaltlich einer abweichenden Regelung im Versorgungswerk der Hessischen Ärztekammer.*
- 7. Da die Altersgrenze auf 67 Jahre angehoben werden soll, müssen die Altersgrenzen für den vorzeitigen Bezug in § 3 I lit. c, cc GEHV angepasst und auf das 65. bzw. 66. Lebensjahr angehoben werden.*
- 8. Bei vorzeitigem Rentenbeginn sollte der Abschlagssatz nach der Zahl der Monate vorzeitigen Rentenbeginns gestaffelt werden. Es wird ein Mittelwert von 0,5% je Monat empfohlen, im Jahr wären dies 6%, um die sich die Rente mindert.*
- 9. Es sollen Zuschläge (0,6% je Monat) für den Fall eingeführt werden, dass der Beginn der Altersrente über die Regelaltersgrenze hinaus verschoben wird.*
- 10. Die Normalstaffel (Anlage 1 zu § 3 GEHV) wird bis zu 35 Jahren mit 14.000 Punkten fortgeschrieben.*

11. *Es sollte auch in der EHV eine Zurechnungszeit eingeführt werden. Die bei Eintritt von Berufsunfähigkeit/Tod vor Vollendung des 60. oder 62. Lebensjahres erzielte Punkte/Zeit-Relation sollte, wenn der Versicherungsfall vorher eingetreten ist, bis zum 60. oder 62. Lebensjahr fortgeschrieben werden. Die Berücksichtigung der Zurechnungszeit sollte - von einem Unfall abgesehen - von einer Wartezeit von 5 Jahren abhängig sein.*
12. *Die subsidiäre Berechtigung der Erben nach § 3 II GEHV sollte gestrichen werden.*
13. *Die am Umsatz minus Praxiskosten des jeweiligen Vertragsarztes orientierte Finanzierung der EHV soll durch den Abzug eines „Regelbeitrages“ ersetzt werden.*
14. *Um die Beitragshöhe einkommensgerecht auszugestalten, ist je nach Höhe des erzielten und dann nachzuweisenden Gewinns aus der vertragsärztlichen Tätigkeit auf Antrag eine Absenkung des Regelbeitrags möglich. Um die Gleichbehandlung der antragstellenden Ärzte zu gewährleisten, sollten die Bestimmungen der Satzung des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen (§§ 8,9) entsprechend gelten. Aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität sollte die von dem Versorgungswerk getroffene Entscheidung auch für die EHV maßgeblich sein. Allerdings sind auch darüber hinaus Möglichkeiten einer Absenkung des Beitrags notwendig.*
15. *Eine Aufstockung des Regelbeitrags auf 125% oder 150% ist möglich.*
16. *Der Regelbeitrag ist in Prozent der jährlichen Bezugsgröße i. S. des § 18 I SGB IV anzugeben (im Monat z.B. rund 2,7% – 3%); 2010: nach den Berechnungen der Heubeck AG: 2,73% der Bezugsgröße.*
17. *Es wird aus den Restbeträgen des „Ausgleichsfonds“ eine Schwankungsreserve in Höhe von rund 7% der Beitragseinnahmen im Jahr gebildet.*
18. *Es findet ein paritätischer Defizitenausgleich statt, wonach ein sich nach Anpassung der Beiträge und der Leistungen ergebendes Defizit der EHV je zur Hälfte auf die „Beitragszahler“ (= höhere Abzüge) und die Leistungsempfänger verteilt wird.*
19. *Der paritätische Defizitenausgleich darf nicht dazu führen, dass der Zahlbetrag bereits bewilligter Leistungen aus der EHV unterschritten wird. Die Rentengarantie sichert aber keine Anwartschaften, d.h. sie verhindert nicht, dass die Regelrente (= Leistung bei 12000 Punkten) in aufeinanderfolgenden Jahren niedriger ausfallen kann und wird.*
20. *Die Leistungen der EHV werden für 12 Monate (nicht mehr für ein Quartal) festgesetzt*
21. *Dies erfolgt zusammen mit ihrer Anpassung zum 1.7. des Jahres.*
22. *Die Regelungen zur Umgestaltung der EHV sollten im Hinblick auf ihre Auswirkungen in bestimmten Zeitabständen erneut mathematisch überprüft werden.“*

Unter Rn (96) werden noch einmal die durch den Gesetzgeber zu treffenden Grundentscheidungen einer solchen Reform aus Rn (84) aufgeführt.

In Rn (97) heißt es: „Innerhalb dieser Grundsätze ist die kassenärztliche Vereinigung im Rahmen ihrer Satzungsautonomie frei, die EHV auszugestalten. Es wird vorgeschlagen,

23. bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unter Berücksichtigung der aktiven Ärzte einen Beirat zu Fragen der EHV einzurichten. Wegen der Einzelheiten dieses Vorschlags wird auf das ergänzende Gutachten des Verfassers (Überlegungen und Vorschläge zur Einführung eines Beirats für Fragen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Stand: 26.09.2011) verwiesen.“

Der Vorschlag am Ende von Kapitel IX. Schlussbemerkungen in der Fassung vom 21.09.2010 lautet: „Eine mathematische Validierung der Vorschläge zur Umgestaltung der EHV ist unverzichtbar und auch vorgesehen. Als Ergebnis dieses mathematischen Gutachtens kann es sich als notwendig herausstellen, die Vorschläge anzupassen. Notwendig scheint eine Berechnung mit zumindest zwei alternativen Entwicklungen – einer günstigeren und einer ungünstigeren Variante.“

Zu Einzelheiten der Gutachten von Ruland und der Heubeck AG muss auf die Original-Unterlagen verwiesen werden. Eine weitergehende Auseinandersetzung mit deren Inhalt würde den Rahmen dieser Bemerkungen sprengen.

11.2.3. Vorgehen der KV

Nach einer Sitzung des Beratenden Fachausschusses für EHV am 02.11.10 überarbeitete Ruland seine Überlegungen und Gedanken unter dem 04.11.10.

Vertreter der IG EHV waren zu der Sitzung des Beratenden Fachausschusses für EHV am 02.11.10 eingeladen und hatten vor der Sitzung Gelegenheit mit Ruland zu sprechen.

Bei dieser Vorbesprechung waren anwesend Ruland, Aßmann und der Verfasser. Wir erklärten Ruland unsere Ausgangsposition mit dem Schwerpunkt Stichtagspunktwert unter Einschluss der Umlagen der außerhalb der KV abgerechneten Honorare.

In den Schlussbemerkungen seiner Ausführungen vom 4.11.2010 ist der dem Vorschlag der IG EHV entsprechende Ausgangspunktwert für die neue EHV von € 0,2016 erwähnt.

In der Sitzung des Ausschusses boten wir an, die noch laufenden Gerichtsverfahren durch Vergleiche zu beenden, bei einem Gelingen der Vergleiche noch anstehende Prozesse nicht zu beginnen und als Ausgangspunkt für die Berechnungen nach dem Modell Ruland das Urteil des SG Marburg vom 24.02.10 zu akzeptieren.

Wir hätten damit die nach dem Urteil von Marburg noch hinzunehmende Kürzung von etwa 11% akzeptiert. Sie hätte nach unserer Vorstellung durchlaufend auch für die Quartale ab 3/2006 gelten können. Die zunehmend nach 3/2006 eingetretenen Kürzungen hätten entsprechend den Hinweisen im Urteil auf die fehlende Absicherung der Bezüge vor einem Absinken und ein fehlendes Übergangsrecht korrigiert werden müssen.

In der Sitzung am 02.11.10 wurde vereinbart, dass versicherungsmathematisch einmal die relevanten Zahlen nach unserem Angebot und einmal die Zahlen unter voller Anerkennung der bisher durch den Nachhaltigkeitsfaktor erreichten Kürzungen ermittelt werden sollten, jeweils unter der Annahme prognostisch günstiger und ungünstiger demographischer Entwicklungen. Weitere Überlegungen sollten danach angestellt werden.

Bei unserem Modell hätte die durchschnittliche Beitragsbelastung bei etwa € 850 pro Arzt und Monat gelegen.

Zur gesetzlichen Regelung für die KV teilte Hoffmann mit, dass die Landesregierung einer gesetzlichen Regelung zustimmen könnte, wenn KV und IG EHV sich einigen könnten.

Wir erklärten, dass wir vorläufig keine neuen Gerichtsverfahren einleiten würden. Hoffmann wollte seinerseits Anweisung an die Verwaltung geben, keine Widerspruchsbescheide zu versenden.

Die Gesellschafterversammlung der IG EHV fasste am 14.12.10 folgenden Beschluss: *„Die Gesellschafterversammlung der IG EHV befürwortet die Umgestaltung der EHV entsprechend den Überlegungen und Vorschlägen zur Reform der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen von Prof. Ruland in der Fassung vom 04.11.2010.“*

In der nachfolgenden Zeit mussten wir feststellen, dass eine Berechnung nach unserem Angebot nicht durchgeführt wurde. Am 06.06.11 erfuhr der Verfasser telefonisch von Mantz, dass Herrmann vom Büro Heubeck die ersten Berechnungen vorgelegt habe, die sehr ernüchternd gewesen seien. Die in der Sitzung des Beratenden Fachausschusses vom 02.11.2010 vereinbarten Alternativrechnungen seien auf Grund der Ergebnisse der vorgelegten Berechnungen der Heubeck AG nicht weiter verfolgt worden. Die Parallelrechnung wurde nicht durchgeführt, obwohl wir mit dieser Absicht das Ruhen unserer Prozesse verbunden und das der KV in der Besprechung am 02.11.10 mitgeteilt hatten.

Im Gutachten von Ruland vom 26.07.2011 heißt es ((V4), Seite 5): *„Die in der Sitzung des Beratenden Fachausschusses EHV vom 02.11.2010 vereinbarten Alternativrechnungen (vgl. V1) sind auf Grund der Ergebnisse der vorgelegten Berechnungen der Heubeck AG nicht weiter verfolgt worden.“*

Im Telefonat v. 06.06.11 teilte Mantz ebenfalls mit, dass vom Sozialministerium der § 11 GEHV und die Neufassung des § 5 GEHV genehmigt worden seien.

Wir waren noch einmal zu einer Sitzung in der KV am 28.03.11 eingeladen, in der es im Wesentlichen um die Gestaltung des Beirates ging.

Wir konnten damit nicht mehr von einem möglichen Kompromiss ausgehen und mussten feststellen, dass die bisherigen Kürzungen nach den vorangegangenen Reformen als feste

Größen eingesetzt wurden, eine Regelung, gegen die wir uns bei weiterer Beteiligung an der Ausgestaltung der neuen EHV gewehrt hätten. Die Überlegungen zu einem Kompromiss sind nur noch als Reminiszenz in Form eines Anhangs in der letzten Fassung der „Überlegungen und Vorschläge“ vom 26.07.2011 zu lesen.

Am 08.08.11 teilte Mantz dem Verfasser telefonisch mit, dass Ruland für die Beitragserhebung acht auf den Umsatz bezogene Gruppen vorgeschlagen habe. Eine davon sei die Regelumlage. Nach den Vorstellungen der KV wurden daraus endgültig 9 Gruppen (§ 3,2 GEHV vom 01.07.2012).

In einer Klausurtagung der VV am 27.08.2011 in Bingen wurden die unter dem 26.07.2011 verfassten „Überlegungen und Vorschläge“ in Verbindung mit auf der Klausurtagung gehaltenen Referaten von Ruland und Herrmann von der Heubeck AG mit Zweidrittelmehrheit als Grundlage für die Neufassung der Grundsätze der EHV angenommen. Wir waren zum Tagesordnungspunkt EHV zugelassen. Aßmann, Plass und der Verfasser konnten teilnehmen. Zu den Referaten konnten von den Mitgliedern der Vertreterversammlung Fragen gestellt werden. Die eigentliche Diskussion und die Abstimmung erfolgten dann wieder unter Ausschluss der Öffentlichkeit, also auch ohne uns.

Am 08.09.2011 schrieb der Verfasser an Mantz:

„Sehr geehrter Herr Kollege Mantz,

wie Ihnen bekannt ist, muss für die geplante neue Altersversorgung der KVH ein Stichtagspunktwert ermittelt werden. Entscheidend ist dabei, von welchem durch den Nachhaltigkeitsfaktor reduzierten Umsatz ausgegangen wird.

Wir, die IG EHV, haben uns wiederholt dafür eingesetzt, zu dieser Frage einen Vergleich außerhalb gerichtlicher Verfahren zu suchen, zuerst in der Besprechung im Beratenden Ausschuss für EHV am 02.11. 2010, zuletzt in einem Schreiben im Anhang zu einer von mir an Sie gerichteten Mail am 18.08.11, in dem ich ein Gespräch in kleinem Kreis vorgeschlagen hatte. Bis heute ist es nicht zu Verhandlungen mit der KV gekommen.

In einer Besprechung bei unserem Anwalt am 07.09.11 wurde das Thema aufgegriffen mit folgendem Ergebnis: Es wird weiterhin von uns eine Vergleichslösung angestrebt. Es verrinnt für uns aber die Zeit für eine gerichtliche Klärung, wenn einerseits von der KV keine konkreten Zeichen für eine Verhandlungsbereitschaft kommen, andererseits aber die Verfahren für die noch offenen Quartale ruhen. Unser Anwalt hat uns deswegen geraten, neben der weiterhin bestehenden Gesprächsbereitschaft mit der Vorbereitung bzw. Einleitung der Gerichtsverfahren für die noch offenen Quartale zu beginnen und wird für vier Widerspruchsführer die ausstehenden Widerspruchsbescheide bei der KV anfordern.

Das bedeutet nicht, dass die Verfahren zu Ende geführt werden müssen. Sie können jederzeit wieder ruhen oder abgebrochen werden, wenn ein für beide Seiten akzeptables Ergebnis erreicht wird.

Die gesamte Reform braucht dadurch nicht verzögert und kann weiter vorangetrieben werden, was noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird. Es wäre aber bedauerlich, wenn der Start der Reform mit Auseinandersetzungen über den Stichtagspunktwert belastet würde, weil vorher keine Einigung erzielt wurde.

Ruland hat in seinem Vortrag am 27.08.11 in Bingen darauf hingewiesen, dass jedes weitere Zuwarten die Probleme nur noch größer werden lässt, weil die Zeit, das System anzupassen, immer kürzer wird.

Mit freundlichen Grüßen

Otto Burk“

Am 12.09.11 teilte Mantz dem Verfasser telefonisch mit, dass die Vertreterversammlung mit 49 Ja-Stimmen und einer Enthaltung dem Ruland-Entwurf zugestimmt hat.

Die neuen Entwicklungen nach der Vorlage der Zahlen der Heubeck AG, die sich in der ab 26.07.11 gültigen Fassung der „Überlegungen und Vorschläge“ niedergeschlagen haben, sind uns nur am Rande bekannt geworden. Beteiligt, etwa durch Teilnahme an Sitzungen des Beratenden Fachausschusses für EHV, waren wir nicht. Die letzte Fassung der „Überlegungen und Vorschläge“ wurde uns erst nach der Sitzung in Bingen zugestellt.

Die neuen Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung wurden ebenfalls ohne unsere Mitwirkung erstellt. Es wurden von den „Überlegungen und Vorschlägen“ abweichende Änderungen eingearbeitet.

Ebenfalls telefonisch teilte Mantz dem Verfasser am 16.10.11 mit, dass Hoffmann, der Geschäftsführer der KV, jetzt die Auffassung vertrete, dass keine Gesetzesänderung vor der Einführung der neuen Satzungsregelungen erforderlich sei. Die Reform könne nach der Ergänzung des § 8 KVBHG durch den Hessischen Landtag 2009 ohne ein neues Gesetz durchgeführt werden.

Gespräche mit der IG EHV über einen Vergleich oder eine gesetzliche Regelung fanden nie statt, so dass der Verfasser mit Schreiben vom 08.11.11 Mantz die Einleitung von Gerichtsverfahren für die noch ausstehenden Quartale ankündigte.

Am 04.01.12 und am 25.01.12 erfuhr der Verfasser wiederum telefonisch von Mantz, die Satzung sei weitgehend fertig erarbeitet unter Mithilfe von Ruland und der Firma Heubeck

und solle am 10.03.12 in erster Lesung beschlossen werden. Wir könnten die Satzung danach erhalten und noch Wünsche äußern.

Als Ausgangsjahr für die Ermittlung des Stichtagspunktwertes wurde nicht, wie von Ruland in allen drei Fassungen der „Überlegungen und Vorschläge“ vorgeschlagen, das Vorjahr, also das Jahr vor Inkrafttreten der Reform, sondern das Vorvorjahr gewählt (§ 3,1 GEHV vom 01.07.12). Nach unseren Informationen war diese Änderung zurückzuführen auf die Angabe der KV, dass bis zum Beginn der Reform am 01.07.2012 die Zahlen des Vorjahres, also aus 2011 noch nicht vorlägen. Es gibt aber Hinweise, dass diese Zahlen schon Ende April 2012 vorgelegen haben.

Bei gutem Willen hätte die KV den Ausgangspunktwert als einen vorläufigen Wert festlegen und den endgültigen Wert dann ein Jahr später berechnen können. Oder es hätte die Möglichkeit bestanden, die neue EHV ein Quartal später beginnen zu lassen.

Durch die Wahl des Vorvorjahres, also des Jahres 2010, wurde vermieden, die Umlagen für außerhalb der KV abgerechnete Honorare entsprechend § 11 GEHV in die EHV – Leistungen einzurechnen. § 11 GEHV trat erst zum 01.07.2011 in Kraft.

Einige Briefe sollen Einblick geben in die Möglichkeiten zur Mitwirkung der Ruheständler, vertreten durch die IG EHV, bei der Neugestaltung der EHV.

Unter dem 28.02.2012 erreichte den Verfasser ein Brief, des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung, Dastych, in dem er seine ursprüngliche Absicht, den Verfasser zur Vertreterversammlung am 10.03.2012 einzuladen, mitteilt und im selben Schreiben versucht, ihm klar zu machen, dass er ihn möglicherweise nicht zulassen könne. Es scheint unverzichtbar, dass die erste Lesung der neuen Grundsätze durch „eine Diskussion begleitet wird, die die Vertreterversammlung in absolut geschlossener Sitzung führt bzw. führen kann.“ Ein entsprechender Antrag zur Geschäftsordnung werde mit Sicherheit gestellt werden.

Der Verfasser antwortete:

„65428 Rüsselsheim, den 05.03.2012

*An den
Vorsitzenden der Vertreterversammlung der
Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
Herrn Frank Dastych
Georg-Voigt-Str. 15
60325 Frankfurt
Ihr Schreiben vom 28.02.2012*

Sehr geehrter Herr Kollege Dastych,

besten Dank für Ihr Schreiben vom 28.02.12 mit den Abwägungen meiner Zulassung oder Nichtzulassung zur Vertreterversammlung der KVH am 10.03.2012. Ich werde mich der Ungewissheit, ob ich zugelassen werde, nicht aussetzen und nicht zu der Vertreterversammlung kommen. Ihre Überlegungen zeigen die dringende Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung der Beteiligung der Ruheständler an sie betreffenden Entscheidungen zu ihrer Altersversorgung.

Die Interessengemeinschaft EHV, die IG EHV, ist keine beliebige ärztliche Vereinigung, sondern ein Zusammenschluss von pflichtversicherten Mitgliedern einer gesetzlichen Altersversorgung, die in ihrer aktiven Zeit ihre Umlagen gezahlt haben und jetzt ihre Rechte als Ruheständler wahrnehmen. Professor Ruland hat die gesetzlichen Vorgaben für eine Beteiligung der Ruheständler in seinem Entwurf für eine Beiratssatzung für die KV im Einzelnen aufgeführt.

Wir, die IG EHV, haben uns nie dagegen gewandt, dass die Vertreterversammlung die letzte Entscheidung in Angelegenheiten der EHV hat. Wir haben auch grundsätzlich der von Professor Ruland vorgeschlagenen Reform zugestimmt. Wenn wir jetzt aber erfahren müssen, dass uns die neuen GEHV erst nach der ersten Lesung zugestellt werden sollen, wir somit keinerlei Mitwirkungsmöglichkeit bei der Ausarbeitung hatten, uns nicht einmal eine Anhörung vor der Beschlussfassung zugestanden wurde und die Vertreterversammlung in geschlossener Sitzung darüber diskutieren und abstimmen will, sehen wir die von Professor Ruland angeführten Rechte verletzt. Das gesamte Verfahren entspricht in seinen einzelnen Schritten nicht einer offenen, fairen Diskussion. Es erweckt Misstrauen.

Die demographische Entwicklung ist uns bewusst und wir haben wiederholt betont, dass wir uns an der Lösung der sich daraus ergebenden Fragen beteiligen wollen. Erstaunt hat mich allerdings Ihre Aussage, dass angesichts der bisherigen einseitigen Kürzungen der EHV-Bezüge seit 2001 von etwa 28% (Quartal 4/10), wahrscheinlich sogar mehr, (die Bescheide von 2011 liegen noch nicht vor) bei den offenbar laufenden Auseinandersetzungen innerhalb der Vertreterversammlung „selbst ein zusätzlicher Euro missbilligt“ wird.

Wenn Sie mit dem Satz „Dazu gehört sicher auch die Wahrnehmung, wie die Empfänger ihre Ansprüche durchsetzen“ unsere gerichtlichen Schritte meinen, muss ich Ihnen Folgendes mitteilen:

Die EHV-Teilnehmer sind nicht mehr Mitglieder der KV. Sie haben nach der geltenden Satzung keinerlei Mitspracherechte, nicht einmal ein Anhörungs- oder Informationsrecht. Nachdem unsere Widersprüche gegen zunehmende Kürzungen der Altersbezüge von der KV zurückgewiesen wurden, blieb uns kein anderes Mittel, als rechtliche Schritte einzuleiten.

Wir haben in einer Sitzung des Beratenden Fachausschusses für EHV im November 2010 der KV einen Vorschlag für einen Vergleich gemacht, bis zu dessen Abschluss alle noch laufenden Gerichtsverfahren, mit Ausnahme eines Berufungsverfahrens, ruhen und keine neuen Verfahren eingeleitet werden sollten, um den Neubeginn der Altersversorgung nicht mit gerichtlichen Auseinandersetzungen zu belasten. Entsprechende Beschlüsse wurden auf unserer Gesellschafterversammlung einstimmig gefasst. Die Berufung gegen ein Urteil des SG Marburg wurde von beiden Seiten, der KV und uns eingelegt. Auch dieses Verfahren hätte noch durch einen Vergleich abgeschlossen werden können.

Nachdem wir monatelang keinerlei Antwort vom Vorstand oder der Geschäftsführung der KV erhielten, mussten wir davon ausgehen, dass die bisherigen Kürzungen ohne Kompromiss in die neue Satzung aufgenommen würden. Da uns die Zeit davonzulaufen drohte, sahen wir uns gezwungen, die laufenden Verfahren wieder aufzunehmen und neue einzuleiten.

Wenn nicht jedes Mitglied der Vertreterversammlung „die damit im Zusammenhang stehenden Fragen keinesfalls uneingeschränkt positiv sieht“, kann ich nur feststellen, dass die Betroffenen in Bezug auf unsere Gerichtsverfahren keine Bedenken zu haben brauchen, wenn die KV nicht gegen geltendes Recht verstoßen hat. Wenn Rechtsverstöße festgestellt werden, ist das Justitiariat Geschäftsführung der KV der richtige Ansprechpartner.

In diesem Zusammenhang darf ich darauf hinweisen, dass die Juristische Geschäftsführung in unseren Prozessen durch alle Gerichtsinstanzen hindurch den Schutz der EHV durch das Eigentumsrecht bestritten hat, ohne von Vorstand oder Vertreterversammlung der KV gebremst zu werden, dass aber alle Instanzen bis zum BSG dieses Recht bestätigten. Führende Vertreter der KV hatten über Jahre nach einem Referat des späteren Präsidenten des Bundesverfassungsgerichts, Prof. Papier, immer wieder den Schutz der EHV durch das Eigentumsrecht betont. Ohne unsere Klage wäre es nicht zu diesem für beide (!), Aktive wie Inaktive, wichtigen BSG-Urteil gekommen. Mit jeder gezahlten Umlage wird auch eine eigentumsgeschützte Anwartschaft erworben.

Es war unser Wunsch von Anfang an, gemeinsam mit der KV die neue Satzung auszuarbeiten, sie gemeinsam dem Ministerium vorzulegen und ohne Gerichtsverfahren auszukommen. Der Verfasser ist überzeugt, dass ein solches Vorgehen im Ministerium positiv aufgenommen worden wäre.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

*Dr. Otto Burk
Sprecher der IG EHV“*

11.2.4. Brief an Mantz

Am 01.04.12 schrieb der Verfasser an Mantz:

„Sehr geehrter Herr Kollege Mantz,

wie Ihnen schon angekündigt, habe ich mit den Obleuten der Interessengemeinschaft EHV (IG EHV) die in erster Lesung von der Vertreterversammlung (VV) am 10.03.12 verabschiedete neuen Grundsätze der Erweiterten Honorarvereinbarung (GEHV) besprochen mit folgendem Ergebnis: Wir begrüßen, dass den neuen GEHV die Überlegungen und Gedanken von Prof. Ruland, die unsere Zustimmung gefunden hatten, zugrunde gelegt wurden, können aber den neuen GEHV trotz der eingeführten Rentengarantie für die Bestandsrenten aus folgenden Gründen nicht zustimmen.

1. Die GEHV kamen ohne unsere Mitwirkung zustande. Es kam in der Vergangenheit zwar zu verschiedenen Kontakten zwischen IG EHV und KV. In die Ausarbeitung der GEHV waren wir aber zu keinem Zeitpunkt eingebunden. Sie wurden uns nicht einmal zu einer Anhörung vorgelegt und erst nach der ersten Lesung in der VV zugesandt. Damit wurden weiterhin unsere Mitwirkungsrechte missachtet, deren Fehlen Prof. Ruland als grundgesetzwidrig bezeichnet hat.

Nach Ihren Angaben soll mit der zweiten Lesung eine Beiratsregelung in die Satzung der KVH aufgenommen werden. Ihr Inhalt ist uns nicht bekannt.

2. Der Stichtagspunktwert wurde auf Basis der Zahlen für das Jahr 2010 festgelegt. Das bedeutet, dass wir dauerhaft, gerechnet ab 2001 eine Kürzung der Altersbezüge von ca. 26% hinzunehmen haben.

Um alle die EHV betreffenden gerichtlichen Auseinandersetzungen mit der KV zu beenden und der neuen Altersversorgung einen von gerichtlichen Streitigkeiten unbelasteten Start zu ermöglichen, hatten wir in einer Sitzung des Beratenden Fachausschusses für EHV im November 2010 einen Vergleichsvorschlag für die Stichtagsregelung gemacht. Es wurde besprochen, neben den Berechnungen nach Vorgaben der KV eine Parallelberechnung entsprechend unserem Vorschlag durchführen zu lassen. Wir hatten nach der Besprechung unsere gegen die KV erhobenen Klagen ruhen lassen und keine neuen eingeleitet. Als wir monatelang keine Antwort erhielten, erfahren mussten, dass die Parallelberechnung nicht durchgeführt worden war und der Nachhaltigkeitsfaktor von 2010 für die Stichtagsregelung zugrunde gelegt werden sollte, nahmen wir unsere Gerichtsverfahren wieder auf und leiteten neue ein.

3. Die nach § 11 GEHV zu erfassenden Honorare wurden in den Punktwert der Stichtagsregelung nicht einbezogen und gehen damit an den Inaktiven völlig vorbei. Sie dienen nur der Verbreiterung der Beitragsbasis bzw. der Senkung der durchschnittlichen prozentualen Beitragsbelastung der Aktiven. Das bedeutet de facto, dass die Umstellung auf die neue Alters-

versorgung zu einer weiteren Kürzung der Bezüge der Inaktiven auf dann geschätzt über 30% genutzt wurde, einen wohl einmaligen Wert in Deutschen Rentenversicherungen, der uneingeschränkt auch für kleinste, eigentumsrechtlich nicht geschützte Bezüge von Witwen und Waisen gilt. Die Bestimmung über das rückwirkende Inkrafttreten, etwa bei einer länger dauernden Prüfung durch das Sozialministerium, sichert die Wirkung. Dieses Vorgehen entspricht einer unzulässigen, einseitigen Auslegung des BSG-Urteils von 2008 und des in dessen Folge beschlossenen Gesetzes zur Änderung des § 8 KVHG des Hessischen Landtages vom Dezember 2009 und ist damit rechtswidrig.

Ein weiterer Einwand richtet sich nicht gegen die Satzung selbst, sondern gegen ihre rechtliche Einordnung:

Sie haben mir mitgeteilt, dass von juristischer Seite in der KV eine zusätzliche gesetzliche Regelung für die neue Altersversorgung nicht für erforderlich gehalten werde, § 8 KVHG lasse genügend Spielraum für die Umstellung, eine Satzungsänderung genüge. Das widerspricht den Ausführungen im BSG Urteil und von Prof. Ruland zu den Aufgaben des Gesetzgebers. Ohne gesetzliche Vorgaben kann die Satzung in Zukunft mit Zweidrittelmehrheit der VV nach Gutdünken wieder umgestaltet werden.

Die vom Büro Heubeck und von Prof. Ruland wegen des Eigentumsrechts der Inaktiven vorgeschlagene Rentengarantie ist nur von begrenztem Wert, solange sie nicht durch eine gesetzliche Regelung gesichert ist. Sie kann schon von der nächsten VV wieder geändert oder aufgehoben werden. Mengenfaktor und paritätischer Defizitenausgleich hätten wohl trotz der Anpassung der Leistungen an die gesetzliche Bezugsgröße ohne die Rentengarantie ungebremst zu weiteren Kürzungen der Altersbezüge geführt. Sie bewirken ohnehin, dass es, entsprechend den Ausführungen des Büros Heubeck und von Prof. Ruland, über Jahre zu Nullrunden bei den Rentenzahlungen kommen wird.

Wir fordern Sie nochmals auf, vor der zweiten Lesung der GEHV mit uns über die Stichtagsregelung zu verhandeln mit dem Ziel, alle gerichtlichen Streitigkeiten vor dem Beginn der neuen Altersversorgung beizulegen, gemeinsam mit uns einen Vorschlag für eine Gesetzesvorlage zu erarbeiten und so die von Prof. Ruland am Ende seines Vortrages am 25.08.2011 angesprochene Möglichkeit „Es könnte eine Reform im Konsens aller Beteiligten werden“ noch zu nutzen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Otto Burk“

11.2.5. Einladung zur Vertreterversammlung am 12.05.12 und Antwort

Unter dem 16.04 2012 ging dem Verfasser eine Einladung des Vorsitzenden der Vertreterversammlung zur Vertreterversammlung am 12.05.2012 zu:

KV Hessen • Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt/Main

Herrn
Dr. med. Otto Burk
Erbacher Straße 7
65428 Rüsselsheim

Kassenärztliche
Vereinigung
Hessen



Körperschaft des öffentlichen Rechts

Vorsitzender der Vertreterversammlung

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartner: Frank Dastych
Tel.: (069) 7 95 02 - 328 • Fax: (069) 7 95 02 - 291
E-Mail: zos@kvhessen.de

Unsere Zeichen: FDa/tra

16. April 2012

Herrn Zimmeck
Herrn Dr. Zimmermann
Herrn Dr. Mantz, Vorsitzender des EHV-Ausschuss

Vertreterversammlung am 12.05.2012

Sehr geehrter Herr Dr. Burk,

wie Ihnen von mir bereits avisiert, findet am 12. Mai 2012 im Rahmen der Vertreterversammlung die 2. Lesung zur Reform der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen statt. Zu diesem Tagesordnungspunkt möchte ich Sie ganz herzlich einladen.

Da durch diese 2. Lesung und die sich daraus ergebende Notwendigkeit einer Änderung der Hauptsatzung der KV Hessen der Beirat und damit die Beteiligung der EHV-Empfänger erst zustande kommt, haben die Mitglieder der Vertreterversammlung entschieden, dass ich Ihnen zu Ihren Überlegungen, so geäußert in Ihrem Schreiben an die Mitglieder der Vertreterversammlung, ein Rederecht anbieten möchte. Im Rahmen des Tagesordnungspunktes „Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung“ hätten Sie also die Möglichkeit zu einem 10- bis 15minütigen Statement. Anschließend würde sich dann noch die Möglichkeit einer Diskussion mit den Mitgliedern der Vertreterversammlung ergeben.

Damit verbunden ist aber die Entscheidung der Mitglieder Vertreterversammlung, die abschließende Beratung zur 2. Lesung der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung im Mitgliederintern Rahmen durchzuführen.

Ich würde mich freuen, wenn Sie meine Einladung annehmen und auch die Gelegenheit wahrnehmen, die Position der Interessengemeinschaft EHV vor der Vertreterversammlung darstellen. Ich würde mich auch freuen, wenn die Entscheidung der Vertreterversammlung, die abschließende Beratung mitgliederintern durchzuführen, von Ihnen respektiert wird.

Sofern nach der Beschlussfassung dann auch die Genehmigung der Änderungen vorliegt, werden Sie natürlich auch informiert.

Um Ihnen eine praktikable Zeitplanung zu ermöglichen, werden wir den Tagesordnungspunkt „Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung“ unmittelbar nach dem Bericht des Vorsitzenden der Vertreterversammlung und dem Bericht des Vorstandes behandeln. Ich gehe davon

aus, dass dies gegen 11.00 Uhr sein wird. Gerne können Sie aber auch bereits bei dem ersten Tagesordnungspunkt als Gast der Vertreterversammlung anwesend sein.

Da noch Beratungen im EHV-Ausschuss ausstehen, steht zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch kein abschließender Entwurf zur Abstimmung zur Verfügung. Ich gehe aber davon aus, dass sich Herr Dr. Mantz mit Ihnen hier zum gegebenen Zeitpunkt in Verbindung setzen wird.

Gegen 13.00 Uhr wird das Mittagessen stattfinden. Hierzu darf ich Sie ebenfalls herzlich einladen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Frank Dastych
Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hessen

Trotz des ungewöhnlich verbindlichen Tons lehnte der Verfasser die Einladung ab, weil sie die vorangegangene Entwicklung schlicht übergang und den Eindruck kollegialer Zusammenarbeit erweckte, die nicht bestand. Mit Schreiben vom 24.04.2012 antwortete er folgendermaßen:

„Sehr geehrter Herr Kollege Dastych,

besten Dank für Ihre Einladung vom 16.04.12 zur Vertreterversammlung der KVH am 12.05.12. Ich kann sie aus folgenden Gründen nicht annehmen:

- 1. Wenn bei der KV die Absicht bestanden hätte, uns, die IG EHV, an der Ausarbeitung der neuen Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung (GEHV) und der Beiratssatzung zu beteiligen, oder wenigstens unsere Vorstellungen davon zu hören, hätte seit August vergangenen Jahres genügend Zeit zur Verfügung gestanden. Wir wären Einladungen gern gefolgt und hätten uns gern beteiligt. Unsere Mitwirkung hätte nach den Ausführungen von Prof. Ruland auch ohne Beiratssatzung geltendem Recht entsprochen.*
- 2. Hinter der jetzigen Einladung mit der Einräumung einer Redemöglichkeit im Rahmen der zweiten und letzten Lesung der GEHV und der, offenbar nur in einer Lesung zu beschließenden, Beiratssatzung kann nur die Absicht stehen, in einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung oder gegenüber dem Sozialministerium die Beteiligung der IG EHV belegen zu können.*
- 3. Der Einladung kann keine ernsthafte Korrekturbereitschaft der KV zugrunde liegen, wenn unmittelbar nach meinem Redebeitrag die Abstimmung über die neuen GEHV*

und die Beiratssatzung erfolgen soll. Im Übrigen hätten nach meinem Brief v 01.04.12, in dem ich unsere Einwände zusammengefasst habe, schon Korrekturen oder Gespräche über Korrekturen eingeleitet werden können. Die KV hat uns bis heute nicht den Entwurf für eine Beiratssatzung oder eine entsprechende Änderung der Satzung der KV zugesandt.

- 4. Eine Redezeit von 10 bis 15 Minuten würde nicht annähernd ausreichen, der Vertreterversammlung unsere Sicht auf die Entwicklung so darzustellen, dass nicht am Ende erhebliche Missverständnisse blieben. Wie soll die Vertreterversammlung sich ein Urteil bilden, wenn ihr nicht unsere wichtigsten Argumente in der Auseinandersetzung mit der KV vermittelt werden können? Wir können unsere Argumente in der Regel nur bei Gericht vortragen und mussten bei den verschiedenen Zuständigkeiten (Vertreterversammlung, Vorstand, Juristische Geschäftsführung, Beratender Fachausschuss für EHV) und den unübersichtlichen Informationswegen innerhalb der KV feststellen, dass nicht einmal der Beratende Fachausschuss unsere Schriftsätze und die der KV erhält. Ich bin überzeugt, dass manche Streitigkeiten hätten beigelegt oder ganz vermieden werden können, wenn allen Beteiligten die Einzelheiten bekannt gewesen wären.*
- 5. Vielleicht hätte ein Redebeitrag während der ersten Lesung nach vorheriger Zusendung des GEHV-Entwurfs noch Denkanstöße geben können. Statt einer Einladung für die erste Lesung am 12.03.12 erhielt ich von Ihnen aber nur eine fast dreiseitige Erläuterung für eine Nichteinladung.*
- 6. Das Einräumen einer Redemöglichkeit unmittelbar vor der letzten Abstimmung in der Vertreterversammlung wird mit großer Wahrscheinlichkeit vor Gericht ähnlich wie die Aufklärung eines Patienten auf dem Op-Tisch direkt vor der Operation als unwirksam gewertet werden. Im Übrigen lassen sich permanente Verstöße gegen geltendes Recht nicht durch die Einräumung einer einmaligen Redemöglichkeit heilen.*

Ich suche nach einer Erklärung, warum ein so wichtiges Thema wie die Reform der Altersversorgung der Hessischen Vertragsärzte nicht in öffentlicher Sitzung der VV behandelt werden soll. Die Behandlung in geschlossener Sitzung kann nur Misstrauen erwecken.

Die Zusendung der Satzungsänderungen (GEHV und Beirat) nach Genehmigung, gemeint ist wohl die Genehmigung durch das Sozialministerium, erübrigt sich, da sie nach der Genehmigung ohnehin öffentlich zugänglich sind.

Ich bedaure nochmals und verstehe bis heute nicht, dass die nach den Vorschlägen von Prof. Ruland vorgesehene und von uns befürwortete Reform nicht unter Mitwirkung der Inaktiven, falls notwendig mit Hilfe eines externen Vermittlers, erarbeitet und weitere gerichtliche Auseinandersetzungen vermieden werden konnten. Die KV mit der Vertreterversammlung als

allein für die Altersversorgung zuständigem Beschlussorgan hätte in aller Gelassenheit die Inaktiven an dem Reformprozess beteiligen können.

Mit kollegialem Gruß

Dr. Otto Burk

Sprecher der IG EHV“

11.3. Die ab 01.07.2012 gültigen Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung

Die neuen Grundsätze der EHV wurden in zweiter Lesung am 12.05.12 von der VV in nicht öffentlicher Sitzung beschlossen und traten nach der Genehmigung durch das Sozialministerium am 01.07.12 in Kraft. Die Zeit zwischen dem Beschluss der VV und dem Inkrafttreten betrug also etwa gut 1 1/2 Monate.

In die neuen Grundsätze der EHV wurden die Vorschläge von Ruland in Verbindung mit der Heubeck AG in weiten Teilen aufgenommen:

- In den neuen GEHV wird die Altersgrenze für die EHV-Teilnahme stufenweise angehoben auf 67 Jahre (§ 1).
- Die EHV wird finanziert durch Beiträge (§ 3. (1)), nicht mehr durch Umlagen in Prozenten vom Umsatz.
- Der Umsatz dient nur noch zur Einteilung der Beiträge in neun Beitragsklassen (§ 3 (2)).
- Anhand des Durchschnittsumsatzes wird die Beitragsklasse 4 bestimmt, die den Regelbeitrag festlegt (§ 3 (2)).
- Die Beiträge werden entsprechend der gesetzlichen Bezugsgröße zum 01.07. jeden Jahres angepasst (§ 3 (3)).
- Die Ansprüche werden nur noch durch angesammelte Punkte ermittelt (§ 4 (1)), nicht mehr durch Prozente.
- Es sind maximal 14000 Punkte erreichbar 1 (§ 4 (3)).
- Ein Mengenfaktor (§ 4, (4) b)), ein paritätischer Defizitausgleich und eine Rentengarantie (§ 5) werden eingeführt.

Zwei wesentliche Vorschläge von Ruland blieben unberücksichtigt: Es gibt keine gesetzliche Regelung als Grundlage für die neuen Grundsätze, und es wurde als Ausgangsjahr für den Stichtagspunktwert der Neureglung nicht das Vorjahr, sondern das Vorvorjahr festgelegt. Ruland hatte in allen Texten der „Überlegungen und Vorschläge“ das Jahr vor Inkrafttreten der neuen Satzung als Bezugsjahr für die Festsetzung des Ausgangspunktwertes genannt. Im Jahr der Erstellung seines Entwurfs 2011 war das Vorjahr 2010, für 2012 wäre es das Jahr 2011 gewesen.

Er hatte ausdrücklich unter Schlussbemerkungen vermerkt (Rn 89): „...Die Ergebnisse dieser Berechnungen (etwa der Punktwert) sind aber - schon wegen des unterstellten Inkrafttretens der Reform im Jahr 2011 – nur als Beispiele zu verstehen. Steht der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Reform fest, müssen diese selbstverständlich überprüft und aktualisiert werden.“

In den neuen GEHV heißt es in § 10 (1) Übergangsregelung: „Der Punktwert wird zum 01.Juli 2012 erstmalig festgelegt. Ausgangswert ist der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 nach den bis zum 30. Juni 2012 gültigen Grundsätzen der EHV“.

Die außerhalb der KV abgerechneten Honorare gingen damit nicht in den Stichtagspunktwert ein. Sie sollten nach § 11 GEHV erst ab dem dritten Quartal 2011 erfasst und die entsprechenden Abzüge für 4 Quartale (3/2011 bis 2/2012) an die EHV-Teilnehmer weitergegeben werden. Ob das geschehen ist, kann durch die EHV-Teilnehmer nicht kontrolliert werden. Ihre Höhe ist ihnen nicht bekannt.

Nach § 11 GEHV wurden die Einnahmen bis zur Reform 2012 nur zur Anhebung des Nachhaltigkeitsfaktors und nicht zur Anhebung des Durchschnittshonorars eingesetzt.

Seit dem 01.07.2012 werden die außerhalb der KV abgerechneten Honorare der Gesamtvergütung zugeschlagen (§ 3 GEHV) und dienen nur den Aktiven zu einer Verbreiterung der Beitragsbasis. Die erhobenen Umlagen aus Sonderverträgen werden nicht mehr an die Inaktiven weitergegeben, wie vorher entsprechend § 11 GEHV. Das kommt einer erneuten Kürzung gleich.

Damit war das Ergebnis eine Regelung, die die Vertreter der IG EHV zwang, gerichtlich gegen die neue Satzung vorzugehen.

Noch einmal: Das Bezugsjahr 2010 wurde angeblich gewählt, weil mit Beginn der neuen EHV am 01.07.2012 die Abrechnungszahlen aus 2011 noch nicht vollständig zur Verfügung standen. Wenn das tatsächlich zutreffend gewesen wäre, hätte man bei gutem Willen den Punktwert 2012 als vorläufigen Wert nehmen und einen späteren Wert dann als den endgültigen einsetzen können. Es ist nicht wahrscheinlich, dass den Satzungsgebern diese Zusammenhänge nicht bekannt gewesen sind, sondern eher wahrscheinlich, dass in Kenntnis der Zusammenhänge bewusst so gehandelt wurde.

Schon in der ersten Instanz im Verfahren gegen die Reform 2006 hat die Kammer des SG Marburg festgestellt, dass noch keine Absicherung gegen ein Absinken der Renten unter ein bestimmtes Niveau festgelegt sei. Wegen dieser Feststellung des Gerichts wurde die Begrenzung des Nachhaltigkeitsfaktors bei 80% ab dem 01.10.2011 von der KV beschlossen. Diese Regelung war insofern günstig für die KV, als bei einem Nachhaltigkeitsfaktor unter 80% durch die Umlage aus Sonderverträgen zunächst die ohnehin festgelegte Grenze von 80% erreicht und keine erhöhte Abgabe der Aktiven erforderlich würde. Der Systematik der

EHV entsprechend hätten die Honorare aus den Sonderverträgen aber der Gesamtvergütung (§3 der 2011 gültigen Satzung) zugeschlagen und ein neues Durchschnittshonorar ermittelt werden müssen.

Die fehlende gesetzliche Basis kann eine zukünftige Vertreterversammlung in Versuchung führen, die EHV erneut wesentlich zu ändern.

Positiv zu bewerten ist der Übergang zu einem beitragsfinanzierten System.

Für die Leistungsseite ist die Loslösung vom Durchschnittsumsatz als Bezugsgröße für die EHV-Bezüge vollständig gelungen. Maßgeblich für die Rentenanpassung ist die gesetzliche Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV, die amtlich errechnet wird und abhängig ist von der Entwicklung der Löhne und Gehälter. Kostenanerkennungen können zukünftig nicht mehr für Rentenkürzungen herangezogen werden.

Die Aktiven konnten sich nicht vollständig von der Umsatzbezogenheit lösen. Es wurde zwar ein Regelbeitrag eingeführt, der sich aber noch vom Durchschnittsumsatz ableitet. Es wurden 9 Beitragsgruppen gebildet, unter denen eine dem Regelbeitrag entspricht. Die Umsätze werden allerdings nur noch für die Einstufung in eine der 9 Beitragsklassen herangezogen. Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen den Umsätzen und den Beiträgen besteht nicht mehr. Die Beiträge werden wie die Leistungen entsprechend der gesetzlichen Bezugsgröße angepasst.

Die Rentengarantie, festgelegt in § 5 GEHV, entspricht der Umsetzung des Eigentumsschutzes der Rente.

Ob in Zukunft noch nennenswerte Rentenanstiege erfolgen, die wenigstens die Inflation kompensieren, bleibt abzuwarten.

Insgesamt sind die jetzigen Grundsätze der EHV ausgewogener als alle bisherigen Regelungen für die Altersversorgung der hessischen Vertragsärzte. Es ist eine wünschenswerte Entkoppelung der Passivseite von der Aktivseite gelungen durch Anlehnung an die gesetzliche Bezugsgröße.

Es bleibt das Verdienst der während der Vorbereitungen zur Reform 2012 Vorsitzenden des Vorstandes der KVH, Bert, dass sie der von uns gewünschten Beauftragung von Ruland zustimmte. Sie hatte kraft ihres Amtes die Autorität ein solches mit hohen Folgekosten behaftetes Unterfangen in die Wege zu leiten. Es ist kaum vorstellbar, dass ohne ihre Einwilligung die Reform 2012 in der beschriebenen Weise begonnen worden wäre. Zwar haben die Umstände ihr kaum ein andere Wahl gelassen, und es wären je nach den anstehenden Gerichtsentscheidungen andere Wege von Korrekturen denkbar gewesen, eine zweite Persönlichkeit mit der Kompetenz, den Kenntnissen, den Erfahrungen und dem Durchsetzungsvermögen für eine derart weitgehende Reform wie Ruland zu finden, wäre aber kaum vorstellbar ge-

wesen. Der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der KVH, Zimmermann, hat sich nicht mit Initiativen für die EHV hervorgetan.

Diesem unbestrittenen Verdienst steht aber ihr übriges Wirken im Zusammenhang mit der EHV gegenüber.

Sie hat nach der Reform 2001 in den Gerichtsverfahren bis zum BSG geduldet, dass die Juristische Geschäftsführung der KV das für die EHV existentielle Eigentumsrecht bestritt, obwohl ihr das Referat von Papier bekannt war.

Auf meinen Hinweis, dass sich in der juristischen Geschäftsführung etwas verselbständigt habe, antwortet sie, sie stehe voll hinter der juristischen Geschäftsführung.

Sie hat dem Verfasser gegenüber stets behauptet, sie stehe auf der Seite der Ruheständler, hat aber keine durchgängigen Bemühungen für eine lückenlose, sachgerechte, kontinuierliche Information oder gar Beteiligung der EHV-Teilnehmer erkennen lassen.

Nach dem BSG-Urteil vom 16.07.08 hat sie dann zusammen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden der KVH, Zimmermann, behauptet, das Eigentumsrecht für die EHV erstritten zu haben, eine Behauptung, die sie in einem Vergleich vor dem Oberlandesgericht in Frankfurt zurücknehmen musste.

12. Beirat

Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) von 2004 sind inaktive Vertragsärzte nicht mehr Mitglieder der KV und damit nicht mehr Mitglieder der Vertreterversammlung. Das ist von allen Bundesländern nur in Hessen von Belang, weil hier die Ruheständler durch die EHV noch an der Honorarverteilung der Aktiven partizipieren, in der Vertreterversammlung aber die aktiven Vertragsärzte das alleinige Gestaltungsrecht für die EHV haben. Um eine Mitsprache der Inaktiven in Fragen der EHV zu ermöglichen, hat Ruland die Einrichtung eines Beirates empfohlen.

12.1. Einrichtung eines Beirats

Ruland hat schon in seinem für die IG EHV erstellten Entwurf zur „*Neuregelung der Honorarverteilung in Hessen*“ vom Mai 2007, den wir dem Hessischen Sozialminister als Vorschlag für eine Gesetzesinitiative übergaben, Folgendes festgestellt: „*Deshalb müssen die Regelungen über die Organisationsform der Selbstverwaltungseinheiten auch ausreichende institutionelle Vorkehrungen dafür enthalten, dass die betroffenen Interessen angemessen berücksichtigt und nicht einzelne Interessen bevorzugt werden.....Diesen Vorgaben würde § 8 KVHG weder in seiner jetzigen noch in seiner vorgeschlagenen Fassung gerecht werden, weil sie wegen des*

Ausschlusses der Inaktiven aus der Mitsprache über ihre Versorgung nicht sicherstellen, dass nicht einseitige Interessen, hier: der Aktiven bevorzugt werden. Die Bestimmung ist bzw. wäre verfassungswidrig.“

In allen drei Fassungen seiner späteren „Überlegungen und Vorschläge zur Reform der erweiterten Honorarverteilung“ für die KV greift Ruland die Einrichtung eines Beirates wieder auf.

In der letzten Fassung vom 26.07.11 findet sich unter VIII Rn (88) „Regelung in verschiedenen Normebenen“, folgender Vorschlag: „Es sollte im Rahmen der gesetzlichen Neuregelung bei der KV Hessen unter Beteiligung der inaktiven Ärzte ein Beirat für Fragen der EHV eingerichtet werden.“

Ruland hat dann, wieder im Auftrag der KV, „Überlegungen und Vorschläge zur Einführung eines Beirates für Fragen der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen“ ausgearbeitet, die in zwei Fassungen, vom 25.03.11 und vom 26.07.2011, vorliegen.

In diesen Texten der „Überlegungen und Vorschläge“ für einen Beirat wird zunächst ausführlich auf die rechtlichen Rahmenbedingungen eingegangen.

im Kapitel I „Die rechtliche Eingangssituation“ ist zu lesen: „Die Überlegungen und Vorschläge des Verfassers hierzu sehen auch unter Beteiligung der inaktiven Ärzte die Einrichtung eines Beirates für die Fragen der EHV vor, dessen Einzelheiten.... mit den Beteiligten und dem Gesetzgeber abzustimmen wären.“

An anderer Stelle - (Rn 15) - heißt es: „Der jetzige Zustand ist grundgesetzwidrig.“

Und unter Rn (16): „Das Ergebnis der vorstehenden Ausführungen wird durch den Befund bestätigt, dass die Erweiterte Honorarverteilung das einzige satzungsmäßige System einer berufsständischen Altersvorsorge ist, in dem (seit 2005) die Leistungsempfänger von den Prozessen der Meinungsbildung und Entscheidung gänzlich ausgeschlossen sind.“

Unter Rn (28) wird festgestellt, dass der Beirat durch Landesrecht zu schaffen sei.

Unter III Rn (35) Vorschläge ist festgehalten: „Es ist verfassungsrechtlich notwendig, die pensionierten Ärzte und Ärztinnen an den wesentlichen Entscheidungen über die Erweiterte Honorarverteilung zu beteiligen.“

Zur Zusammensetzung des Beirates wird in Rn (39) vorgeschlagen, dass der Beirat sich aus zehn Mitgliedern zusammensetzen sollte, 6 Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung und 4 aus dem Kreis der Leitungsbezieher.

Ebenfalls unter Rn (39) heißt es: *„Für die Mitglieder des Beirats ist mindestens je ein/e Stellvertreter(in) zu wählen.“*

Den Vorsitz führt nach dem Vorschlag eines der Mitglieder der KV. Die beiden Gruppen, die Aktiven und die Ruheständler stellen je einen Stellvertreter.

Ebenfalls unter Rn (39) heißt es, die sechs der KV angehörenden Mitglieder sollten von der Vertreterversammlung in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt werden, die vier Vertreter der Leistungserbringer sollten durch Briefwahl aus dem Kreis der ehemaligen oder noch tätigen Vertragsärzte, die EHV-Leistungen beziehen, vorgeschlagen und durch die Vertreterversammlung gewählt werden.

Der Beirat solle neben dem bestehenden Beratenden Fachausschuss für EHV eingerichtet werden. Stellungnahmen zu wesentlichen Fragen, die die EHV betreffen, fielen in die Kompetenz des Beirats. Dazu gehörten (Rn 40 a):

- *„Vorschläge und Stellungnahmen zu Vorschlägen zur Änderung der Grundsätze über die Erweiterte Honorarverteilung durch die Vertreterversammlung.*
- *Vorschläge und Stellungnahmen zu Vorschlägen zur Feststellung eines neuen Punktwertsdurch die Vertreterversammlung.*
- *Stellungnahmen zu Gerichtsverfahren, die grundsätzliche Fragen der EHV betreffen.*
- *Grundsätzliche Verfahrensfragen, die die EHV betreffen.“*

Die Letztverantwortlichkeit bliebe bei der Vertreterversammlung. Der Vorsitzende und seine Stellvertreter sollten Rederecht in der VV haben (Rn 42).

Die Einrichtung eines Beirates entsprach unserem Wunsch nach einer Beteiligung der Inaktiven in Angelegenheiten der EHV.

Auf unseren Vorschlag hin fand am 28.03.11 im Beratenden Fachausschuss für EHV eine Diskussion über den Beirat statt, zu der Vertreter der IG EHV eingeladen waren, darunter der Verfasser. Wir wollten die Zeit der Berechnungen durch die Firma Heubeck nutzen für Überlegungen zur Beiratsgestaltung. Die *„Überlegungen und Vorschläge“* zum Beirat vom 25.03.11 von Ruland lagen uns zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor. Wir hatten eigene Überlegungen angestellt, die, wie sich später zeigte, in wesentlichen Punkten von den Ruland'schen abwichen.

Einige der Vorschläge der IG EHV für die Einrichtung eines Beirats sind schon in der Schilderung der Besprechung mit Sozialminister Grüttner am 03.03.11 aufgeführt. Nachfolgend eine Zusammenfassung:

- Die KV bildet für die EHV einen Beirat mit je 4 Vertretern der Aktiven und der EHV-Teilnehmer und einem Stellvertreter für jeden Vertreter.

- Die Mitglieder des Beirates werden von beiden Gruppierungen, den Aktiven und Inaktiven getrennt und direkt gewählt.
- Die Wahlperiode für den Beirat entspricht der der KV-Wahlen
- Der Beirat entscheidet mit der Mehrheit der Mitglieder.
- Die Mitglieder des Beirates wählen einstimmig einen neutralen Vorsitzenden, der die Befähigung zum Richteramt und spezielle Kenntnisse im Sozial- und Rentenrecht haben muss. Bei Abstimmungen mit Stimmengleichheit gibt seine Stimme den Ausschlag.
- Der Vorsitzende des Beirates hat bei die EHV betreffenden Belangen in der Vertreterversammlung das Recht auf Gehör.
- Die nicht der KV angehörenden Mitglieder des Beirates haben das Recht, bei der Behandlung von Belangen der EHV an den Sitzungen der Vertreterversammlung teilzunehmen, auch an nicht öffentlichen Sitzungen.
- Der Beirat berät die Selbstverwaltungsorgane der KV und überwacht die Geschäftsführung der EHV (Vollständigkeit der Bescheide, Einhaltung der GEHV, Öffentlichkeitsarbeit usw.). Er behandelt die Entscheidungsvorlagen und legt eigene Beschlussvorschläge zur Satzung der EHV, zur Satzung des Beirates und zur Feststellung bzw. Änderung der Regelumlage vor.
- Lehnt die Vertreterversammlung wiederholt die Vorlagen des Beirates ab, wird im Rahmen eines Schlichtungsverfahrens von einem zum Richteramt befähigten und im Sozial- und Rentenrecht bewanderten Schlichter entschieden. Der Schlichter wird von Beirat und Vertreterversammlung gemeinsam gewählt.
- Bis zur nächsten KV-Wahl gilt eine Übergangsregelung, für die der Beirat durch die Vertreterversammlung einerseits und die IG EHV andererseits gewählt wird.

Bei uneingeschränkter Zuständigkeit der Vertreterversammlung für alle Beschlüsse hätte der Beirat ohne Risiko für die Aktiven paritätisch besetzt werden können mit einem unparteiischen Vorsitzenden mit Erfahrung im Sozial- und Rentenrecht.

Von der paritätischen Zusammensetzung des Beirates mit einem neutralen Vorsitzenden versprochen wir uns eine ausgewogene, sachliche Diskussion in den Sitzungen, schon allein durch die Anwesenheit des Sachverständigen. Korrekturen schienen uns schon in der Entstehungsphase von Entscheidungen besser erreichbar als nach den entsprechenden Beschlüssen der VV. Bei Stimmengleichheit würde der Sachverständige mit seiner Kompetenz entscheiden. Die Beschlüsse der VV würden entsprechend in Gerichtsverfahren mehr Gewicht haben, wären weniger angreifbar.

Das Wirken des Beirates sollte nach unserer Vorstellung jahrelang sich hinziehende gerichtliche Auseinandersetzungen mit all ihren Unwägbarkeiten und Unsicherheiten weitgehend vermeiden helfen.

Wie bereits berichtet, erläuterten wir unsere Vorstellungen zum Beirat in der Sitzung des Beratenden Fachausschusses für EHV am 25.03.11 und baten, diese Ruland übermitteln zu dürfen. Zimmeck genehmigte das unter dem Vorbehalt, dass wir sie über die KV senden müssten. Der Verfasser sandte seinen Brief an Ruland am 03.04.2011 auf diesem Weg.

Er erklärte, dass er sehr gut verstanden und begrüßt hätte, wenn Zimmeck, ohne uns den direkten Weg zu Ruland zu verlegen, vorgeschlagen hätte, zunächst gemeinsam zu versuchen, eine Vorlage für die Gestaltung des Beirates zu erarbeiten.

Nach der Sitzung vom 28.03.11 wurden wir nicht mehr gehört. Zu Verhandlungen mit der KV ist es nicht gekommen.

Beim Vergleich der beiden Fassungen der „Überlegungen und Vorschläge zur Einführung eines Beirats“ vom 25.03.2011 und vom 26.07.2011 muss festgestellt werden, dass praktisch keiner unserer Vorschläge aufgenommen wurde, insbesondere wurde kein neutraler Vorsitzender vorgeschlagen. Ruland hatte uns vorher erklärt, dass er keine Einwände hätte, wenn sich durch Verhandlungen mit der KV eine andere Zusammensetzung des Beirates erreichen ließe. Er hat uns aber auch klar gemacht, dass an der letzten Entscheidungsbefugnis der KV in Sachen EHV nicht zu rütteln sein werde.

Eine Antwort auf seinen Brief an Ruland, etwa mit dem Hinweis, warum er unsere Vorschläge nicht berücksichtigen konnte, erhielt der Verfasser nie.

Auf der anderen Seite hat die KV ihrerseits wichtige Änderungen durchgesetzt, bzw. den Beirat nach ihren eigenen Vorstellungen gestaltet.

Eine gesetzliche Grundlage für den Beirat wurde nicht herbeigeführt. Weder wurde von der KV, schon gar nicht in Zusammenarbeit mit der IG EHV ein Vorschlag für eine gesetzliche Regelung ausgearbeitet, noch wurde von der Landesregierung oder den Landtagsfraktionen eine entsprechende Gesetzesvorlage in den Landtag eingebracht.

Mantz teilte dem Verfasser am 16.10.11 mit, dass eine gesetzliche Regelung für den Beirat nach Auffassung von Hoffmann, dem Geschäftsführer der KV, nicht erforderlich sei.

Es wurde von der KV keine eigene Beiratssatzung beschlossen, lediglich eine Ergänzung der Satzung durch einen § 11 d GEHV, der durch eine Vertreterversammlung mit Zweidrittelmehrheit jederzeit wieder geändert oder gestrichen werden kann.

Die Satzungsänderung wurde unseres Wissens ohne irgendeine Mitwirkung von EHV – Teilnehmern erarbeitet. Das gesamte Vorgehen der KV bei der Einrichtung des Beirates ist wieder ein Beleg dafür, dass die KV nicht im Sinne einer nach Ausgleich suchenden Selbstverwaltung auf der Grundlage geltender gesetzlicher Regelungen, sondern nach Gutsherrenart handelt, wie von unserem Anwalt in den gerichtlichen Auseinandersetzungen formuliert.

Bei den Mehrheitsverhältnissen im Beirat mit einem Übergewicht der Aktiven, der fehlenden Möglichkeit durch einen neutralen Vorsitzenden Ausgleich herbeizuführen, dem Fehlen einer Schlichtungsmöglichkeit und der Letztverantwortlichkeit der Vertreterversammlung wird bei nicht lösbaren Gegensätzen zwischen den Parteien mit einem Unterliegen der EHV-Teilnehmer nur der von Ruland in „Überlegungen und Vorschläge“ zum Beirat unter III Rn (38) angegebene Weg bleiben: *„Der Minderheitenschutz ist – wie bisher - notfalls durch die Gerichte sicherzustellen.“*

In § 11 d, der in die Satzung aufgenommen wurde, heißt es: *„Das Nähere bestimmt die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung.“*

Der Beirat ist eine neue Einrichtung der KV. Er ist in der Satzung unter den Beratenden Fachausschüssen aufgeführt, weist aber einige ihn von den Ausschüssen der Vertreterversammlung und den Ausschüssen der KV abweichende Besonderheiten auf, die nicht ohne weiteres die Anwendung der gegenwärtig gültigen Geschäftsordnung der KV auf ihn ermöglichen:

- Der Name Beirat erscheint nirgends in der Geschäftsordnung.
- Die Zusammensetzung aus Mitgliedern der KV und Nichtmitgliedern und die Mehrheitsverhältnisse im Beirat sind einmalig in Gremien der KV und unterscheiden den Beirat von den Ausschüssen. Ruland schreibt dazu: *„Auch begrifflich setzt sich ein Ausschuss eines Gremiums (Kassenärztliche Vereinigung) stets aus einer Teilmenge der Mitglieder dieses Gremiums ohne Externe zusammen“*- (Ruland, a.a.O., II 3. Rn (26)).
- Die nicht der KV angehörenden Beiratsmitglieder werden zwar von der Vertreterversammlung bestätigt, aber durch eine eigene Wahl bestimmt; sie bilden einen Teil des Beirats, der sich nicht dem Ausschussbegriff von Ruland zuordnen lässt.
- Die Sonderstellung des Beirats wird dadurch unterstrichen, dass er neben dem Beratenden Fachausschuss für EHV, in dem EHV-Teilnehmer nicht vertreten sind, eingerichtet wurde.
- Das Rederecht des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter, also von drei Personen ist ein weiteres Unterscheidungsmerkmal.
- Eine Anpassung der Geschäftsordnung hielten die EHV-Teilnehmer im Beirat insofern für sinnvoll, als damit von vorneherein bei ihrer Anwendung unterschiedliche Auslegungen vermieden und spezielle nur für den Beirat sich ergebende Regelungen hätten eingefügt werden können.

Es boten sich drei Möglichkeiten der Anpassung der Geschäftsordnung an:

- Eine sich an die bisherige Geschäftsordnung anlehrende Neufassung für den Beirat,
- die Einfügung eines speziellen Abschnitts, etwa VI a, in die bisherige Geschäftsordnung oder nur
- die Einfügung einzelner Ergänzungen in die gültige Geschäftsordnung.

Unzweifelhaft wäre die erste Lösung die klarste gewesen und Vertreterversammlung, Vorstand und Ausschüsse wären in dem Text der nur auf den Beirat ausgerichteten Geschäftsordnung nicht berührt worden. Die Geschäftsordnung hätte aber einer Satzungsänderung bedurft: Der Satz „*Näheres regelt die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung*“ hätte geändert werden müssen in: „*Näheres regelt die Geschäftsordnung für den Beirat.*“

Die zweite Möglichkeit eines eigenen Abschnitts wäre die zweitbeste Lösung gewesen, die dritte die unzureichendste.

In der konstituierenden Sitzung des Beirats am 04.09.2013 fand eine Diskussion über die Anwendung der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung statt, die zum Auftrag an den Verfasser führte, Vorschläge für eine sinnvolle Anpassungen der Geschäftsordnung zu erarbeiten.

Die vom Verfasser erarbeiteten Vorschläge wurden in der folgenden Beiratssitzung mit den sechs Stimmen der Aktiven abgelehnt. Im Ergebnis gibt es keine eigene Geschäftsordnung für den Beirat und keine Ergänzung der Geschäftsordnung. Die Bezeichnung Beirat kommt weiterhin in der Geschäftsordnung nicht vor. Es gab lediglich Übereinstimmung für die Empfehlung, sämtliche Mitglieder des Beirats zu den Vertreterversammlungen zuzulassen.

Die anwesende Susanne Pflug vom Justizariat der KVH wurde gebeten, rechtlich die vom Verfasser aufgeworfene Frage zu prüfen, inwieweit die Beiratsmitglieder über die Ergebnisse der Sitzungen berichten dürfen. Über das Ergebnis der Prüfung sollte der EHV-Beirat informiert werden.

Mantz berichtete im Beirat am 29.07.2014 von einem Beschluss der Vertreterversammlung, dass sämtliche aktiven und inaktiven Mitglieder des Beirats zu Vertreterversammlungen zugelassen werden.

Er teilte weiterhin am 29.07.2014 mit, dass die Vertreterversammlung beschlossen habe, zukünftig in einem öffentlichen und einem „*internen, nicht öffentlichen EHV-Teil*“ über die EHV zu beraten.

Die Vorschläge des Verfassers zur Änderung der Geschäftsordnung hatten sich neben der Aufnahme der Bezeichnung Beirat in die Geschäftsordnung und der Teilnahme der Mitglieder des Beirats an der VV befasst mit Einzelheiten zur Wahl des Vertreters des Vorsitzenden aus dem Kreis der Inaktiven, mit der Einberufung des Beirats, mit der Beschlussfähigkeit, dem Stellen und Zurückziehen von Anträgen, der Absetzung von Tagesordnungspunkten und der Anforderung von Unterlagen.

In einer Notiz vom 07.07 2014 hatte Dominik Eberhardt vom Justizariat der KV festgestellt, dass eine Entbindung des EHV-Beirats vom Stillschweigen gegen die Satzung der KV und die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung verstoße. Am Ende der Diskussion meinte

Hoffmann, es sollte möglich sein, im Beirat Einigkeit darüber zu erzielen, was an Informationen nach außen gegeben werden kann. Wörtlich aus dem Protokoll: „*Vom Grundsatz her sollte aber das Stillschweigen beachtet werden.*“ Der Beirat EHV müsse über Zahlen kontrovers diskutieren können, ohne dass diese gleich nach außen getragen werden. Die Aufgabe des EHV-Beirates sei es, die Vertreterversammlung vor Entscheidungen in wesentlichen Fragen der EHV zu beraten.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keine gesetzliche Regelung durch den Landtag und keine eigene Satzung, nicht einmal eine eigene Geschäftsordnung für den Beirat durch die KV beschlossen wurden, lediglich eine vom Sozialministerium genehmigte Ergänzung der Satzung der KV durch Einfügung eines § 11 d. Die Vorschläge der EHV-Vertreter im Beirat zur Ergänzung der Geschäftsordnung wurden mit der Mehrheit der Aktiven im Beirat im Wesentlichen abgelehnt.

Der Leser mag sich selbst wieder eine Meinung bilden zur Bereitschaft der KV und des Sozialministeriums, die EHV-Teilnehmer an den Entscheidungen zur EHV zu beteiligen.

Ob der Beirat eine wesentliche Wirksamkeit entfalten kann, muss sich zeigen. In seiner jetzigen Form kann er nur eine Alibifunktion für die KV haben. Ohne gesetzliche Regelung kann seine Einführung durch die Vertreterversammlung mit einer Zweidrittelmehrheit jederzeit wieder rückgängig gemacht werden.

12.2. Beiratswahl

Die Beiratswahl wurde von der KV organisiert. Unterzeichnet waren die Mitteilungen zur Wahl im Hessischen Ärzteblatt und teilweise die Informationsschreiben der KV vom Landeswahlleiter, Rechtsanwalt Matthias Mann.

Die gesamte Wahl war gekennzeichnet durch eine Reihe von Pannen.

Maßgeblich für die Durchführung der Wahl war die Wahlordnung für die Wahlen zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der Fassung vom 29.05.2010.

Im Hessischen Ärzteblatt vom März 2013 erschien eine „*Wahlbekanntmachung zur Wahl des EHV Beirats*“ vom 23.02.2013, unterzeichnet vom Landeswahlleiter mit folgenden Auffälligkeiten:

Die Wahlfrist wurde nach § 8 der Wahlordnung festgesetzt, nicht nach § 9, wie im Hessischen Ärzteblatt mitgeteilt.

In der Wahlbekanntmachung 23.02.2013 hieß es (§ 14 – Wahlvorschläge), die Vorgeschlagenen müssten Mitglieder sein, was nicht möglich war, weil die EHV–Teilnehmer seit dem GMG von 2004 nicht mehr Mitglieder der KV sind.

Die Forderung nach Angabe der Praxis (ebenfalls § 14 – Wahlordnung) war ebenso sinnwidrig.

Das Wählerverzeichnis wurde nach dem Stand vom 31.05.2012 erstellt. Damit war mehr als ein ganzer Jahrgang von EHV – Teilnehmern von der Wahl ausgeschlossen.

Offenbar war die Wahlbekanntmachung unzureichend an die Erfordernisse der Beiratswahl angeglichen worden.

Ein Anruf des Verfassers beim Landeswahlleiter, Rechtsanwalt Mann, in dem er ihn auf die Mängel aufmerksam machen wollte, führte zu der Antwort, er verstehe nicht, was der Verfasser meine. Er solle sich schriftlich an ihn wenden über die Anschrift der KVH.

Für die erste Beiratswahl war eine Wahlfrist für die Zeit vom 23.04.13 und dem 06.05.2013 festgelegt worden.

Im Hessischen Ärzteblatt vom Juni 2013 erschien dann eine „*Korrektur der Wahlbekanntmachung zur Wahl des EHV-Beirats*“ Es wurde mitgeteilt, dass wegen eines Fehlers in den bereits versandten Wahlunterlagen die Wahlfrist auf die Zeit vom 28. Mai bis 11. Juni verschoben wurde.

In einem Schreiben der KV vom 31.05.2013 an die wahlberechtigten EHV-Teilnehmer wurde darauf hingewiesen dass im Hessischen Ärzteblatt versehentlich eine falsche Wahlfrist genannt sei. Die zutreffende Wahlfrist sei vom 11.06.2013 – 25.06.2023. Insgesamt wurden damit drei Wahlfristen genannt.

Es wurden drei Wahlvorschläge, drei Listen, für die Beiratswahl bei der KV eingereicht:

- Eine Liste Dr. Harald Wirth und
- eine Liste Dr. Meinhard Quark, jeweils mit den Listenführern als einzigen Kandidaten, ohne Stellvertreter
- und die Liste der IG EHV mit 61 Kandidaten.

Die Wahlwerbung musste bei der KV eingereicht werden und wurde von dieser versandt. Eine zweite Aussendung wurde von der KV nicht gestattet.

Bei der Aussendung der Stimmzettel fiel auf, dass sowohl für die Liste Wirth als auch für die Liste Quack die Adresse von Wirth angegeben war. Damit waren die Stimmzettel ungültig.

Die Wahlunterlagen mussten erneut versandt und der Wahltermin neu festgelegt werden. Das war der Formfehler, der zu der Terminverschiebung führte.

Das Wahlergebnis wurde veröffentlicht im Hessischen Ärzteblatt Nr. 8 vom August 2013:

Liste	Stimmen	Sitze	Mandatsträger
II IG EHV	1604	4	Dr. Burk, Dr. Aßmann Dr. Plass, Dr. Nick
I Dr. Wirth	232	-	-
III Dr. Quack	109	-	-

Die IG EHV besetzte damit alle vier den EHV Teilnehmern zustehenden Sitze im Beirat.

Die ungewöhnliche Häufung von Pannen bei der Durchführung der Beiratswahl stützt die Annahme, dass von der KV den Belangen der Inaktiven keine große Aufmerksamkeit gewidmet und dem Beirat als rein beratendem Gremium keine große Bedeutung beigemessen wird. Der Landeswahlleiter scheint kaum kontrolliert zu werden und seinerseits wenig Kontrolle auszuüben. Die Zahl der Pannen bei den verschiedenen Schritten der Wahl lässt aber auch auf das Fehlen klarer organisatorischer Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten innerhalb der KV schließen.

Trotz aller Mängel wurde weder von Seiten der unterlegenen Listen, noch durch das frühe Datum für die Festlegung des Wählerverzeichnisses von der Wahl ausgeschlossene EHV-Teilnehmer die Wahl angefochten. Für die IG EHV hätte eine Wahlanfechtung mit möglicher Neuwahl kaum ein besseres Wahlergebnis bringen können, sodass eine aus rein formalen Gründen eingereichte Wahlanfechtung durch die IG EHV nur eine Verzögerung der Einberufung des Beirats zur Folge gehabt hätte und bei den Mitgliedern der IG EHV wahrscheinlich kaum auf Verständnis gestoßen wäre.

Zum Wahlergebnis ist anzumerken, dass weder Quack noch Wirth in den letzten Jahren bei der Verteidigung der Rechte der EHV-Teilnehmer oder durch besondere Kenntnisse der EHV und ihrer Reformen hervorgetreten sind. Ungewöhnlich ist, dass Wirth sogar den an den Verfasser gerichteten Widerspruchsbescheid der KV, der Grundlage ist für einen unserer am 19.02.14 durch das BSG entschiedenen Musterprozesse gegen die KV, persönlich unterschrieben hat.

Die konstituierende Sitzung des Beirats fand am 04.09.2013 statt. Es wurden die für den Beirat vorgeschriebenen Wahlen durchgeführt. Vorsitzender wurde Mantz, erster Stellvertreter Dr. Egbert Reichwein, zweiter Stellvertreter der Verfasser

Teil II

13. Die Gerichtsverfahren

Die von uns angestrebten Gerichtsverfahren spiegeln einen wesentlichen Teil der Bemühungen der IG EHV.

Ausführliche Wiedergaben der Schriftsätze und Urteile würden den Rahmen dieser Bemerkungen sprengen. Außerdem ist es für Mediziner keine leichte Kost, juristische Schriftsätze zu lesen und zu verstehen. Sie sollen aber zumindest auszugsweise wiedergegeben werden.

Die Beschränkung allein auf die Texte der Urteile hätte nicht die umfangreichen Auseinandersetzungen mit der KV deutlich gemacht, die aber gezeigt werden sollen. Es musste zur Verdeutlichung der gegensätzlichen Argumentation auf die Schriftsätze der Parteien zurückgegriffen werden, teilweise mit Einfügungen von Kommentaren. Gekürzte, für manchen trotzdem noch zulange Texte können nicht alle Facetten der Schriftsätze erfassen. Trotz der erforderlichen Kürzungen wurde aber versucht, den großen Linien der Argumentation zu folgen. Die Auswahl der Texte muss zwangsläufig der Sicht des Autors unterliegen und kann damit möglicherweise lückenhaft sein. Lesern, die tiefer in die Zusammenhänge eindringen wollen, sei deswegen empfohlen, die Originalakten einzusehen.

Es können hier auch nicht die zahllosen Berechnungen, Brief- und E-Mail-Wechsel, Telefonate, Besprechungen und Treffen in der Kanzlei Plagemann aufgeführt werden, die ihren Niederschlag in den Schriftsätzen gefunden haben, und es können nicht all die Wege zu den erforderlichen, uns aber primär nicht zugänglich gemachten, Informationen beschrieben werden. Manche wurden uns erst in den Prozessen bekannt.

Das Vorgehen ist für alle Betroffenen, also für alle EHV-Teilnehmer, bis heute gleich: Gegen die von der KV verschickten EHV-Bescheide muss gegebenenfalls innerhalb einer im Bescheid angegebenen Frist Widerspruch eingelegt werden. Die Widerspruchsführer erhalten dann von der KV einen Widerspruchsbescheid, gegen den, wieder innerhalb der im Widerspruchsbescheid angegebenen Frist, beim Sozialgericht (SG) Klage erhoben werden kann. Gegen das Urteil des SG kann Berufung beim Landessozialgericht (LSG) und gegen dessen Urteil Revision beim Bundessozialgericht (BSG) eingelegt werden. Wenn die jeweiligen Fristen überschritten sind, besteht im Allgemeinen keine Möglichkeit mehr, die Klagen bzw. Berufungen und Revisionen nachzuholen.

Anlass für den Beginn unserer Prozesse gegen die KV EHV war die EHV-Reform 2001.

Uns war klar, dass die demographische Entwicklung nicht allein zu Lasten der Aktiven gehen konnte. Wir waren aber der Auffassung, dass die Lasten gleichmäßig verteilt werden müssten.

Es ging uns von Anfang an um die Verhältnismäßigkeit der von der KV für erforderlich gehaltenen Kürzungen, die uns in dieser Reform nicht gewahrt schien. Die nachträglichen Korrekturen mit Rückabwicklung der stufenweisen Reduzierung des Höchstanspruchssatzes mit der Reform 2006 und der nachfolgenden Auflösung des Ausgleichsfonds (erste Lesung 27./28.10.2007, zweite am 15.12.07) machten aus der Reform 2001 nachträglich ein völlig einseitiges Geschehen mit der verbliebenen Kürzung nur der Inaktiven.

Was für uns daneben nicht hinnehmbar war, war der völlige Ausschluss der Inaktiven von allen sie betreffenden Entscheidungen in Angelegenheiten der EHV.

Durch einen persönlichen Kontakt erfuhr der Verfasser von Plagemann als einem für unsere Belange im Sozialrecht ausgewiesenen Fachmann. Wir entschieden uns für ihn. Er ist bis heute unser Anwalt geblieben. Lediglich für einige spezielle Fragen suchten wir weiteren Rat.

In der Versammlung der IG EHV am 10.04.2002 berichtete der Verfasser von einem vorhergehenden Gespräch zwischen ihm, Grimmer und Plagemann in dessen Büro. Plagemann hatte erklärt, dass jeder EHV-Teilnehmer gesondert Widerspruch gegen seine Honorarbescheide einlegen und gegebenenfalls klagen müsse. Eine Sammelklage sei nicht möglich. Es könnten nur Musterklagen geführt werden bei einem Ruhen der übrigen Verfahren. Er empfahl, wenigstens drei Kläger für Musterverfahren zu bestimmen, da es vorkomme, dass einzelne Verfahren aus irgendwelchen Gründen nicht zu Ende geführt würden. Bei nur einem Kläger könne bei einem Ausfall des Verfahrens die für alle Mitglieder der IG EHV angestrebte Entscheidung in einem Musterverfahren nicht erreicht werden. Es hätte dann ein neues Musterverfahren angestrengt werden müssen. Tatsächlich wurden vom Sozialgericht Frankfurt nicht, wie von uns gewünscht, neben dem Verfahren des Verfassers die Verfahren für Grimmer und Krause weiterverfolgt, sondern die Verfahren für Deister und von der Emden. Das Verfahren von Deister blieb schließlich beim Landessozialgericht hängen, sodass nur die Verfahren von von der Emden und dem Verfasser bis zum Bundessozialgericht gelangten.

Für die Klagen, die nicht weitergeführt werden sollten, wurde das Ruhen der Verfahren bei Gericht beantragt, später wurde ein Ruhen schon der Widersprüche bei der KV vereinbart, ein Vorteil für beide Seiten. Für die KV entfiel Verwaltungsaufwand, für uns fielen keine Gerichtskosten an. Für die Einzelnen ergaben sich keine rechtlichen Nachteile aus dem Ruhen der Verfahren. Zwischenzeitlich müssen mehrere tausend Verfahren bei der KV ruhen. Weitergeführt wurden nur die Musterverfahren.

Die erste Quartalsabrechnung, gegen die wir Widerspruch einlegten, war die für das Quartal 4/01, danach für alle folgenden, nach der Reform 2012 gegen die jährlichen Bescheide. Die Widersprüche richteten sich nach dem Text in unseren Widerspruchsschreiben gegen die *„Herabsetzung der EHV-Leistungen. Sie ist rechts- und verfassungswidrig“*.

In ihrem Widerspruchsbescheid an den Verfasser für die Quartale 4/01 bis 3/02 argumentierte die KV, die beanstandete Minderung des ausgezahlten EHV-Honorars resultiere allein aus der verstärkten Berücksichtigung besonderer Kosten für kostenintensive Leistungen ab dem Quartal 4/01. Es heißt: *„Diese Berücksichtigung war notwendig, nachdem zunehmend bei sinkenden Punktwerten Praxen mit kostenintensiven Leistungen Minderungen ihres angeforderten Honorars für die Erweiterte Honorarverteilung in Kauf nehmen mussten und deswegen geltend gemacht haben, dass eine kostendeckende Praxisführung bereits als Folge der EHV-Minderungen nicht möglich sei. Gleichzeitig hat die Erweiterte Honorarverteilung insgesamt auch für noch aktive Mitglieder Änderungen erfahren, die einen erheblich größeren Einschnitt bedeuten, als dies für die inaktiven Mitglieder der Fall ist. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen war aufgrund versicherungsmathematischer Berechnungen gezwungen, Änderungen in den Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung vorzunehmen, um ein Ansteigen des Belastungsprozentsatzes auf einen Bereich von 10% oder mehr zu verhindern. Es wurden deswegen verschiedene Maßnahmen durch die Abgeordnetenversammlung der KV Hessen beschlossen, um dieser Belastungsentwicklung zu begegnen und die EHV unter den bestehenden Rahmenbedingungen mittel- und langfristig zu sichern. Die gefundenen Regelungen setzen auf die Solidarität von aktiven und inaktiven Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Solidarität bedeutet in diesem Fall, dass die aktiven Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Zukunft nur noch niedrigere Höchstanspruchssätze erreichen können. Für die Empfänger von EHV-Leistungen bedeutet Solidarität die Akzeptanz leicht reduzierter EHV-Zahlungen.“*

Weiter heißt es: *„So wie Sie in Zeiten steigender Durchschnittshonorare an einer positiven Entwicklung des Durchschnittshonorars teilgenommen haben, nehmen Sie nunmehr in Zeiten stagnierender oder zurückgehender Einkommen der vertragsärztlichen Tätigkeit bei gleichzeitiger Erhöhung der Kostenlast für die aktiven Vertragsärzte an dem Zurückgehen des Durchschnittshonorars teil.“*

13.1. Prozess wegen der Folgen der Reform 2001

13.1.1. Klage vom 07.07.2003

Unter dem 07.07.2003 wurde durch Plagemann Klage beim Sozialgericht Frankfurt erhoben für drei Mitglieder der IG EHV: Grimmer, Krause und den Verfasser. Die Prozesse wurden als Musterklagen geführt, deren Ergebnisse bei weitgehend gleichen Klagegründen auf die ruhenden Verfahren der übrigen Widerspruchsführer übertragen werden konnten. Tatsächlich

wurden dann aber die Klagen des Verfassers, von Deister und von der Emden weitergeführt. Wir haben nie erfahren, warum gegen unseren Willen die Verfahren von Grimmer und Krause ausgesetzt wurden.

Parallel wurde gerichtlich versucht, durch eine einstweilige Anordnung eine aufschiebende Wirkung zu erreichen mit der Absicht, eine ungekürzte Weiterzahlung unserer Altersbezüge zu erreichen. Die entsprechende Klage wurde in zweiter Instanz vom Landessozialgericht zurückgewiesen; es wurde aber festgestellt, dass es sich bei den uns jedes Quartal zugesandten Kontoauszügen um Verwaltungsakte handele, gegen die wir klagen konnten. Regelrechte Bescheide mit einer Rechtsbehelfsbelehrung gab es erst ab der Reform 2006 mit dem 3. Quartal 2006, wohl unter dem Eindruck des erstinstanzlichen Urteils des SG Marburg. Darin wurde gefordert, dass in den Bescheiden die wichtigsten Eckpunkte der Berechnungen der Altersbezüge aufgeführt sein müssen.

13.1.2. Klagebegründung

In der Begründung zur Klage v. 07.07.2003 wies Plagemann auf eine Vorlage für die Abgeordnetenversammlung hin, in der es hieß: *„Diese zusätzliche Kostenberücksichtigung wirkt individuell. Sie hat jedoch im Ergebnis für die Empfänger von EHV-Zahlungen die Folge, dass nach vorläufigen Berechnungen mit einem Rückgang der EHV-Zahlungen um ca. 5 – 6% im Hinblick auf eine gleich hohe Reduzierung des Durchschnittshonorars zu rechnen ist“* (2., S. 3).

Hier muss vom Verfasser eingefügt werden, dass bei Hinzurechnung der Kürzungen der Inaktiven durch die vorhergehende Laborreform die Gesamtkürzung sich auf etwa 8% belief.

Plagemann führte dann aus, dass diese Kürzung rechts- und verfassungswidrig sei und gegen Art. 14 GG verstoße. Der Gesetzgeber sei nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes befugt, dieses Eigentumsrecht zu beschränken. Die Einschränkung des Eigentumsrechts müsse aber einerseits verhältnismäßig und andererseits durch übergeordnete öffentliche Interessen legitimiert sein. Er wies darauf hin, dass der Kläger (in vorliegendem Fall der Verfasser) die Rentenansprüche aufgrund ausschließlich eigener Beitragsleistungen erworben habe. Man hätte - wie bereits in den 50er Jahren seitens der Versicherungsmathematiker vorgeschlagen - einen Kapitalstock bilden können, aus dem heute die Leistungen zu gewähren wären.

13.1.3. Erwiderung der KV vom 09.02.2004

In ihrer Erwiderung wies die KV auf die demographische Entwicklung hin, die die Reform erforderlich machte. Erschwert werde diese Problematik durch die Festlegung der früher flexiblen vertragsärztlichen Altersgrenze auf 65 Jahre durch den Bundesgesetzgeber. Ohne

Anpassung der EHV hätte es im ungünstigsten Fall zu einer Umlagebelastung von 10% kommen können (I., S. 1,2).

Es wurde auf die Einschränkung der Rechte der aktiven Vertragsärzte verwiesen (I. 1., S. 2):

Die bisherige auf 35 Jahre angelegte Normalstaffel mit überproportionalen „Anspruchszuwächsen“ zu Beginn sei umgewandelt worden in eine lineare Staffel mit einer Laufzeit von 30 Jahren (I. 1. a., S. 2).

Die erreichbaren Ansprüche sollten sukzessive reduziert werden von 18% auf 15% (I. 1. b., S. 2).

Es gebe keine Punktgutschriften oberhalb des doppelten Durchschnittsumsatzes (I. 1. c., S. 2).

Der Aufbau eines Ausgleichsfonds sei beschlossen worden (I. 2., S. 3).

Bei den Inaktiven sei das Durchschnittshonorar der korrigierbare Parameter. Korrekturen des Durchschnittshonorars seien über die zusätzliche Berücksichtigung von besonderen Kosten möglich. Die Absenkung des Durchschnittshonorars und damit verbunden die Absenkung der EHV-Bezüge liege bei 5 – 6% (I. 3., S. 3,4).

Entscheidend in der Argumentation der KV war die Feststellung, dass die Regelung nicht gegen Art. 14 GG verstoße. Der maßgebliche Anspruchssatz des Klägers bestehe in unveränderter Höhe fort. (II. 1. a., S. 4).

Die Modifikation der sog. besonderen Praxiskosten sei nicht an Art. 14 GG, sondern an Art. 12 I GG i. V. m. Art. 3 GG zu prüfen, da es sich im Ergebnis um eine Änderung innerhalb der Honorarverteilung handele (II. 1. b., S. 4).

Diese Position, die EHV sei Teil der Honorarverteilung und unterfalle insofern nicht dem Eigentumsrecht, wurde von der KV durch alle Instanzen bis zum BSG vertreten, und das, obwohl das Referat von Papier innerhalb der KV bekannt war. Das ist insofern verwunderlich, als auch die Aktiven ein Interesse daran haben müssten, dass ihre Umlagen zu eigentumsgeschützten Anwartschaften führen.

Für diese Haltung lassen sich im Wesentlichen zwei Gründe vermuten. Einmal könnte es sein, dass die Mitglieder der VV keinen Zugang zu den Schriftsätzen der juristischen Geschäftsführung hatten. Zum anderen dürften die Detailkenntnisse über die EHV in der Vertreterversammlung, ähnlich wie früher in der Abgeordnetenversammlung, nicht allzu hoch gewesen sein. Die Unkenntnis zumindest der Argumentation in Bezug auf das Eigentumsrecht muss bis in den Vorstand gereicht haben, sonst hätten die beiden Vorsitzenden nach dem Urteil des BSG nicht die paradoxe Behauptung aufstellen können, die KV habe das Eigentumsrecht

für die EHV gerichtlich erstritten. In einem Vergleich vor dem Oberlandesgericht Frankfurt mussten die Vorsitzenden dies zurücknehmen.

Die KV argumentierte in ihrem Schriftsatz, mit der „*Modifikation der Bemessungsgrundlage*“, - gemeint ist die Absenkung des Durchschnittsumsatzes durch Kostenanerkennung - habe sie nicht in die eigentumsgeschützte Rechtsposition eingegriffen. Es gebe keinen geschützten Bestand der Verteilungsmasse an der Gesamtvergütung, der für die EHV zur Verfügung stehe. Entscheidend sei, dass es sich bei der EHV um eine Form der Honorarverteilung und nicht um ein berufsständisches Versorgungswerk handle (II. 1. b., S. 6).

Diese Argumentation war insofern besonders krass und unverständlich, als über Jahre den vor der Niederlassung stehenden Ärzten, den zukünftigen Kassenärzten, von den Beratern der KV erklärt worden war, ihre Altersversorgung sei die EHV. Von ihrer Gründung im Jahr 1954 bis zur Gründung des Versorgungswerkes der Kammer 1968 war sie die einzige Altersversorgung der Kassenärzte. Für die älteren Jahrgänge ist sie das bis heute geblieben.

Die KV erklärte: „*Die Regelung in § 5 GEHV nF verstößt nicht gegen Art.12 I GG iVm Art. I GG.*“ Sie beruhe auf einem „*sachlichen Kriterium, das es der Beklagten erlaubt, die Verteilung der Gesamtvergütung auf die EHV-Verteilungsmasse und HVM-Verteilungsmasse neu zu gestalten.*“ Das „*sachliche Kriterium*“ bestehe in der Erhaltung der Funktions- und Leistungsfähigkeit der EHV (II. 2., S. 7).

Wenn die Gerichte dieser Argumentation gefolgt wären, hätte in Zukunft dieses oder ein anderes, nach Gutsherrenart bestimmtes „*sachliches Kriterium*“ die Altersbezüge verändern können. Es hätte für die EHV-Teilnehmer keinen Schutzwall mehr gegeben.

Insbesondere im Hinblick auf die nachträglichen Änderungen dieser Reform im Jahr 2006, die praktisch der weitgehenden Rückabwicklung der Belastungen für die Aktiven gleichkamen, müssen die Hinweise auf Generationengerechtigkeit und Solidarität zynisch erscheinen.

Es heißt in dem Schriftsatz weiter, die Reduzierung der „*immer noch beachtlichen EHV-Bezüge*“ belaste den Kläger nicht übermäßig. Sie liege ohnehin noch innerhalb der möglichen Schwankungen des maßgeblichen Durchschnittsumsatzes (II. 2. c., S. 8).

Hier wird nicht unterschieden zwischen dem systemimmanenten Schwanken des Durchschnittsumsatzes und dem durch die KV herbeigeführten willkürlichen Schwanken, das zu dem ersten addiert werden muss.

Einen Vertrauenstatbestand auf Zahlung von EHV-Bezügen in Höhe eines festen Betrags sei zu keinem Zeitpunkt von der Beklagten geschaffen worden und gebe es systembedingt auch nicht (II. 2. c., S. 8/9).

Er war von uns auch nie gefordert worden.

Die Versorgungseinrichtungen der Kassen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die ihre Zulässigkeit nur aus früherem Recht herleiteten, beruhten auf Fürsorgeerwägungen und nicht auf der Absicht, eine der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbare Versorgung bereitzustellen (II. 2. c., S. 9).

Eine alleinige Belastung der aktiven Vertragsärzte könne sogar mittel- bis langfristig Probleme der Sicherstellung nach sich ziehen (II. 2. d., S. 10).

Ein Argument, das bis heute immer wieder aufgegriffen wird, obwohl der IG EHV nicht ein einziger Fall bekannt ist, dass ein Arzt wegen der EHV einen Niederlassungsort außerhalb Hessens bevorzugt hätte.

13.1.4. Entgegnung Prof. Plagemann vom 20.04.2004

Plagemann wies in seiner Erwiderung darauf hin, dass die gesetzlich vorgeschriebene Grenze für die Aufgabe der Vertragsarztstätigkeit nicht bei 65, sondern bei 68 Jahren liege (1. A), S. 1).

Die umsatzbezogene Belastung unter Zugrundelegung des EHV-relevanten Honorars liege bei 5,07%, und bei Zugrundelegung des tatsächlichen Umsatzes zwischen 4,8% und 4,09%, also niedriger als zur Zeit der Reform (1. b), S. 2).

Er wies darauf hin, dass die Aktiven das durch die Kürzung der Alten eingesparte Honorar für eine sonstige Altersversorgung nutzen könnten (1. c), S. 2).

Die Belastungen für den „*Honorarausgleichsfonds*“ würden zunehmend geringer. Eine Höchstbelastung von 6% solle nicht überschritten werden, das heiße dieser Fonds diene allein der Beitragsstabilität, nicht der Stabilität der Altersbezüge (1. d), S. 2).

Plagemann ging dann noch einmal ausführlich auf das Eigentumsrecht in der EHV ein. Es handele sich nicht um reine „*Fürsorgeleistungen*“, sondern um eine zu 100% eigenfinanzierte Rentenanwartschaft. Diese Rentenanwartschaften stünden nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes unter dem Schutz der Eigentumsgarantie gemäß Art. 14 GG (2. c), S. 3).

Die Aufwendungen für einen Kapitalfonds rechtfertigten nicht eine Beschneidung der Eigentumsrechte der Versorgungsempfänger (2. c), S. 4).

Es gehe hier um Einbußen von rund 8%. Es gebe zahlreiche Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes, in denen eindeutig klargestellt worden sei, dass der bisher erreichte Rentenzahlbetrag nicht unterschritten werden dürfe (2. e), S. 4/5).

Es heißt dann: *„Maßstab für eine Schrankenziehung kann nicht irgendein Wunsch der aktiven Mitglieder oder ein Schlagwort wie das vom Interessenausgleich zwischen den Generationen sein, sondern der Maßstab muss sich aus der Wahrung des Lebensstandards ergeben: Wenn den Aktiven Mehrbelastungen nicht zuzumuten sind, sondern ihr Einkommensniveau erhalten werden soll, muss gleiches erst recht für Versorgungsempfänger gelten“* - (2. e), S. 5).

Und weiter: *„Die Beklagte argumentiert, die aktiven Vertragsärzte würden wegen der Zahlung zur EHV unzumutbar belastet. Dies ist schlicht falsch: Die Aufwendungen für EHV plus halber Beitrag für das Versorgungswerk der Ärzte unterschreiten den vollen Beitrag für das Versorgungswerk. Der aktive Vertragsarzt muss für seine Altersversorgung also weniger bezahlen als ein bei der BfA versicherter angestellter Arzt, dessen Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze erreicht“* (2. f), S. 6).

Diese Angaben bezogen sich auf eine Gegenüberstellung beider Zahlungen durch das Büro Heubeck. Dazu muss angemerkt werden, dass die Zahlen für die EHV Durchschnittswerte enthielten. Im Einzelfall konnten die Umlagen darunter oder darüber liegen. Die niedrige Höhe des Durchschnittsumsatzes bei erheblichen Verwerfungen im Einzelnen weist aber auf die Verzerrungen oder Verwerfungen innerhalb des Systems der EHV hin. Hier hätte zunächst eine Korrektur ansetzen müssen.

13.1.5. Erwiderng der KV vom 10.05.2004

Die KV blieb in einem Schriftsatz vom 10.05.2004 bei der Auffassung, dass die strittige Regelung zur Ermittlung des EHV-relevanten Honorars nicht dem Schutzbereich des Art. 14 GG unterfalle (1., S. 1).

Den erworbenen Anspruchssatz habe die KV unverändert gelassen (1. a., S. 2).

Gerade darin lag aber die Bedrohung der Altersbezüge. Die KV war der Auffassung, sie könne die Berechnungsgrundlage beliebig ändern, auch wenn die Altersbezüge dabei erheblich sinken würden, wenn sie nur den in Prozent oder Punkten erworbenen Anspruchssatz unverändert lasse.

Das Argument, dass mit der Reform der erreichte Höchstanspruchssatz nicht angegriffen und damit das Eigentum nicht verletzt worden sei, konnte nach unserer Auffassung nicht gelten, da ohne die Bezugsgröße Durchschnittsumsatz ein Höchstanspruchssatz von 18% nur eine abstrakte Größe wäre, der kein konkreter Wert zugemessen werden könnte. 18% und Durchschnittsumsatz müssen als Einheit der Eigentumsgarantie unterliegen mit gleichwertigen, nicht nach Belieben zu ändernden Komponenten.

In der Argumentation der KV zeigte sich, wie wichtig es ein würde, in einer zukünftigen Reform den willkürlich veränderbaren Durchschnittsumsatz als Bezugsgröße abzulösen.

13.1.6. Urteil SG Frankf. v. 19.05.04 Az.: S 27 KA 2512/03 verbunden mit S 27 KA 3898/03

In seinem Urteil vom 19.05.04 hat das Sozialgericht Frankfurt die Klage abgewiesen.

In den Entscheidungsgründen stellt das Gericht noch einmal fest, dass der Quartalskontoauszug den Mindestanforderungen eines Verwaltungsaktes genügt (S. 7).

Die Klage sei unbegründet. Wörtlich heißt es: *„Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, dass ihm ab 01.10.2001 die Leistungen gemäß der EHV ungekürzt ausgezahlt werden...“* - (S. 8).

Die Beklagte habe die Regelungen der EHV zur Berechnung der Honoraransprüche des Klägers in den streitbefangenen Quartalen richtig angewandt (S. 8).

Die angegriffenen Regelungen der EHV seien nicht rechtswidrig und griffen nicht unverhältnismäßig in die Rechte des Klägers ein (S. 9).

Die Neufassung der EHV verletze den Kläger nicht in seinem Recht aus Art. 14. GG (S. 9).

Das Gericht stellte fest, dass es sich bei der EHV im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung nicht um eine Vollversicherung, sondern nur um eine Grund- und Teilversicherung gegen die genannten Wechselfälle des Lebens handle. Verwiesen wird dabei auf ein LSG-Urteil (S. 11).

Weiter heißt es: *„Als ein auf eigener Leistung des Versicherten beruhendes subjektiv öffentliches Recht steht der Anspruch auf Teilnahme an der EHV unter dem Schutz der Eigentumsgarantie des Art. 14 GG“* - (S. 15).

Die Änderung durch Neureglung der GEHV sei aber rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seiner eigentumsrechtlich geschützten Rechtsposition (S. 19).

Später heißt es dann: *„Dieser Gestaltungsspielraum umfasst dabei nicht nur die Frage der Abführung von Geldbeträgen, sondern auch den Leistungsbereich, da die Einrichtung der EHV nicht den engen Grenzen eines Versorgungswerkes unterliegt. Der EHV ist auch nicht mit versicherungsmathematischen Überlegungen mit Erfolg zu begegnen, da das Regelwerk nicht den zwingenden Grundsätzen von Leistung und Gegenleistung unterworfen ist“* - (S. 23).

Diese Ausführungen sind für uns bis heute nicht verständlich.

Das Gericht meint dann: *„Der Eingriff ist für die Betroffenen auch zumutbar. Er belastet sie nicht übermäßig. Durch die Neuregelung der EHV sind Einbußen von 5 – 6% bei der Honorarverteilung hinzunehmen. Soweit der Kläger auf Verluste durch die Laborreform verweist, handelt es sich um äußere Faktoren, die unabhängig von der Satzungsänderung sind. Die Schwelle der Unzumutbarkeit wird durch die Satzungsänderung nicht erreicht“* - (S. 23).

Was unter Zumutbarkeit und Übermaß zu verstehen ist, wird nicht erläutert.

Es heißt dann weiter, es sei jedenfalls zu berücksichtigen, dass die zur Zeit noch aktiven Ärzte bei ihrem Ausscheiden per se nur noch einen geringeren Prozentsatz an der EHV erreichen könnten als die jetzt bereits passivierten Ärzte, diese allerdings in Zeiten verminderter Honorarvolumina durch Beibehaltung einer nahezu festen Auszahlungssumme eine faktische Erhöhung ihres Prozentsatzes erreichen wollten. Gerade unter dem rechtlich wenig fassbaren Begriff der Generationengerechtigkeit sollte dies vom Kläger anerkannt werden (S. 23).

Die Kammer greift dann das Argument der KV auf, die hier letztlich in Streit stehende begrenzte Minderung des Anspruchs liege noch innerhalb der Bandbreite der ohnehin möglichen Schwankungen der EHV-Auszahlungen (S. 24).

Hier kann dem Gericht nicht gefolgt werden. Noch einmal zur Erläuterung: Von uns ist keine feste Auszahlungssumme erwartet worden. Uns war völlig klar, dass mit dem systembedingten Schwanken des Durchschnittsumsatzes auch unsere Auszahlungen schwanken mussten. Wir wandten uns von Anfang an aber gegen die willkürlich herbeigeführte Änderung des Durchschnittsumsatzes. Das hat das Gericht nicht eindeutig herausgestellt.

Dazu noch ein Zitat: *„Es steht – insoweit zwischen den Beteiligten auch unstreitig - fest, dass der Kläger mit einem festen Prozentsatz an der EHV teilnimmt. Lediglich der Geldwert, der diesem Anspruch entspricht, ist offen und wird jedes Quartal neu festgesetzt. Dies war allerdings auch vor der Änderung der EHV-Vorschriften stets so, so dass der Kläger dahingehend keinen Vertrauensschutz geltend machen kann. Es bestand nämlich zu keinem Zeitpunkt seit Einführung der EHV für die passiven Vertragsärzte Sicherheit darüber, wie hoch ihr genauer Anteil an der EHV für jedes Quartal sein wird. Lediglich eine ungefähre Richtgröße, basierend auf dem Durchschnitt der aktiven Honorarforderungen, ist seitens der Beklagten mitgeteilt worden“*- (S. 24).

Dieses Zitat ist die Essenz des Urteils. Es folgt weitgehend der Argumentation der KV. Es wird keine Grenze gezogen für mögliche Absenkungen der Altersbezüge. Es heißt lediglich die Absenkung sei zumutbar und verhältnismäßig. Es wird keine Übergangslösung gefordert. Es wird der KV freie Hand gelassen für jegliche Absenkung. Es kann nicht erstaunen, dass daraufhin die KV eine weitere noch eingreifendere Reform beschloss, auch wenn das Urteil bei der Einführung der Reform nicht rechtskräftig war. Die KV scheute sogar nicht davor zurück, die die Aktiven belastenden Teile der Reform 2001 rückgängig zu machen, sodass im Wesentlichen die Belastung der Inaktiven blieb. Das konnte von uns nicht hingenommen werden. Berufung wurde eingelegt.

Eine zentrale Frage zu dem Urteil des SG lautete für uns, woher das Gericht die Wertung „zumutbar“ nahm.

Nach unserer Auffassung war zur Entlastung der kostenintensiven Praxen zunächst eine andere Verteilung der Lasten innerhalb der Gruppe der Aktiven eine Option. Die Quotierung der Abzüge für die bisher Begünstigten wäre dadurch zwar etwas erhöht worden, die Gesamtsumme der Abzüge wäre aber gleich geblieben. Die Möglichkeit eines sozialen Ausgleichs im Rahmen der Abzüge wäre erhalten geblieben. Genau an dieser Stelle zeigte sich für uns, dass nicht eine Entlastung der kostenintensiven Praxen das Hauptziel der Maßnahme war, sondern eine Reduzierung der Umlage auf Kosten der Ruheständler.

Wenn die Sicherung der EHV das Hauptziel gewesen wäre, hätte die KV dem Vorschlag des Büros Heubeck für eine Dämpfung des Anstiegs der Altersbezüge folgen können.

13.1.7. Berufung vom 22.06.2004

Mit Schreiben vom 22.06.2004 legte Plagemann Berufung gegen das Urteil des SG Marburg vom 19.05.2004 ein.

13.1.8. Schriftsatz Prof. Plagemann zur Berufungsbegründung vom 08.03.2005

Plagemann wies in seiner Berufungsbegründung darauf hin, dass der Eigentumsschutz der Ansprüche durch das SG bestätigt worden sei und der Eigentumsschutz daraus folge, dass die Finanzierung der Ansprüche allein durch „Beiträge“ der Ärzte erfolgt sei (1., S. 1).

Das Hessische Landessozialgericht habe immer wieder darauf abgehoben, dass auch im Leistungsbereich eine Parallelität zwischen dem Recht der berufsständischen Versorgung einerseits und der EHV andererseits bestehe (2., S. 2).

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sei der Anspruch auf Rente in dem Umfang eigentumsgeschützt, in dem er per Gesetz bzw. Satzung festgelegt und definiert sei. Das Bundesverfassungsgericht habe klargestellt, dass Änderungen des Gesetzes, die Auswirkungen auf die Höhe der Rentenanwartschaften haben, einen Eingriff in den Schutzbereich des Art. 14 GG darstellen. Er übereichte dazu als Anlage die Ausarbeitung von Papier und verwies auf das Ebsengutachten (3., S. 2/3).

Der Eingriff gegen die Rechtsstellung der Rentenbezieher habe eine Absenkung der Renten zur Folge von ca. 7 bis 8%. Der Abzug der Praxisgebühr von der Gesamtvergütung bewirke eine Reduzierung der Leistungen um ungefähr 0,5%. Einschließlich der von den Krankenkassen reduzierten Gesamtvergütung ab Sommer 2004 um 1% für die Integrierte Versorgung, belaufe sich die Kürzung auf 10% (4., S. 3,4).

Das mit dem Eingriff verfolgte Ziel, das System der EHV „auch für die Zukunft finanzierbar“ zu halten sei unzutreffend. Das Ziel sei gewesen, die aktiven Vertragsärzte, jedenfalls die kos-

tenintensiven Praxen, zu entlasten. Das Ziel der Entlastung der aktiven Ärzte habe mit dem Eingriff bei den passiven Kollegen nichts zu tun. Es heißt: „*Die heute passive Ärzteschaft hat durch eigene Beitragsleistungen einen Versorgungsanspruch erworben, in den im Lichte des Art. 14 GG nur eingegriffen werden darf, wenn das mit dem Eingriff verfolgte Ziel überhaupt etwas mit dem erworbenen Status der passiven Vertragsärzte zu tun hat*“ - (S. 4,5, 5. a).

Das System der EHV unterliege selbstverständlich „den zwingenden Grundsätzen von Leistung und Gegenleistung“ - (5. b), S. 5).

Aus Sicht des Grundrechtsschutzes könne nur ein solcher Eingriff geeignet sein, der mit einem Ziel verbunden sei, welches im Lichte des Art. 14 GG auch den Kläger schütze. Das sei nicht ersichtlich (5. c), S. 5,6).

Der Eingriff sei nicht erforderlich gewesen. Es wird auf die die von dem Büro Heubeck vorgelegene Möglichkeit der „*Dämpfung*“ verwiesen. Danach nähmen die Ruheständler nicht mehr in vollem Umfang an den Steigerungen der Bezüge der Aktiven teil (5. d), S. 6).

Der Eingriff sei nicht verhältnismäßig. Das Gericht meine, der Kläger sei mit Einbußen von 5 bis 6% zumutbar belastet. Es wird die Frage gestellt, woher das Gericht diese Wertung nehme. Es gehe hier auch nicht um die Generationengerechtigkeit, für die „*der Kläger schon seit vielen Jahren intensiv eingetreten ist*“, als er in der Finanzierung der Leistungen der EHV einen Kapitalstock gefordert habe (5. e), S. 6/7).

Unverhältnismäßig sei die Kürzung auch deswegen, weil die Summe aus der Umlage für die EHV und dem Beitrag für das Versorgungswerk nicht einmal den vergleichbaren Beitrag zur BFA erreiche (5. e), S. 7).

Und unverhältnismäßig sei die Maßnahme, weil es um die Entlastung der kostenintensiven Praxen gehe, also die Begünstigung einiger weniger Facharztgruppen, deren Belastung aber nicht durch die Ruheständler verursacht sei (5. e), S. 7).

Das Bundesverfassungsgericht habe immer wieder deutlich gemacht, dass bei der Frage der Verhältnismäßigkeit auch die Belastung der Betroffenen in ihrer Summe zu berücksichtigen sei. Mehr und mehr Honorare würden an die aktiven Vertragsärzte an der KV vorbei gezahlt. Insgesamt sei eine Belastung erreicht, die außer Verhältnis zu dem verfolgten Ziel stehe (5. e), S. 7,8).

Da der Eingriff so weder zumutbar noch verhältnismäßig im engeren Sinne sei, verstoße die Korrektur der Grundsätze der EHV zu Lasten der passiven Vertragsärzte gegen deren Grundrecht aus Art. 14 GG (S. 8, 5. e)).

Es wird dann auf Bezüge zur Rentenversicherung verwiesen und zu bedenken gegeben, dass nach dem Grundgesetz nicht zulässig sei, das Rentenniveau beliebig abzusenken. Nach einer

Festschrift von Prof. Dr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht dürften die Rentenansprüche nach unten korrigiert werden, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen sinken und gleichzeitig das gesamte Bruttoinlandsprodukt sinke. Davon könne nicht die Rede sein (6., S. 8).

Papier vertrete die Auffassung, dass die gesamten Beitragsaufwendungen mit einer durchschnittlichen Verzinsung unantastbares Eigentum jeden Rentners seien (6., S. 9).

Weiter werden dann noch Verbindungen zum Beamtenrecht angesprochen.

Abschließend wird die Beiladung der Landesregierung zu dem Verfahren beantragt, weil es nach dem Gutachten von Ebsen Aufgabe des Landesgesetzgebers sei, mit einer Fortentwicklung des KVHG die Vertreterversammlung der KV zu verpflichten, die Rechte der „*Ruheständler*“ in verfassungsmäßigem Umfang zu wahren (8., S. 11).

Das Land könne sich der Mitverantwortung für den Fortbestand und die Sicherheit des Systems nicht entziehen, da der Landesgesetzgeber mit § 8 KVHG einen Teil der Kriegsfolgelasten auf die KV übertragen habe (8., S. 11).

13.1.9. Erwiderung der KV vom 03.08.2005

Die Erwiderung der KV enthält zum Teil Wiederholungen. Die Reform 2000 sei geeignet, erforderlich und zumutbar (S. 1).

Die Reformelemente hätten das Ziel, die EHV trotz der demographischen Probleme für die Zukunft als finanzierbar zu erhalten (I., S. 2).

Infolge eines ansteigenden EHV–Abzugs würde sich die Attraktivität Hessens mindern mit der Folge von Sicherstellungsproblemen (I., S. 2).

Dass die Entlastung der aktiven Vertragsärzte mit dem Eingriff bei den EHV-Empfängern nichts zu tun habe, sei eine isolierte Betrachtungsweise (I., S. 2).

Der Eingriff sei geeignet, den Vorwegabzug der EHV zu reduzieren (2., S. 3).

Der Eingriff sei erforderlich, weil kein anderes Mittel ersichtlich sei, das ebenso gut den Problemen entgegenwirke. Eine Maßnahme sei nicht schon deswegen verfassungswidrig, „*weil die Betroffenen anderweitige für sie im Ergebnis günstigere Gestaltungsmöglichkeiten sehen*“ - (3., S. 3).

Der Eingriff sei angemessen. Wieder wird die Darstellung aufgegriffen, die Absenkung der EHV-Bezüge bewege sich im Rahmen des Schwankungsbereichs der vorhergehenden Quartale, verkennend, dass die willkürlichen Kürzungen zu den systembedingten addiert werden

müssen (4., S. 4). Bei der Frage der Verhältnismäßigkeit sei auf die maßgebenden Verhältnisse zum Zeitpunkt des Normerlasses abzustellen. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens von Ebsen habe es die verschärft auftretende Problematik der Erzielung vertragsärztlicher Honorare außerhalb der Gesamtvergütung noch nicht gegeben. Das Sozialgericht habe darauf hingewiesen, dass es sich bei diesen Aspekten um äußere Faktoren handle, die unabhängig von Satzungsänderungen seien. Bei vermehrten Honorierungen außerhalb der Gesamtvergütung und damit verbundener Absenkung des Durchschnittsumsatzes habe die KV keine rechtliche Option, diese Einnahmen in die EHV einzubeziehen (4., S. 4/5).

Hier wird nicht erwähnt, dass die außerhalb der KV abgerechneten Honorare beitragsfreie Honorare sind. Sie vermindern die Gesamtvergütung, da die Krankenkassen das tatsächliche Volumen ihrer Zahlungen nicht erhöhen. Das Durchschnittshonorar und damit die Leistungen an die Inaktiven vermindern sich. Die prozentuale Belastung der Aktiven sinkt.

13.1.10. Erwiderung von Prof. Plagemann vom 24.08.05

Plagemann wiederholt noch einmal, dass „die beanstandete Regelung gegen Grundrechte des Klägers“ aus Art. 12 und 14 GG verstoße (1., S. 1).

Das Ziel der Satzungsänderung sei, die aktiven Ärzte beitragsmäßig zu entlasten, nicht die EHV für die Zukunft zu erhalten (1.a, S. 1).

Da die Beklagte das mit dem Eingriff verbundene Ziel widersprüchlich formuliere, könne dieses Ziel auch in seiner „Gesamtheit“ nicht als legitim bzw. verhältnismäßig im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes angesehen werden (1.c, S. 2).

Die KV verschweige, dass ausschließlich in Hessen die Vertragsärzte bezüglich des Beitrages zum Versorgungswerk begünstigt würden durch eine fünfzigprozentige Ermäßigung (1.b, S. 2).

Es gebe keinen Bewerber, der wegen der EHV die Niederlassung in Hessen scheue (1.b, S. 2).

Klarzustellen sei, dass der Eingriff jedenfalls nicht erforderlich sei. Auf die schon Jahre vorher bestehende Möglichkeit der Umstellung auf ein kapitalgedecktes System, wird hingewiesen. Gemeint war unsererseits der Aufbau eines Honorarausgleichsfonds oder Kapitalpuffers zwischen den Generationen (1.c, S. 2).

Der Eingriff sei unverhältnismäßig. Die Absenkung der EHV-Bezüge addiere sich zu den Quartalschwankungen. Unverhältnismäßig sei die Maßnahme auch, weil die außerhalb der KV abgerechneten Honorare allein den schon Begünstigten zugutekämen (1.e, S. 2).

Am 07.11.2005 verwies Plagemann das LSG auf einen Bericht im Hessischen Ärzteblatt, der die nächste Reform ankündigte, nach der langfristig die EHV-Belastung eine Grenze von 5% nicht überschreiten solle.

Wir hatten die Hoffnung, dass das LSG diese weitere Maßnahme schon in seine Überlegungen einbeziehen würde.

13.1.11. Erwidern der KV v. 21.02.06 auf die Schriftsätze vom 27.08 und 07.11.2005.

Die KV erwiderte nochmals am 21.02.06: Neben Bekanntem wird darauf hingewiesen, dass die Umstellung auf ein kapitalgedecktes System bei der Historie der EHV hier nur theoretischen Charakter habe (3., S. 2).

Die Vertreterversammlung verfüge über keine außerordentlichen Mitglieder mehr. Sie sei trotzdem zur Änderung der Grundsätze der EHV befugt (4., S. 3).

Es folgen juristische Erörterungen zu Entscheidungen des BVerwG, des BVerfG und des BGH in Bezug auf Art. 14 GG, die nicht unmittelbar die EHV betreffen.

Es heißt am Schluss: *„im Ergebnis bleibt daher die Beklagte bei ihrer Auffassung, dass der Kläger nicht hinreichend würdigt, dass innerhalb einer Solidargemeinschaft Lasten nicht einseitig einer Gruppe aufgebürdet werden dürfen“* – (6., S. 5).

Diese einseitige Belastung war gerade unser Vorwurf an die KV.

13.1.12. Schreiben des Hessischen Sozialministeriums vom 13.07.06 an das LSG

Nach Auffassung des hessischen Sozialministeriums lag ein Verstoß gegen maßgebende Bestimmungen bei der Genehmigung der GEHV nicht vor.

Es heißt: *„Zum jetzigen Zeitpunkt ist eine Bewertung dahingehend, ob die aufgrund der demographischen Entwicklung des Vertragsarztrechts zu erwartenden Kürzungen der EHV-Zahlungen den Schutzbereich des Art. 14 GG verletzen, nicht möglich.“* Im Übrigen sei es Aufgabe der KV, die Satzung fortdauernden Veränderungen anzupassen.

Es wird auf ein von der Landesregierung als Reaktion auf das Ebsengutachten in Auftrag gegebenes Gutachten von Merten verwiesen. In dem Gutachten werde festgestellt, dass die Übertragung der Alterssicherung der Vertragsärzte auf die Selbstverwaltung mit den Grundprinzipien des Grundgesetzes in Übereinstimmung stehe. Durch diese Übertragung werde das demokratische Prinzip ergänzt und verstärkt, weil hierdurch ein wirksames Mitspracherecht der Betroffenen geschaffen werde.

Vor diesem Hintergrund sei es dem Land Hessen nicht möglich, tätig zu werden.

Dieser Auffassung schloss sich, wie zu zeigen sein wird, das BSG nicht an.

13.1.13. Stellungnahme von Prof. Plagemann vom 27.03.2006

Die Ansprüche auf Leistungen nach der EHV seien als Eigentum i. S. des Art. 14 GG anzusehen. Die Frage sei, ob nach bestandskräftiger Bewilligung der Leistungen nach der EHV auf der Basis eines ganz spezifischen Berechnungsmodells dieses Berechnungsmodell später durch die Abgeordnetenversammlung, in der die Leistungsempfänger nicht mehr vertreten sind, korrigiert werden dürfe.

Tatsächlich habe die Abgeordnetenversammlung auf Einwände von Großpraxen reagiert. Entscheidend sei, dass die Satzungsänderung im Wesentlichen Partikularinteressen bediene und gerade nicht im Interesse der Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems erfolge.

Vor Jahren sei ein Honorarausgleichsfonds eingerichtet, zwischenzeitlich aber wieder aufgelöst worden. Auch hier hätten sich Partikularinteressen als übermächtig erwiesen.

Es bestehe jetzt noch die Möglichkeit einen „Kapitalpuffer“ zu bilden.

Das Urteil des BVerwG vom 21.09.05 treffe exakt auf den vorliegenden Fall zu. Der dortige Kläger sei ebenfalls Leistungsempfänger. Das BVerfG habe nicht nur den Eigentumsschutz gem. Art. 14 GG bejaht, sondern zu Recht darauf Bezug genommen, dass eine Korrektur der Leistungen allenfalls unter extremen Voraussetzungen möglich sei. Auch von dem Kläger und den übrigen Leistungsempfängern verlange die Abgeordnetenversammlung ein „Sonderopfer“. Dies vor dem Hintergrund des Grundrechtsschutzes aus Art. 14 GG zu rechtfertigen, sei der Beklagten bislang nicht gelungen.

Die Abgeordnetenversammlung plane in der Sitzung am 01.04.06 eine weitere Satzungsänderung in erster Lesung. Die Reduktion der Anwartschaften auf 15% solle wieder rückgängig gemacht und auf 18% angehoben werden. Weiterhin belastet blieben die Ruheständler.

Plagemann beantragt, das Land Hessen beizuladen. Wörtlich dann: *„Die Leistungen der EHV beruhen auf einem Landesgesetz. Wenn die Beklagte meint, das vom Landesgesetzgeber veranlasste Versorgungssystem zu Lasten der Versorgungsempfänger einschränken zu müssen, ist das Land ggf. einstandspflichtig.“*

Die KV hielt die Beiladung für sachdienlich. Mit Beschluss vom 08.06.2006 wurde das Land vom LSG beigeladen.

13.1.14. Schreiben Prof. Plagemann an das LSG vom 14.09.2006/mündliche Verhandlung

Plagemann kündigt dem LSG an, in der mündlichen Verhandlung zu beantragen, das Urteil des SG Frankfurt vom 19.05.2004 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung verschiedener EHV-Bescheide zu verurteilen, die Leistungen ab 01.10.2001 gemäß der EHV ungekürzt zu zahlen,

hilfsweise

die Beklagte zu verurteilen, § 5 GEHV so zu ändern, dass die EHV-Bezieher nicht einseitig belastet werden,

höchst hilfsweise

„festzustellen, dass das beigeladene Land verpflichtet ist, dem Kläger einen Ausgleich für den Verlust an EHV-Leistungen zu gewähren“, der eingetreten sei.

In der Begründung wird auf ein anderes Urteil des LSG vom 28.06.2006 Bezug genommen, in dem ausgeführt wird, dass das Umlagesystem die Versorgung der heimgekehrten Kriegsteilnehmer sicherstellen sollte, das aber verfassungsgemäße Aufgabe des Landes gewesen sei. Es habe sich dieser Aufgabe durch das Gesetz über das Kassenarzttwesen entledigt. Dann aber trage das Land heute eine Mitverantwortung für die Kürzungsmaßnahmen im Leistungsbereich. Auf eine Landtagsdebatte wird verwiesen. Sie zeige, dass die Politik sich durchaus der Tatsache bewusst sei, dass eine solche Mitverantwortung des Landes für Einbußen bei den Leistungsbeziehern in Betracht komme (1., S. 2,3).

Das Sozialgericht sei noch davon ausgegangen, dass eine Belastung der Aktiven durch Herabsetzung ihre Höchstanspruchssatzes von 18% auf 15% bestehe. Zwischenzeitlich sei diese Herabsetzung rückgängig gemacht worden. Damit entfielen die vom SG als wesentlich angesehene Rechtfertigung für die Kürzung der Leistungen (2., S. 3).

Ein Eingriff in den Schutzbereich des Art. 14 GG könne nur durch ein Gesetz geschehen. Es sei fraglich, ob jegliche Mehrheitsentscheidung in Form der EHV-Grundsätze als den Schutzbereich des Art. 14 GG zulässigerweise eingrenzende „Gesetz“ angesehen werden könne. Auch wenn man die Vertreterversammlung als ein Organ ansehe, welches an dem Demokratieprinzip „*teilhat*“, seien umso strengere Maßstäbe anzulegen, weil die Vertreterversammlung dominiert werde durch aktive Ärzte (3., S. 3,4).

Die Korrektur des § 5 GEHV zu Lasten der EHV-Empfänger sei ungeeignet, weil die Begünstigung kostenintensiver Praxen nichts mit dem allgemeinen Ziel der Generationengerechtigkeit oder Erhaltung des Systems zu tun habe (4., S. 4).

Die Kürzung der Inaktiven sei auch nicht erforderlich zur Gleichstellung mit den Aktiven, da deren Belastung durch einen auf 15% reduzierten Anspruchssatz rückgängig gemacht worden sei (4., S. 5).

Auch der von den Aktiven finanzierte Honorarausgleichsfonds werde wieder aufgelöst (4., S. 5).

Die Entlastung der kostenintensiven Praxen sei zunächst eine Frage der Gleichbehandlung unter den Beitragszahlern, aber nicht im Verhältnis zu den EHV-Beziehern. Bei zwei Praxen mit gleich hohem Umsatz werde die Praxis mit den höheren Kosten in Bezug auf das Einkommen prozentual höher belastet. Man könne das nur als „*paradoxe Solidarität*“ bezeichnen (4., S. 5).

13.1.15. Stellungnahme des Sozialministeriums v.28.09.06

Das Sozialministerium lehnte mit einem zehnsseitigen, für einen juristischen Laien weitgehend unverständlichen Schriftsatz jede Haftung ab und betonte die Verantwortung der KV auch für die Erfassung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare.

13.1.16. Urteil LSG v. 01.11.2006 Az.: L 6/7 Ka 66/04

Das Landessozialgericht in Darmstadt kam am 01.11.2006 nach mündlicher Verhandlung zu folgendem Urteil:

„I Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt a.M. vom 19.05.2004 aufgehoben.

Die Beklagte wird unter Änderung der EHV-Bescheide für die Quartale 4/2001 bis 4/2002 jeweils in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 18. Juni 2003 und vom 10. Oktober 2003 verurteilt, dem Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats einen neuen Bescheid zu erteilen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.“

II Punkt zwei regelt die Kostenfrage.

„III Die Revision wird nicht zugelassen.“

Die Urteilsbegründung war vom Gericht buchstäblich in letzter Minute fertiggestellt worden und ging am 03.04.2007 bei Plagemann ein.

Aus den Entscheidungsgründen seien hier nur wesentliche Kernsätze wiedergegeben. Das BSG kam später in seiner Entscheidung zum Teil zu anderen Beurteilungen.

Die Berufung sei form- und fristgerecht eingelegt worden, sowie an sich statthaft und somit insgesamt zulässig (A., S. 19).

Die Berufung sei auch hinsichtlich des Hauptantrages überwiegend begründet. Die Bescheide über die Zahlung von EHV-Leistungen seien rechtswidrig und beschwerten den Kläger. Unbegründet sei die Berufung lediglich, soweit der Kläger eine konkrete Form und damit eine bestimmte Höhe der Auszahlung unter Berücksichtigung der vor 2001 maßgeblichen Kostensätze begehre (B. I., S. 19).

Die Leistungen aus der EHV - und insbesondere die Leistungskürzungen bewirkenden Änderungen der „Grundsätze der EHV“ – seien rechtswidrig, weil die für den Erlass der Satzung maßgebliche Rechtsgrundlage, § 8 KVHG, wegen Unvereinbarkeit mit der Hessischen Verfassung verfassungswidrig sei und die Grundsätze in der maßgeblichen Fassung selbst nicht verfassungsgemäß seien (B. II., S. 19, 20).

Rechtswidrig seien die Bescheide, weil sie auf einer rechtswidrigen EHV-Satzung beruhten, die aufgrund einer verfassungswidrigen gesetzlichen Grundlage, dem § 8 KVHG, erlassen worden seien und sowohl schon deshalb als auch wegen der einseitigen Belastung der EHV-Berechtigten gegen das Grundrecht des Klägers aus Art. 45 der Hessischen Verfassung i. V. m. dem Demokratieprinzip und dem Rechtsstaatsgebot verstießen (C. II., S. 20, 21) und, soweit Regelungsgleichheit geboten sei, auch gegen das Grundrecht aus Art. 14 GG (C. III. 3. S. 23).

Nach Art. 45 Abs. 1 und Abs. 2 der Hessischen Verfassung werde das Privateigentum gewährleistet (C. III. 4., S. 24).

Bei der vom Kläger erworbenen Anwartschaft, die sich nunmehr in einen Anspruch auf Leistungen aus der EHV gewandelt habe, handele es sich um ein im Rahmen von Art. 45 Abs. 1 HV <Art. 14 GG> geschütztes eigentumsgleiches Recht (C. III. 5., S. 24).

Maßgeblich sei dabei, dass die persönliche Leistung - etwa in Gestalt von Beiträgen oder funktionaläquivalenten Eigenleistungen - im Wesentlichen die Höhe von Anwartschaft und späterer Leistung bestimme. Versorgungsanwartschaften seien Grundrechtspositionen, die als Eigentum i. S. von Art. 45 HV geschützt seien (C. III. 5. a), S. 25).

Geschützt seien sowohl der Anspruchsprozentsatz, als auch die spätere Inanspruchnahme von EHV-Leistungen. Es handele sich bei den abgezweigten Honoraranteilen um Aufwendungen i. S. von „Beiträgen“ (C. III. 5. a), S. 25, 26).

Grundsätzlich bleibe das Land gem. Art. 4 § 1 GKAR auch ermächtigt und verpflichtet, die durch Landesrecht eingeführten „Regelungen über die Altersversorgung der Kassenärzte“ gegebenenfalls fortzuführen und zu ändern (C. III. 6. a), S. 28).

Ungeachtet der feststehenden Regelungskompetenz des Landes für die EHV erfordere die Beschränkung von Anwartschaften eine erneute Prüfung durch den Senat unter neuen verfassungsrechtlichen Perspektiven; bei dieser neuen Prüfung erweise sich § 8 KVHG als nicht verfassungskonform, weil mit Art. 45 HV nicht vereinbar (C. III. 6. a), S. 29).

Auch für Satzungen von Selbstverwaltungskörperschaften bedürfe es bei Grundrechtseingriffen grundsätzlich einer ausreichenden parlaments-gesetzlichen Rechtsgrundlage (C. III. 7., S. 31).

Autonomes Satzungsrecht und die Delegation zu seinem Erlass seien nur insoweit zulässig, als die grundlegenden Entscheidungen – „*also Wesentliches*“ - vom parlamentarischen Gesetzgeber selbst geregelt werden müssten (C. III. 9., S. 32).

Im Kern gehe es um eine weitere Ausdifferenzierung der Kriterien des Gesetzesvorbehalts – also um das Demokratieprinzip (C. III. 9. a), S. 33).

Je schwerwiegender der Eingriff sei, desto mehr müsse der parlamentarische Gesetzgeber selbst regeln und desto höher seien die Anforderungen an die Bestimmtheit von Gesetzen (C. III. 9. c), S. 33).

Wörtlich heißt es: „.... *dass allgemeine rechtsstaatliche Anforderungen, insbesondere aber Demokratieprinzip und Rechtsstaatsgrundsatz - Gesetzes- und Parlamentsvorbehalt sowie Bestimmtheitsgrundsatz - den parlamentarischen Gesetzgeber zwingen, für den Fall der Delegation von Grundrechtseingriffen an satzungsautonome Körperschaften, „Wesentliches“ selbst zu regeln und die Handlungs- und Entscheidungsräume der Körperschaft nicht völlig ins Belieben von Mehrheiten deren satzungsgebender Organe zu stellen*“ - (C. III. 9. c), S. 34).

Dabei müsse insbesondere dort, wo die Delegation an satzungsautonome Normgeber erfolgt sei, die Delegation und vor allem die Normsetzung selbst ausreichend bestimmten demokratischen Vorgaben genügen. Deshalb bedürfe es einer angemessenen Beteiligung der Betroffenen. Es heißt wörtlich: „*An einer solchen von Verfassungs wegen angemessenen Beteiligung der Betroffenen – hier der inaktiven Vertragsärzte und insbesondere der Hinterbliebenen - fehlt es bei den Regelungen zur EHV.*“ Dies habe in Verbindung mit dem Demokratieprinzip die Verfassungswidrigkeit von § 8 KVHG zur Folge (C. III. 10. e), S. 39).

Es heißt weiter: „*Damit wird jedenfalls implizit auch für den Geltungsbereich der HV anerkannt, dass die Delegation von Normsetzungsbefugnis die angemessene Beteiligung Betroffener unverzichtbar macht. An einer solchen Beteiligung fehlt es in den Grundsätzen der EHV*“ (C. III. 10. e), S. 40, 41).

Es wird darauf verwiesen, dass durch das GMG den EHV-Empfängern endgültig keinerlei institutionalisiertes Mitwirkungsrecht an den sie unmittelbar betreffenden Fragen der Ausgestaltung und Höhe der EHV-Leistungen mehr eingeräumt wird. Im Extremfall müsse den In-

aktiven in der Vertreterversammlung noch nicht einmal Gehör gewährt werden. Wörtlich: „Dies ist verfassungswidrig“. Der „Beratende Fachausschuss für die EHV“ genüge nicht den Anforderungen an eine qualifizierte, demokratisch legitimierte und legitimierende Beteiligungsmöglichkeit (C. III. 10. e), S 41, 42).

Die Feststellung der Verfassungswidrigkeit von § 8 KVHG sei aber nicht zwingend gleichbedeutend mit der Nichtigkeit der Norm, insoweit bestünden Entscheidungsspielräume für den Senat, die die Vorlagepflicht an den Staatsgerichtshof ausschlossen (C. III. 10. f), S. 42).

Der Senat kam zu dem Ergebnis, dass eine Vorlage an den Hessischen Staatsgerichtshof ausscheide. Die Vorlage an den Hessischen Staatsgerichtshof sei nur dann erforderlich – aber auch nur dann zulässig –, wenn die Gültigkeit des Gesetzes dessen Verfassungswidrigkeit festgestellt werden soll, für den Ausgang des Rechtsstreits allein entscheidungserheblich sei. (C. IV., S. 42, 43).

Die Verfassungswidrigkeit einer gesetzlichen Regelung habe nicht zwingend den Wegfall der auf der Grundlage des Gesetzes erlassenen Satzung zur Folge. Dies sei insbesondere dann der Fall, wenn es von der Notwendigkeit einer zumindest übergangsweisen Fortgeltung abhängt, dass Rechtsunsicherheit oder gar die Funktionsfähigkeit staatlicher Einrichtungen vermieden werden könne (C. IV., S. 43).

Mit anderen Worten: Die Verfassungswidrigkeit der gesetzlichen Grundlage für die EHV muss nicht unmittelbar zum Zusammenbruch der EHV führen.

Die Regelung der „Grundsätze der EHV“ in der hier maßgeblichen Fassung aus dem Jahr 2000/2001 stellten zur Überzeugung des Senats einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Grundrechtsposition aus Art. 45 HV des Klägers dar, weshalb sie nicht zu dessen Nachteil Anwendung finden könnten (C. V., S. 44,45).

Die Kompetenz zur vorläufigen Weiterverwendung verfassungswidrigen Rechts sei auf jeden Fall derart begrenzt, dass kein mit der Verfassung unvereinbarer Regelzustand geschaffen werden dürfe. Die Beklagte sei darauf beschränkt, im Rahmen bestehender Strukturen der EHV gewisse Veränderungen vorzunehmen (C. V., S. 45).

Das Gutachten von Ebsen unterstelle dabei eine Lösung, bei welcher in gleicher Weise die aktiven Vertragsärztinnen und -ärzte belastet wären, wie - umgekehrt – die derzeitigen EHV-Leistungsbezieher in einem für angemessen gehaltenen Umfang belastet werden sollten. Dieser Ausgangskonstellation habe die Beklagte mit der im Jahre 2006 erfolgten Änderung der Grundsätze der EHV den Boden entzogen, indem sie den zur Stabilisierung geplanten Fonds gemäß § 9 Abs. 2 der EHV-Grundsätze aufgelöst und die Beschränkung des höchstmöglichen erreichbaren Anspruchsprozentsatzes von 18% auf maximal 15% wieder rückgängig gemacht habe (C. V., S. 45).

Der Senat hielt die Berücksichtigung von Kosten grundsätzlich für geeignet zur Ausbalancierung der Belastung, stellte aber fest, dass sie insofern nicht erforderlich war, als sie nicht die einzig denkbare Satzungsänderung darstellte, die zu einer Ausbalancierung von Belastungen der Aktiven einerseits und der Inaktiven andererseits habe eingeführt werden müssen (C. V. 1., S. 46).

Eine Diskussion hierüber erübrige sich, weil jedenfalls die konkrete in 2001 durchgeführte Satzungsänderung nach den zwischenzeitlich dem Senat vorliegenden Erkenntnissen nicht verhältnismäßig gewesen sei. Der Senat habe den inzwischen geänderten Rechtszustand zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung zu beachten (C. V. 2., S. 46).

Mit der Rückführung der Beschränkung der Anspruchsprozentsätze sei eines der zentralen Rechtfertigungsargumente für die im Jahre 2000/2001 getroffene Kürzung des Honorarvolumens für die Leistungsempfänger entfallen. Die im Jahre 2001 eingeleitete und auch jetzt fortgeführte Belastung der Inaktiven stelle eine einseitige Belastung zum Nachteil des Klägers und anderer inaktiver Ärzte dar. Der Senat halte sie nicht für verhältnismäßig und damit für rechtsstaatswidrig. Die dem Kläger erteilten Bescheide und die Widerspruchsbescheide seien rechtswidrig und hätten geändert werden müssen (C. V. 2., S. 47).

Die Beklagte sei verpflichtet, den Kläger neu zu bescheiden und den seit 2001 eingetretenen Nachteil auszugleichen. Wie sie das im Einzelnen bewerkstellige, müsse ihren Organen überlassen bleiben (C. VI., S. 47).

Weiter unten heißt es dann, es könne aber keine Verurteilung der Beklagten zur Zahlung der EHV-Leistungen ohne Berücksichtigung höherer Kosten erfolgen (C. VII., S. 48).

Es obliege zunächst dem parlamentarischen Gesetzgeber, im Rahmen einer Neufassung von § 8 KVHG konkrete Vorgaben zu machen (C. VII., S. 48).

Fest stehe jedenfalls, dass bei der Neuregelung von § 8 KVHG eine hinlänglich gesicherte und gewichtige Beteiligung der EHV-Leistungsbezieher sichergestellt werden müsse (C. VII. 1., S. 48).

Die Revision sei nicht zugelassen, weil zunächst ausschließlich Landesrecht betroffen sei (E., S. 49).

In einfachen Worten zusammengefasst, hat das LSG festgestellt, dass § 8 KVHG verfassungswidrig sei, weil er zu unbestimmt sei und die wesentlichen Regelungen durch den parlamentarischen Gesetzgeber festgelegt werden müssten. Eine fehlende Beteiligung der Inaktiven an sie betreffenden Entscheidungen verstoße gegen das Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip. Die durchgeführte Kürzung sei rechtswidrig, weil unverhältnismäßig, einseitig.

Das Urteil war für uns sehr günstig. Zwar hätte es nicht unmittelbar zur Auszahlung der gekürzten Beträge geführt, die KV hätte aber die Satzung ändern und ein ausgewogeneres Konzept finden müssen. In der ab Juli 2012 gültigen Satzung wurde für die ausgewogene Verteilung der Belastungen zwischen Aktiven und Inaktiven der Terminus „*Paritätischer Defizitausgleich*“ eingeführt.

Das Land hätte durch eine Änderung des § 8 KVHG die wesentlichen Regelungen für die EHV in das Gesetz aufnehmen müssen.

Gegen die Nichtzulassung der Revision legten KV und Land Beschwerde ein, denen vom BSG stattgegeben wurde.

Am 19.09.07 legte das hessische Sozialministerium Revision ein und am 20.09.07 die KV.

Im Nachfolgenden wird auf die Darstellung von Einzelheiten der Beschwerdebegründung verzichtet, da sich die Argumente in der Revisionsbegründung z.T. wiederholen. Es wird stattdessen auf die Revisionsbegründung von KV und Sozialministerium eingegangen.

Die Revisionsbegründung des Sozialministeriums datiert vom 31.10.2007, die der KV vom 01.11.07.

13.1.17. Revisionsbegründung des Landes

Im Schriftsatz des Hessischen Sozialministeriums vom 31.10.2007 heißt es, die Revision sei begründet, da das Urteil des LSG vom 01.11.2006 auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts beruhe (I., S. 1).

Nach der Neufassung von § 77 SGB V durch das GKV-Modernisierungsgesetz könne der Forderung des LSG nach angemessener Beteiligung der Betroffenen im Rahmen einer Satzungsregelung der vertragsärztlichen Selbstverwaltung vom Land nicht mehr nachgekommen werden (I., S. 2).

Die Änderung der EHV sei von einer Vertreterversammlung beschlossen worden, der zum damaligen Zeitpunkt noch außerordentliche Mitglieder, unter anderem auch der Verfasser angehörten (II., S. 3).

Anmerkung des Verfassers: Diese Angabe war falsch; der Verfasser gehörte dieser Abgeordnetenversammlung nicht an.

Die Ausführungen des LSG zu einer mangelnden Beteiligung der Inaktiven bezögen sich nicht auf die damals gültige Satzungsregelung und gingen über den Streitgegenstand hinaus (II., S. 3).

In § 8 Satz 1 KVHG werde die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ermächtigt, selbst durch autonomes Satzungsrecht ein System der Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung zu schaffen. Eine Verpflichtung für die KVH auf ein bestimmtes System der Alterssicherung und damit eine möglicherweise korrespondierende Verpflichtung des Landes zur Sicherstellung dieses Systems sei im Gesetz gerade nicht festgeschrieben (III., S. 3, 4).

Es bestehe kein Anspruch auf eine Zahlung einer EHV-Rente in Höhe eines bestimmten Geldbetrages. Bei einer Verringerung des über die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt abgerechneten Honorars, wie beispielsweise in Einzelverträgen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz, könne auch die EHV-Rente zwangsläufig niedriger werden (III., S. 4).

Daher sei eine Absenkung des der Berechnung der EHV-Renten zugrunde liegenden Gesamthonorars kein unzulässiger Eingriff in den Schutzbereich des Art. 14. GG (III., S. 4).

Mit anderen Worten: Wenn in Folge eines Bundesgesetzes die Altersbezüge gekürzt würden, dürfe diese Kürzung von der KV unberücksichtigt bleiben.

Eine Handlungsverpflichtung des hessischen Gesetzgebers ergebe sich erst dann, wenn aufgrund bundesgesetzlicher Regelungen die Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschafft würden oder aufgrund einseitiger Verschiebung der Vertragsbeziehungen hin zu Einzelverträgen ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen EHV-Ansprüche nicht mehr bedient werden könnten und die Eigentumsgarantie in ihrem Kern verletzt würde (III., S. 4/5).

Aus der Vergleichbarkeit mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes zu beitragsfinanzierten Altersversorgungssystemen lasse sich nicht folgern, dass jegliche Veränderung der Grundsätze der EHV unverhältnismäßig und eine Anpassung an geänderte Parameter faktisch unmöglich seien (IV., S. 5).

Für die Behauptung, die Vorgehensweise der Beklagten sei nicht die einzig denkbare und realistischer Weise durchzuführende Satzungsänderung zur „Ausbalancierung“ von Belastungen der Aktiven und Leistungsbeschränkungen der Inaktiven, sei eine Begründung nicht ansatzweise den Urteilsgründen zu entnehmen (IV., S. 5).

In die Abwägung hätten zumindest die ebenfalls durch Art. 14 GG geschützten Eigentumspositionen der aktiven Ärzte einbezogen werden müssen. Ziel der Satzungsänderung sei es, einen gerechten Ausgleich zu schaffen, da andernfalls die aktiven Ärzte allein die Last sinkender Einnahmen bei steigenden Ausgaben zu tragen hätten (IV., S. 5/6).

Entgegen der Auffassung des 6. Senates des LSG, habe der 4. Senat des LSG - unter Berücksichtigung der Gutachten von Ebsen und Merten - eine Verfassungswidrigkeit von § 8 KVHG verneint (IV., S. 6).

In § 8 KVHG werde auf die zwischenzeitlich bundesgesetzlich geregelte Institution der Kassenärztlichen Vereinigung Bezug genommen. In der Vertreterversammlung könne bei der Satzungsgebung ein sachgerechter Interessenausgleich erreicht werden, weil die in der Selbstverwaltung Beteiligten die öffentliche Aufgabe auch im wohlverstandenen eigenen Interesse wahrnehmen (V., S. 7).

13.1.18. Revisionsbegründung der KV vom 01.11.2007

In ihrer Revisionsbegründung fordert die KV, „*das Urteil des Hessischen Landessozialgerichte vom 01.11.2006..... aufzuheben und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 19.05 2004.....zurückzuweisen,*

hilfsweise,

das Urteil des Hessischen Landessozialgerichtes aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen“ - (S. 1).

In der Begründung wird wieder unzutreffend darauf hingewiesen, dass der Verfasser Mitglied der Abgeordnetenversammlung 2000 bis 2004 gewesen sei (I., S. 4).

Die Kostenberücksichtigung habe einerseits das Ziel gehabt, die Existenzfähigkeit von Praxen durch die EHV-Belastung nicht zusätzlich und nachhaltig zu gefährden und andererseits Beiträge der EHV-Empfänger bei Reformschritten einzufordern (I. 1., S. 4).

Ohne die durchgeführte Reform würde der EHV-Umlagesatz auf 7 – 8%, im ungünstigsten Fall sogar auf 10% ansteigen (I. 1., S. 5).

Da der mit der ersten Reform gebildete Ausgleichsfonds nur 12 bis 15 Jahre ausreichend gewesen wäre, sei 2006 eine zweite grundlegende EHV-Reform verabschiedet worden (I. 2., S. 5).

Das LSG verlange unzutreffend vom beigeladenen Land normative Vorgaben hinsichtlich der verbindlichen Mitwirkung inaktiver Vertragsärzten und deren Hinterbliebener in einer neu zu fassenden Regelung des § 8 KVHG und zwar unter Abweichung zwingender bundesrechtlicher Vorgaben. Die Mitgliedschaft in Kassenärztlichen Vereinigungen und die Zusammensetzung der Vertreterversammlung bestimme sich aber ausschließlich nach SGB V (II. 1. a., S. 9).

Das LSG gehe davon aus, dass es sich bei dem Leistungsanspruch des Klägers um ein eigentumsgleiches Recht im Sinne von Art. 45 HV bzw. Art 14 GG handele (II. 1. b., S. 10).

Stattdessen müsse infolge des Verteilungscharakters des § 5 GEHV n. F. 2001 grundrechtlicher Prüfungsmaßstab der bundesrechtliche Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sein (II. 1. b., S. 11).

Bei der EHV handele es sich um eine besondere Form der Honorarverteilung, der ein nachwirkendes Teilhaberecht an der Verteilung der Gesamtvergütung von Art. 12 i. V. m. Art. 3 GG zugrunde liege (II. 1. b., S. 11).

Die Beklagte habe zu keinem Zeitpunkt die Höhe der Anspruchssätze der Leistungsbezieher geändert, sondern die berücksichtigungsfähigen Kosten an die Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts angepasst (II. 1. b., S. 12).

Es spreche für diese Auffassung, dass es kein verfassungsrechtlich geschütztes Vertrauen von inaktiven Vertragsärzten auf Fortbestand einer Kostenstruktur von ärztlichen Praxen gebe.

Nach alledem habe die Prüfung der Verfassungsmäßigkeit von § 8 KVHG am Maßstab der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus Art. 12 i. V. m. Art. 3 GG i. V. m. dem Demokratieprinzip und dem Rechtsstaatsgebot zu folgen (II. 1. b., S. 12,13).

Entgegen der Auffassung des 6. Senates des LSG habe der 4. Senat des LSG - unter Berücksichtigung der Gutachten von Ebsen und Merten - eine Verfassungswidrigkeit von § 8 KVHG verneint (II. 1. b., S. 13).

Das beigeladene Land gehe gleichfalls von der Verfassungsmäßigkeit von § 8 KVHG aus. Organisation und Verfahren der Kassenärztlichen Vereinigung böten Gewähr dafür, dass die verfolgten öffentlichen Aufgaben für der Sitzungsgewalt Unterworfenen angemessen wahrgenommen würden. Darüber hinaus sei durch die Rechtsaufsicht sichergestellt, dass Interessen, die in der Vertreterversammlung nicht hinreichend repräsentiert seien, vor unangemessener Benachteiligung geschützt würden (II. 1. b., S. 13,14).

Mit Einführung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) beanspruchten die Regelungen der EHV Geltung über den Bezirk des Hessischen Landessozialgerichts hinaus (II. 1. b., S. 15).

Das bedinge, dass in einschlägigen Verfahren auch außerhessische LSGs zu befinden hätten (II. 1. b., S. 16).

Weitere Ausführungen folgen darüber, dass aus den Entscheidungsgründen nicht mit letzter Klarheit folge, ob das LSG seinen Erörterungen zu § 8 KVHG irreversibles Landesverfassungsrecht oder reversibles Bundesverfassungsrecht zugrunde gelegt habe (II. 1. b., S. 16).

Das LSG stelle in seiner Urteilsausfertigung hinsichtlich des Demokratieprinzips und des Rechtsstaatsgebotes einen Bezug zur Hessischen Verfassung her, erörtere beide jedoch im Zusammenhang mit bundesrechtlicher Rechtsprechung und Literatur. Die tragenden Erwägungen des LSG beruhten infolgedessen auf Rechtsprechung und Literatur zum Bundesverfassungsrecht (II. 1. b., S. 17).

Gleiches gelte für die Bezugnahme auf Art. 45 HV, die ihrerseits aber stets in Zusammenhang mit Art. 14 GG zitiert werde (II. 1. b., S. 19).

Das LSG gehe von einer nicht hinreichend demokratisch legitimierten Vertreterversammlung aus, die die Reform im Dez. 2000 verabschiedet habe. Mit dem GMG sei der vorher schon geringe Einfluss der EHV-Empfänger endgültig entfallen. Maßgeblich für die Reform 2000/2001 seien aber die GEHV vor dem GMG gewesen. Zu diesem Zeitpunkt habe die Satzung noch eine Mitgliedschaft von außerordentlichen Mitgliedern in der Vertreterversammlung vorgesehen (II. 2. a., S. 20).

Zusammengenommen gehe das LSG für die streitigen Quartale von einer unzulänglichen Repräsentation außerordentlicher Mitglieder in der Vertreterversammlung aus, die mit dem GMG dann ersatzlos entfallen sei. Damit genüge die Zusammensetzung der Vertreterversammlung nicht den Anforderungen einer qualifizierten, demokratisch legitimierten und legitimierenden Beteiligungsmöglichkeit (II. 2. a., S. 21).

Diese Erwägungen stünden im Widerspruch zu einem Urteil des BSG vom 09.12.2004, wonach die Zusammensetzung der in diesem Verfahren gleichfalls beklagten KV Hessen nicht zu beanstanden war (II. 2. a., S. 21).

Die gesetzlichen Vorgaben über die Zusammensetzung der Vertreterversammlung würden auch im vorliegenden Fall den demokratischen Erfordernissen gerecht. Es sei zu berücksichtigen, dass die Mitglieder der Vertreterversammlung stets selbst über ihre Altersversorgung mit zu entscheiden hätten. Eine Absenkung der Bezüge treffe sie früher oder später zeitversetzt. Das impliziere eine hinreichende angemessene Berücksichtigung der Belange der jetzigen inaktiven Vertragsärzte (II. 2. a., S. 22).

Die KV argumentiert dann weiter wie das Sozialministerium: Die Beklagte unterliege der staatlichen Aufsicht. Damit sei eine unangemessene Benachteiligung der Interessen der inaktiven Vertragsärzte zusätzlich ausgeschlossen (II. 2. b., S. 23).

Das LSG habe zu Unrecht einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Grundrechtspositionen des Klägers und damit der inaktiven Vertragsärzte angenommen (II. 2. b., S. 23).

Dem stehe entgegen, dass das LSG den durch die zweite EHV-Reform von 2006 geänderten Rechtszustand nicht hätte bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen dürfen. Es heißt dann wörtlich: *„Die Verhältnismäßigkeit normgeberischer Maßnahmen kann im Rahmen einer verfassungsrechtlichen Prüfung hingegen nicht rückschauend, sondern nur von dem bei Erlass der Norm gegebenen Erkenntnisstand des Normgebers aus beurteilt werden.“* Es habe also der Erkenntnisstand des Normgebers, sprich der Vertreterversammlung, im Dezember 2000 zugrunde gelegt werden müssen (II. 2. b., S. 23, 24).

Das LSG verkenne, dass es bei der Neuregelung einerseits um eine Modifizierung anerken- nungsfähiger Praxiskosten, um eine „*exogene*“ Änderung des Durchschnittshonorars gegang- en sei und damit andererseits die Möglichkeit bestanden habe, systemkonform das Durch- schnittshonorar zu verändern und damit Beiträge der EHV-Empfänger bei Reformschritten politisch einzufordern. Eine Rückgängigmachung der verstärkten Berücksichtigung besonde- rer Kosten mit der Reform 2006 sei für die KV nicht in Betracht gekommen. Sie sei eine Folge der im Rahmen der Honorarverteilung bestehenden Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Beklagten (II. 2. b., S 25).

Die Beklagte habe aus zwei Gründen die GEHV anpassen müssen: 1. zur Anpassung der be- sonderen Kosten infolge der Beobachtungs- und Reaktionspflicht, 2. zur dauerhaften Lösung der demographischen Verwerfungen (II. 2. b., S. 25, 26).

Welche anderen denkbaren und realistischen Reformalternativen nach Ansicht des LSG in Erwägung zu ziehen gewesen wären, stelle das LSG bezeichnenderweise nicht dar. Eine Maßnahme sei nicht schon deswegen rechtswidrig, weil die Betroffenen anderweitige, für sie im Ergebnis günstigere Gestaltungsmöglichkeiten sähen (II. 2. b., S. 26).

Schließlich sei die Neureglung zur Berücksichtigung von Praxiskosten – entgegen der Auffassung des LSG – auch angemessen und damit verhältnismäßig im engeren Sinne (II. 2. b., S. 26).

Der Nachhaltigkeitsfaktor sei eine einschneidendere Maßnahme als die seinerzeitige Absen- kung des maximalen Anspruchssatzes. Die Absenkung des Anspruchssatzes auf 8,4% im Jahre 2030 sei keine einseitige Belastung des Klägers, sondern eine ausgewogene Lösung. Die heu- tigen EHV-Empfänger hätten in der Vergangenheit die EHV über eine geringeren Umlagesatz finanziert (II. 2. b., S. 27).

Es folgt eine nochmalige Darstellung der Notwendigkeit der Reform 2006: Die Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors bewirke einen dauerhaften Systemerhalt (II. 2. b., S. 28).

Es wird dann der Sicherstellungsauftrag der KV angeführt: Die Sicherstellung der vertrags- ärztlichen Versorgung könne nur erfolgen, wenn sich genügend Vertragsärzte in Hessen niederließen. Eine Niederlassung erfordere akzeptable und kalkulierbare wirtschaftliche Rahmenbedingungen. Dies sei nur möglich bei einem vertretbaren und auf Dauer kalkulier- baren EHV-Umlagesatz (II. 2. b., S. 28).

Eine Reduzierung der EHV-Bezüge um ca. 5% sei wirtschaftlich zumutbar. Entscheidend sei, dass sich die Reduzierung der EHV-Bezüge noch im Schwankungsbereich der Bezüge vergangener Quartale bewege. Schließlich gebe es kein verfassungsrechtlich geschütztes Vertrauen auf den fortwährenden Fortbestand einer Kostenstruktur von ärztlichen Praxen (II. 2. b., S. 29).

Weiter heißt es, das HLSG habe das Prinzip der Lastengleichheit nicht hinreichend beachtet. Das LSG gehe von einer einseitigen Belastung der EHV-Empfänger aus (II. 2. b., S. 31).

Schließlich folgen noch Ausführungen zum Normerhalt bei verfassungswidriger Ermächtigungsgrundlage. Das LSG gehe - unter Berufung auf das Gutachten von Ebsen -- von der weiteren Anwendbarkeit der GEHV aus im Wege des einstweiligen Normerhalts (II. 2. b., S. 32).

Die Rechtsauffassung des LSG beinhalte einen Wertungswiderspruch. Der Satzungserlass sei trotz zumindest vorhandener Ermächtigung rechtswidrig, währenddessen ein vom Senat angedachter satzungsabweichender Vorstandsbeschluss, der jedweder Rechtsgrundlage entbehre, rechtmäßig sein solle (II. 2. b., S. 33).

13.1.19. Stellungnahme Prof. Plagemann vom 03.01.08

Plagemann weist in Vorbemerkungen darauf hin, dass in der Vergangenheit schon von der KV widersprüchliche Beschlüsse zur EHV gefasst worden seien, so auch ein Tendenzbeschluss zur Auflösung der EHV am 07.05.2003 (I. 2., S. 3).

Dass das Eigentum nur durch Gesetz eingeschränkt werden dürfe, sei offensichtlich. Wenn das „Gesetz“ die Form einer Satzung haben könne, bedürfe es einer demokratischen Legitimation und ggf. einer „Ermächtigungsgrundlage“. § 8 KVHG habe schon nach seiner Entstehungsgeschichte niemals den Anspruch erhoben, der kassenärztlichen Selbstverwaltung auch nur einen Rahmen dafür zu liefern, wie diese auf nicht vorhersehbare Entwicklungen reagieren solle (I. 3., S. 3.).

Die Vertreterversammlung habe statt eines sachgerechten Ausgleichs zwischen aktiven und inaktiven Vertragsärzten die Interessen der Aktiven verfolgt (I. 3., S. 4).

Es sei nicht Aufgabe der Gerichte, anstelle des Gesetz- oder Satzungsgebers die sachgerechteste und zukunftsweisende Form der EHV zu bestimmen (I. 3., S. 4).

Plagemann weist darauf hin, dass der Verfasser nicht an den Abstimmungen zur Änderung der EHV teilgenommen hat (I. 4. S. 4). Dazu ist anzumerken, dass die letzte Lesung für die Reform 2000/2001 am 02.12.2000 stattfand. Die konstituierende Sitzung für die 2000 neu gewählte Vertreterversammlung, der der Verfasser angehörte, fand im Februar 2001 statt.

Die Behauptung, die aktiven und inaktiven Vertragsärzte seien durch die Reform „gleichermaßen“ belastet, sei falsch (I. 5. S. 4). Auf Ausführungen des damaligen Hauptgeschäftsführers Gerlich v. 02.09.2000 wird verwiesen. Es heißt darin, die volle Anerkennung der besonderen Kostensätze habe im Ergebnis den Rückgang von 5% bis 6% der EHV-Zahlungen zur Folge (I. 5., S 5).

Die „zusätzliche“ Belastung der Aktiven durch Absenkung des Anspruchssatzes von 18% auf 15% sei 2006 zurückgenommen worden (I. 5., S. 5.).

Die Minderbelastung der Aktiven durch den gedeckelten Beitrag ermögliche ihnen die Finanzierung einer zusätzlichen Altersversorgung (I. 5., S. 6).

Honorare aus Sonderverträgen würden nicht mehr mit „Beiträgen“ für die EHV belastet (I. 6., S. 6).

Durch Auflösung des Honorarfonds würden dem System Gelder entzogen unter Belastung der Inaktiven (I. 6., S. 6).

Die KV verknüpfe bei der Bewertung der Reform 2000 inhaltlich unterschiedliche Themenkreise, die Entlastung kostenintensiver Praxen einerseits und die demographische Entwicklung andererseits (I. 6., S. 6).

Die Entlastung kostenintensiver Praxen rechtfertige nicht die Kürzungen auf der Leistungsseite. Das komme einem „*Vertrag zu Lasten Dritter*“ gleich. Die Vertreterversammlung beschließe die Entlastung eines Teiles der aktiven Vertragsärzte, ohne damit allerdings den anderen Teil der Aktiven zu belasten. Belastet würden die EHV-Bezieher (I. 6., S. 6).

In dem Abschnitt „*Unzulässiger Eingriff in das Eigentumsrecht*“ wird ausgeführt, dass trotz fortbestehendem Anspruchssatz die Bemessungsgrundlage um 5% bis 6% abgesunken sei. Das verstoße gegen das Grundrecht auf Eigentum gemäß Art. 45 HV bzw. Art. 14 GG (II., S. 7).

Die Ansprüche des Klägers unterlägen dem Eigentumsschutz gem. Art. 45 HV, 14 GG.

Es wird dann aus dem Referat von Papier zitiert (II. 1., S. 7 bis 9):

„... Eigentum i. S. d. Verfassungsrechts ist darüber hinausgehend jede vermögenswerte Rechtsposition des Einzelnen, worunter nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auch die rentenrechtlichen Rechtspositionen, d. h. die bereits entstandenen Rentenansprüche ebenso wie die eben erwähnten Rentenanwartschaften, gehören. Dies gilt nicht nur für die sozialversicherungsrechtlichen Rechtspositionen, sondern auch und erst recht für die Rechtspositionen in den Systemen der berufsständischen Versorgungswerke. Für die Einbeziehung sozialversicherungsrechtlicher sowie vergleichbarer Positionen in den Eigentumsschutz der Verfassung spricht die Funktion des Grundrechts aus Art. 14 GG: Die Eigentumsgarantie soll dem Grundrechtsträger einen Freiheitsraum im vermögensrechtlichen Raum sichern und ihm dadurch eine eigenverantwortliche Gestaltung seines Lebens ermöglichen. Es besteht eine Interdependenz von Freiheit und Eigentum, diese hat eine alte menschenrechtliche Tradition. Sie kann dann aber die heute am meisten vertretenen Formen existentiell-personaler Sicherungen nicht einfach aussparen. Das öffentlich-rechtliche Renten-

recht des Einzelnen ist im ganz überwiegenden Maß zur ökonomischen Basis freiheitlicher Individualentfaltung geworden. Den Eigentumsschutz der Verfassung hier zu verneinen bedeutet eine unzeitgemäße sinnwidrige Verkürzung der grundrechtlichen Gewährleistung (S. 7, 8).

Öffentlich – rechtliche Rechtspositionen genießen den Eigentumsschutz dann, wenn sie nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts dem Rechtsträger privatnützig zugeordnet sind, auf nicht unerheblichen Eigenleistungen der Versicherten beruhen und der Sicherung seiner Existenz dienen. Diese Voraussetzungen sind nicht nur bei den eigentlichen sozialversicherungsrechtlichen Rentenpositionen gegeben, sondern auch und erst Recht bei den Rechtspositionen im System der berufsständischen Versorgungswerke, einschließlich des hier zur Diskussion stehenden besonderen Systems der erweiterten Honorarverteilung. Die im letzteren Fall entstandenen Ansprüche und Anwartschaften beruhen auf nicht unerheblichen Eigenleistungen der Betroffenen. Zwar werden die Versorgungsleistungen hier nicht auf der Grundlage eines Kapital- oder Anwartschaftsdeckungsverfahrens, sondern der Sache nach über ein Umlageverfahren finanziert. Die Rentenleistungen im Rahmen der Erweiterten Honorarverteilung basieren auf einer verringerten Verteilung der gesamten Vergütungen an die aktiven Kassenärzte...“ - (S. 8).

Laut Plagemann sind diese Ausführungen heute gleichermaßen gültig. Er führt weiter ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts an, in dem der erste Senat nochmals und nachdrücklich ausgeführt habe, dass öffentlich-rechtliche Rentenpositionen dann dem Eigentumsschutz unterliegen, wenn sie durch Eigenleistung (mit-)finanziert wurden und privatnützig dem Einzelnen zugeordnet werden (II. 1., S. 9).

Die von der Beklagten vertretene Auffassung, die Teilnahme an der EHV sei allenfalls ein gemäß Art. 12 GG geschütztes Recht auf Teilhabe, gehe fehl. Die berufliche Tätigkeit der inaktiven Vertragsärzte sei beendet. Sie könnten auf Quotierungen nicht mehr reagieren, anders als die aktiven Vertragsärzte bei ihren Budgetierungen (II. 2., S. 9).

Der Zustimmung der KV zum Schriftsatz des Sozialministeriums v. 31.10.2007, sei zu entnehmen, dass die KV der Auffassung der beiden Vorinstanzen zustimme, wonach Veränderungen der Teilnahme an der EHV am Maßstab des Art. 14 GG zu messen seien (II. 2., S. 9, 10).

Es wird dann ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zitiert, in dem festgestellt wird, „... dass der Realwert einer unter Einschluss einer Wert erhaltenden Dynamisierung erworbenen Berufsunfähigkeitsrente dann nicht mehr durch Maßnahmen des Versorgungsträgers beeinträchtigt wird, wenn der Versorgungsfall eingetreten ist und die Rente ihre Zweckbestimmung erfüllt, den Lebensstandard des Versorgungsempfängers entsprechend dem Versorgungssystem zu sichern.....“ - (II. 3., S. 10).

Plagemann fährt fort, das Bundesverwaltungsgericht betone, dass mit dem Eintritt des Versorgungsfalles eine für den Eigentumsschutz bedeutsame Änderung der Rechtslage eingetreten sei. Unbeschadet der Notwendigkeit einer finanziellen Konsolidierung verstoße es gegen Art. 14 GG, von Rentenbeziehern ein „*Sonderopfer*“ zu verlangen (II. 3., S. 10, 11).

Es folgen Ausführungen zu gesetzlichen Regelungen. Es fehlten gesetzliche Regelungen für die „*Reform*“ der EHV, und zwar was die Reaktion der Honorarverteilung auf demographische Veränderungen anlange, was die Sicherung des Systems mit Hilfe eines „*Kapitalpuffers*“ anlange, was die Reaktion auf „*Bereinigungen*“ der Gesamtvergütung durch neue Versorgungsformen anlange und wie die EHV-Bezieher an der Entscheidungsfindung zu beteiligen seien (II. 4., S. 11).

Die sprunghaften und in sich widersprüchlichen „*Reformaktivitäten*“ bewiesen, dass die Vertreterversammlung der Beklagten das Mandat der Legislative in Bezug auf die Eigentumsrechte der inaktiven Vertragsärzte nicht wahrzunehmen in der Lage sei. Der Schutzauftrag, den der Gesetzgeber im Hinblick auf das Eigentumsrecht wahrzunehmen habe, erfordere zwingend einen nachvollziehbaren Interessenausgleich und vor allem eine „*Belastungsgerechtigkeit*“, sprich ein klares Votum für den vorrangigen Schutz für die aus dem Berufsleben Ausgeschiedenen, die keine Möglichkeit mehr hätten auf Veränderungen im Gesundheitswesen zu reagieren (II. 4., S. 11, 12).

Die Absenkung des Leistungsanspruchs um 5% bis 6% sei unverhältnismäßig, weil sie nicht geeignet gewesen sei, demographische Probleme zu lösen. Sie sei nicht erforderlich gewesen, weil alternative Möglichkeiten zur Bremsung des Umlageanstiegs zur Verfügung gestanden hätten. Und sie sei unverhältnismäßig gewesen, weil das mit der Reform verfolgte Ziel der Entlastung kostenintensiver Praxen mit der Höhe der EHV-Leistungen nichts zu tun habe und die Absenkung des erreichbaren Höchstanspruchssatzes wieder rückgängig gemacht worden sei (II. 5., S. 12).

Plagemann stellt klar, dass die heute inaktiven Vertragsärzte seinerzeit ihre Umlage ohne Kostenanerkennung, also vom gesamten Honorar abgeführt haben, also die heute beklagte „*Umlageungerechtigkeit*“ ertragen mussten (II. 5., S. 13).

Folge man der Beklagten, wonach es ausschließlich um einen Akt der „*Honorarverteilung*“ gehe, gelte das vom Landessozialgericht festgestellte Defizit einer gesetzlichen Regelung ebenso (II. 6., S. 13).

Unverständlich sei der Einwand der Beigeladenen, das Landessozialgericht habe die erforderliche Abwägung „*mit den nach Art. 14 GG verfassungsrechtlich geschützten Eigentumspositionen der aktiven Ärzte nicht vorgenommen.*“ Die Berücksichtigung höherer Kosten zu Gunsten der kostenintensiven Praxen habe mit Art. 14 GG auf Seiten der aktiven Vertrags-

ärzte nichts zu tun, sondern ziele allenfalls auf Gleichbehandlung gemäß Art. 3 GG. Dann gehe es aber um Gleichbehandlung innerhalb der Gruppe der Aktiven (II. 6., S. 13, 14).

Soweit die Beklagte verlange, dass ausschließlich auf den „*Erkenntnisstand des Normgebers im Dez. 2000*“ abzustellen sei, widerspreche das den allgemeinen Grundsätzen, wonach auf die Rechtslage in der letzten mündlichen Verhandlung abzustellen sei. SG und LSG hätten bei ihren Entscheidungen nicht ignorieren dürfen, wie sich die Leistungen entwickelt hätten und wie die Vertreterversammlung verabschiedete Korrekturen zurücknehme oder/und den Inaktiven weitere Lasten aufbürde (II. 7., S. 14).

Falsch sei die Behauptung, die heutigen Inaktiven hätten „*ihre Leistungen*“ über einen geringeren Umlagesatz finanziert. Für den Kläger habe die Belastungsquote unter Hochrechnung auf den Ersatzkassenanteil 1985 bei etwa 6% und im zweiten Quartal 1991 bei etwa 6,3% gelegen (Siehe auch unter 3. Solidarität). Auch nach Einbeziehung der Ersatzkassen hätte der Umsatz höher gelegen als gegenwärtig. Die Abzüge hätten während des überwiegenden Teils der Praxistätigkeit des Klägers über dem jetzigen Niveau gelegen und das ohne vorherige Kostenanerkennung (II. 7., S. 14, 15).

Abwegig seien die Ausführungen, die Sicherstellung sei durch die EHV-Leistungen gefährdet. Die neuerdings gesperrten Planungsbereiche im Rahmen der Bedarfsplanung lägen um knapp das Dreifache über den neu geöffneten Bezirken (II. 7., S. 15).

Entscheidend sei aber, dass die Belastungen für einen hessischen Vertragsarzt durch die EHV und den halben Kammerbeitrag im Durchschnitt niedriger seien als der Beitrag für einen nur bei der Kammer versicherten Arzt (II. 7., S. 15).

Es sei nicht Sache der Gerichte, ein neues Gesetz zu formulieren, wenn der Landesgesetzgeber bisher keine ausreichende Rechtsgrundlage geschaffen habe. Das LSG habe den Grundsatz des einstweiligen Normerhalts gewahrt und der Legislative den Vortritt gelassen (III. 2., S. 15).

Das Land scheine sich seiner Verantwortung im Hinblick auf den vom BVerfG formulierten Schutzauftrag gegenüber Versorgungsempfängern nicht bewusst zu sein (III. 2., S. 16).

13.1.20. Schriftsatz der KV vom 18.03.08

Die KV antwortete auf den Schriftsatz von Plagemann vom 03.01.08 unter dem 18.03.08.

Die Rückzahlung des Ausgleichsfonds erfolge auch an inaktive Ärzte, die seinerzeit eingezahlt hätten, nicht nur an die Aktiven (1., S. 1).

Die von Plagemann angeführten Beschlüsse stünden nicht in Widerspruch zueinander (1., S. 2).

Der Tendenzbeschluss zur Auflösung der EHV sei im Kontext der damaligen Diskussion zu sehen (1., S. 2).

Die Notwendigkeit der zweiten Reform sei als langfristiges Modell verabschiedet worden, weil die Reform 2000 einschließlich der Mittel aus dem Ausgleichsfonds lediglich eine Problemlösung für 12 -15 Jahre gewesen wäre (1., S. 2).

An der Reform 2000 seien die inaktiven Vertragsärzte als außerordentliche Mitglieder beteiligt gewesen (2., S. 3).

Die Belastung der Aktiven durch die rückabgewickelte Absenkung des Höchstanspruchssatzes sei durch den wesentlich einschneidenderen Nachhaltigkeitsfaktor ersetzt worden (3., S. 3).

Die durch die 5%ige Deckelung der Umlage eingesparten Mittel kompensierten nicht die mittel- und langfristigen Absenkungen durch den Nachhaltigkeitsfaktor (4., S. 3).

Der Verlust der an der KV vorbei abgerechneten Honorare könne nicht gegenüber der Beklagten gerügt werden. Zum Zeitpunkt der Normgebung seien die nachfolgenden gesetzlichen Regelungen noch nicht bekannt gewesen. Zum anderen gehe das LSG davon aus, dass der Bundesgesetzgeber zur Finanzierung von entzogenen Honoraren verpflichtet sein könne (5., S. 4).

Die Beklagte bleibe weiter bei ihrer Auffassung, dass der grundrechtliche Prüfungsmaßstab der bundesrechtliche Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus Art. 12 i. V. m. Art. 3 GG sei (6., S. 4).

Unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit bleibe festzuhalten, dass die EHV immer noch ein Leistungsniveau gewähre, das eine bedürfnisunabhängige Sicherung erfülle (7., S. 5).

Das vom Bundesverwaltungsgericht in einer Entscheidung angenommene unzulässige Sonderopfer liege im vorliegenden Verfahren nicht vor (8., S. 5).

Die vom Kläger aufgezeigten alternativen Möglichkeiten zur Reduzierung des Umlageanstiegs existierten nicht (9., S. 6).

Auch wenn der Kläger bis zur erstmaligen Einführung von besonderen Kosten eine EHV-Umlage aus dem gesamten Honorar geleistet habe, führe dies nicht dazu, dass nunmehr nicht besondere Kosten verstärkt berücksichtigt werden könnten (10., S. 6). Der Kläger be-

rücksichtige nicht hinreichend die Notwendigkeit einer Anpassung von besonderen Kosten-sätzen an die Entwicklungen des medizinischen Fortschritts (10., S. 7).

Hinsichtlich des Sicherstellungsauftrages könne der Standort Hessen infolge des prognosti-zierten Ansteigens der EHV-Umlage nicht mehr die gebotene Attraktivität aufweisen (11., S. 7).

13.1.21. Erwiderng Prof. Plagemann vom 21.05.08 auf Schriftsatz der KV vom 18.03.08

Es stehe fest, dass durch die Auflösung des Ausgleichsfonds ein Vorsorgekapital aufgelöst werde. Eine derartige Rückabwicklung bedürfe einer gesetzlichen Grundlage (1., S. 1).

Festzuhalten bleibe, dass die inaktiven Mitglieder bei der Beratung und Beschlussfassung, betreffend die Reform 2000, faktisch keinerlei Einflussmöglichkeiten gehabt hätten. Nach der jetzt geltenden Satzung gebe es keinerlei Mitspracherechte der Inaktiven (2., S. 2).

Was die Generationengerechtigkeit angehe, habe die Reform 2000 eine Entlastung auf Sei-ten der Beitragszahler gebracht. Das versuche die KV zu vernebeln (3., S. 2).

Die Aktiven blieben durch eine höhere Honorarauszahlung durch die Reform 2000 begünstigt und könnten zusätzlich für eine ergänzende Altersversorgung ansparen (3., S. 3).

Die pauschale Absenkung des Leistungsniveaus durch die Reform 2000 sei unverhältnismä-ßig. Der von der Beklagten vorgenommene Vergleich mit einer Entscheidung des Bundesver-fassungsgerichts zu einer Absenkung der Leistungen für ehemalige Stasiangehörige sei ab-wegig (4., S. 3, 4).

Die Ausführungen von Ruland in Deutsche Rentenversicherung 2005, rechtfertigten mit kei-nem Wort die Herabsetzung von Beiträgen zu Gunsten eines Teilkollektivs und zu Lasten der Rentenempfänger (4., S. 4).

Es müsse ergänzend auf Folgendes hingewiesen werden:

Die Umlage der Aktiven liege derzeit tatsächlich bei 3,6% bezogen auf die Gesamt-vergütung und nicht bei 5%.

Die Zahlungen an die EHV-Empfänger seien insgesamt von 2004 bis 2006/07 gesun-ken, nämlich von 76,4 Mio. € auf 75,45 Mio. €.

Das Durchschnittshonorar sei von 2005 auf 2007 von 41.205 € auf 37.366 € gefallen, bedingt durch Eingriffe in die Satzung.

Die Zahl der aktiven Ärzte sei vom Quartal 1/05 bis 2/07 von 8487 auf 8730 gestiegen und nicht gefallen (4., S. 4, 5).

Daraus folge:

- a) Die aktuelle Belastung der Inaktiven betrage 6%. Bezogen auf die Gesamtsumme der EHV gehe es um rund 5 Mio. €. Dem stehe ein sofortige Entlastung der Aktiven gegenüber. Es fehle dafür nicht nur am Kausalzusammenhang, sondern auch an der Erforderlichkeit. Die „Disparitäten“ würden durch die Ungleichbehandlung unter den Aktiven verursacht.
- b) Der aktuellen Belastung der Inaktiven stehe auch in Zukunft keine Belastung der Aktiven gegenüber, da sie heute schon durch das niedrigere Durchschnittseinkommen eine niedrigere Umlage zahlten.
- c) Die marginale „Ersparnis“ der Aktiven von 5 Mio. oder 0,5% der Gesamtvergütung stehe außer Verhältnis zur Belastung der Inaktiven.
- d) Die Reform 2000 habe nicht die ungleiche Belastung der Inaktiven noch das demographische Problem gelöst. Mit zunehmender Alterung der Gesellschaft werde auch der Bedarf an Ärzten steigen, weshalb der Hinweis auf die Demographie nicht die Kürzung der Inaktiven rechtfertige (5., S. 5,6).

Von Feuerbach sei schon 1954 ein Anstieg der Umlage auf 17% prognostiziert und ein Ausgleichsfonds gefordert worden. 1981 sei wegen eines erwarteten Umlageanstiegs auf 11% mit der Ansparung eines Ausgleichsfonds begonnen worden, der wegen nicht eingetretener Entwicklung wieder aufgelöst worden sei (6., S. 6).

Bestritten werde die Behauptung, das Land Hessen sei für potentielle aktive Vertragsärzte in Zukunft nicht attraktiv (7., S. 8).

13.1.22. Urteil BSG v. 16.07.2008 Az.: B 6 KA 38/07 R

In seinem Urteil von 2008 verkündet das BSG: *„Auf die Revision der Beklagten und des Beigeladenen wird das Urteil des Hessischen Landgerichtes vom 01. Nov. 2006 aufgehoben. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom Mai 2004 wird zurückgewiesen.“*

In „Gründe“ wird zunächst der bisherige Verlauf wiedergegeben.

Unter II (Rn 19) heißt es: *„Die Revisionen sind begründet. Das LSG hätte das klageabweisende Urteil des SG Frankfurt nicht ändern dürfen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nicht rechtswidrig...“*

Es heißt dann (Rn 20): „Diese Neufassung der GEHV, insbesondere die erhöhte Berücksichtigung von Praxiskosten nach § 5 iVm mit den dazu beschlossenen Anlagen steht mit der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in § 8 des Gesetzes über die KÄV und die KZÄV Hessen vom 22.12.53 in Einklang..... Die Vorschrift des § 8 KVHG ist ihrerseits bundesrechts- und verfassungskonform und also uneingeschränkt wirksam.“

Unter Rn 26 wird festgestellt: „§ 8 KVHG als landesrechtliche Grundlage der EHV, die bundesgesetzlich durch die nach wie vor geltende Vorschrift des Art 4 § 1 Abs 2 Satz 2 GKAR vom 17.08.1955 zugelassen ist, ist mit dem GG vereinbar.“

Diese Verzahnung von Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR und § 8 KVHG (Rn 26) hätten Auswirkungen auch auf die verfassungsrechtliche Prüfung dieser Normen. Beide Normen könnten nicht in der Weise getrennt werden, dass dem Staatsgerichtshof (StGH) isoliert die Frage der Vereinbarkeit des § 8 KVHG mit der Hessischen Verfassung vorgelegt werden könne. Der StGH könne ebenso wenig wie der Senat oder das BVerfG ein seit über 50 Jahren weitgehend unangefochten praktiziertes, allein umlagefinanziertes Versorgungssystem übergangslos beenden.

Wegen der Gemengelage zwischen Bundes- und Landesrecht (Rn 27) könne die Verfassungsmäßigkeit der EHV bzw. eine aus der Verfassung abzuleitende Notwendigkeit der Änderung ihrer normativen Grundlagen nur unter Einbeziehung bundesrechtlicher Regelungen beurteilt werden.

Danach käme eine Vorlage allein auf der Grundlage des Art 100 Abs. 1 GG an das BVerfG in Betracht (Rn 28).

Der Senat sehe jedoch keinen Anlass für eine Vorlage an das BVerfG. Das LSG halte § 8 KVHG (Rn 29) materiell nicht mit der hessischen Verfassung vereinbar, sehe aber von einer Vorlage ab, weil § 8 KVHG mit einem nach Maßgabe der Vorstellungen des Gerichts zu bestimmenden Normprogramm weiter angewandt werden dürfe und müsse. Dem sei schon im Ausgangspunkt nicht zu folgen. Wenn § 8 KVHG zur Überzeugung eines mit seiner Anwendung befassten Gerichts verfassungswidrig sei, müsse die Frage nach Art 100 Abs 1 GG dem BVerfG vorgelegt werden. Ein Gericht sei nicht berechtigt, eine Norm im Rang eines formellen Gesetzes einerseits für verfassungswidrig zu halten und andererseits von einer Vorlage nach Art 100 Abs. 1 GG abzusehen.

Die Rechtsauffassung des Berufungsgerichts laufe im Ergebnis darauf hinaus, dass dieses dem hessischen Landesgesetzgeber die Verpflichtung auferlegen könne, einen Rechtszustand wegen der von ihm angenommenen Verfassungswidrigkeit zu ändern, ohne dass das für die Beurteilung der Verfassungswidrigkeit der Norm zuständige Verfassungsgericht die Rechtsauffassung betätigt hätte (Rn 31).

Das Berufungsgericht beschränke sich nicht auf die Rechtsaussage, die Regelung über die Berücksichtigung von höheren Praxiskosten in § 5 GEHV stehe mit der Ermächtigung des § 8 KVHG nicht in Einklang und müsse deshalb korrigiert werden, sondern sei der Auffassung, § 8 selbst sei insgesamt verfassungswidrig und könne nur bis zur Neuregelung für eine begrenzte Übergangszeit überhaupt weiter gelten. Derartige Rechtsfolgen zulasten des parlamentarischen Gesetzgebers verbindlich auszusprechen, sei nur das jeweilige Verfassungsgericht berufen (Rn 33).

Eine Vorlage nach Art. 100 Abs. 1 GG sei aber deshalb nicht veranlasst, weil § 8 KVHG i.V.m. Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR verfassungsgemäß sei (Rn 34).

Umstritten sei zwischen den Beteiligten allein, ob § 8 KVHG unter dem Gesichtspunkt der hinreichenden Bestimmtheit zu beanstanden sei und eine hinreichend präzise Ermächtigungsgrundlage für den Satzungsgeber enthalte. Das sei nach Überzeugung des Senats der Fall (Rn 36).

Rn 38, 39,41,42 wurden vorne unter „4.2 Eigentumsrecht in der EHV“ besprochen.

Dass nach heutigem Verständnis die Alterssicherung von Vertragsärzten nicht Aufgabe der KÄV sei und dass die Halbierung der Beitragslast nach heutigen Maßstäben eine recht grobe Lösung darstelle, unterliege keinem Zweifel (Rn 43). Mit derartigen systematischen bzw. zweckgebundenen Argumenten könne jedoch ein Alterssicherungssystem, das nunmehr fast 55 Jahre praktiziert werde und auf dessen Verlässlichkeit und Stabilität sich Generationen von Ärzten und deren versorgungsberechtigte Angehörige eingestellt hätten, nicht in Frage gestellt werden (Rn 43).

Die Versorgung der alten und invaliden Ärzte durch eine besondere Form der Honorarverteilung stelle die Entscheidung für ein reines Umlageverfahren dar (Rn 45). Ob die Beklagte die Altersversorgung der Ärzte auch anders hätte organisieren können, bedürfe keiner Entscheidung. § 8 Satz 2 KVHG lege das Umlagesystem nahe, zumal dieses mit den der KÄV bundesgesetzlich zugewiesenen Aufgaben kompatibel sei.

Aus diesen Gründen sei der Auffassung des LSG nicht zu folgen, § 8 KVHG sei deshalb nicht hinreichend bestimmt, weil keine Entscheidung für das in Betracht kommende Versorgungssystem (Umlageverfahren, Kapitaldeckung) zu entnehmen sei (Rn 46).

Da auch mittelfristig nicht wahrscheinlich sei, dass die Beklagte einen grundlegenden Regimewechsel vornehmen könnte, bedürfe es nicht der Herausarbeitung von Grundsätzen aus § 8 KVHG i. V. m. Art. 4 § 1 GKAR, inwieweit die Beklagte bei einem solchen Übergang auf die Belange der inaktiven Vertragsärzte Rücksicht nehmen müsse (Rn 47).

§ 8 KVHG sei nicht nur unter dem Aspekt der Entscheidung für ein umlagefinanzierte Versorgungssystem, sondern auch im Hinblick auf die Anpassung der EHV an sich ändernde Ver-

hältnisse bei der vertragsärztlichen Versorgung hinreichend bestimmt (Rn 48). Umstritten sei zwischen den Beteiligten, aber auch zwischen den Gutachtern Ebsen und Merten, ob unter dem Aspekt der fehlenden Bestimmtheit § 8 KVHG der Beklagten weiterhin hinreichend abgesicherte Maßstäbe zur Verfügung stelle, um auf bestimmte Entwicklungen der vertragsärztlichen Versorgung zu reagieren. Es würden Maßstäbe vermisst, an denen sich Neuregelungen zu orientieren hätten, wenn steigende Umsätze aus vertragsärztlicher Tätigkeit nicht (mehr) notwendig mit höheren Gewinnen der Vertragsärzte verbunden seien, weil die Umsatzsteigerungen überwiegend durch Kostensteigerungen kompensiert würden. Von Kostenanteilen in der Größenordnung von 80% hätten weder die Gesetzgeber noch die Abgeordnetenversammlung in den 50er Jahren eine Vorstellung gehabt. Dies alles betreffe die Frage, wie die Beklagte im Rahmen ihrer normativen Gestaltungsfreiheit zweckmäßigerweise auf Veränderungen der tatsächlichen Lebensverhältnisse reagiere. Dadurch werde aber nicht die hinreichende Bestimmtheit der gesetzlichen Ermächtigung aus den 1950er Jahren in Frage gestellt (Rn 48).

Ein Rechtsmangel ergebe sich auch nicht daraus, dass § 8 KVHG und Art. 4 § 1 GKAR keine Vorgaben dafür enthielten, nach welchen Maßstäben die Beklagte auf Entwicklungen reagieren solle bzw. dürfe, durch die größere Teile der Vergütung ursprünglich vertragsärztlicher Leistungen nicht mehr über die KÄV abgewickelt würden (Rn 49).

Ob solchen strukturellen Umbrüchen allein durch Regelungen auf der Ebene der Honorarverteilung Rechnung getragen werden könne, erscheine fraglich. Insoweit habe indessen das beigeladene Land in diesem Verfahren ausdrücklich seine Verpflichtung bekräftigt, zu reagieren und gesetzliche Regelungen zu entwickeln (Rn 50).

Es unterliege keinem Zweifel, dass bei grundlegenden Systemverschiebungen, so, wenn es darum gehe, wie dem System der EHV die erforderlichen Beträge aus Einnahmen gesichert werden können, die nicht über die KV abgerechnet werden, der Landesgesetzgeber gesetzliche Vorgaben normieren müsste, auf deren Grundlage dann konkretisierende Bestimmungen von der Ärztekammer und/oder in den Regelungen über die (erweiterte) Honorarverteilung zu treffen wären (Rn 52).

Für den aktuell zu beurteilenden Rechtszustand sei festzuhalten, dass § 8 Satz 2 KVHG eine ausreichend bestimmte Rechtsgrundlage für ein Umlagesystem in Form einer Beteiligung der ehemaligen Vertragsärzte an der Honorarverteilung darstelle. Zu keinem Zeitpunkt seit Inkrafttreten des § 8 KVHG sei den jetzt in Ruhestand lebenden Vertragsärzten eine in DM bzw. Euro zu fixierende monatliche oder quartalsweise Alterssicherung versprochen worden (Rn 53).

Im Übrigen habe sich gezeigt, dass die Beklagte der gesetzlichen Ermächtigung in § 8 KVHG i. V. m. Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR auf (auch) grundlegende Änderungen in der Versorgungsstruktur in Bezug auf die EHV sachgerecht zu reagieren imstande sei (Rn 54).

Es sei nicht erkennbar, dass jedenfalls in der Vergangenheit immer wieder zu beobachtenden Schwankungen hinsichtlich der Zuflüsse der Gesamtvergütung nicht durch angemessene satzungsrechtliche Verteilungsregelungen habe entsprochen werden können. Die Beklagte habe zu keinem Zeitpunkt in Abrede gestellt, dass sie im Rahmen ihrer Satzungsautonomie stets gehalten sei, auf einen sachgerechten Ausgleich zwischen den Belangen der aktiven Ärzte und den Interessen der früheren Vertragsärzte hinzuwirken (Rn 55).

Nach der Rechtsprechung des BAG zur Verschlechterung von Versorgungsanwartschaften und Versorgungsansprüchen früherer Arbeitnehmer durch tarifvertragliche Regelungen könnten unter bestimmten Voraussetzungen auch bereits bezogene Ausgangsrenten abgesenkt werden, müssten dabei allerdings den Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit und des Vertrauensschutzes entsprechen. Für die hier betroffene, ebenfalls normativ erfolgte Verschlechterung von Versorgungsansprüchen nach Eintritt des Versorgungsfalles gelte nichts anderes (Rn 57).

Auch die Bedenken des Berufungsgerichts gegen die Verfassungsmäßigkeit der maßgeblichen gesetzlichen Regelungen unter dem Gesichtspunkt der unzureichenden Partizipation der ehemaligen Vertragsärzte an dem Erlass der normativen Grundsätze der EHV seien unberechtigt (Rn 58).

Wer die KÄV sei, welche Struktur sie habe und wer nach ihrer inneren Verfassung für den Erlass von Normen, wie sie die GEHV darstellten, zuständig sei, ergebe sich abschließend aus den bundesgesetzlichen Regelungen, die derzeit in §§ 77, 88 SGBV enthalten seien. Zu keinem Zeitpunkt seit Inkrafttreten des § 8 KVHG habe der Landesgesetzgeber Fragen der inneren Struktur der KÄV regeln können. Eine solche Kompetenz habe der Landesgesetzgeber nicht (Rn 59).

Der Gesetzgeber sei berechtigt, auch im Schutzbereich des Art. 12 Abs. 1 GG die Satzung untergesetzlichen Rechts Selbstverwaltungskörperschaften zu übertragen. Je nach Auswirkung der Regelungen und grundrechtlicher Betroffenheit sei er gehalten, bestimmte wichtige Fragen selbst zu regeln und insbesondere Vorkehrungen dagegen zu treffen, dass Minderheiten und deren Belange nicht angemessen repräsentiert sind. Dem trage die Zuweisung der Beschlussfassung über Verteilungsgrundsätze und damit im Kern über die Abgrenzung der Anteile der aktiven und der ehemaligen Vertragsärzte an der Gesamtvergütung an die Vertreterversammlung angemessen Rechnung (Rn 60).

Ebsen weise in seinem Gutachten zutreffend darauf hin, dass alle Mitglieder der Vertreterversammlung wie insgesamt alle aktiven Vertragsärzte bei der Aufstellung der GEHV in gewisser Weise „befangen“ seien. Das habe nicht von vornherein zur Folge, dass Entscheidungen immer zu Lasten der Versorgungsansprüche der ehemaligen Vertragsärzte fallen müssten. Vertragsärzte in den letzten Jahren ihrer aktiven Tätigkeit würden sehr genau beobach-

ten, wie die Verteilungsgrundsätze durch die Vertreterversammlung ausgestaltet würden (Rn 61).

Bis Ende 2004 hätten die KÄVen ordentliche und bis zu einem Fünftel außerordentliche Mitglieder gehabt. Der Wegfall der außerordentlichen Mitglieder durch die Neufassung des § 77 Abs. 3 SGB V mit Wirkung zum 1.1.2005 habe an der möglicherweise fehlenden Repräsentation ehemaliger Vertragsärzte in der Vertreterversammlung nichts Wesentliches geändert (Rn 63).

Eine solche Repräsentation sei früher nicht Voraussetzung gewesen für die Wirksamkeit von Beschlüssen der Vertreterversammlung über die GEHV und sei es auch derzeit nicht. Soweit die Vertreterversammlung einseitige Versorgungsregelungen zulasten der inaktiven Vertragsärzte treffe, sei es Sache der Aufsichtsbehörde bzw. der Gerichte, entsprechende Satzungsänderungen zu beanstanden bzw. nicht zu genehmigen (Rn 64).

Auch die Regelungen für die Höhe der EHV-Leistungen an den Kläger seien nicht zu beanstanden (Rn 65).

Das Gericht geht dann auf die unterschiedlichen Kostensätze einer Psychologischen Praxis und eines Laborarztes bei gleichem Umsatz ein und kommt zu dem Schluss, ohne die Berücksichtigung besonderer Kostensätze müssten beide Vertragsärzte Honorarminderung durch den Vorwegabzug in gleicher Höhe hinnehmen. Das habe die Beklagte korrigieren dürfen, ohne die Belange der nicht mehr tätigen Vertragsärzte unangemessen zu beeinträchtigen (Rn 66).

Auch die Neufassung des § 5 GEHV zum 01.10.2001 und der Wegfall des § 3a GEHV seien mit höherrangigem Recht vereinbar (Rn 68).

Das bedeute, dass nunmehr die auf diese Kosten entfallenden Anteile der Gesamtvergütung bei der Berechnung der Durchschnittshonoraranforderung aller Vertragsärzte außer Betracht blieben. Diese Durchschnittshonoraranforderung sei die entscheidende Berechnungsgrundlage für den Anspruch aus der EHV in der inaktiven Phase (Rn 69).

Die von der Gesamtvergütung vorweg abgezogenen Kostenanteile würden so behandelt, als wären sie von den Kassen an der KÄV vorbei den Vertragsärzten zugeflossen. Die damit verbundene Verminderung der Zahlungen aus der EHV sei keine unvermeidliche Nebenfolge der Neufassung des § 5 GEHV, sondern eines ihrer Ziele (Rn 70).

Soweit die Neufassung des § 5 GEHV sich als Regelung im Sinne des Art. 14 Abs. 1 Satz 2 GG darstelle, seien die für Inhalts- und Schwankungsregelungen geltenden Vorgaben beachtet (Rn 71).

Die Herabsetzung des Höchstanspruchs von 18% auf 15% und der Aufbau des Ausgleichsfonds verdeutlichen, dass die Bewertung des LSG, die Neufassung der GEHV belaste einseitig die inaktiven Vertragsärzte nicht zutreffe. Die Regelung erfasse auch die aktiven Vertragsärzte, die mit den auf die besonderen Kosten entfallenden Honoraranteilen keine Ansprüche erwerben könnten. Wenn und soweit steigende Gesamtvergütungen eher steigende Kosten der vertragsärztlichen Tätigkeit abbildeten als steigende Gewinne, sei es prinzipiell gerechtfertigt, die inaktiven Vertragsärzte von der Teilnahme an solchen Kostenerhöhungen auszuschließen. Es heißt dann weiter: *„Ob die mit der Neufassung des § 5 GEHV (2001) verbundene Belastung dieser Ärzte exakt den Auswirkungen steigender Kosten entspricht, bedarf hier keiner näheren Prüfung“*. Wenn sie die Gestaltungsfreiheit des Normgebers nicht unangemessen beschränken solle, müsse die gerichtliche Kontrolle von Geeignetheit und Erforderlichkeit anspruchsbegrenzender Normen auf den Ausschluss struktureller Lastenverteilungen ausgerichtet sein (Rn 72).

Entgegen der Auffassung des LSG werde die Ausgewogenheit der Neuausrichtung der EHV 2001 nicht dadurch in Frage gestellt, dass einzelne Elemente 2006 wieder aufgegeben oder modifiziert worden seien. Den Anforderungen des BVerfG zu Parlamentsgesetzen, die auch an die untergesetzliche Regelung zu stellen seien, habe die Beklagte 2001 entsprochen. Dass sie 2006 zu der Ansicht gelangt sei, die Maßnahmen des Jahres 2001 hätten zur dauerhaften Stabilisierung der EHV nicht ausgereicht, lasse die gegenläufige Prognose des Jahres 2001 nicht rückwirkend als von vornherein unhaltbar erscheinen (Rn 73).

Entgegen der Auffassung des Klägers sei die Neufassung des § 5 GEHV nicht deshalb sachwidrig, weil sie das demographische Problem der EHV nicht löse. Die Beklagte sei nicht gehalten gewesen, die Auswirkungen steigender Praxiskosten auf die Finanzierung der EHV allein durch einen Ausgleich zwischen den einzelnen Arztgruppen, die derzeit vertragsärztlich tätig seien, zu bewältigen. Die begrenzte Einbeziehung der ehemaligen Vertragsärzte in die damit verbundenen Belastungen halte sich im Rahmen des der KÄV eingeräumten Gestaltungsspielraums (Rn 74).

Soweit der Kläger in diesem Zusammenhang auf die Einbeziehung der nicht über die KV abgerechneten Honorare verweise, habe die KÄV diese Möglichkeit zumindest im Jahr 2001 nicht zur Verfügung gestanden. Kurz oder mittelfristig könne die KÄV nicht auf Zahlungen der Krankenkassen an ihre Mitglieder zugreifen (Rn 75).

Zum Schluss geht das BSG auf die Verhältnismäßigkeit ein. Eine Unverhältnismäßigkeit im engeren Sinne, also eine individuelle Unzumutbarkeit sehe der Senat in der Folge der Neufassung des § 5 GEHV nicht. Kürzungen in der Höhe von 5 – 6% seien in der Regel zumutbar, sofern es nicht um die Sicherung des Existenzminimums gehe. Seit jeher stehe das BVerfG auf dem Standpunkt, *„dass den Beamten (auch denen im Ruhestand) die Jahressonderzahlung („Weihnachtsgeld“) genommen werden könnte...“* - (Rn 76).

Das BSG schloss sich mit seinem Urteil weitgehend der Argumentation der KV an.

Es muss hier festgestellt werden, dass wir nie die Notwendigkeit der Kostenentlastung der kostenintensiven Praxen bestritten haben. Es ist dem Verfasser aber bis heute unverständlich, warum das BSG nicht die Einseitigkeit der Maßnahme gesehen hat. Es wäre einfach gewesen den Durchschnittsumsatz in der Reform 2001 unverändert zu belassen und einen zweiten Durchschnittsumsatz nach Anerkennung der Kosten zu errechnen. Die Differenz zwischen beiden, das durch die Kostenanerkennung entstandene Defizit, hätte man paritätisch auf die Aktiven und Inaktiven verteilen können. Wahrscheinlich hätte sich danach bei uns niemals Widerstand geregt. 6%, die Aktive wie Inaktive hätten tragen müssen, hätte beide bei paritätischer Aufteilung mit je 3% belastet, eine Regelung, wie sie letztendlich dann mit der Ruland'schen Reform eingeführt wurde. Der Verfasser kann keinen Grund erkennen, warum das nicht auch schon 2001 hätte möglich sein können.

Die Einseitigkeit der Maßnahme war 2000/2001 nicht so offensichtlich, weil die Aktiven mit der Reduzierung des erreichbaren Höchstanspruchssatzes und der Ansparung des Ausgleichsfonds belastet waren. Zum Zeitpunkt des BSG-Urteils waren aber die beiden letzteren Maßnahmen rückgängig gemacht, sodass die Kostenanerkennung genauer hätte bewertet werden müssen. Weder die Landesregierung noch der Senat des BSG haben die Einseitigkeit gewürdigt.

Das Urteil brachte aber auch günstige, nicht zu unterschätzende Festlegungen für die Inaktiven: Das Eigentumsrecht an der EHV kann künftig nicht mehr von der KV bestritten werden.

Bei zunehmend durch Sonderverträge an der KV vorbei abgerechneten Honoraren wurde dem Gesetzgeber auferlegt, Regelungen zu treffen, die solche Honorare für die EHV erreichbar machen.

In der Folge des Urteils hat die neue Hessische Landesregierung das vorne (4.2.2.) aufgeführte Vorhaben einer gesetzlichen Neuregelung der Altersversorgung der hessischen Ärzte (EHV) in ihre Koalitionsvereinbarung aufgenommen. Das Ergebnis der Vereinbarung war die Ergänzung des § 8 KVHG durch den Hessischen Landtag 2009.

13.2. Prozess wegen der Folgen der Reform 2006

Ab dem Quartal 3/2006 wurden in dem jeweiligen „Bescheid über EHV-Honorar“ die „Durchschnittshonorarforderung der aktiven Vertragsärzte im Bereich der KVH auf Primär- und Ersatzkassen“ und der individuelle Anspruchssatz der EHV-Empfänger in Prozent angegeben.

Die „Durchschnittshonorarforderung“ entsprach dem mit der Bruttomethode aus der Gesamtvergütung errechneten Durchschnittshonorar nach Anwendung des § 5 GEHV, der die Kostenanerkennung regelte. Die Anwendung von § 5 EHV führte zu einer Kürzung der Alters-

bezüge von etwa 6%. Das Ergebnis der Anwendung des § 5 GEHV ist nicht in den Bescheiden mitgeteilt.

Mitgeteilt wurde in den Bescheiden die Höhe der Auszahlungsquote nach Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors gemäß § 8 GEHV. Sie erreichte mit 76,4227% im Quartal 3/2011 den niedrigsten Wert. Die Kürzung im Quartal 3/2006 betrug demnach gut 23% allein durch den Nachhaltigkeitsfaktor. Danach wurde von der KV eine Untergrenze von 80% eingezogen aufgrund des Urteils des SG Marburg v. 24.02.10, das festgestellt hatte, dass von der KV noch keine Untergrenze für das Absenken der Quotierung festgelegt worden war. .

Die Kürzungen nach den genannten beiden Paragraphen betragen bei Addition schon über 29%. Vor dem Quartal 3/2011 wurden daneben noch keine Umlagen von den außerhalb der KV abgerechneten Honoraren erhoben.

Gegen die Bescheide mit derart ungewöhnlich hohen Kürzungen wurde von den Mitgliedern der IG EHV Widerspruch eingelegt.

Im Widerspruch wurde ausgeführt, dass es für eine derartige Kürzung weder eine gesetzliche Grundlage noch eine nachvollziehbare Begründung gebe. Insbesondere könne die Kürzung nicht unter Hinweis auf den Nachhaltigkeitsfaktor gerechtfertigt werden.

13.2.1. Widerspruchsbescheid vom 15.04.2009

Unsere Widersprüche gegen die Bescheide für die Quartale 3/2006 und 4/2006 wurden von der KV derart lange nicht bearbeitet, dass Plagemann am 09.03.2009 eine Untätigkeitsklage androhen musste.

Im Widerspruchsbescheid für den Verfasser vom 15.04.09 führte die KV Folgendes aus: *„Unter dem Druck langfristig steigender Beiträge zur EHV bei rückläufigen Praxisumsätzen war nach Scheitern weiterer Reformvorschläge der Fortbestand des EHV-Systems gefährdet.“*

Nach langen Beratungen sei es gelungen, den Generationsvertrag und das Solidaritätsprinzip der EHV durch Beschlüsse der Vertreterversammlung zu erneuern.

Soweit Plagemann darauf hinweise, dass das BSG im Juli 2008 festgestellt habe, dass die Ansprüche auf Leistungen der EHV dem Schutz des Art. 14. GG unterliegen, werde auf Folgendes hingewiesen:

Die Reformelemente des Jahres 2000 seien Gegenstand verschiedener Widerspruchsverfahren gewesen. Das Bundessozialgericht habe in seinen Urteilen vom 16.07.2008 abschließend festgestellt, dass die Regelungen der GEHV, die vom Quartal 4/2001 bis 2/2006 für die Höhe der EHV-Leistungen maßgeblich waren, nicht zu beanstanden seien.

Schon seit dem 01.07.1991 würden besondere Kosten berücksichtigt. Die Neufassung des § 5 zum 01.07.2001 sei mit höherrangigem Recht vereinbar.

Dieser Rechtsgedanke, so die KV, gelte auch für die Quartale 3/2006 ff weiter.

Das Argument, die in den Quartalen 3/2006 und 4/2006 fortwirkende Kürzung aus der Reform 2000 sei rechtswidrig, könne insofern nicht zu einer Stattgabe des Widerspruchs führen.

Das BSG habe festgestellt, dass die erworbenen Anwartschaften unter dem Schutz der Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 GG stehen. Allerdings bedeute das nicht, dass ein festes EHV-Honorar zugesichert werden müsse. Der Anspruchssatz bleibe weiterhin unverändert. Ein Verstoß gegen die Eigentumsgarantie sei durch die Reform der EHV 2006 jedenfalls nicht zu sehen.

13.2.2. Brutto/Netto

Es heißt im Widerspruchsbescheid auch: „Im Übrigen wurde ab dem Quartal 3/2006 auch der Berechnungsmodus des EHV-Honorars insoweit umgestellt, als nunmehr auf die Brutto-Durchschnittshonoraranforderung der niedergelassenen Vertragsärzte zurückgegriffen wird. Vor dem Quartal 3/2003 wurde hier das Netto-Durchschnittshonorar zugrunde gelegt. Auf den ersten Blick erscheint daher der Nachhaltigkeitsfaktor sehr hoch. Dies relativiert sich allerdings, wenn auf Grundlage des Nettodurchschnittshonorars die EHV-Bezüge gerechnet worden wären.“

Wir, die Prozessführer, waren auf die Netto-/Bruttoberechnungen erstmals durch die Widerspruchsbescheide aufmerksam geworden. Nettohonorar bezeichnet das Honorar nach Abzug, Bruttohonorar das Honorar vor Abzug der EHV-Umlage. Uns war aus der Vergangenheit nur die Bruttomethode bekannt: Die Gesamtvergütung wurde durch die Zahl der aktiven Ärzte geteilt. Das Ergebnis war das Bruttodurchschnittshonorar, das als Bezugsgröße für die Berechnung der EHV-Bezüge diente. Wenn über Jahre das Nettodurchschnittshonorar für die Berechnung der EHV-Bezüge zugrunde gelegt wurde, bedeutet das, dass in diesen Jahren Kürzungen der EHV-Bezüge erfolgten, zuletzt von etwa 5%. Die KV konnte auf Anfrage nicht mitteilen, wann und aus welchen Gründen die Umstellung erfolgte. Ein Beschluss der Vertreterversammlung kann damit nicht zugrunde liegen. Er hätte in einem Protokoll dokumentiert sein müssen. Es muss sich um eine Entscheidung auf Verwaltungsebene gehandelt haben.

13.2.3. Klage Prof. Plagemann vom 14.05.2009

Nach Eingang des Widerspruchsbescheids wurde von Plagemann am 14.05.2009 für den Verfasser Klage beim Sozialgericht Marburg eingereicht. Parallel klagten die Mitglieder der IG EHV Aßmann, Böhler, Nick und Plass.

Die Klage wurde eingereicht aus drei Gründen von allen fünf Genannten: Wegen der Kürzungen durch den Nachhaltigkeitsfaktor, wegen der Anwendung des § 5 GEHV und wegen der irgendwann in der Vergangenheit erfolgten Umstellung der Berechnung der EHV-Bezüge vom Brutto- auf das Nettohonorar. Plass klagte zusammen mit Böhler daneben wegen eines zweiten Sachverhaltes, der Streichung der Vergütung für Ansprüche aus der Anerkennung von Mehrjahren.

Entsprechend wurde in den Klagen beantragt, höhere Leistungen aus der EHV zu gewähren, insbesondere ohne Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors und ohne Anwendung der Kürzung wegen technischer Leistungen gem. § 5 GEHV, außerdem um die Beklagte zu verpflichten, im Einzelnen nachzuweisen, bis wann (soll heißen: seit wann, Anm. d. Verf.) das Durchschnittshonorar „*netto*“ den EHV-Berechnungen zugrunde gelegt wurde und auf welcher Rechtsgrundlage im einzelnen diese Berechnung geändert wurde. Für Böhler und Plass wurde geklagt wegen der Streichung der Mehrjahre.

In der Begründung führte Plagemann aus, dass zur Ermittlung des EHV-relevanten Durchschnittshonorars sogenannte „*besondere Kosten*“ gem. § 5 Abs. 1 GEHV abgezogen werden. Weder aus dem Erstbescheid noch aus dem Widerspruchsbescheid ergebe sich, wie sich diese besonderen Kosten errechneten. § 5 Abs. 1 GEHV nehme zur Berechnung der besonderen Kosten auf Anlage 1 zu dieser Satzung Bezug. Eine Anlage 1 zu dieser Vorschrift gebe es nicht (2. a), S. 3).

Es wurde beantragt, die Beklagte zu verpflichten, im Einzelnen nachzuweisen, wie sich die Praxiskosten, die sie vom Durchschnittshonorar abgesetzt habe, errechneten (2. a), S. 3).

Die entscheidende Verringerung der EHV-Bezüge im Zeitraum vom 2. zum 3. Quartal 2006 habe sich aus der Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors ergeben. Nach § 8 Abs. 1 GEHV komme es nur dann zur Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors, wenn die Quote gem. Abs. 1 Satz 2 „*für die Finanzierung der EHV-Ansprüche nicht ausreicht*“. Im Quartal 2/2006 hatte die Quote den Wert von 5% unterschritten. Nicht erkennbar sei, wieso im Quartal 3/06 der Finanzbedarf so gestiegen sein solle, dass der Nachhaltigkeitsfaktor in diesem Umfang zur Anwendung gekommen sei (2. b), S. 3,4).

Festzustellen sei, dass im Jahre 2004 die EHV-Aufwendungen (gemäß den im Internet nachlesbaren Zahlen der KV) rund 76,4 Mill. E betragen hätten.

In den Quartalen 3/06 bis 2/07 hätten sich die EHV-Aufwendungen der KVH auf 75,45 Mill. € belaufen, seien also gesunken (2. b), S. 4).

Daraus folge, die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors führe zu einer Verringerung der Gesamtaufwendungen gegenüber 2004. Der Nachhaltigkeitsfaktor gleiche also nicht zusätzliche Belastungen wegen der Demographie aus, sondern führe zu einer Verschiebung der Honoraranteile von den inaktiven zu den aktiven Ärzten. Dafür gebe es keine Rechtsgrundlage (2. b), S. 4).

Im Widerspruchsbescheid heiße es, für die Berechnungen der EHV-Leistungen im Quartal 3/2006 würden nunmehr die Brutto-Durchschnittshonoraranforderungen der niedergelassenen Vertragsärzte zugrunde gelegt. Eine Rechtsgrundlage für diese Umstellung finde sich in den GEHV nicht (2. c), S. 4).

Plagemann fuhr fort: Die Absenkung der EHV-Leistungen verstoße auch gegen die Hessische Verfassung und das Grundgesetz (3. S. 5).

Eine in einem anderen Verfahren⁵⁰ vorgelegte Auflistung zeige, dass die EHV-Bezüge kontinuierlich zurückgegangen seien, obwohl im gleichen Zeitraum die Vergütungen der Kassen gestiegen seien (3. a), S. 5).

Durch die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors komme es im Quartal 3/06 zu einer zusätzlichen strukturellen Absenkung der Leistungen um 11,5%, laut Widerspruchsbescheid der KV aber „nur“ um 7%. Inzwischen betrage die Kürzung im Quartal 3/08 16% (3. a), S. 5).

Die KV übersehe, dass die Ansprüche aus der EHV dem Eigentumsrecht gem. Art. 45 Hess Verf. und Art. 14 GG unterliegen. Auf das Urteil des BSG vom 16.07.2008 wird verwiesen. Eine Korrektur der Ansprüche komme nur dann in Betracht, wenn sie auf Gesetz beruhe und verhältnismäßig sei (3. b), S. 6).

Die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors müsse auf § 8 Abs. 1 GEHV beruhen. Eine gesetzliche Ermächtigung für eine solche Kürzung existiere nicht. Im Gegenteil stehe die Anwendung des NHF im Widerspruch zu § 8 KVHG, der auf effektive Versorgung abziele (3. aa), S. 6).

Die Vertreterversammlung habe die GEHV verabschiedet ohne Teilnahme eines einzigen Vertreters der EHV-Empfänger. Somit fehle es an der erforderlichen demokratischen Legitimation für eine das Eigentumsrecht einschränkende Regelung (3. bb), S. 6).

Dass § 8 KVHG keine ausreichende gesetzliche Grundlage für den Eingriff in das Eigentum des Klägers sein könne, folge auch daraus, dass die Beklagte ohne jede Rechtsgrundlage sich

⁵⁰ Gerichtsverfahren mit AZ: 12 KA 433/07 ER

in der Lage sehe, einzelne Berechnungselemente abzuändern, wie bei den Brutto- bzw. Nettodurchschnittshonoraren (3. bb), S. 6).

Ein Nachhaltigkeitsfaktor, der die Inaktiven enteigne und zugleich den Aktiven einen höheren Honoraranteil zuweise, sei nicht geeignet, demographische Verwerfungen auszugleichen (3. cc), S. 7).

Die Regelung sei auch nicht erforderlich gewesen, weil vorher ein Ausgleichsfonds angespart worden sei, um demographisch bedingte Mehrbelastungen aufzufangen. Dieser Fonds sei aufgelöst worden (3. dd), S. 7).

Jedenfalls sei die Maßnahme unverhältnismäßig. Das erkennende Gericht habe in seinem Urteil vom 19.05.2004 festgestellt, die Schwelle der Unzumutbarkeit werde durch die Satzung nicht erreicht. Es sei zu berücksichtigen, dass die noch aktiven Ärzte bei ihrem Ausscheiden nur noch einen geringeren Prozentsatz an der EHV erreichen könnten, als die jetzt bereits passivierten. Diese damals vorgetragene Argumentation, so Plagemann, habe sich durch die EHV-Reform 2006 mit der Rückabwicklung der Absenkung des Höchstanspruchsatzes und der Rückzahlung des Ausgleichsfonds erledigt (3. ee), S. 7,8).

Das BVerfG habe entschieden, dass das Vertrauen der Betroffenen in den Fortbestand einer Regelung umso weniger enttäuscht werden dürfe, je mehr diese z. B. wegen ihres Alters durch die Änderungen gegenüber den Risiken des Lebens in eine ungünstige Lage gerieten (3. ee), S. 8).

Die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors führe in letzter Konsequenz zur Beendigung jeglicher Altersversorgung und sei nicht geeignet unter der behaupteten Annahme einer Verschlechterung der demographischen Entwicklung die Altersversorgung zu sichern (3. ee), S. 8).

Die Ausführungen des BSG vom 16.07.2008 zur Verhältnismäßigkeit trügen nicht, da sich nun die Leistungseinschränkungen im Bereich zwischen 18% und 22% addierten (3. ff), S. 8).

Der Hinweis des BSG auf Streichungen von Jahressonderzahlungen rechtfertige die jetzigen Kürzungen auf keinen Fall. Die Beamtenversorgung basiere auf völlig anderen Grundprinzipien (3. ff), S. 9).

Soweit die Beklagte im Widerspruchsbescheid die im Laufe der Jahre vorgenommenen Reformen zu Lasten der Inaktiven voneinander trenne, widerspreche das der Rechtsprechung des BVerfG, das mehrfach betont habe, dass auf die Summe der Einschränkungen abzustellen sei (4., S. 9).

Daraus folge, dass die Prüfung, ob eine Reform den Kläger so weit belaste, dass sein Eigentumsrecht verletzt werde, auch vorangegangene Einschränkungen mit berücksichtigen müsse (4., S. 10).

Es heißt dann: „Abschließend sei nochmals darauf hingewiesen, dass niemals in Abrede gestellt wurde, dass der Durchschnittsumsatz von Quartal zu Quartal schwankt. Mit solchen Schwankungen kann man aber nicht strukturelle Kürzungen legitimieren“ - (4., S 10).

Es folgt eine Klarstellung: „Die Umlage lag in den Jahren

1993 bei 9% (Primärkassen), 5,5% Primär- und Ersatzkassen

1995 bis 3/2001 bei 5%

4/2001 bis 2004 bei 4,9%

2005 bis 2/2006 bei 4,7%“ - (5., S.10).

Das beweise,

a) Der Kläger habe früher höhere Umlagen zahlen müssen, als es heute für die Aktiven als zumutbar angesehen werde.

b) Die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors ab dem Quartal 3/2006 zu Lasten der Inaktiven habe mit der Demographie ebenso wenig zu tun wie mit einem überproportionalen Anstieg der EHV-Umlage (5. a,b), S. 10).

Die Behauptung der Beklagten, die aktiven Vertragsärzte seien schlussendlich genauso belastet wie die inaktiven wegen der zu erwartenden geringeren Leistungen gehe fehl. Die heute aktiven Vertragsärzte hätten die Möglichkeit, aus den ersparten Umlagen eine weitere Altersversorgung aufzubauen, was den Inaktiven verschlossen sei (5. b), S. 10).

13.2.4. Erwiderung d. KV v. 02.10. 09 u. Antw. d. KV v. 18.12.09 auf Verfügung des SG

In ihrer Erwiderung v. 02.10.2009 beantragte die KV, die Klage abzuweisen.

Der Einwand, dass die Berücksichtigung von Praxiskosten fehlerhaft erfolgt sei, weil in Anlage 1 zu § 5 Abs. 1 GEHV keine besonderen Kosten hinterlegt seien, sei unzutreffend. Die Beklagte habe die Praxiskosten auf Basis der TL-Anteile (technische Leistungsanteile) der im EBM 2000plus definierten Honoraranteile ermittelt. Diese Anteile hätten keiner gesonderten Festlegung in Anlage 1 zu § 5 Abs. 1 GEHV bedurft (1., S. 1,2).

Die Behauptung, die Aufwendungen von 76,4 Mill. € 2004, entsprechend einer Angabe in einem Internetauftritt der Beklagten, vor der Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors seien

höher gewesen als nach seiner Anwendung, sei unzutreffend. Bei dem Internetauftritt der Beklagten handele es sich um einen summarischen Wert. Eine spezielle Aussage sei damit nicht verbunden. Tatsächlich habe der Vorwegabzug in 2004 75,51 Mill. € betragen und im Zeitraum 2/06 – 2/07 75,67 Mill. €. Er sei damit in den Zeiträumen der Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors höher als davor gewesen (2., S. 2).

Die EHV-Quote von 5% wäre bereits im Quartal 2/06 mit einem Wert von 5,358% überschritten worden. Der die EHV-Quote von 5% übersteigende Betrag sei aus Mitteln der Schwankungsreserve finanziert worden (3., S. 2).

Widerholt wurde die Angabe, dass ab dem Quartal 3/2006 das Bruttodurchschnittshonorar, das Honorar vor der EHV-Quotierung, als Bemessungsgrundlage für die EHV-Bezüge dient. Infolge des gestiegenen Durchschnittshonorars hätten sich die EHV-Bezüge erhöht und damit den Nachhaltigkeitsfaktor um 5% kompensiert. Es finden sich keine Antworten auf die von Plagemann erhobenen Forderungen (4., S. 3).

Entgegen der Auffassung des Klägers führe der Nachhaltigkeitsfaktor nicht zu einer Reduzierung um rund 15%. Der durchschnittliche Nachhaltigkeitsfaktor von 11,1822% in den Quartalen 3/2006 und 4/2006 verringere sich durch die Umstellung auf die Bruttomethode um 5% auf 6,1822% (5., S. 3).

Der eingeführte Nachhaltigkeitsfaktor sei verfassungsgemäß. Ein Verstoß gegen Art. 14 GG liege nicht vor. Der Zweck des Nachhaltigkeitsfaktors sei nicht die Erhöhung der Honorare der Aktiven, sondern sei darauf gerichtet, die Quote bei 5% konstant zu halten. Mit der ersten Reform habe lediglich eine mittelfristige Stabilisierung bei ca. 6% bewirkt werden können, da in absehbarer Zeit die Mittel aus dem Ausgleichsfonds zur Stabilisierung des Umlagesatzes nicht mehr ausgereicht hätten (6., S. 3).

Die Regelung stehe nicht im Widerspruch zu § 8 KVHG. Der Kläger berücksichtige nicht, dass auch die gesetzliche Rentenversicherung wegen demographischer Verwerfungen voraussichtlich künftig nicht mehr das bisherige Niveau der Unterhaltssicherung beinhalten werde (6. a., S. 4).

Den Einwand fehlender demokratischer Legitimation wegen fehlender Beteiligung der Inaktiven habe bereits das BSG zurückgewiesen (6. b., S. 4).

Die Regelung sei geeignet, die Funktionsfähigkeit der EHV trotz demographischer Verwerfungen zu erhalten (6. c., S. 4).

Die Regelung sei auch erforderlich. Die vom Kläger vorgeschlagene Umwidmung des Ausgleichsfonds zur Kompensation der Auswirkungen des Nachhaltigkeitsfaktors verletze die Rechte der den Fonds finanzierenden Mitglieder der Beklagten. Die gerichtliche Kontrolle müsse auf den Ausschluss struktureller Fehlfestlegungen und ersichtlich unangemessener

Lastenverteilungen ausgerichtet sein. Auch heutige inaktive Mitglieder der Beklagten hätten an der Rückzahlung des Fonds partizipiert (6. d., S. 4,5).

Die vorgenommene Kürzung der EHV-Leistungen sei nicht unverhältnismäßig. Ohne Reform würde ein Umlagesatz von 10% erreicht bei rückläufiger Gesamtvergütung und gestiegenen Praxiskosten. Die Fortführung der EHV ohne Reform würde bedeuten, dass die Aktiven künftig bis zu über 50% höhere Umlagesätze zu tragen hätten (6. e., S. 5).

Eine einseitige Belastung des Klägers bestehe gerade nicht. Der Kläger negiere die wesentlich gravierendere mittel- und langfristige Auswirkung des Nachhaltigkeitsfaktors gegenüber den heutigen Aktiven (6. e., S. 5).

Die heutigen inaktiven Vertragsärzte müssten gerade keine Leistungskürzung hinnehmen, obwohl die heutigen Vertragsärzte in der Vergangenheit die EHV fast ausschließlich über einen geringeren Umlagesatz finanziert hätten (6. E., S. 6).

Nicht zu folgen sei dem Einwand des Klägers, dass die wirtschaftlichen Auswirkungen der ersten und zweiten Reform ganzheitlich zu betrachten sind. In der ersten Reform sei es um die Neuordnung besonderer Kosten gegangen, in der zweiten gehe es um die dauerhafte Lösung des demographischen Problems, primär unterschiedliche Regelungsgegenstände (6. e., S. 7).

Festzuhalten bleibe, dass die EHV unter Beachtung der Einnahmesituation des Klägers immer noch ein Leistungsniveau in den streitbefangenen Quartalen gewähre, das eine bedürfnisunabhängige Sicherung nach einem Versicherungsleben erfülle (6. e., S. 7).

Als letztes Argument wird zum wiederholten Male der Sicherstellungsauftrag angeführt, der akzeptable und kalkulierbare Rahmenbedingungen, hier von vertragsärztlichen Honorareinnahmen, erfordere (6. e., S. 7,8).

Abschließend wird auf den Widerspruchsbescheid verwiesen. Verschiedene Anlagen mit graphischen Darstellungen waren beigelegt.

Mit einem Antwortschreiben v. 18.12.2009 auf eine gerichtliche Verfügung des SG Marburg vom 28.09.2009 im Verfahren von Aßmann übersandte die KV eine Reihe von Unterlagen an das SG Marburg, unter anderem verschiedene Exemplare der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung, das letzte v. 27.05.2008 und eine info.doc-Ausgabe v. Mai 2008 und verwies teilweise auf ihre Stellungnahme v. 02.10.2009.

13.2.5. Erwiderung von Prof. Plagemann vom 29.01.2010

Um der Argumentation von Plagemann in diesem Schriftsatz folgen zu können, empfiehlt es sich, die komplizierten Formulierungen von § 5 im Anhang zu lesen.

§ 5 GEHV hat aus zwei Gründen Bedeutung in den Klageverfahren erlangt. Einmal durch formale Fehler, zum anderen dadurch, dass in dem Paragraphen die Regelungen zur Fortsetzung der Kürzung der Inaktiven durch Kostenanerkennung aus der Reform 2001 festgelegt wurden.

Die formalen Fehler spielen für die Belastung der Ruheständler nur eine untergeordnete Rolle. Sie können, wie wir in dem Prozess erfahren, auch rückwirkend korrigiert werden. Ihre Bedeutung liegt darin, dass sie Beleg für die geringe Sorgfalt sind, mit der die Aufgaben in Verbindung mit der EHV von der KV wahrgenommen werden.

§ 5 GEHV sollte die Kürzung aus 2001 fortsetzen, diese aber nicht erhöhen. Deswegen erfolgte eine Angleichung an die Kürzung des entsprechenden Quartals im Vorjahr mit Hilfe eines Faktors X. Dass die KV in der Anwendung des § 5 GEHV von seiner inhaltlichen Festlegung abwich, nicht die Werte einer Anlage 1, sondern die TL- Anteile bei der Ermittlung der anererkennungsfähigen Kosten nutzte, war nur durch eine fehlende dauerhafte Überwachung durch Vorstand und Vertreterversammlung möglich. Mit dem EBM 2000plus wurden für die einzelnen Gebührenordnungspositionen ein ärztlicher (AL) und eine technischer Leistungsanteil (TL) voneinander abgegrenzt. Der technische Anteil wurde mit seiner Einführung von der KVH zur Ermittlung der anererkennungsfähigen Kosten in der EHV genutzt. Diese Kosten wurden bis dahin von der KV Hessen selbst ermittelt.

Allein die Fristüberschreitung der nur für vier Quartale geltenden Regelung zeigt die fehlende Sorgfalt der KV im Umgang mit der EHV. Als die Vertreterversammlung nach dem SG Urteil vom 24.02.10 die Anwendung der TL-Anteile beschließen musste und sich mit den langen Tabellen die anstehende Arbeit offenbarte, sprach der Leiter der juristischen Geschäftsführung in der Vertreterversammlung von „*Wahnsinn*“.

Plagemann schrieb unter dem 29.01.10 an das SG Marburg, dass die beiden Schriftsätze vom 02.10.2009 und vom 18.12.2009 bestätigten, dass die „*Rentenberechnung*“ gemäß dem angefochtenen Bescheid rechtswidrig und die Kürzung der EHV-Rente ohne wirksame Rechtsgrundlage erfolgt seien (S. 1).

Unter der Überschrift „*Die Rentenberechnung nach „Gutsherrenart- Verstoß gegen Rechtsstaatsprinzip*“ verweist er noch einmal auf die fehlende Anlage. § 5 Abs. 1 GEHV sei in sich widersprüchlich. Die Vertreterversammlung beanspruche für sich, die besonderen Kosten festzulegen, habe dies aber nicht getan (I. 1., S. 2).

Offenbar sei sich die Vertreterversammlung niemals im Klaren darüber gewesen oder habe es auch nur erörtert, wie hoch der TL-Anteil im EBM 2000plus sei. Die Satzung enthalte eine Berechnungskomponente, die niemals der Vertreterversammlung auch nur zur Kenntnis gebracht worden sei. Es handle sich um eine Verweisung, die dynamisch sei. Nach der Rechtsprechung des BVerfG seien im grundrechtsrelevanten Bereich dynamische Verweisungen unzulässig (I. 2., S. 2).

Man könne aus „Verlautbarungen des Bewertungsausschusses“ entnehmen, dass die Anwendung des TL-Anteils gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV die so genannte „Durchschnittshonoraranforderung“ ins Bodenlose herabsinken lasse. Deshalb habe die Vertreterversammlung in § 5 Abs. 1 Satz 3 GEHV für die „*folgenden vier Quartale*“ ab Einführung des EBM 2000, also für die Quartale 2/2005 bis 1/2006, angeordnet, dass das Durchschnittshonorar durch den Faktor X auf das Niveau des Vorjahresquartals angehoben werde. Wahrscheinlich habe die Beklagte den TL-Anteil gar nicht bewertet, sondern nur die Gegenrechnung gem. § 5 Abs. 1 Satz 3 GEHV vorgenommen, obwohl die Vertreterversammlung den Faktor X nirgends festgelegt und zur Anwendung irgendeines Faktors X im Quartal 3/2006 keinerlei Entscheidung getroffen habe (I. 3., S. 3).

Die Beklagte hülle sich auf die gerichtliche Anfrage vom 28.09.09 in Schweigen. Schlussendlich werde der Verwaltung damit eine Blankettermächtigung erteilt, was gegen das Rechtsstaatsprinzip verstoße sowie gegen den Gesetzesvorbehalt und das Prinzip, dass die Beklagte als Körperschaft des öffentlichen Rechts den inaktiven Vertragsärzten gegenüber zur Leistungserbringung verpflichtet sei ausschließlich auf Basis wirksamer Satzungsregelungen der Vertreterversammlung. Das gebiete schon das Prinzip des Gesetzesvorbehaltes (I. 3., S. 3).

Die „*Beklagte und Vertreterversammlung*“ entschieden offensichtlich aufgrund falschen Zahlenmaterials: Gemäß einer Anlage der KV (Anlage B8⁵¹) hätte sich die Gesamtvergütung zur EHV auf 75,2 Mill. € im Jahr 2004 belaufen. Im Internetauftritt heiße es, dass die Aufwendungen 76,4 Mill. € betragen hätten und im Schriftsatz vom 02.10.2009 75,51 Mill €. Hinter dem Wortspiel „*summarischer Wert*“ verberge sich ein Jonglieren mit Zahlen. Die Vertreterversammlung habe aufgrund falscher Zahlen entscheiden müssen. Dann habe sie aber auch kein Gestaltungsermessen rechtswirksam wahrnehmen können (I. 4., S. 3/4).

Plagemann führt dann Angaben der KV zu den prozentualen Belastungsquoten der aktiven Vertragsärzte von 1955 bis 2007 an⁵², die im Widerspruch stünden zur Anlage B8 und kommt zu dem Schluss, dass zum einen ein sprunghafter Anstieg der Quote zum Quartal 3/2006 nicht auf die demographische Entwicklung zurückzuführen sei und dass andererseits zu ver-

⁵¹ Schreiben der KV v 18.12.09, Anlage B8

⁵² Folienvortrag des Beratenden Fachausschusses für EHV in der VV im Dez. 2007

muten sei, dass die Angaben über die Gesamtzuweisung zur EHV so nicht zuträfen (I. 5., S. 4/5).

Unvollständige und in sich widersprüchliche Normen, die noch nicht einmal die Fachabteilung „*versteht*“, verletzen das Gebot der Rechtsstaatlichkeit (I. 5., S. 5).

Die Reformen 2001 und 2006 begrenzten die Belastung der aktiven Vertragsärzte auf 5% um den Preis einer stärkeren „*Belastung der EHV-Empfänger*“. Es gehe nicht mehr darum, die Inaktiven angemessen zu versorgen, sondern ausschließlich um die Interessen der Aktiven (II. 1., S. 5).

Entweder sei § 8 KVHG verfassungswidrig, weil er der Vertreterversammlung keine Maßstäbe für die Gestaltung der Versorgung an die Hand gebe, oder man müsse aus der knappen Formulierung des § 8 KVHG eine auf das Ziel der Versorgung gerichtete begrenzte Ermächtigungsgrundlage entnehmen. In beiden Fällen fehle es für die Reform 2006 an einer wirklichen Rechtsgrundlage (II. 2., S. 5/6).

Das BSG sei in seinem Urteil vom 16.07.2008, bezogen auf die Reform 2001, noch der Auffassung gewesen, dass § 8 KVHG verfassungsgemäß sei. Diese Überlegung bedürfe einer Überprüfung, da sich nun herausstelle, dass die Vertreterversammlung aus dieser gesetzlichen Vorschrift einen nahezu grenzenlosen Gestaltungsspielraum herleite. Die Vertreterversammlung sei offensichtlich gar nicht in der Lage, eine Prüfung der Verhältnismäßigkeit durchzuführen (II. 2., S. 6).

Ziel der Reformen 2001 und 2006 sei allein die Stabilisierung und Kalkulierbarkeit der Beiträge und die Begünstigung solcher Praxen, die aus den Umsätzen Kosten für technische Leistungen zu finanzieren hätten (III. 1., S. 6/7).

Zu der in den letzten Jahren gestiegenen Gesamtvergütung kämen Vergütungsanteile, die seitens der Kassen direkt gezahlt würden aufgrund von Selektivverträgen (III. 2., S. 7).

Unzulässig sei ein Vergleich mit der gesetzlichen Rentenversicherung. Demographische Verwerfungen in der Gesamtbevölkerung könnten nicht auf die Ärzteschaft übertragen werden. Die Zahl der aktiven Ärzte sei in der Vergangenheit nicht gesunken und werde in Zukunft nicht sinken (III. 2., S. 7).

Der Anspruch auf EHV stehe ausdrücklich unter dem Schutz des Art. 14 GG. Ab 3/2006 werde das „*Bruttohonorar*“ der EHV-Bezieher verkürzt, entsprechend Anlage B4 und B5⁵³. Der Zahlbetrag verringere sich Quartal für Quartal, laut einer Aufstellung der KV⁵⁴ ab den Jahren

⁵³ Schreiben der KV vom 18.12.2009, Anlage B4 und B5

⁵⁴ ebenda, Anlage B4

2008 und 2009 kontinuierlich ansteigend. Fest stehe nach der Anlage B8⁵⁵, dass die EHV-Renten insgesamt im Vergleich mit dem Vorjahresquartal ab 3/2006 abgesenkt worden seien. Allen EHV-Beziehern solle eine auf Dauer sich signifikant erhöhende Verringerung des EHV-Anspruchs zugemutet werden (IV. 1., S. 8).

§ 8 KVHG ermächtige die Vertreterversammlung nicht zu einem Eingriff in das Eigentum der inaktiven Kollegen (IV. 2. a), S. 8).

§ 5 GEHV i. d. F. 2006 könne als Satzungsbestimmung nicht als „Gesetz“ i. S. Art. 14 GG angesehen werden. Dies schon deshalb nicht, weil die davon betroffenen Inaktiven keinerlei Mitwirkungsbefugnisse hatten. Es fehle die demokratische Legitimation (IV. 2. b), (S. 8).

Zudem enthalte § 5 GEHV in der Anwendung der Beklagten keine eigene gesetzliche „Regelung“, sondern verweise pauschal auf den TL-Anteil im EBM 2000plus. Der sogenannte TL-Anteil sei weder von der Beklagten noch vom Bewertungsausschuss veröffentlicht worden, sodass niemand auch nur annähernd die Regelung verstehen oder gar nachvollziehen könne (IV. 2. B), S. 9).

Die x% in § 5 Abs. 1 Satz 3 und 4 GEHV enthielten eine Blankettvollmacht für die Verwaltung. § 5 Abs. 1 GEHV i. d. F. der Reform von 2006 sei in sich widersprüchlich und nicht geeignet, den Anspruch auf EHV-Honorar zu begrenzen (IV. 2. c), S. 9).

Zur Umstellung von der Netto- auf die Bruttohonorarberechnung: Es sei nicht zulässig, eine Bemessungsgrundlage unter Bezug auf geheime Kalkulationsgrundlagen aus einem anderen Regelungsbereich zu kürzen, um dann mit dem Umstieg zu argumentieren, die Kürzung sei nicht relevant. Der TL-Faktor habe mit der Quote, die den Unterschied zwischen Netto und Brutto ausmache, nichts zu tun (IV. 2. c), S. 9).

Falls die Umstellung auf das Bruttohonorar in 3/2006 zutreffend sei, dürfte in der Zeit zuvor die Bemessungsgrundlage zu niedrig gewesen sein. In den Grundsätzen der EHV finde sich nirgends eine Regelung, die eine solche Umstellung legitimiere (IV. 2. c), S. 9/10).

§ 8 GEHV i. V. m. mit § 5 GEHV sei so unklar formuliert, das nicht einmal eine Fachabteilung die zutreffenden Werte ermitteln könne (IV. 2. d), S. 10).

Die Festschreibung der Belastung der aktiven Vertragsärzte auf 5% habe mit der Demographie nichts zu tun. Es gehe nicht um zusätzliche Belastungen wegen der längeren Lebenserwartung, sondern darum, den Beitragssatz der Aktiven von vornherein zu begrenzen (IV. 3., S. 11).

⁵⁵ Ebenda, Anlage B8

Die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors mit einer Absenkung der Leistungen von derzeit 11%, Quartal für Quartal ansteigend auf bis zu 50%, sei im Übrigen unverhältnismäßig, da dieser Absenkung der Leistungen der Inaktiven keinerlei solidarischer Beitrag der Aktiven gegenüberstehe (IV. 4. a), S. 11).

Mittlerweile betrage die Kürzung durch den Nachhaltigkeitsfaktor 17,5%. Als schon fast zynisch müsse der Kläger den Hinweis auf Blatt 7 des Schriftsatzes der KV vom 02.10.2009 empfinden, wonach die EHV ihm ein „*Leistungsniveau*“ gewähre, „*das eine bedürftigkeitsunabhängige Sicherung nach einem vollen Versicherungsleben*“ erfülle (IV. 4. b), S. 12).

Das von der Beklagten vorgetragene Argument der „*bedürftigkeitsunabhängigen Sicherung*“ bestätige nochmals, dass es der Beklagten nicht um eine angemessene Versorgung i. S. d. § 8 KVHG gehe, sondern um die Absicherung von Konsuminteressen aktiver Vertragsärzte – eine auch im Lichte der Demographie unakzeptable Argumentation (IV. 4. b), S. 13).

Die inaktiven Vertragsärzte hätten nicht gefordert, dass auf Regelungen zur Kompensation künftiger demographischer Verwerfungen zu verzichten sei. Sie forderten – auf Basis des Art. 14 GG zu Recht! –, dass eine verhältnismäßige Regelung gefunden werde. Die jetzige Regelung führe de facto dazu, dass die EHV-Empfänger „*die demographische Entwicklung allein tragen und allein die Folgen der Umstellung gem. § 5 GEHV tragen und allein die Folgen der Auflösung des Fonds tragen würden, einschließlich der Rücknahme der Kürzung des Höchstanspruchssatzes von 18% auf 15%*“ - (IV. 4. c), S. 13).

13.2.6. Urteil SG Marburg v. 24.02.2010 Az.: S 12 KA 350/09

Das am 24.02.2010 verkündete Urteil des SG Marburg lautet:

„1. Die Bescheide vom 10.07.2007 und vom 12.07.2007 über das EHV-Honorar in den Quartalen 3/06 und 4/06, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.04.2009 werden abgeändert und 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 dem Kläger die Hälfte der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Die Gerichtskosten haben die beteiligten jeweils zu ½ zu tragen.“

In den Parallelverfahren wurde die rückwirkende Aberkennung der Mehrjahre aufgehoben.

In den Entscheidungsgründen heißt es, die genannten Bescheide seien insoweit rechtswidrig, als eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Berechnung der Durchschnittshonorare und damit eines entscheidenden Eckpunkts für die Berechnung des Zahlbetrags aus dem EHV-Anspruch fehle. Die Bescheide seien daher bereits aus diesem Grund aufzuheben gewesen.

Der Kläger habe aber nur einen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Einen zwingenden Anspruch darauf, dass ihm höhere Leistungen aus der EHV, insbesondere ohne Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors gem. § 8 GEHV und ohne Anwendung der Kürzung wegen technischer Leistungen gem. § 5 GEHV gewährt würden, habe er nicht. Insofern sei die Klage im Übrigen abzuweisen gewesen (S. 13).

Damit war klar, dass wir nur einen Sieg in Bezug auf die verwirrenden Formulierungen des § 5 GEHV erreicht hatten, über die wesentlichen Klagegründe, die Kürzungen der EHV-Auszahlungen, aber zu unseren Ungunsten entschieden wurde.

Weiter das Gericht: Es könne hier dahinstehen, ob die Bescheide formell rechtmäßig seien, insbesondere ob sie ausreichend begründet seien, da eine Rechtswidrigkeit bereits aus anderen Gründen folge. *„Allerdings bestehen erhebliche Zweifel, ob die Begründung eines Bescheids ausreichend ist“* - (S. 13).

Es folgen Überlegungen zur Veröffentlichung der erforderlichen Eckdaten in den Bescheiden. Dazu heißt es: *„Im Hinblick hierauf hat es das Bundessozialgericht nicht für erforderlich gehalten, dass eine Kassenärztliche Vereinigung alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt...“* - (S. 14).

Weiter heißt es dann allerdings: *„Die Berechnung des Durchschnittshonorars und des Nachhaltigkeitsfaktors wird nicht dargelegt.... Einem Empfänger muss es möglich sein, die Richtigkeit seines Bescheids, wozu auch die genannten Eckpunkte gehören, zu überprüfen...“*. Und: *„Hinzu kommt in den streitbefangenen Quartalen, dass der Satzung nicht entnommen werden kann, wie das Durchschnittshonorar zu berechnen ist, insbesondere wie die zu berücksichtigenden Kosten zu ermitteln sind“* - (S. 14).

Die Bescheide vom 10.07.2007 und vom 12.07.2007 seien insoweit rechtswidrig, als eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Berechnung der Durchschnittshonorare und damit eines entscheidenden Eckpunktes für die Berechnung des Zahlbetrags aus dem EHV-Anspruch fehle (S. 15).

Die Änderungen der GEHV beruhten auf einer ausreichenden gesetzlichen Rechtsgrundlage. Es bestünden auch keine Bedenken hinsichtlich der Rechtmäßigkeit aufgrund des Umstandes, dass die EHV-Bezieher in der Vertreterversammlung nicht unmittelbar vertreten seien (S. 15).

Nach der Rechtsprechung des BSG, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sehe, sei § 8 KVHG bundesrechts- und verfassungskonform und also uneingeschränkt wirksam (S. 15).

Das BSG habe ausdrücklich klargestellt, dass § 8 KVHG im Hinblick auf die Anpassung der EHV an sich ändernde Verhältnisse bei der vertragsärztlichen Versorgung hinreichend bestimmt sei. Zu keinem Zeitpunkt seit Inkrafttreten des § 8 KVHG sei den jetzt im Ruhestand lebenden Vertragsärzten eine in DM bzw. Euro zu fixierende monatliche oder quartalsweise Alterssicherung versprochen worden. Den ehemaligen Vertragsärzten sei nur zugesichert worden, dass sie an der Verteilung der Gesamtvergütung teilnehmen (S. 15/16).

Der Kläger habe als EHV-Anspruchsberechtigter keinen Anspruch auf eine bestimmte Höhe des EHV-Zahlbetrages (S. 16).

Die Berücksichtigung von besonderen Kosten bei bestimmten Leistungen habe der Senat in seinen Urteilen vom 09.12.2004 nicht nur gebilligt, sondern tendenziell im Hinblick auf das Gleichbehandlungsprinzip des Art. 3 Abs. 1 GG für geboten gehalten (S. 18).

Die weiteren Ausführungen folgen weitgehend dem Text des BSG-Urteils vom 16.07.08.

Eine Unverhältnismäßigkeit im engeren Sinne, also eine individuelle Unzumutbarkeit habe das BSG nicht gesehen, da die Zahlungen aus der EHV in einer Größenordnung von 5% - 6% gemindert worden waren und Kürzungen von Leistungen in dieser Größenordnung in der Regel zumutbar seien, sofern es nicht um die Sicherung des Existenzminimums gehe (S. 20).

Die Vertreterversammlung der Beklagten habe bisher für ausgewählte Leistungsbereiche keine besonderen Kosten gemäß einer Anlage zu § 5 Abs. 1 GEHV festgelegt. § 5 Abs. 1 Satz 1 GEHV gehe insoweit ins Leere und sei bedeutungslos. Eine Rechtswidrigkeit für die weiteren Bestimmungen oder die angefochtenen Bescheide folge hieraus nicht. Nach den Darlegungen der Beklagten würden auch solche besonderen Kosten nicht in Abzug gebracht. § 5 Abs. 1 Satz 1 GEHV gehe auf die vorherige Fassung (§ 5a Abs. 1 Satz 1 GEHV in der ab 01.01.2005 geltenden Fassung) zurück, ohne Folgerungen daraus zu ziehen, dass ab 2005 auf den TL-Anteil umgestellt worden sei (S. 22).

Maßgeblich für die Ermittlung der Kostenquote bei der Berechnung des Durchschnittshonorars komme es daher allein auf § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV an. Die hierin aufgenommene Unbekannte X sei aber unbestimmt und werde auch an keiner anderen Stelle mit Satzungsqualität bestimmt (S. 22).

Soweit zunächst unterstellt werde, der in § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV weiter genannte TL-Anteil im EBM 2005 sei hinreichend bestimmt, so gebe dieser Satz nicht an, in welcher Weise der Anteil der technischen Leistungen, d. h. mit welchem Anteil er von der Honorarverteilung abgezogen werde, ob vollständig oder nur teilweise (S. 22).

Die Beklagte habe angegeben, dass aufgrund einer Liste der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit einer Aufstellung der jeweiligen technischen Leistungsanteile der durchschnittliche Anteil der technischen Leistungen fachgruppenspezifisch ermittelt werde und die techni-

schen Leistungsanteile der einzelnen Praxis bis zu diesem Fachgruppendurchschnitt nicht gesondert berücksichtigt würden. Erst wenn die einzelne Praxis technische Leistungen über dem Fachgruppendurchschnitt aufzuweisen hätten, würde der über diesem Fachgruppendurchschnitt liegende technische Leistungsanteil aus der EHV-Quotierung ausgenommen werden (S. 23).

Die von der Beklagten praktizierte Vorgehensweise sei aber ohne rechtliche, satzungsgemäße Vorgabe und damit rechtsgrundlos (S. 23).

Eine satzungsgemäße Grundlage liege insbesondere nicht mit § 5 Abs. 1 Satz 3 und 4 GEHV vor. Bereits nach dem Wortlaut dieser Vorschrift handele es sich um bis zum 31.03.2006 geltendes Übergangsrecht und betreffe die hier streitbefangenen Quartale nicht mehr. § 5 Abs. 1 Satz 3 GEHV bestimme den Anteil von x% lediglich für den Zeitraum ab Einführung des EBM 2005 für die folgenden vier Quartale (S. 23).

Die Beklagte habe vor Neubescheidung des Klägers zunächst eine ausreichende Satzung zu erlassen. Zu regeln sei auch, ob das Honorar mit oder ohne EHV-Quote zu berücksichtigen sei (S. 24).

Soweit die Beklagte die von der KBV verfasste Aufstellung über die Festlegung von TL-Anteilen für die Berechnung des Durchschnittshonorars heranziehen wolle, habe dies die Vertreterversammlung in ihren Gestaltungswillen aufzunehmen. Die Vertreterversammlung habe die gesamte Liste als Teil der Satzung oder Anlage zu beschließen (S. 24/25).

Die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors verletze den Kläger in den hier streitbefangenen Quartalen noch nicht in seinen Rechten (S. 25).

Eine Verletzung der eigentumsrechtlichen Anwartschaften könne aber für die Zukunft aufgrund der bestehenden Regelungssymptomatik nicht ausgeschlossen werden (S. 27).

Der Nachhaltigkeitsfaktor ersetze den mit der Reform 2001 eingeführten Ausgleichsfonds. Er sei nur insoweit zu beanstanden, als er für die bereits bei seiner Einführung im EHV-Bezug stehenden Anspruchsberechtigten keine Absicherung nach unten vorsehe (S. 25).

Bis 2008 sei ein zeitlich abgestufter Betrag im jeweiligen Quartal einem zweckgebundenen Ausgleichsfonds zugewiesen worden. Bei Überschreiten einer Quotenminderung von ca. 6% werde der Ausgleichsfonds zur Einhaltung dieser Grenzbelastung aufgelöst (S. 25).

Während die jetzt noch aktiven Ärzte durch die Begrenzung der EHV-Quote auf 5% sich auf einen geringeren Wert einstellen könnten, bedeute dies für die im EHV-Bezug stehenden Anspruchsberechtigten eine zunehmende Entwertung ihrer Anwartschaften, ohne dass sie noch in der Lage seien, sich auf die veränderte Situation einzustellen. Die Beklagte habe für diese Gruppe der Anspruchsberechtigten bisher kein Übergangsrecht geschaffen, das die

Anwartschaft auch in ihrem Kern wirtschaftlich erhalte. Trete die Prognose ungeschmälert ein, würden die EHV-Bezieher immer stärker von der tatsächlichen Entwicklung abgekoppelt. Die Anwartschaft schütze aber gerade die Teilnahme an dieser Entwicklung und bedeute nicht lediglich einen Schutz im Hinblick auf absolute Mindestbedürfnisse. Bei Entwicklungen mit veränderten Kostenstrukturen die zu verminderten Gewinnen führten, könne das auch zu verminderten EHV-Ansprüchen führen. Ebenso könnten demographische Veränderungen zu Reformen mit Kürzungen des Zahlbetrages führen. Hier müsse ein ausgewogenes Verhältnis zwischen aktiven Ärzten und den EHV-Beziehern hergestellt werden. Für die streitbefangenen Quartale sei die Minderung des effektiven Zahlbetrages noch nicht zu beanstanden gewesen (S. 27,28).

Eine Verletzung der mit der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors einhergehenden Anwartschaft liege für die streitbefangenen Quartale aufgrund der gegenwärtigen Festsetzungen noch nicht vor (S. 28).

Die Entwicklung des EHV-Zahlbetrages zeige, dass die Höhe des Nachhaltigkeitsfaktors nicht zwingend zu einer Minderung des Zahlbetrages führe. Die Kammer schätze die Auswirkung der neuen Kostenregelung und des Ausgleichsfaktors auf ca. 10% im Vergleich zur Reform 2001 und auf ca. 12,5% im Vergleich zur Lage vor der Reform 2001 aufgrund von Berechnungen der Kammer (S. 28).

Es heißt dann: *„Aufgrund der nicht zu beanstanden Einschätzungsprärogative für die weitere Reform der 2006 hält die Kammer die dargelegten effektiven Minderungen des Zahlbetrages für noch hinnehmbar“* - (S. 29).

In den Parallelverfahren Plass und Böhler wurde ebenfalls am 24.02.2010 zu den Mehrjahren entschieden.

Im Urteil von Böhler (Az: S 12 KA 289/08) v. 24.02.2010 heißt es auf Seite 1: *„Der Bescheid der Beklagten v. 03.08.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.06.08 wird aufgehoben und die Beklagte verurteilt, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.“*

Es heißt dann weiter: *„Der Kläger hatte aber nach Abgabe der Verzichtserklärung keinerlei Möglichkeiten, auf die geänderte Rechtslage zu reagieren. Mit der nach seinem Verzicht erfolgten Streichung der Mehrzeitenregelung wurde unmittelbar in seine bis dahin erworbene Anwartschaft eingegriffen. Die Benachteiligung des Klägers ist aber darin zu sehen, dass die Mehrzeitenregelung zunächst nicht allgemein abgeschafft wird, sondern nur für die Ärzte, die freiwillig auf ihre Zulassung verzichtet haben. Wer vor dieser Rechtsänderung verzichtet hatte, konnte sich auf diese Rechtsänderung nicht mehr einstellen im Gegensatz zu den Personen, die erst nach Rechtsänderung verzichtet haben.“*

Die Beklagte wird daher in der Satzung ein Übergangsrecht aufzunehmen haben, das die Mehrzeitenregelung für diejenigen Personen fortführt, die maximal drei Jahre vor dem EHV-Bezug auf ihre Zulassung verzichtet haben und bei denen die Rechtsänderung in ihren Verzichtszeitraum fällt.“

In gleichem Sinne wurde im Verfahren von Plass entschieden.

Die Entscheidung des Gerichts zu diesem Punkt hat die KV akzeptiert und keine Berufung eingelegt, wohl auch deswegen, weil die Zahl der Betroffenen und die rückzuzahlenden Summen überschaubar waren. Das Verfahren ist damit abgeschlossen. Den Klägern wurde die gekürzte Summe ausgezahlt.

13.2.7. Berufung v. 31.03.10

Gegen das Urteil legten sowohl die KV als auch die Kläger in den Musterverfahren Berufung ein, der Verfasser am 31.03.10, ausgenommen die Entscheidung zur Mehrzeitenregelung.

13.2.8. Berufungsbegründung Prof. Plagemann vom 28.06.10

In der Berufungsbegründung im Verfahren des Verfassers wurde beantragt, das Urteil des SG Marburg vom 24.02.2010 sowie die Bescheide vom 10.07.2007 und 12.07.2007 über das EHV-Honorar in den Quartalen 3/2006 und 4/2006, beide in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.04.2009, abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger höhere Leistungen aus der EHV zu gewähren, d. h. ohne Anwendung des „Nachhaltigkeitsfaktors“ gem. § 8 GEHV und ohne Anwendung der Kürzung wegen technischer Leistungen gem. § 5 GEHV (S. 1,2).

Im Zeitraum seit 1.1.2001, über den das BSG nicht geurteilt habe, hätten sich folgende Änderungen ergeben (I. 2., S. 2,3):

- Der Ausgleichsfonds sei 2007 aufgelöst worden (I. 2., S. 2).
- Die Herabsetzung des Höchstanspruchssatzes von 18% auf 15% sei rückgängig gemacht, die Kürzungen der Inaktiven seien nicht zurückgenommen worden (I. 2., S. 2).

Es sei völlig unklar, wie sich die Anwendung von § 5a GEHV gültig ab 1/05, der ab 3/06 identisch sei mit § 5 GEHV, vor 3/06 auf die Berechnung des Durchschnittshonorars ausgewirkt habe. § 5a GEHV sei ebenso unwirksam wie § 5 GEHV (I. 2., S. 2).

§ 8 GEHV n. F. führe den Nachhaltigkeitsfaktor ein, um die Quote zu Lasten der Aktiven auf 5% zu begrenzen (I. 2., S. 3).

Die Vertreter hätten noch keine ergänzenden Regelungen zum Gesetz vom 14.12.2009 getroffen, das die Berücksichtigung der Vergütungen aus Selektivverträgen betreffe (I. 2., S. 3).

Im Dezember 2009 habe die Vertreterversammlung beschlossen, Leistungen nach Erreichen des 65. Lebensjahres auch an Vertragsärzte zu zahlen, die nicht auf ihre Zulassung verzichtet hätten. Aus Sicht der aktiven Vertragsärzte sei der Beschluss „kostenneutral“. Die älteren EHV-Empfänger finanzierten wegen der Quotierung der Aktiven bei 5% die Aufwendungen für diese jüngeren „Neurentner“. Nicht nur eine systemfremde Leistung, sondern ein rechtswidriger Eingriff in erworbene Rechte der EHV-Empfänger (I. 2., S. 3).

Die Vertreterversammlung habe am 29.05.2010 eine Änderung in § 5 der GEHV beschlossen, offensichtlich um rückwirkend eine Rechtsgrundlage für die Berechnung des für EHV-Ansprüche erforderlichen Durchschnittshonorars zu gewinnen (I. 3., S. 3).

Zur Begründung des Berufungsantrags werde noch einmal auf Folgendes hingewiesen:

Der Anspruch des Klägers an der EHV unterliege dem Eigentumsschutz (II. 1., S. 3).

Die Verringerung des Durchschnittshonorars durch Anerkennung bestimmter Kosten verringere den Anspruch des Klägers (II. 2., S. 4).

Selbst wenn die neueste „Reform“ des § 5 Abs. 1 GEHV vom 29.05.2010 exakt das abbilde, was die Beklagte im Jahre 2006 berechnet habe und wenn diese Neufassung des § 5 GEHV durch das Ministerium genehmigt werde, handele es sich um eine rechtswidrige Rückwirkung (II. 3., S. 4).

Den Kläger dadurch zu belasten, dass einzelne Praxen überdurchschnittlich hohe technische Leistungsausgaben haben, sei sachwidrig und verstoße gegen die in § 8 Abs. 1 Satz 1 KVHG versprochene „wirtschaftliche Sicherung“ der ausgeschiedenen Vertragsärzte (II. 3., S. 4).

Das SG habe die Beklagte zur Neubescheidung verurteilt, zugleich aber erkennen lassen, dass zuvor eine Satzungsänderung denkbar sei. Dies hätte zur Folge, dass es einer Neubescheidung nicht bedürfe, da es dann bei der alten Berechnung bliebe (II. 4., S. 4).

Es widerspreche dem Gebot des effektiven Rechtsschutzes, es bei einer Neubescheidung zu belassen. Im Lichte des § 8 Abs. 1 KVHG in Verbindung mit dem Rechtsstaatsprinzip sei das Gericht vielmehr gehalten „durchzuentcheiden“. Auch wenn man der Vertreterversammlung der Beklagten einen Gestaltungsspielraum zubillige, könne das nicht zur Folge haben, dass gleichsam nach Gutsherrenart zugeteilt werde und im Nachhinein mit Hilfe der Gerichte erhebliche Fehler in der Satzungsgestaltung „repariert“, würden. Das BSG habe längst entschieden, dass derart rückwirkende Verteilungsregelungen unzulässig seien (II. 4., S. 4).

Das Gericht formuliere auf S. 25 des Urteils, dass der Nachhaltigkeitsfaktor den Ausgleichsfonds ersetze. Dies beweise, dass der Nachhaltigkeitsfaktor nicht erforderlich sei, um Prob-

leme der Demographie zu lösen, sondern eine Begünstigung der aktiven Ärzte einerseits und eine Begünstigung derjenigen, die Beiträge zum Ausgleichsfonds gezahlt hätten andererseits. Mit diesem Argument könne schon aus verfassungsrechtlichen Gründen eine Einschränkung der „*wirtschaftlichen Sicherung*“ nicht gerechtfertigt werden (II. 5. a), S. 5).

Außer Betracht lasse das SG, dass die aktiven Vertragsärzte durch Begrenzung der Quote auf 5% finanziellen Spielraum erhalten, sich anderweitige Altersvorsorge aufzubauen. Das vom SG für erforderlich gehaltene Übergangsrecht müsse sofort wirksam werden, d. h. auch schon im Quartal 3/06, wohl sogar schon zuvor bezüglich der Reform 2001 und ihrer Modifikation in 2006 (Rückabwicklung der Reduzierung 18% auf 15% und Auflösung des Fonds) (II. 5. b), S. 5).

Unabhängig davon sei die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors in den Quartalen 3 und 4/2006 unverhältnismäßig. Bei den aktiven Vertragsärzten gehe es um eine Beitragsersparnis von weniger als 1% gegenüber einem Verlust des Klägers von nach Schätzungen des Gerichts 10%. Diesem Verlust müsse hinzuaddiert werden die bereits durch die Reform 2001 vorgenommene Korrektur durch die Entlastung der kostenintensiven Praxen. Die Schätzung des Gerichts dürfte zu niedrig sein, da sie allein auf den Zahlbetrag abstelle und nicht berücksichtige, dass Art. 14 GG die Teilhabe schütze (II. 5. c), S. 5,6).

Die Beklagte habe im Widerspruchsbescheid argumentiert, der Eingriff sei hinzunehmen, zumal mit dem Quartal 3/06 der Brutto-Durchschnittsbeitrag zugrunde gelegt werde, während es zuvor nur der Netto-Betrag gewesen sei. Es heißt dann: „*Woraus sich dieser Wechsel von Netto zu Brutto ergibt, ist nicht nachvollziehbar.*“ Auf Anfrage lasse die Beklagte nun mitteilen, dass es offensichtlich eine nachweisbare Rechtsgrundlage oder gar eine einen dazu erforderlichen Beschluss der Vertreterversammlung nicht gab (II. 6., S. 6).

Plagemann hatte gebeten, das Land beizuladen, was nicht geschah.

13.2.9. Antrag der KV vom 30.07. 2010 auf Zurückweisung der Berufung

Die KV forderte, die Berufung kostenpflichtig zurückzuweisen.

Der Anforderung eines Beschlusses der Vertreterversammlung vom 29.05 2010 zur Änderung des § 5 durch das LSG habe von Seiten der KV nicht nachgekommen werden können, da es sich um die erste Lesung gehandelt habe und eine zweite Lesung erforderlich sei. Außerdem sei eine Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde erforderlich (1., S. 2).

Das Änderungsverfahren sei im Übrigen auch nur formal eingeleitet worden für den Fall, dass der Senat den Rechtsstandpunkt des erstinstanzlichen Gerichts teilen sollte (1., S. 2).

Die Beklagte halte an ihrem bisherigen Rechtsstandpunkt fest, und teile nicht die Auffassung des erstinstanzlichen Gerichts, dass es an einer ausreichenden Rechtsgrundlage für die Berechnung des Zahlbetrages aus dem EHV-Anspruch fehle (1., S. 2).

Die vom Kläger eingelegte Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg sei unbegründet. Das Sozialgericht habe zu Recht den Nachhaltigkeitsfaktor für die streitbefangenen Quartale nicht beanstandet (3., S. 3).

Zutreffend sei das Gericht zu dem Ergebnis gelangt, dass keine Verletzung der mit der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors einhergehenden Anwartschaft für die streitbefangenen Quartale auf der Grundlage der gegenwärtigen Festsetzungen ersichtlich sei (3., S. 5).

Es wird dann das Argument wiederholt, die Umstellung der Berechnung von der Netto- auf die Bruttobasis begünstige den Kläger. Die Auswirkungen der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors seien damit in einem Umfang von 5% zumindest in Teilen kompensiert (3., S. 5).

Die Entscheidung des erstinstanzlichen Gerichts sei allerdings insoweit zu beanstanden, als dass eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Berechnung der Durchschnittshonorare nicht gesehen worden sei (4., S. 5).

Es wird dann noch einmal der Inhalt von § 5 in der Fassung der GEHV von 2001 wiedergegeben: Bei der Ermittlung der Honorarforderung seien neben den Kosten für gesondert aufgeführte Leistungsbereiche wie Dialysekosten und Kostenerstattungen besondere Kosten von der Honorarforderung abgezogen worden. Danach seien von der verbleibenden Honorarforderung gemäß einer Anlage zu § 5 Abs. 1 GEHV für einzelne Leistungsbereiche definierte besondere Kosten anteilig abgezogen worden. Diese separierten Kostenanteile unterlägen keiner quotierten Punktbewertung und seien auch bei der Errechnung des Durchschnittshonorars abzuziehen (4., S. 5,6).

Das heißt mit anderen Worten: Die Absenkung des Durchschnittshonorars als Bezugsgröße für die EHV-Zahlungen durch Abzug bestimmter Kosten vom Honorar wurde für rechtens gehalten.

Das BSG habe in seinem Urteil vom 16.07.2008 diese Regelung nicht beanstandet. Durch die Regelung seien auch die für Inhalts- und Schrankenregelungen geltenden Vorschriften beachtet worden (4., S. 6).

Es werden dann weitere Feststellungen aus dem BSG-Urteil zitiert:

Nichts anderes könne im Ergebnis auch für die hier streitgegenständliche Regelung des § 5 GEHV in der ab 01.07.2006 geltenden Fassung gelten. Diese Fassung sei in den Grundsätzen der EHV zunächst als § 5 a in der ab 01.01.2004 und schließlich in der ab 01.01.2005 gelten-

den Fassung mit Einführung des EBM 2000plus aufgenommen worden. Hier habe es eine Neuerung gegeben: Bei den Praxiskosten gemäß § 5 GEHV sei nunmehr die mit der Einführung des EBM 2000plus einhergehende betriebswirtschaftliche Kalkulation der ärztlichen Leistungen zu beachten gewesen (4., S. 7).

Die Kalkulation der Gebührenordnungsposition im EBM 2000plus sei weitgehend nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen einer Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung erfolgt. Die Bewertung selbst sei dabei mit zwei Komponenten, dem ärztlichen und dem technischen Leistungsanteil erfolgt. Mit dem technischen Leistungsanteil sei die Bewertung der technischen und personellen Ausstattung der Praxis erfolgt. Der technische Leistungsanteil im EBM gebe die Praxiskosten wieder. Die mit der Einführung des EBM 2000plus aufgenommene Neuregelung § 5 GEHV stelle insofern eine Anpassung dieser Vorgaben dar (4., S. 7).

Mit andern Worten: Die Kostenanerkennung aus 2001 wurde in § 5 der neuen GEHV weitergeführt, jetzt mit den kalkulierten TL-Anteilen.

Es folgt dann eine Inhaltsangabe des § 5 der GEHV in der Fassung vom 01.07.2006 mit Wiederholung des vom SG Marburg als „*bedeutungslos*“ bezeichneten, „*ins Leere*“ gehenden Satzes, dass zunächst die für ausgewählte Leistungsbereiche festgestellten besonderen Kosten gemäß einer Anlage zu § 5 Abs. 1, die es nicht gibt, unmittelbar von der Honorarforderung abgezogen würden. Vom dann verbleibenden Honorar würden die nach den TL-Anteilen zu berücksichtigenden Kosten abgezogen. Ein Faktor x regule, dass das Verhältnis vom Durchschnittshonorar aller in die EHV einbezogenen Honorarforderungen und dem Durchschnittshonorar nach Berücksichtigung besonderer Kosten im laufenden Quartal dem gleichen Quartal des Vorjahres entspreche (4., S. 8).

Das erstinstanzliche Gericht habe diese Regelung nicht beanstandet. Die durchschnittlichen Kosten einer Fachgruppe würden sogar weiterhin in die EHV einbezogen (4., S. 8).

Nach dem Wortlaut der Vorschrift, wonach die Berechnungen des Anteiles von $x\%$ nur für vier Quartale nach Einführung des 2000 plus bestimmt sei, folge nicht, dass eine Berücksichtigung des TL-Anteils als Kostenanteil nur bis 31.03. 2006 normiert wäre. Würde der Faktor x nicht über den genannten Zeitraum hinaus angewandt, müsste der komplette TL-Anteil vom Honorar abgezogen werden und nicht der über den Durchschnitt liegende Anteil (4., S. 8).

Die KV meint damit, dass die über die gesetzte Frist hinausgehende Anwendung des § 5 GEHV für die EHV-Teilnehmer günstiger gewesen sei als die Nichtanwendung des Paragraphen.

13.2.10. Erwiderung Prof. Plagemann vom 04.10.2010

In seiner Erwiderung auf das Schreiben der KV vom 30.07.2010 erklärt Plagemann, dass die KV zwischenzeitlich in zweiter Lesung die Neufassung des § 5 Abs. 1 GEHV beschlossen habe und er davon ausgehe, dass die KV dem Gericht Bericht erstatte, sobald die Genehmigung des Ministeriums vorliege (1., S. 1,2).

Die KV möge dann erklären, welches die gültige Rechtsgrundlage für die Berechnung der EHV-Leistungen sei. Der Wortlaut des neuen § 5 Abs. 1 GEHV unterscheide sich erheblich von dem Wortlaut des alten § 5 Abs. 1 GEHV. Die Neufassung beziehe sich auf eine Liste „*TL-Anteile*“, die sich offensichtlich von der Liste der KBV unterscheide und deswegen nicht die Rechtsgrundlage für die Berechnung der EHV-Leistungen sein könne (1. a), S. 2).

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG Marburg habe die Vertreterin der KV ausführliche Angaben darüber gemacht, wie sich das Durchschnittshonorar unter Berücksichtigung der Kosten für technische Leistungen errechne (1. c), S. 2).

Ganz offensichtlich habe die KV bei der Berechnung des Durchschnittshonorars nicht die Maßgaben der alten Fassung des § 5 Abs. 1 zugrunde gelegt und auch nicht die Maßgaben, wie sie in der Neufassung des § 5 GEHV Abs. 1 definiert seien. Schon gar nicht sei ein Faktor x berücksichtigt worden. Es seien vielmehr sogenannte „Kosten“, die jenseits eines Fachgruppendurchschnitts im Einzelfall angefallen seien, abgesetzt worden (1. c), S. 2).

Im Urteil des SG fänden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die „*vollen TL-Anteile*“, bei der Kostenanerkennung hätten berücksichtigt werden müssen, falls die Beklagte die zeitliche Begrenzung hinsichtlich des Faktors x eingehalten hätte. Auch insofern seien die Ausführungen der Beklagten im Schriftsatz vom 30.07.2010 unklar bzw. mit Zweifeln behaftet (1. c), S. 2).

Die Beklagte lege bei der Berechnung der EHV-Leistungen ein „*Durchschnittshonorar*“ zugrunde, das sich so aus den Grundsätzen gar nicht ergebe. Eine Kürzung des nach (der, Anm. des Verfassers) Gesamtvergütung ermittelten Durchschnittshonorars um irgendwelche Abzüge für technische Leistungen lasse sich anhand der von der Vertreterversammlung verabschiedeten Grundsätze nicht legitimieren oder abgelden. Die angefochtenen Bescheide seien damit in diesem Punkt rechtswidrig (1. d), S. 2,3).

Der Vergleich von Zahlbeträgen in den angefochtenen Bescheiden mit Zahlbeträgen aus den Vorquartalen sei fehlerhaft. In der Zeit vor der Reform 2006 seien Leistungen gewährt worden auf Basis eines Nettodurchschnittshonorars, dem Honorar nach Abzug der EHV-Umlage. Für diese Berechnung habe sich in der alten Fassung der Grundsätze keinerlei Rechtsgrundlage gefunden (2., S. 3).

Das nach Art. 14 GG geschützte Eigentum bestehe in einem Teilhabeanspruch, der auf Basis eines Brutto-Durchschnittshonorars vor dem Quartal 3/2006 zu errechnen sei. Dieser Teilhabeanspruch werde nun durch den Nachhaltigkeitsfaktor unverhältnismäßig eingeschränkt (2. a), S. 3).

Die Begrenzung der Quote auf 5% gemäß § 8 GEHV sei im Quartal 3/2006 nicht notwendig gewesen, um irgendwelche demographischen Risiken zu beseitigen oder zu verringern. Hier sei es allein um eine Begünstigung der Aktiven gegangen. Die Belastung der EHV-Bezieher sei nicht notwendig gewesen, um die Stabilisierung des Systems zu erreichen (2. b), S. 3).

Im Quartal 3 und 4/2006 habe der zuvor angesparte Ausgleichsfonds zur Verfügung gestanden zur Finanzierung der „Defizite“. Der Ausgleichsfonds sei nicht dafür in Anspruch genommen, sondern ausgeschüttet worden. Dies rechtfertige nicht einen Einschnitt der Leistungen an die inaktiven Ärzte (2., c), S. 3).

Mit der Reform 2006 sei der Anspruchssatz der Aktiven von 15% auf 18% erhöht worden. Die Aktiven hätten damit eine Vergünstigung erhalten, die Inaktiven eine Einschränkung (2. d), S. 3).

Im Lichte dieser Erkenntnis stelle sich die Prüfung der Verhältnismäßigkeit in einem anderen Licht dar. Die aktiven Ärzte würden entlastet und könnten anderweitige Vorsorge treffen, die Inaktiven nicht. Die Inaktiven hätten auch nicht an der Berücksichtigung von Kosten partizipiert. Den aktiven Ärzten werde das Recht gegeben, künftig über die Altersgrenze 65 bzw. 68 Jahre hinaus als Vertragsärzte tätig zu sein und gleichzeitig Leistungen der EHV in Anspruch zu nehmen. Schon dies beweise, dass die Einschränkung des Teilhaberechts durch den Nachhaltigkeitsfaktor auch unverhältnismäßig sei im Sinne des Art. 14 GG (2. e), S. 4).

Das Sozialgericht habe für die streitgegenständlichen Quartale 3 und 4/2006 die Rechtmäßigkeit der Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors bejaht, im Übrigen aber darauf hingewiesen, dass der Anspruchssatz künftig nicht ins Uferlose fallen dürfe. Damit habe es der Vertreterversammlung eine Art Blankoscheck ausgestellt. Die VV könne auch für die zukünftige Zeit frei darüber befinden, wie sie die Inaktiven belasten möchte (3., S. 4).

Bedenke man, dass Art. 14 GG betroffen sei und die inaktiven Vertragsärzte keinerlei Möglichkeit der Einflussnahme hätten, sei es Aufgabe der Rechtsprechung im Sinne des Art. 19 Abs. 4 GG, effektiven Rechtsschutz zu gewähren, d. h. konkret anzugeben, wann die Unverhältnismäßigkeit eintrete (3., S. 4).

Am 27. 05.2011 hat das LSG entschieden: „Das Verfahren wird bis zur Veröffentlichung und dem Inkrafttreten der derzeit betriebenen rückwirkenden Änderung des § 5 GEHV ausgesetzt.“ Das Verfahren von Plass wurde schon vorher ausgesetzt.

Am 08.07.2011 sandte die KV einen Ausdruck von EHV Aktuell vom 06.07.2011 an das LSG, in dem mitgeteilt wurde, dass § 5 Abs. 1 GEHV ab 01.04.2005 neu gefasst wurde. Es heißt außerdem, dass die GEHV um einen neuen § 11 ergänzt würden. Einnahmen aus Sonderverträgen unterlägen nun auch der EHV. Die Liste der TL-Anteile sei von der VV mit Beschluss vom 29.05.10 ebenfalls festgestellt worden.

Die Regelungen traten am Tag nach der Veröffentlichung, also am 07.07.11 in Kraft und galten damit ab 03. Quartal 2011.

In dem Ausdruck ist weiter zu lesen: *„Die Einbeziehung der Einnahmen aus diesen Sonderverträgen wird höhere EHV-Zahlungen an die EHV-Empfänger zur Folge haben.“*

Wir wissen bis heute nicht, ob und in welcher Höhe die Honorare aus Sonderverträgen erfasst werden. In den EHV-Bescheiden finden sich jedenfalls keine Hinweise.

13.2.11. Schriftsatz der KV vom 16.09.2011

In einem Schriftsatz vom 16.09.2011 äußert die KV, mit der am 06.07.2011 veröffentlichten Neufassung des § 5 Abs. 1 GEHV ab 01.04.2005 habe die Beklagte den vom Sozialgericht Marburg im erstinstanzlichen Urteil geäußerten Rechtsbedenken gegen die vorherige Fassung des § 5 GEHV Rechnung getragen (1., S. 1).

Die KV erwähnt dann die überschrittene, auf vier Quartale nach der Einführung des EBM 2000 begrenzte Frist des § 5 GEHV und den fehlenden Beschluss der VV zur Einführung der TL-Anteile. Eine Begründung zur Fristüberschreitung wird nicht gegeben.

Sie erklärt die mit der Neufassung von § 5 eingeführte Erfassung der Kosten so: Es würden zunächst leistungsbezogen die unter Berücksichtigung des TL-Anteils im EBM 2000plus definierten Honoraranteile festgestellt. Die Berücksichtigung dieser Honoraranteile erfolge nur, soweit sie einen Anteil von x% der jeweiligen Fachgruppe überstiegen. Die Liste der TL-Anteile werde von der VV beschlossen (1., S. 2).

Die Definition von x wird unverändert wiedergegeben (1., S. 2).

Die Änderung des § 5 GEHV sei rechtmäßig und könne selbst nach der Rechtsauffassung des erstinstanzlichen Gerichts nicht mehr beanstandet werden. Die hier streitgegenständliche Fassung des § 5 GEHV bezwecke nichts anderes als die Vorgängerfassungen. Sie unterscheide sich nur insoweit, als hier eine Anpassung bei der Bewertung der Kosten wegen der mit Einführung des EBM 2000plus einhergegangenen, betriebswirtschaftlichen Kalkulation der ärztlichen Leistungen vorgenommen worden sei (2., S. 3).

Es wird dann ausgeführt, dass für den Kläger in seiner aktiven Zeit schon besondere Kosten berücksichtigt worden seien (2., S. 3).

Das Sozialgericht gehe davon aus, dass die rückwirkende Änderung des § 5 GEHV keine unzulässige Rückwirkung darstelle (3., S. 4).

Es folgen Begründungen zur Rechtmäßigkeit der rückwirkenden Änderung. Im Ergebnis entspreche die Neufassung dem tatsächlichen Vorgehen der Beklagten und führe zu keiner Änderung an den rechnerischen Ergebnissen der Aktiven und der Ansprüche der EHV-Empfänger. Im Hinblick darauf sei bereits aus diesem Grund eine rückwirkende Änderung des § 5 Abs. 1 GEHV in rechtmäßiger Weise möglich (3., S. 4).

Die rückwirkende Änderung des § 5 Abs. 1 GEHV sei auch aufgrund der überwiegenden Belange des allgemeinen Wohls gerechtfertigt (3., S. 5).

Es sei für den aktiven Vertragsarzt ein Vertrauen auf Bestand dieser Regelung geschaffen worden. Die Nichtberücksichtigung von besonderen Kosten würde bedeuten, dass der Vertragsarzt auch mit Honorarforderungen, die der Abdeckung von Kosten der vertragsärztlichen Tätigkeit dienen, der EHV unterliege. Um den Bestand dieser Kostenabzüge zu gewährleisten, bedürfe es der bisherigen Rechtslage. Andernfalls würde dies zu einer erheblichen Mehrbelastung der aktiven Vertragsärzte führen. Dann wörtlich: *„Dagegen ist ein eventueller Vertrauensschutz der EHV-Empfänger als nachrangig zu bewerten...“* - (3., S. 6).

An dem rechnerischen Ergebnis der Honoraransprüche der aktiven Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, der Errechnung des Durchschnittshonorars und der Ansprüche der EHV-Empfänger einschließlich des Nachhaltigkeitsfaktors könne sich daher nichts ändern (4., S. 6).

Zum Nachhaltigkeitsfaktor wird auf das bisherige Vorbringen der KV und das Urteil der ersten Instanz verwiesen. Das gelte auch bezüglich der Umstellung der Berechnung der EHV-Bezüge von Netto- auf die Bruttohonorarbasis. Es wird erneut drauf hingewiesen, dass diese Umstellung für den Kläger begünstigend sei. Die Auswirkungen des Nachhaltigkeitsfaktors würden dadurch zumindest in Teilen kompensiert. Es bedürfe somit keiner Klärung, auf welcher Basis die Heranziehung des Durchschnittshonorars zutreffend gewesen sei oder nicht. Mit dem Nettoverfahren habe sich nicht die notwendige rechnerische Transparenz im Zusammenhang mit der Berechnung des Nachhaltigkeitsfaktors in wünschenswerter Weise darstellen lassen (5., S. 7).

Entgegen der Auffassung des erstinstanzlichen Gerichts bestünden auch keine Bedenken an der formellen Rechtmäßigkeit der streitgegenständlichen Bescheide (6., S. 7).

Dem Sozialgericht sei zu widersprechen, soweit von ihm bemängelt worden sei, dass in dem Bescheid über das EHV–Honorar die Berechnung des Durchschnittshonorars und des Nachhaltigkeitsfaktors nicht im Einzelnen dargelegt worden sei (6., S. 9).

13.2.12. Antwort Prof. Plagemann vom 01.11.11.

In seiner Antwort vom 01.11.2011 führt Plagemann verschiedene, den neuen § 5 GEHV betreffende Unklarheiten auf (1., S. 1,2).

Er weist dann hin auf die Bezeichnung EHV-Bruttobehälter im mit der Klage angefochtenen Bescheid. In § 5 sei dagegen von einem Durchschnittshonorar bzw. einer Honorarforderung die Rede, „die Grundlage für die Punktzahlgutschrift nach § 3 Abs. 1a, 1b ist“. Der angefochtene Bescheid bleibe somit unklar und intransparent. Es liege der vom Sozialgericht gerügte Verstoß gegen § 35 SGB X vor (2., S. 2).

Die Beklagte habe nicht klargestellt, wie sich das im Bescheid genannte EHV–Bruttobehälter errechne (2., S. 2).

Die Beklagte habe vor dem Quartal 3/06 zu Unrecht eine Berechnung auf Basis des „Netto–Durchschnittshonorars“ (also nach Abzug der Umlagen) vorgenommen. Sie habe mit Schreiben vom 14.06.2010 ausdrücklich bestätigt, dass eine Rechtsgrundlage für die Berechnung des Durchschnittshonorars nach einem Netto–Betrag nicht existiere (3., S. 2).

Daraus folge, so Plagemann, dass dem Kläger vor dem Quartal 3/06 deutlich höhere Bezüge aus der EHV zugestanden hätten, sodass der im Lichte des Art. 14 GG zu beurteilende „Verlust“ noch schwerer wiege und nicht mit einer nicht näher begründeten Zumutbarkeitserwägung vom Tisch gewischt werden könne (3., S. 2).

Ob die Neufassung des § 5 Abs. 1 GEHV gegen das Verbot der Rückwirkung verstoße, könne dahingestellt bleiben. Die Begrenzung des Durchschnittshonorars durch Berücksichtigung von Kosten für technische Leistungen sei jedenfalls in der Vergangenheit rechtswidrig gewesen (4., S. 3).

Dass es bei der Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors zu Begrenzungen des Anspruchs, sprich: des Anteils an der Honorarverteilung gekommen sei, sei unstrittig (5., S. 3).

Diese Begrenzungen zielten darauf ab, die Belastung der Aktiven zu „decken“. Dieser „Deckel“ sei starr, gelte also unabhängig davon, wie sich die Leistungsansprüche der „Pensionäre“ veränderten (5. a), S. 3).

Dies sei weder mit rechtsstaatlichen Grundsätzen vereinbar, noch mit dem Prinzip der Gleichbehandlung und schon gar nicht mit dem der „Honorarteilungsgerechtigkeit“ (5. a), S. 3).

Das Bundessozialgericht habe entschieden, dass die Leistungsansprüche aus der EHV dem Grundrechtsschutz aus Art. 14 GG unterliegen; dann aber müsse jede Korrektur dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit Rechnung tragen. Eine Alleinbelastung der inaktiven Vertragsärzte sei auch vor diesem Hintergrund unverhältnismäßig (5. b), S. 3,4).

Zur Information des Gerichts weise er, Plagemann, darauf hin, dass die VV beschlossen habe, den Nachhaltigkeitsfaktor jedenfalls ab dem Quartal 4/2011 „einzufrieren“. Die Vertreterversammlung trage damit - wenn auch unzureichend - der seitens der Interessengemeinschaft geäußerten Kritik an der Methodik des Nachhaltigkeitsfaktors jedenfalls für die Zukunft Rechnung (5. b), S. 4).

Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vom 16.07.2008 die Absenkung der EHV-Ansprüche bestätigt und für noch zumutbar gehalten. Das Sozialgericht habe nicht ausreichend berücksichtigt, dass die damalige Kürzung um ca. 6% nun verstärkt werde durch die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors. Das sei vor dem Hintergrund, dass von den inaktiven Mitgliedern (ehemaligen Mitgliedern, Anm. d. Verf.) der KV eine Begrenzung zu Gunsten der Aktiven finanziert werde, nicht mehr verhältnismäßig (6., S. 4).

Plagemann verweist dann auf die neuen geplanten Grundsätze, in denen ein „*paritätischer Defizitausgleich*“ aufgeführt sei, verbunden mit einer Rentengarantie. Auftretende Defizite sollten „*paritätisch*“ zwischen Aktiven und Leistungsempfängern aufgeteilt werden (6., S. 4).

Es gebe keine triftigen Gründe des öffentlichen Interesses, die eine solche Kürzung rechtfertigten – dies auch nicht vor dem Hintergrund einer erheblich angestiegenen Gesamtvergütung (6., S. 4/5).

13.2.13. Anfrage des LSG an die KV vom 09.01.2012

Mit Schreiben vom 09.01.2012 bat das LSG um Übersendung eines Exemplars der von der VV am 29.05.2010 beschlossenen sog. TL-Liste.

Außerdem bat der Senat um eine Stellungnahme zur Auflösung des Ausgleichsfonds. Ursprünglich sei vorgesehen gewesen, diesen für die Abdeckung des Finanzbedarfs der EHV-Ansprüche, der nicht durch die Honorarquotierungen von maximal 5% gedeckt werden konnte, zu verwenden. Durch die GEHV 2007 sei § 8 Abs. 2 jedoch geändert und die Auszahlung des Ausgleichsfonds an die Ärzte, die ihn in der Zeit von 2001 bis 2006 finanziert hatten, verfügt worden. Das Gericht wollte wissen, welche Gründe hierfür maßgeblich gewesen seien und ob dies gegenüber den Vertragsärzten verlautbart worden sei, ggf. wo und wann.

Das Gericht ersuchte um Aufklärung hinsichtlich der geänderten Berechnungsweise der EHV (Berechnung auf der Grundlage des Durchschnittshonorars der aktiven hessischen Vertragsärzte vor EHV-Quotierung), ob diese Umstellung in irgendeiner Weise formell beschlossen worden sei. Ferner werde um Stellungnahme gebeten, ob der vorhergehenden Praxis (Berechnung auf der Grundlage nach EHV-Quotierung) ein formeller Beschluss zugrunde lag.

Schließlich bat der Senat um Mitteilung, wie viele (Widerspruchs- oder Klage-)Verfahren wegen der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors anhängig seien. Es wurde gefragt, welche überschlägigen finanziellen Auswirkungen es hätte, wenn die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors in § 8 Abs. 1 GEHV unwirksam wäre und ob seitens der Beklagten im Hinblick auf die anhängigen Verfahren zu diesem Komplex Rückstellungen gebildet worden seien.

13.2.14. Antwort der KV vom 13.03.12

Mit Ihrer Antwort vom 13.03.12 übersandte die KV ein umfangreiches Paket mit von der VV am 29.05.2010 beschlossenen sog. TL-Listen. Ein Teil wird als Liste „GO-Stamm-Auszug 2/2005 EHV“ und ein anderer, etwas kleinerer Teil als „EHV-Kostenanteile 2008“ bezeichnet. Bei letzterem handele es sich um die sogenannten „Hessenziffern“.

Zum Ausgleichsfonds wird ausgeführt, dass festgestellt worden sei, dass die angesparten Mittel aus dem Ausgleichsfonds zu einer weiteren Stabilisierung des Umlagesatzes auf Dauer nicht ausgereicht hätten. Die Mittel aus dem Ausgleichsfonds seien somit nicht als Auffangregelung geeignet gewesen. Ohne eine geeignete Auffangregelung sei aber ein steigender EHV-Umlagesatz zu Lasten der Aktiven zu erwarten gewesen. Dies habe im Zuge einer sogenannten zweiten EHV-Reform zum 01.07.2006 zu der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors und dem „Einfrieren“ des Ausgleichsfonds geführt. Im Einzelnen sei in § 8 Abs. 2 GEHV geregelt, dass der *„Ausgleichsfonds der Abdeckung des Finanzbedarfs der EHV Ansprüche dient, der nicht durch die Umlage nach Abs. 1 gedeckt werden kann, soweit eine Anpassung des Nachhaltigkeitsfaktors im laufenden Quartal noch nicht erfolgen konnte. Der Ausgleich endet, wenn keine Mittel mehr im Ausgleichsfonds sind“* - (2., S. 2,3).

In weiteren Satzungsänderungen sei schließlich die Auflösung des Fonds bis auf einen Rest von 6 Mill. Euro beschlossen worden, weil sein ursprünglicher Zweck entfallen sei. Er sei einschließlich der Zinsen zurückgezahlt worden an die Vertragsärzte, die ihn gebildet hätten (2., S. 3).

Die Auflösung des Fonds sei durch info.doc Nr. 2a im Mai 2008 und die Veröffentlichung in *„EHV aktuell Nr. 1, Febr. 2008“* mitgeteilt worden (2., S. 3).

Die Auszahlung sei erfolgt im Juli 2008 (2., S. 4).

Mit Einführung des Ausgleichsfonds im Jahr 2001 habe die KV ein Kapitaldeckungselement in das bis dahin rein umlagefinanzierte Versorgungssystem eingeführt. Sie habe sich zu einem reinen Umlagesystem entschieden, weil sich die Erwartungen in die Kombination der beiden Systeme nicht erfüllt hätten. Die KV sei gehalten, auf Entwicklungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu reagieren und habe daher reagieren müssen, als sie festgestellt habe, dass der Ausgleichsfonds seinen Zweck nicht erfüllen werde (2., S. 4).

Anstelle des Ausgleichsfonds sei der Nachhaltigkeitsfaktor zur Abmilderung von demographischen Verwerfungen eingeführt worden. Die KV sei gehalten gewesen, auf die tendenziell eher zurückgehenden Honorare bei einer zunehmenden Zahl von EHV-Beziehern sachgerecht zu reagieren. Hierbei komme der Beklagten als normsetzender Körperschaft die für jede Normsetzung kennzeichnende Gestaltungsfreiheit zu (2., S. 5).

Es folgt dann eine Inhaltsangabe zu § 8 Abs. 1 GEHV mit der Begrenzung des Nachhaltigkeitsfaktors bei 80% bis zu einem Anstieg der Umlage auf 6%. Nur soweit auch dies nicht mehr ausreiche, erfolge eine Absenkung des Nachhaltigkeitsfaktors (3., S. 6).

Mit der Neureglung sei eine Absicherung hinsichtlich eines Absinkens des Nachhaltigkeitsfaktors vorsorglich eingeführt worden (3., S. 6).

Darauf komme es in den streitgegenständlichen Quartalen aber nicht an, da das erstinstanzliche Gericht in den Entscheidungsgründen des Urteils ausführe, dass es durch den Nachhaltigkeitsfaktor nicht zu einer zu beanstandeten Minderung des effektiven Zahlbetrags und damit zu einer Verletzung der mit Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors einhergehenden Anwartschaft gekommen sei (3., S. 6).

Das Absinken der Auszahlungsquote führe nicht zwingend zu einem niedrigeren EHV-Auszahlungsbetrag (3., S. 7).

Dem Kläger stehe kein Anspruch auf eine bestimmte Höhe des EHV-Zahlbetrags zu. Zu keinem Zeitpunkt sei den jetzt im Ruhestand lebenden Vertragsärzten eine in DM oder Euro zu fixierende monatliche oder quartalsweise Alterssicherung versprochen worden (3., S. 7).

Einen Beschluss zu einer neuen mit Wirkung ab 01.07.2012 in Kraft tretenden Satzung könne die Beklagte nicht vorlegen (5., S. 8).

Es sei zunächst eine zweite Lesung und dann die Genehmigung des Ministeriums erforderlich (5., S. 8).

Eine neue grundsätzliche Reform könne schließlich auch keine Auswirkungen auf den anhängenden Rechtstreit haben (5., S. 8).

Zur Frage, ob für die Brutto- und vorhergehend für die Nettoberechnung des EHV-Honorars ein formeller Beschluss vorliege, wird geantwortet, dass dies nicht der Fall sei (6., S. 9).

Das sei für die streitgegenständlichen Quartale auch nicht erforderlich (6., S. 9).

Die Umstellung auf das Bruttohonorar sei lediglich die rechnerisch sinnvollere Lösung gewesen. Die Nettoberechnung sei unter versicherungsmathematischen Gesichtspunkten ein zulässiges und richtiges Verfahren gewesen (6., S. 10).

Seit dem Quartal 3/2006 bis einschließlich Quartal 4/2010 seien über 3000 offene Verfahren anhängig. Im Klageverfahren seien neben derzeit beim Senat anhängigen 4 Verfahren noch etwa 5 weitere Verfahren von EHV-Beziehern anhängig, die von der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors betroffen sein könnten (7., S. 10).

Ohne Nachhaltigkeitsfaktor hätte die EHV-Quote für die Aktiven bereits im Quartal 3/2006 5,62% betragen, im Quartal 4/2006 5,65% und im Quartal 1/2009 6,0517% (7., S. 10).

Zur Frage des Senats zu den finanziellen Auswirkungen einer unwirksamen Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors wird für das Quartal 3/2006 ein Differenzbetrag von 2.318.566,52 € für die Berechnung ohne und mit Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors angegeben, für das Quartal 4/2006 ein Betrag von 2.400.749,50 (7., S. 12).

Auf die Frage nach Rückstellungen antwortete die KV, eine Rückstellung zur Erfüllung der Gesamtforderung der EHV-Empfänger habe nicht erfolgen können (7., S. 13).

13.2.15. Erwiderung Prof. Plagemann vom 29.03. 2012 und Schreiben vom 25.06.12

Plagemann antwortet auf den Schriftsatz der KV vom 13.03.2012, dass die von der KV beigefügten Auflistungen der EHV-Kostenanteile 2008 so nicht von der Vertreterversammlung beschlossen worden sein können. Unabhängig davon ergebe sich aus diesen Unterlagen keinerlei Klarheit, wie § 5 GEHV nun tatsächlich auszulegen sei (1., S. 1).

Das Sozialgericht Marburg habe bereits klargestellt, dass die an die inaktiven Vertragsärzte gesandten Bescheide nicht nur unverständlich seien, sondern dass es auch an der nach dem SGB X erforderlichen Begründung fehle, aus der der Empfänger wenigstens in etwa nachvollziehen könne, wie sich die im Bescheid tenorierte Leistung errechne (2., S. 2).

Der Entzug von Geldern aus dem System der EHV durch die Auflösung des Ausgleichsfonds hätte zur Folge gehabt, dass die Vertreterversammlung mit Hilfe des Nachhaltigkeitsfaktors sämtliche Leistungen der Inaktiven signifikant gekürzt habe (3., S. 2).

Die Angabe der Beklagten, es bestehe angesichts der demographischen Entwicklung keine Alternative zum Nachhaltigkeitsfaktor, sei falsch. Mit dem Ausgleichsfonds hätte ein teilweiser Ausgleich für die demographische Entwicklung geschaffen werden können (3., S. 2).

Der Fonds sei nicht als Kapitaldeckungselement, sondern als Schwankungsreserve bzw. als Puffer zwischen den Generationen aufgefasst worden. Es sei der Vertreterversammlung nicht gestattet gewesen, derart zweckgebundene Gelder im Nachhinein einer Zweckentfremdung zuzuführen (3., S. 2).

Die Änderung des § 8 GEHV mit Verhinderung eines weiteren Absinkens des Nachhaltigkeitsfaktors könne nichts an der Rechtswidrigkeit der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors ändern (4., S. 2).

Streitgegenstand seien nicht bestimmte Zahlbeträge, sondern die Frage, ob und wie weit die tatsächlich erfolgten Eingriffe unverhältnismäßig seien (4., S. 3).

Die Beklagte habe bestätigt, dass die Umstellung von der Brutto- auf die Nettozahlung keine Rechtsgrundlage gehabt habe (5., S. 3).

Die Umlagebelastung sei jetzt auf 6% angehoben worden und im streitgegenständlichen Quartal auf maximal 5% begrenzt gewesen ohne erkennbare Begründung für diese unterschiedliche Quotierung. Wäre die Umlagebelastung im Jahr 2006 auf 6% begrenzt gewesen, hätte es der Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors in den streitgegenständlichen Quartalen nicht bedurft (6., S. 3).

In einem weiteren Schreiben an das LSG vom 25.06.2012 führte Plagemann aus, dass zwei Versicherungsmathematiker, die Büros Karras und Heubeck zu unterschiedlichen die zukünftigen Umlagebelastungen betreffenden Ergebnissen kommen. Das Büro Heubeck prognostizierte eine zehnpromtente Belastung erst für das Jahr 2025, und das Büro Karras kam auch ohne Reform nicht zu einer Belastung von 10%. Die Berechnung von Heubeck liege wohl weiter zurück (1., S. 1,2).

Beide Kurven (zu den versicherungsmathematischen Berechnungen, Anm. d. Verf.) unterstellten, dass die Zahl der aktiven Ärzte und das Durchschnittshonorar gleich blieben. Beides sei nicht der Fall und auch nicht der Fall gewesen. Das Durchschnittshonorar sei erheblich gestiegen, ebenso die Zahl der Ärzte (1., S. 2).

Soweit es heiße, mit der Reform 2006 sei das Ziel verfolgt worden, ein Ansteigen des Umlagesatzes auf 10% zu vermeiden, sei dies falsch. Ein solches Ziel habe es angesichts der Prognosen der Versicherungsmathematiker nicht geben können (1., S. 2).

Vor der Reform 2006 sei der Umlagesatz höher als 5%, etwa 5,5% gewesen. Die Vertreterversammlung verfolge mit der Reform 2006 das Ziel, die Beitragsbelastung abzusenken (1., S. 2).

Hätte die Beklagte den Ausgleichsfonds zu dem Zweck verwandt, wie es in § 9 Abs. 2 GEHV, Stand 01.01.2005 geregelt sei, wäre es bis 2011 nicht zu einem relevanten Anstieg des Umlagesatzes gekommen, schon gar nicht auf 8% oder 10% (2., S. 2).

Die zum 01.07.2012 in Kraft getretenen neuen GEHV lösten das Problem, um das es im vorliegenden Verfahren gehe, nicht. Die neuen GEHV knüpften an die abgesenkten Leistungen an. Die Leistungsabsenkung werde durch die Reform in die Zukunft fortgeschrieben (4., S. 3).

13.2.16. Urteil LSG v. 27.06.2012 Az.: L 4 KA 43/11

Unter Entscheidungsgründe heißt es anfangs: *„Die Berufungen sowohl des Klägers als auch der Beklagten sind zulässig. Sie sind auch begründet“* (S. 14).

Weiter wird ausgeführt, die Berufung des Klägers habe Erfolg, soweit er sich gegen die Berechnung der EHV-Leistungen unter Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors wende. Die angegriffenen Bescheide der Beklagten seien rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinem Eigentumsrecht aus Art. 14 Abs. 1 GG, soweit es durch den Nachhaltigkeitsfaktor zu einer Kürzung der EHV-Ansprüche für die Quartale 3/06 und 4/06 komme (S. 14,15).

Auch die Berufung der Beklagten erweise sich als begründet, soweit das Sozialgericht die Berechnung des Durchschnittshonorars nach Maßgabe von § 5 Abs. 3 GEHV hinsichtlich des Abzugs der *„besonderen Kosten“* nach § 5 Abs. 1 GEHV 2006 beanstandet habe. Zwar habe das Sozialgericht zu Recht festgestellt, dass § 5 Abs. 1 GEHV 2006 wegen fehlender Bestimmtheit keine ausreichende Rechtsgrundlage für den Abzug besonderer Kosten gewesen sei. Jedoch habe die Beklagte durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 29.05.2010/28.08.2010 die Vorschrift des § 5 Abs. 1 GEHV mit Wirkung ab dem 01.04.2005 in einer rechtsstaatlichen Anforderungen genügenden Weise neu gefasst und damit eine ausreichende Rechtsgrundlage für den Abzug besonderer Kosten auch bereits für die streitgegenständlichen Quartale geschaffen (S. 15).

Die angegriffenen Bescheide der Beklagten seien formell rechtmäßig. Jedenfalls der Widerspruchsbescheid enthalte eine ausführliche Darlegung der Sach- und Rechtslage. Zur Bemängelung des Sozialgerichts, dass die Darlegung der Berechnung des Durchschnittshonorars und des Nachhaltigkeitsfaktors fehle, sei festzuhalten, dass der Kläger dies mit seinem Widerspruch nicht begehrt habe. Weitergehende Begründungspflichten hätten für die Beklagte im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht bestanden (S. 15).

Die Honorarbescheide der Beklagten seien rechtmäßig, soweit die Berechnung des EHV-Honorars auf der Grundlage eines Durchschnittshonorars nach Bereinigung um „besondere Kosten“ nach Maßgabe von § 5 GEHV in der im Jahr 2011 neu gefassten Vorschrift (GEHV 2011) ermittelt worden sei (S. 16).

Wie das „Durchschnittshonorar aus vertragsärztlicher Tätigkeit“ genau bestimmt werde, ergebe sich aus der Satzung unmittelbar nicht. Durch Einbehalt einer bestimmten Quote von der Honorarforderung der aktiven Ärzte als „EHV-Beitrag“ führe der Abzug besonderer Kosten zu einer Verringerung der Beitragslast (S. 16).

§ 5 GEHV 2006 habe weder den TL-Anteil erkennen lassen, noch dass es auf den Vergleich mit dem Kostenanteil der jeweiligen Fachgruppe ankommen sollte. Erst § 5 Abs. 2 GEHV 2010 lege nunmehr fest, dass die Liste TL-Anteile von der Vertreterversammlung aufgestellt und beschlossen werde. § 5 Abs. 1 Satz 4 GEHV 2010 stelle zudem klar, dass es auf den Kostenanteil der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe ankomme (S. 17).

Die Beklagte habe durch § 5 GEHV 2010 eine ausreichende Rechtsgrundlage für den Abzug besonderer Kosten in den streitgegenständlichen Quartalen geschaffen (S. 17).

Der Regelungsgehalt der Vorschrift sei trotz sprachlicher Unzulänglichkeiten gerade auch im Zusammenhang mit der beanstandeten Vorgängervorschrift des § 5 GEHV 2006 hinreichend klar (S. 17).

Der Anteil von x% werde nach Abs. 1 S. 6 durch den Vorstand festgelegt, was so viel bedeute, den nach Maßgabe von § 5 rechnerisch bestimmten Faktor x zu beurkunden (S. 17/18).

Die neugefasste Vorschrift sei im Hinblick auf den weiten Gestaltungsspielraum des Satzungsgebers rechtlich nicht zu beanstanden. Die Methodik, welche die inaktiven Ärzte über die Berücksichtigung der „besonderen Kosten“ an der Konsolidierung der EHV beteilige, sei sachgerecht (S. 18).

Es sei nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Vorschrift auch auf die Berechnung der EHV-Honorare in den streitgegenständlichen Quartalen beziehe (S. 18).

Eine rückwirkende Regelung, mit der lediglich eine bereits in der Vergangenheit herrschende Rechtsauffassung kodiert werde, sei unbedenklich (S. 19).

§ 5 GEHV habe keine völlig neue Rechtslage geschaffen, sondern die bereits vorher bestehende Regelung über den Abzug besonderer Kosten in modifizierter Form weitergeführt (S. 19).

Ein Vertrauen der inaktiven Ärzte, dass es derartige Abzüge nicht geben würde, habe zu keinem Zeitpunkt bestanden. Die Regelungen über den Abzug technischer Leistungsanteile von

dem für die Berechnung der EHV maßgeblichen Durchschnittshonorar seien Teil einer insgesamt zu sehenden Regelung, die auf eine gerechte Lastenverteilung zwischen den aktiven Vertragsärzten und den EHV-Empfängern ziele (S. 20).

Das Sozialgericht habe darauf hingewiesen, dass es der Beklagten ausdrücklich vorbehalten sei, durch Neufassung der Vorschrift eine - auch rückwirkende - ausreichende Rechtsgrundlage für die Berücksichtigung besonderer Kosten zu schaffen (S. 20).

Im Ergebnis sei festzustellen, dass die Beklagte durch § 5 GEHV 2010 eine ausreichende und auch für die streitgegenständlichen Quartale gültige Rechtsgrundlage für die Berücksichtigung technischer Leistungen geschaffen habe. Das insoweit stattgebende Urteil des Sozialgerichts sei wegen dieser geänderten Umstände aufzuheben und die Klage abzuweisen (S. 20).

Das Urteil könne auch insoweit keinen Bestand haben, als es die Klage gegen die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors gemäß § 8 Abs. 1 Satz 3 GEHV 2006 abgewiesen habe. Zur Überzeugung des Senats sei die mit dem Nachhaltigkeitsfaktor in seiner konkreten Ausgestaltung durch Quotierung der Leistungsansprüche aus der EHV bewirkte Absenkung des Leistungsniveaus im Vergleich zu dem Leistungsanspruch, wie er sich ohne die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors berechnet hätte, rechtswidrig und verletze den Kläger in seinen Rechten (S. 20/21).

Die Ansprüche und Anwartschaften auf Leistungen der EHV seien strukturell sowie im Hinblick auf ihre alterssichernde Funktion und der besonderen Schutzbedürftigkeit der inaktiven Ärzte aus betrieblichen Versorgungsanwartschaften und aus den beitragsfinanzierten Sozialversicherungssystemen vergleichbar und damit durch Art. 14 Abs. 1 GG geschützt. Sie seien dem Inhaber nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts als privatnützig zugeordnet, dienten seiner Existenzsicherung und beruhten auf Eigenleistungen ihres Inhabers. Dabei übernehme der Vorwegabzug des Anteils der aktuellen Gesamtvergütung, der für die Zwecke der als reines Umlagesystem organisierten EHV benötigt werde, die Funktion des Beitrags in der Rentenversicherung und der berufsständischen Altersversorgung. Eine Beitragsbemessungsgrenze habe die EHV für die aktive Phase der vertragsärztlichen Tätigkeit vor Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors nicht enthalten (S. 21/22).

Das Urteil befasst sich dann in längeren Ausführungen mit rentenrechtlichen Fragen. So habe das Bundesverfassungsgericht bei der Bestimmung des Inhalts und der Schranken rentenversicherungsrechtlicher Positionen dem Normgeber eine weite Gestaltungsfreiheit zugebilligt. Seine Gestaltungsfreiheit verenge sich allerdings in dem Maße, in dem Rentenansprüche oder Rentenanwartschaften durch „den personalen Bezug des Anteils eigener Leistungen des Versicherten geprägt“ seien. In anderem Zusammenhang habe das Bundesverfassungsgericht darauf hingewiesen, dass die Befugnis zur Bestimmung von Inhalt und Schranken des Eigentums auch Änderungen erworbener Rechtspositionen einschließe, jedoch nur im Rahmen der Verhältnismäßigkeit und der Zumutbarkeit. Das Bundesverfassungsgericht habe

bestätigt, dass der Eigentumsschutz bei Versorgungsrenten nicht allein den Nominalbetrag der gezahlten Rente betreffe, sondern darüber hinaus auch je nach dem Ergebnis der Verhältnismäßigkeitsprüfung auf den Schutz der Rente gegen ihre inflationsbedingte Entwertung gerichtet sein könne (S. 22/23).

Auch im Rahmen einer berufsständischen Versorgung seien dem Normgeber durch die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit und der Zumutbarkeit Grenzen gezogen. Insbesondere sei der Satzungsgeber eines öffentlich rechtlichen Versorgungswerks daran gehindert, das Versorgungsniveau nach dem Eintritt des Versorgungsfalles allein deswegen abzusenken, weil er die Angemessenheit der gewährten Versorgung nunmehr anders als früher einschätze (S. 23).

Diese Grundsätze beanspruchten auch für die EHV Geltung. Der Beklagten stehe keine Befugnis zu, die ihr aufgetragene Alterssicherung auf ein Niveau zu führen, welches dem Grundsatz der Existenzsicherung nicht genüge. Zwar sei die Erwartungssicherheit in einem System wie der EHV von vorneherein mit einer größeren Unsicherheit belastet, als in dem System der gesetzlichen Rentenversicherung. Jedoch ändere das nichts an der zutreffenden und rechtlich geschützten Erwartung des EHV-Beziehers, dass bei relativ gleichbleibenden Finanzmitteln, die aufgrund der Gesamtvergütung zur Verteilung unter den aktiven und inaktiven Ärzten zur Verfügung stehen, die Leistung aus der EHV in einer aufgrund des erworbenen Anspruchssatzes bestimmbar Höhe auf Dauer zu erwarten sei (S. 23,24).

In den erworbenen und festgestellten Anspruch des inaktiven Vertragsarztes greife § 8 GEHV 2006 ein, indem er die Quotierung des EHV-Anspruchs anordne. Dieser Eingriff, der im Ergebnis eine effektive Kürzung des erworbenen Anspruchs des Klägers bewirke, sei mit dem Eigentumsrecht nicht vereinbar (S. 24).

Die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors sei grundsätzlich von einem gewichtigen Gemeinwohlinteresse getragen. Aufgrund der demographischen Entwicklung müssten die heute aktiven Vertragsärzte eine immer größer werdende Zahl inaktiver Vertragsärzte und ihrer Hinterbliebenen versorgen. Es sei daher grundsätzlich plausibel, dass ohne korrigierende Eingriffe der Umlagesatz innerhalb der nächsten zehn bis fünfzehn Jahre auf 10% des ärztlichen Honorars oder noch darüber hinaus steigen könnte. Der Nachhaltigkeitsfaktor erscheine grundsätzlich geeignet, diesen systemgefährdenden Entwicklungen entgegenzuwirken (S. 24/25).

Die Tatsache einer steigenden Beitragslast der aktiven Ärzte berechtere allerdings nicht ohne weiteres zu Kürzungen bei den erworbenen Rentenansprüchen der Inaktiven. Grundsätzlich seien den Mitgliedern eines im Umlageverfahren betriebenen Pflichtversicherungssystems in einem gewissen Umfang höhere Beiträge zuzumuten. Einer steigenden Beitragszahlung werde allerdings durch die Grundrechte der zur Beitragszahlung herangezogenen Mitglieder Grenzen gesetzt. Das Grundgesetz verbiete Abgaben, die erdrosselnd wirken. Übermäßige,

an die Berufsausübung anknüpfende Belastungen könnten zudem die Berufsausübungsfreiheit verletzen. Das verfassungsrechtliche Übermaßverbot verbiete eine offenkundige Disproportionalität von Beitragsleistung und versicherungsrechtlicher Leistung (S. 25).

Nach Auffassung des Senats sprechen die ihm bekannten Daten für eine Gefährdung des Gesamtsystems im Zeitpunkt der hier zu beurteilenden Reform 2006, die ein Eingreifen der Beklagten erforderlich gemacht habe. Denn bereits zu diesem Zeitpunkt sei absehbar gewesen, dass auf Dauer eine Belastung der aktiven Ärzte eingetreten wäre, die die Grenzen des Zumutbaren überschritten hätte. Die Berücksichtigung besonderer Kosten ändere nichts daran, dass die Ansprüche aus der EHV mit jedem Umsatzzuwachs der aktiven Ärzte wachsen. Mit dieser Berücksichtigung besonderer Kosten würde nur eine Entlastung besonders kostenintensiver Praxen bewirkt. Im Ergebnis könnten sich damit bei real sinkenden Gewinnen aus ärztlicher Tätigkeit Versorgungsbeiträge von mehr als 2000,00 Euro im Monat ergeben. Das könnte Niederlassungswillige dazu veranlassen, Hessen zu meiden (S. 26).

Zudem käme es bei ungebremst steigenden Beiträgen zu einem Missverhältnis von Leistung und Gegenleistung. Bei einem regelhaften Zugang zur EHV mit dem 65. Lebensjahr wäre es möglich, dass ein 1962 geborener Arzt schon bei einem Umlagesatz von 5% annähernd das 90. Lebensjahr erreichen müsse, damit sich seine Beträge amortisierten. Bei einer Verdoppelung des Umlagesatzes müssten jüngere Ärzte mit einer „*Negativrendite*“ rechnen. Eine Ausparung der Inaktiven von jeglicher Beteiligung an einer Finanzierung des „*demographischen Problems*“ und die ausschließliche Lösung auf der Beitragsseite würden prognostisch zu unzumutbaren Lasten für die Aktiven mit ernsthaften Gefahren für das Gesamtsystem führen (S. 26/27).

Der als Regelungsinstrument rechtlich nicht zu beanstandende Nachhaltigkeitsfaktor stelle sich in seiner konkreten Ausgestaltung aber als unverhältnismäßige Belastung der Inaktiven dar, durch den die rechtsstaatlichen Prinzipien des Übermaßverbotes, des Vertrauensgrundsatzes und das Gebot ausgewogener Abwägung verletzt würden. Dieser sei insbesondere mit dem Gebot einer gerechten Lastenverteilung in einem System kollektiver Verantwortung nicht vereinbar (S. 27).

Durch den Nachhaltigkeitsfaktor werde die finanzielle Inanspruchnahme der aktiven Ärzte auf eine maximale Quote von 5% ihres Honorars eingefroren, während die dadurch bewirkten Lasten allein die inaktiven Vertragsärzte zu tragen hätten. Im Fall des Klägers führe die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors bereits in den streitgegenständlichen Quartalen zu einer effektiven Minderung der EHV-Leistung von über 6%, bezogen auf die Leistung im entsprechenden Vorjahresquartal. Hierbei sei zu beachten, dass die Minderung noch deutlich höher ausgefallen wäre, wenn die Beklagte nicht das Durchschnittshonorar vor Abzug der EHV-Umlage, sondern wie bisher das Durchschnittshonorar nach Abzug der EHV-Umlage zugrunde gelegt hätte (S. 27).

Weiter das Gericht: Hinzu komme, dass die mit der Quotierung des EHV-Anspruchs einhergehende Kürzung des jeweiligen Zahlbetrags nach § 8 GEHV nicht begrenzt worden sei. Die von der Beklagten bei der Novelle der GEHV ursprünglich errechnete Absenkung des Niveaus auf etwa die Hälfte des jetzigen Niveaus im Jahre 2030, stelle eine massive Entwertung des erworbenen und verfassungsrechtlich geschützten Leistungsanspruchs dar (S. 28).

Allerdings sei durch die Änderung des § 8 Abs. 1 GEHV 2011 eine - wiederum aber nur vorläufige - Untergrenze der Kürzungen durch den Nachhaltigkeitsfaktor auf 80% eingezogen worden. Diese ändere an der Unzulässigkeit des Nachhaltigkeitsfaktors mit seiner konkreten Belastungsgrenze für die aktiven Vertragsärzte jedoch nichts (S. 28).

Die Unangemessenheit der von der Beklagten gewählten Regelung werde deutlich aus dem Gesamtkontext, in dem die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors stehe. In der Reform 2001 sei durch ein „*solidarisches Maßnahmenbündel*“ einerseits eine Belastung der EHV-Berechtigten durch Absenkung der EHV-Bezüge durch Berücksichtigung besonderer Kosten erreicht worden. Auf der anderen Seite seien gleichzeitig Einschränkungen der zukünftigen EHV-Anwartschaften durch eine Absenkung des Höchstanspruchssatzes von 18% auf 15% und eine Verschlechterung bei der Anspruchsberechnung erfolgt. Die Aktiven seien schließlich durch die Bildung eines Ausgleichsfonds belastet worden (S. 28/29).

Nachdem die Erwartung einer dauerhaften Stabilisierung der Quote von 6% durch sukzessive Auflösung des Ausgleichsfonds nicht zu erreichen gewesen sei, habe die Beklagte die hier streitige Neuausrichtung beschlossen. Neben der Einführung des Ausgleichsfonds sei der erreichbare Höchstanspruchssatz wieder auf 18% festgelegt und der Ausgleichsfonds zunächst eingefroren und dann an die Ärzte, die ihn angespart hatten, wieder ausgezahlt worden (S. 29).

Dies bedeute, dass die durch die Reform 2001 eingeleiteten Schritte durch die Reform 2006 wieder zurückgedreht worden seien. Die Finanzierungsprobleme des wieder reinen Umlagesystems würden durch den Nachhaltigkeitsfaktor allein auf der Leistungsseite gelöst. Während aber die inaktiven Ärzte durch die Reform 2001 bereits mit einem Honorarverlust von 5% bis 6% belastet worden seien, sei die als Teil des „*Solidarausgleichs*“ angelegte zusätzliche Belastung der aktiven Ärzte durch die Auflösung und Auszahlung des Ausgleichsfonds vollständig zurückgeführt worden. Die davon betroffenen Ärzte würden sowohl für die Zeit ab dem Jahr 2006 als auch rückwirkend für die gesamte Zeit ab 2001 mit maximal 5% EHV-Umlage belastet. Im Ergebnis hätten die inaktiven Ärzte durch die EHV-Reformen kumulativ wirkende, erhebliche Einschnitte hinzunehmen (S. 29).

Diese einseitige Lösung sei nicht alternativlos gewesen. Es gebe keinen Hinweis darauf, dass nicht auch durch andere, die Inaktiven weniger belastende Maßnahmen eine Fortführung des Systems möglich gewesen wäre. So wäre es durch die Mittel des Ausgleichsfonds ohne

jedwede Leistungskürzung möglich gewesen, die Umlagequote für 12 bis 15 Jahre bei ca. 6% zu halten (S. 30).

Unabhängig von der Verwendung der Gelder des Ausgleichsfonds sei aber auch nicht zu erkennen, dass eine Gefährdung des Gesamtsystems bei Festlegung eines maßvoll über 5% liegenden Umlagesatzes eingetreten wäre. Dies könne schon deswegen ausgeschlossen werden, weil ein Umlagesatz bis 6% in der Zeit der Bildung des Ausgleichsfonds von der Beklagten selbst als zumutbar angesehen worden sei und keine negativen Auswirkungen auf die Niederlassungsbereitschaft in Hessen gehabt habe. Auch die Neufassung von § 8 Abs. 1 GEHV habe den aktiven Ärzten eine Umlagequote von 6% zugemutet, und die zum 01. 07. 2012 beschlossene EHV-Reform habe gezeigt, dass es offensichtlich ohne eine Gefährdung des Gesamtsystems möglich sei, einen gewissen Bestandsschutz zu gewähren (S. 30).

Eine nachvollziehbare Begründung für die 5%-Grenze habe die Beklagte nicht geben können (S. 31).

Die legitimen Interessen der zum Zeitpunkt der Satzungsänderung vorhandenen EHV-Bezieher hätten seitens der Beklagten daher durch Erlass einer Regelung berücksichtigt werden müssen, welche auf einen gerechten Interessenausgleich zwischen Aktiven und Inaktiven hingewirkt und das schutzwürdige Vertrauen der EHV-Berechtigten zumindest durch langfristig angelegte Übergangsregelungen berücksichtigt hätte. Die Reform 2006 bedeute für die betroffenen Inhaber bereits entstandener Versorgungsansprüche in den streitgegenständlichen Quartalen eine sofortige und erhebliche Einbuße in Form einer über 6%igen Absenkung ihres Anspruchs aus der EHV, verbunden mit einer Regelungssystematik, welche die erworbenen Ansprüche zukünftig immer weiter vermindere (S. 31).

Insgesamt spreche damit aus Sicht des Senats vieles dafür, dass die Beklagte den erhöhten Vertrauensschutz der Bestandsrentner gar nicht in den Blick genommen habe. Dieser werde im Konzept des beratenden Fachausschusses EHV vom 02.02. 2006 an keiner Stelle erwähnt. Auch in ihren Schriftsätzen im Klageverfahren habe die Beklagte die Interessen der aktiven Vertragsärzte in den Vordergrund gestellt und hinsichtlich der Leistungsansprüche des Klägers erklärt, die EHV gewähre in den streitbefangenen Quartalen immer noch ein Leistungsniveau, das „eine bedürfnisabhängige Sicherung nach einem vollen Versicherungsleben“ beinhalte (S. 32).

Mithin erweise sich die Quotierung der EHV-Ansprüche des Klägers in den streitigen Quartalen auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 GEHV wegen des Verstoßes dieser Vorschrift gegen Art. 14. Abs. 1 GG als rechtswidrig. Die Beklagte sei daher verpflichtet, die EHV-Honorare des Klägers für die streitigen Quartale ohne Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors mit der festgelegten Belastungsgrenze zu berechnen (S. 32).

Gründe für die Zulassung der Revision lägen nicht vor. Die wesentlichen Fragen seien durch die Rechtsprechung des BSG und des BVerfG geklärt (S. 32).

Dem Verfasser ist aus der mündlichen Verhandlung noch deutlich die Bemerkung des vorsitzenden Richters in Erinnerung, dass das Gericht bei Durchsicht der Akten keinen Hinweis auf eine Berücksichtigung der Interessen der Ruheständler gefunden habe.

Die KV hat unter dem 10.08.2012 Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision eingelegt. Der Beschwerde wurde unter dem 06.02.2013 vom BSG stattgegeben. Die KV hat daraufhin am 20.02.2013 Revision eingelegt.

13.2.17. Revisionsbegründung der KV v. 15.05.13

In der Revisionsbegründung der KVH v. 15.05.13 wird beantragt,

„das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 27.06.12 hinsichtlich der Verurteilung der Beklagten, dem Kläger für die Quartale III/06 und IV/06 Leistungen aus der EHV ohne Quotierung aufgrund des Nachhaltigkeitsfaktors gemäß § 8 Abs. 1 GEHV 2006 zu erbringen, aufzuheben und auch insoweit die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 24.02.10 zurückzuweisen und in Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Marburg v. 24.02.2010 die Klage in vollem Umfang abzuweisen,

hilfsweise

das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts hinsichtlich der Verurteilung der Beklagten, dem Kläger für die Quartale III/06 und IV/06 Leistungen aus der EHV ohne Quotierung aufgrund des Nachhaltigkeitsfaktors gemäß § 8 Abs. 1 GEHV 2006 zu erbringen, aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen“ - (S. 1,2).

In der Begründung wird zunächst auf bisherige Entwicklungen eingegangen.

Es heißt, dass der eingeführte Ausgleichsfonds lediglich eine mittelfristige Stabilisierung des Umlagesystems hätte bewirken können. Deswegen sei von der Vertreterversammlung der Beklagten eine zweite grundlegende EHV-Reform zur Abmilderung von demographischen Verwerfungen verabschiedet worden, die zum 01.07. 2006 in Kraft getreten sei (I., S. 3)

Inhalt dieser Reform sei unter anderem die Rückabwicklung der Reduzierung der Höchstanspruchssätze von 18% auf 15% und die Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors gewesen mit einer Begrenzung der EHV-Belastungsquote bei den aktiven Vertragsärzten auf maximal 5%. Im Gegenzug werde das Honorar der inaktiven Ärzte über den Nachhaltigkeitsfaktor quotiert, wenn die 5%-Grenze überschritten werde. Es wird danach eine Tabelle widergegeben,

aus der sich ergibt, dass im Jahre 2026 der Höchstanspruchssatz von 18% auf 9% sinken, die EHV-Leistungen somit auf die Hälfte reduziert werden (I., S. 3,4).

Es wird darauf hingewiesen, dass nach einer Modifikation der Ausgleichsfonds 2008 bis auf einen Rest von etwa 6 Mill. aufgelöst wurde (I., S. 5,6).

Es wird ohne weitere Begründung darauf hingewiesen, dass bis zum Quartal 2/2006 die Berechnung des Durchschnittshonorars nach EHV-Quotierung erfolgte und ab dem Quartal 3/2006 vor EHV-Quotierung. Sie begünstige die Inaktiven (I., S. 6/7).

Nach Auffassung des Sozialgerichts seien die Bescheide für die Quartale 3/6 und 4/06 insoweit rechtswidrig gewesen, als eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Berechnung des Durchschnittshonorars und damit eines entscheidenden Eckpunktes für die Berechnung des Zahlungsbetrages aus der EHV fehlten. Konkret habe das Gericht die Neufassung der Regelung über die Berücksichtigung von Praxiskosten in § 5 GEHV beanstandet. Das Gericht habe der Beklagten aufgegeben, vor der Neubescheidung des Klägers eine ausreichende Satzung zu erlassen (I., S. 8).

Die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors in § 8 Abs. 1 GEHV in der Fassung v. 01.07.2006 habe das Sozialgericht in den streitigen Quartalen nicht beanstandet. Es habe lediglich bemängelt, dass es für die bei seiner Einführung schon an der EHV teilnehmenden Ärzte keine Absicherung nach unten vorsehe. Da das Gericht in den streitbefangenen Quartalen allerdings noch keine eigentumsrechtliche Rechtsverletzung habe feststellen können, sei dies für den Rechtsstreit ohne Bedeutung gewesen (I., S. 8,9).

Während des laufenden Berufungsverfahrens sei durch Änderung der GEHV zum 12.05.10 über das 65. Lebensjahr hinaus weiter berufstätigen Vertragsärzten die Möglichkeit gegeben worden, trotzdem an der EHV teilzunehmen (I., S. 9).

Mit der am 07.07.2011 rückwirkend ab 01.04.2005 in Kraft getretenen Neufassung von § 5 GEHV sei zugleich die Liste der TL-Anteile festgestellt und damit den vom Sozialgericht Marburg geäußerten Bedenken Rechnung getragen worden (I., S. 9).

Die GEHV seien um einen § 11 ergänzt worden zur Einbeziehung von Vergütungen aus Sonderverträgen in die EHV (I., S. 9).

Zum 13.12.2011 sei eine Änderung der GEHV in Kraft getreten, nach der der Nachhaltigkeitsfaktor nicht unter 80% sinken dürfe. Gleichzeitig dürfe die Belastung maximal 6% erreichen. Nur soweit dies nicht ausreiche, erfolge eine weitere Absenkung des Nachhaltigkeitsfaktors (I., S. 9,10).

Mit dieser Neuregelung sei eine Absicherung gegen ein weiteres Absinken des Nachhaltigkeitsfaktors eingeführt und damit den hierzu geäußerten Bedenken des Sozialgerichts Marburg Rechnung getragen worden (I., S. 10).

Es sei schließlich wegen von der demographischen Entwicklung und der Besonderheit des Systems herrührenden Problemen eine grundsätzliche Reform beschlossen worden, die am 01.07.12 in Kraft getreten sei (I., S. 10). Wesentlich sei darin die Umstellung auf ein Beitragsklassenmodell. Die Höhe des Anspruchs aus der EHV ergebe sich aus den durch Beiträge gesammelten Punkten. Grundlage für die Beitragsklassen sei der Durchschnittsumsatz. Ausgangswert des zum 01.07.2012 erstmals festgelegten Punktwerts sei der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010. Ein weiterer Reformschritt sei eine Garantie der EHV-Leistungen. Ein paritätischer Defizitenausgleich regele, dass die Einnahmen zur Bedienung der Ausgaben ausreichen (I., S.10,11).

Das Hessische Landessozialgericht habe mit dem Urteil vom 27.06 2012 die Beklagte verurteilt, dem Kläger für die Quartale 3/06 und 4/06 Leistungen aus der EHV ohne Quotierung durch den Nachhaltigkeitsfaktor zu erbringen. Hinsichtlich Kürzung wegen technischer Leistungen sei die Klage abgewiesen worden (I., S. 11).

Das Hessische Landessozialgericht sehe in der eingeführten Begrenzung der Belastungsquote bei den aktiven Vertragsärzten auf maximal 5 % und der Quotierung der EHV-Ansprüche mit einem Nachhaltigkeitsfaktor eine unverhältnismäßige Belastung der EHV-Empfänger und damit einen Verstoß gegen die Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 GG (I., S. 11).

Den Nachhaltigkeitsfaktor selbst beanstandete das Gericht allerdings als Regelungsinstrument nicht. Es halte für plausibel, dass ohne korrigierende Eingriffe der Umlagesatz innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre auf 10% des ärztlichen Honorars steigen könne (I., S. 12).

Das Landessozialgericht sehe auch bereits zum Zeitpunkt der Reform im Jahr 2006 eine Gefährdung des Gesamtsystems der EHV, sodass es den Eingriff für erforderlich halte (I., S. 12).

Durch die erhebliche Belastung hoher Beiträge könnten niederlassungswillige Ärzte Hessen meiden (I., S. 13).

Das Landessozialgericht sehe bei ungebremst steigenden Beiträgen ein Missverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung. Die Beiträge amortisierten sich dann nicht mehr zu Lebzeiten des EHV-Empfängers (I., S. 13).

Das Gericht beurteile aber den Nachhaltigkeitsfaktor in seiner konkreten Ausgestaltung als unverhältnismäßige Belastung der Inaktiven, durch den die rechtsstaatlichen Prinzipien des Übermaßverbots, des Vertrauensgrundsatzes und des Gebots der ausgewogenen Abwägung verletzt würden (I., S. 13).

Unter II heißt es, die Revision sei begründet (S. 14).

Die Beklagte habe durch die am 01.04.2005 in Kraft getretene Neuregelung in § 5 GEHV den Bedenken des Sozialgerichts Rechnung getragen (II., S. 14).

Das Hessische Landessozialgericht habe zu Unrecht die Beklagte verurteilt, dem Kläger Leistungen aus der EHV ohne Quotierung durch den Nachhaltigkeitsfaktor zu erbringen. Die Berufung des Klägers sei zurückzuweisen gewesen. Gerügt werde die Verletzung materiellen Rechts durch das Hessische Landessozialgericht bei der Feststellung der Rechtswidrigkeit von § 8 Abs. 1 GEHV 2006 (II., S. 14).

Unter II. 1. a., (S 14): „*Keine Verletzung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit*“ heißt es, das Gericht vertrete die Auffassung, dass die Verwendung der Mittel des Ausgleichsfonds ausgereicht hätten, um die Belastung für einen erheblichen Zeitraum zu mindern (II. 1. a., S. 15).

Nach Auffassung des Gerichts sei eine Gefährdung des Gesamtsystems der EHV bei einer Beitragsbelastung von über 5 % nicht eingetreten. Dies folge daraus, dass die Belastung von bis 6% im Rahmen der Bildung des Ausgleichsfonds ab 2001 noch als zumutbar angesehen worden sei und dies auch keine negativen Auswirkungen auf die Niederlassungsbereitschaft in Hessen gehabt habe (II. 1. a., S. 15).

Schließlich meine das Gericht, dass die zum 01.07.2012 in Kraft getretenen Reformschritte zeigten, dass es ohne Gefährdung des Gesamtsystems möglich sei, im Rahmen von Aktive und Inaktive gleichermaßen belastenden Maßnahmen den Inaktiven einen Bestandsschutz zu gewähren (II. 1. a., S. 15).

Das Landessozialgericht beachte hier nicht, dass die gerichtliche Kontrolle von Geeignetheit und Erforderlichkeit anspruchsbegrenzender Normen auf den Ausschluss struktureller Mängel festlegungen und ersichtlich unangemessener Lastenverteilung ausgerichtet sein müsse (II. 1. a., S. 16).

Es wird dann Bezug genommen auf die Rechtsprechung des BVerfG. Es müsse dem Gesetzgeber eine ausreichende Flexibilität erhalten bleiben, um das Rentensystem, insbesondere dessen Finanzierung zu gewährleisten. Daher verfestige sich die Eigentumsgarantie des Rentenversicherungssystems nicht so, dass es starr werde. Der Beklagten könne insofern nicht vorgeworfen werden, sie hätte durch Einbeziehung der Mittel des Ausgleichsfonds das demographische Problem lösen können (II. 1. a., S. 16).

Auch könne der Beklagten nicht vorgehalten werden, es sei aus jetziger Sicht im Ergebnis keine Gefährdung des Gesamtsystems auch bei einem weiter ansteigenden Beitragssatz eingetreten und die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors mit der Reform zum 01.07.2006 deshalb nicht erforderlich gewesen (II. 1. a., Seite 16).

Soweit das Landessozialgericht meine, die Lösung der Finanzierungsprobleme der EHV durch Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors sei nicht alternativlos gewesen, beschränke es den der Beklagten als Satzungsgeber eingeräumten weiten Gestaltungsspielraum bei der Bestimmung des Inhalts und der Schranken rentenversicherungsrechtlicher Positionen in unangemessener Weise (II. 1. a., S. 16,17).

Die Reform 2006 sei eine Folge der im Rahmen der EHV als besonderer Form der Honorarverteilung bestehenden Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Beklagten (II. 1. a., S. 17).

Entgegen der Auffassung des Landessozialgerichts hätte die Verwendung der Gelder über die in den GEHV festgelegten Regelungen hinaus die Rechte der den Ausgleichsfonds finanzierenden Mitglieder der Beklagten verletzt (II. 1. a., S. 17).

Die mit der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors festgelegte Begrenzung der Belastungsquote auf 5 % sei ebenfalls nicht zu beanstanden. Im Quartal 1/09 hätte die Belastungsquote die 6% überschritten. Nur ein vertretbarer und auf Dauer kalkulierbarer EHV-Umlagesatz fördere schließlich die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, sich mittel- und langfristig in Hessen niederzulassen (II. 1. a., S. 18).

Der in § 8 Abs. 1 GEHV eingeführte Nachhaltigkeitsfaktor sei – entgegen der Auffassung des Landessozialgerichts - auch angemessen und damit verhältnismäßig im engeren Sinne (II. 1. a., S. 18).

Beanstandet habe das Landessozialgericht die Auswirkungen des Nachhaltigkeitsfaktors, der bereits in den streitgegenständlichen Quartalen zu einer effektiven Minderung der Leistungen von über 6% geführt habe. Anders als noch vom SG Marburg beurteilt, könne dabei nicht alleine auf die in diesen Quartalen eingetretene wirtschaftliche Auswirkung des Nachhaltigkeitsfaktors abgestellt werden (II. 1. a., S. 18,19).

Nach Auffassung des Landessozialgerichts könne aber weder der vorgenommene Systemwechsel bei der Berechnung des Durchschnittshonorars (Brutto-/Nettoberechnung, Anm. d. Verf.) noch die Neufassung des § 8 Abs. 1 GEHV etwas an der Unzulässigkeit des Nachhaltigkeitsfaktors ändern. Unter Betrachtung des Gesamtkontextes bei der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors sehe das Gericht vielmehr eine alleinige Belastung der EHV-Bezieher und damit die Unangemessenheit des Nachhaltigkeitsfaktors (II. 1. a., S. 19).

Bei dieser Betrachtungsweise habe das Landessozialgericht nicht die Maßnahmen und deren Auswirkungen berücksichtigt, die mit der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors getroffen worden seien (II. 1. a., S. 19).

Dies sei zum einen die Rückabwicklung der in der ersten Reform reduzierten Anspruchssätze von 18% auf 15%. Profitiert hätten davon sämtliche EHV-Empfänger, die schon eine Absenkung hinzunehmen hatten (II. 1. a., S. 19).

Weiterhin sei zu berücksichtigen, dass zum 31.12.11 ein Mechanismus eingeführt worden sei, nach dem der Nachhaltigkeitsfaktor nicht unter 80% sinken dürfe. Schließlich sei 2012 eine grundlegende Reform verabschiedet worden (II. 1. a., S. 19/20).

Außer Acht gelassen worden sei vom Landessozialgericht, dass es sich bei den Leistungen der EHV lediglich um eine Teilsicherung der Vertragsärzte handele (II. 1. a., S. 20).

Weiterhin sei zu berücksichtigen, dass die Beklagte mit der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors ihre Verwaltungspraxis hinsichtlich der Berechnung des Durchschnittshonorars geändert habe. Ab dem Quartal 3/06 werde das Durchschnittshonorar für die Berechnung der Höhe der EHV aus der Abrechnung vor EHV-Quotierung zugrunde gelegt (Bruttomethode, Anm. d. Verf.) (II. 1. a., S. 20). Die Umstellung auf die Bruttomethode habe zu einer Begünstigung geführt, da damit das Durchschnittshonorar zu Gunsten der Inaktiven um 5% erhöht worden sei (II. 1. a., S. 21).

Entgegen der Auffassung des Landessozialgerichts seien die Auswirkungen der Reform auf den Zahlbetrag selbst zu beachten, der nach Auffassung des erstinstanzlichen Gerichts nicht zu beanstanden war. Das Absinken der Auszahlungsquote durch den Nachhaltigkeitsfaktor habe nicht zwingend zu einem niedrigeren EHV-Auszahlungsbetrag geführt. Abhängig sei die Höhe vielmehr auch von der Höhe des Durchschnittshonorars, das die Auswirkungen des Nachhaltigkeitsfaktors auffangen könne (II. 1. a., S. 21).

Eine Gesamtbetrachtung zeige, dass die EHV-Bezüge immer noch ein Leistungsniveau gewährten, das eine bedürfnisunabhängige Sicherung nach einem vollen Versicherungsleben erfülle (II. 1. a., S. 22).

Das Landessozialgericht lasse bei seiner Betrachtung außer Acht, dass aufgrund der unterschiedlichen primären Regelungsgegenstände der Reformen im Jahr 2001, 2006 und schließlich der grundsätzlichen Reform im Jahr 2012 eine ganzheitliche Betrachtung in dieser Form ausgeschlossen sei (II. 1. a., S. 22).

Wenn schon vom Landessozialgericht auf den Gesamtkontext abgestellt werde, dann hätte außerdem berücksichtigt werden müssen, dass es durch die Einbeziehung der Honorare aus Sonderverträgen nach § 11 GEHV eine weitere Abmilderung der Auswirkungen des Nachhaltigkeitsfaktors gebe (II. 1. a., S. 22).

Dazu ist von Seiten des Verfassers der „Bemerkungen“ festzuhalten, dass zum Zeitpunkt dieses Schriftsatzes der KV die Reform von 2012 schon fast ein Jahr in Kraft und damit bekannt war, dass mit dieser Reform die Umlagen aus Sonderverträgen den Inaktiven wieder entzogen worden waren.

Weiter die KV: Entgegen der Auffassung des Landessozialgerichts liege auch keine einseitige Belastung der EHV-Empfänger vor. Die Auswirkungen der Reform 2006 gingen nicht nur für

die inaktiven, sondern gerade für die aktiven Vertragsärzte über die Auswirkungen der in der ersten EHV-Reform beschlossenen Maßnahmen weit hinaus (II. 1. a., S. 22,23).

Bei langfristiger Betrachtung würden bei einer Reduzierung des Höchstanspruchssatzes von 18% auf 8% im Jahre 2030 die aktiven und inaktiven Vertragsärzte gleichermaßen finanzielle Einbußen hinzunehmen haben. Ohne finanzielle Einbußen der Inaktiven müssten die Aktiven die Belastung der demographischen Entwicklung alleine tragen, obwohl die heute Inaktiven in der Vergangenheit die EHV ausschließlich über einen geringeren Umlagesatz finanziert hätten (II. 1. a., S. 23).

Die Prognosen hätten gezeigt, dass bei Fortführung der EHV ohne Reform der Umlagesatz für die aktiven Vertragsärzte auf 10% ansteigen würde. Das bedeute eine Verdoppelung des im Jahre 2006 geltenden Umlagesatzes bei zum Zeitpunkt der Normgebung stagnierenden bzw. rückläufigen Gesamtvergütung und gestiegenen Praxiskosten. Dem Kläger müsse zuzumuten sein, bereits heute einen Beitrag zu einem solidarischen Systemerhalt zu leisten (II. 1. a., S. 23).

Es liege auch keine wirtschaftliche Unzumutbarkeit für den Kläger vor. Dies zeige die Auswirkung auf den Zahlbetrag. Im Hinblick auf die Teilsicherungsfunktion der Leistungen aus der EHV gehe es bei den eingetretenen Kürzungen nicht um die Sicherung des Existenzminimums. Die inaktiven Vertragsärzte hätten in der Vergangenheit an höheren Durchschnittsumsätzen partizipiert und müssten nun eine Quotierung ihres EHV-Honorars hinnehmen, ebenso wie die aktiven Vertragsärzte aufgrund einer begrenzten Gesamtvergütung (II. 1. a., S. 23,24).

Im folgenden Absatz des Schreibens der KV wird wieder der Sicherstellungsauftrag der KV angesprochen, dem nur nachgekommen werden könne, wenn sich eine ausreichende Zahl von Ärzten in Hessen niederließe. Dies sei nur möglich bei einem vertretbaren und auf Dauer kalkulierbaren EHV-Umlagesatz (II. 1. a., S. 24).

Im Hinblick hierauf könne entgegen der Auffassung des Landessozialgerichts nicht von einem unverhältnismäßigen Eingriff in die Grundrechtsposition des Klägers durch Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors ausgegangen werden (II. 1. a., S. 24).

Die Einbehaltung von Teilen des Quartalshonorars der aktiven Vertragsärzte zur Finanzierung der EHV bedeute eine Verkürzung des Honoraranspruchs. Damit sei eine bundesrechtliche und damit reversible Vorschrift des § 85 Abs. 4 SGB V betroffen (II. 1. a., S. 24).

Es folgen verschiedene Ausführungen zur Honorarverteilung und deren rechtlicher Zuordnung. Schließlich heißt es, die Regelungen der GEHV in der hier streitgegenständlichen Fassung ab 01.07.2006 beinhalteten entgegen der Auffassung des Landessozialgerichts einen verhältnismäßigen Eingriff in die Rechte des Klägers aus Art. 14 GG. Deshalb hätte das Lan-

dessozialgericht nicht von einem unverhältnismäßigen Eingriff ausgehen dürfen und stattdessen die Klage gegen die EHV-Bescheide für die streitigen Quartale abweisen müssen (II. 1. a., S. 26).

Unter Abschnitt b. „Keine Verletzung des Gleichheitssatzes, hier des Prinzips der Lastengleichheit“ heißt es, das Hessische Landessozialgericht habe in seiner Entscheidung das Prinzip der Lastengleichheit nicht hinreichend beachtet, wie es der Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG geboten hätte. Danach müssten Leistungskürzungen, die zur Sicherung der EHV-Finanzierung erforderlich seien, gleichmäßig auf alle Betroffenen verteilt werden. Demnach müssten auch EHV-Teilnehmer Leistungskürzungen hinnehmen (II. 1. b., S. 26).

Das Landessozialgericht gehe davon aus, dass die Inaktiven Vertragsärzte durch die Reformen 2001 und 2006 erhebliche kumulative Einschränkungen hätten hinnehmen müssen. Nach Auffassung des Gerichts sei daher durch die Auflösung des Ausgleichsfonds das Finanzierungsproblem allein zu Lasten der EHV-Bezieher gelöst worden (II. 1. b., S. 26).

Nicht berücksichtigt worden sei vom Landessozialgericht, dass durch die Begrenzung des Beitragssatzes durch den Nachhaltigkeitsfaktor bei langfristiger Betrachtung gerade keine einseitige Belastung der EHV-Empfänger vorliege. Die prognostizierte Entwicklung des Höchstanspruchssatzes habe gezeigt, dass der rechnerische Anspruchssatz in seiner wirtschaftlichen Wertigkeit erheblich absinken werde (II. 1. b., S. 26).

Soweit das Landessozialgericht die Auffassung vertrete, durch die Auflösung des Ausgleichsfonds hätten allein die aktiven Vertragsärzte profitiert, sei dies unzutreffend. Zunächst sei der Fonds dazu verwendet worden, die Rückabwicklung des Höchstanspruchssatzes von 15% auf 18% zu Gunsten der ab dem 01.01.2011 im EHV-Bezug stehenden Empfänger zu finanzieren. Bei der Auflösung des Fonds seien die Gelder an sämtliche Vertragsärzte ausgezahlt worden, die diesen gebildet hätten. Davon hätten auch eventuell zwischenzeitlich inaktive Vertragsärzte profitiert. Mit der Auflösung des Fonds sei lediglich eine einseitige Belastung der aktiven Vertragsärzte rückgängig gemacht worden (II. 1. b., S. 27).

Die mit der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors erfolgte Einbeziehung auch der inaktiven Vertragsärzte zum Erhalt der EHV sei geboten gewesen, um dem Prinzip der Lastengleichheit zu genügen. Insofern sei es widersprüchlich, dass die Beklagte Leistungen aus der EHV ohne Quotierung aufgrund des Nachhaltigkeitsfaktors zu erbringen habe (II. 1. b., S. 27,28).

Unter c. „Kein Verstoß gegen den Grundsatz des Vertrauensschutzes“ heißt es, dass entgegen der Auffassung des Hessischen Landessozialgerichts mit der Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors nicht der Grundsatz des Vertrauensschutzes verletzt worden sei (II. 1. c., S. 28).

Nach Auffassung des Gerichts hätten die Interessen der zum Zeitpunkt der Satzungsänderung vorhandenen EHV-Bezieher durch Erlass einer Übergangsregelung berücksichtigt werden müssen (II. 1. c., S. 29).

Dabei habe das Gericht außer Acht gelassen, das es durch die Koppelung der Höhe der EHV-Zahlungen an die Höhe der Durchschnittshonorarforderung jedes Quartal zu schwankenden Auszahlungsbeträgen komme. Es sei zu keinem Zeitpunkt seit Inkrafttreten des § 8 KVH eine in DM oder EUR zu fixierende monatliche oder quartalsweise Alterssicherung versprochen worden (II. 1. c., S. 29).

Unter Berücksichtigung dieser Umstände habe sich daher auch ein Vertrauen der inaktiven Vertragsärzte auf einen bestimmten Zahlbetrag aus der EHV und vor allem auf ein weiteres Anwachsen des Betrags gar nicht begründen können (II. 1. c., S. 29).

13.2.18. Antrag auf Zurückweisung der Revision durch Prof. Plagemann v. 14.06.13

Es wurde beantragt,

„1. Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 27.06.2012....zurückzuweisen.

2. im Wege der Anschlussrevision das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts v. 27.06.2012 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger höhere Leistungen aus der EHV ohne Anwendung der Kürzung wegen technischer Leistungen gem. § 5 GEHV zu gewähren.“

Plagemann geht zunächst auf die Anwendung des § 5 GEHV ein. Das LSG führe auf Blatt 16 der Entscheidung aus, dass § 5 Abs. 1 und 2 GEHV 2006 keine rechtsstaatlichen Ansprüchen genügende Rechtsgrundlage für den Abzug von Praxiskosten von der Honorarforderung der aktiven Ärzte dargestellt habe. Die Vorschrift sei in sich unklar und nicht nachvollziehbar gewesen (I., S. 2).

Durch § 5 GEHV 2010 sei – so das LSG – eine ausreichende Rechtsgrundlage für den Abzug besonderer Kosten bereits in den streitgegenständlichen Quartalen geschaffen worden. Dies sei nicht nachvollziehbar (I., S. 3).

Die Regelung im Jahre 2010 verstoße gegen das Verbot der Rückwirkung (I. a), S. 3).

Die Beklagte habe mit Wirkung zum 3/Quartal 2006 die Bemessungsgrundlage von ehemals netto auf brutto abgeändert. Sie führe in der Revisionsbegründung aus, dass diese Abänderung lediglich einer „*Verwaltungspraxis*“ geschuldet sei. Die Beklagte habe freie Wahl zwischen netto und brutto gehabt. Diese Argumentation sei völlig unverständlich (I. b), S. 3).

Das LSG bescheinige der Neufassung des § 5 Abs. 1 GEHV 2010 „*sprachliche Unzulänglichkeiten*“ (Bl.17 des Urteils). Zugleich bestätige das LSG, dass die Feststellung des Anteils von x% durch den Vorstand erfolge. Plagemann fragt, worin das Mandat des Vorstands bestehe, einzelne Berechnungsfaktoren für die eigentumsgeschützten Leistungen der EHV zu definieren – auch wenn das LSG meine, der Vorstand habe lediglich die Aufgabe, den Faktor „*zu beurkunden*“ (I. c), S. 3).

Es möge sachgerecht sein, bei der Berechnung der EHV-Leistungen auch zu berücksichtigen, dass Teile der Gesamtvergütung für technische Leistungen erbracht würden, die typischerweise einer Berechnung von Versorgungsansprüchen nicht zugrunde gelegt werden könnten. Selbst wenn man dem folge, sei es Aufgabe der Beklagten hier eine Abgrenzung vorzunehmen, die rechtsstaatlichen Ansprüchen genüge (I. d), S. 3,4).

Die mit Hilfe des „*Nachhaltigkeitsfaktors*“ seitens der Beklagten vorgenommenen Leistungskürzungen seien rechtswidrig (II., S. 3).

Es werden die Leistungskürzungen in den Quartalen 3/06 und 4/06 auf 88,54% und 89,0956% beziffert. Die Beklagte beziffere den Rentenverlust mit mindestens 6%. Dazu komme der „*Verlust*“ aufgrund der Reform 2001 von 5% bis 6% (II. 1., S. 4).

Der Zweck des Ausgleichsfonds sei keinesfalls entfallen gewesen. Der Fonds sei an die Aktiven und die wenigen Inaktiven, die ihn vorher gespeist hätten zu deren Nutzen zurückgezahlt worden. Die Lasten seien einseitig durch den Nachhaltigkeitsfaktor auf die Leistungsempfänger verschoben worden (II. 1., S. 4).

Die übrige „*Rückführung der Reform 2001*“ mit Wiederanhebung des maximalen Anspruchssatzes auf 18% habe mit der durch den Nachhaltigkeitsfaktor verursachten Lastenungleichverteilung nichts zu tun (II. 1., S. 4).

Die Reduzierung der EHV-Ansprüche des Klägers ab 3/06 sei unverhältnismäßig und sei deshalb durch den Gesetzesvorbehalt gemäß Art. 14 GG nicht mehr gedeckt (II. 2., S. 4,5).

Der Kläger habe durch Umlagen die Ansprüche finanziert, die nicht wegen technischer Leistungen begrenzt worden seien und auch zu Zeiten noch anfielen, als der Kläger schon den Höchstanspruchssatz erworben hatte (II. 2., S. 5).

Der Nachhaltigkeitsfaktor belaste ausschließlich die Inaktiven und begünstige die Aktiven (II. 2., S. 5).

Die Absenkung der EHV-Leistungen auf Basis der GEHV 2001 zusammen mit der Absenkung durch den Nachhaltigkeitsfaktor erreiche rund 20% (II. 2., S. 5).

Der erkennende Senat habe im Urteil v. 16.07.2008 zu Lasten der Aktiven akzeptiert, dass der Vorwegabzug 6% betrage, und die Vertreterversammlung habe mit Wirkung zum 13.12.2011 die Belastung der aktiven Vertragsärzte mit maximal 6% beziffert. Eine 6%ige Belastung der Aktiven hätte bis zum Quartal 4/2008 einschließlich keine Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors zur Folge gehabt (II. 2., S. 5).

Die Interessengemeinschaft EHV habe immer wieder deutlich gemacht, dass der paritätische Defizitausgleich in der Reform zum 01.07.12 der richtige Weg sei zur gleichmäßigen Aufteilung der durch die Demographie verursachten finanziellen Belastungen (II. 3., S. 5).

Die Rügen der Beklagten gingen, was die Verletzung von Bundesrecht anlange, fehl (II. 3., S. 6).

Das LSG habe den Anspruch des Klägers auf Leistungen der EHV unter den Schutz des Art. 14 GG gestellt. Das Urteil des LSG verletze den „*Grundsatz der Verhältnismäßigkeit*“ nicht (3. 1., S. 6).

Die Interessen der Inaktiven fänden bei Entscheidungen der Vertreterversammlung zur EHV nur untergeordnete Berücksichtigung. Deshalb sei eine strenge Kontrolle der Verhältnismäßigkeit geboten (III. 1. a), S. 6).

Die Auflösung des Ausgleichsfonds sei nicht nur sachwidrig, sondern verfassungswidrig gewesen. Die Vertreterversammlung habe den Ausgleichsfonds aufgelöst und an die Einzahlenden wieder zurückgezahlt und damit genau das getan, was das BVerfG Institutionen, die Beträge von Versicherten entgegen genommen hätten, untersage (III. 1. b), S. 6).

Die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors mit der Begründung, wegen der Auflösung des Ausgleichsfonds seien weitere Mittel benötigt worden, sei nicht nur ungeeignet sondern auch unverhältnismäßig und schon gar nicht erforderlich gewesen (III. 1. c), S. 6).

In den streitgegenständlichen Quartalen sei es nicht um die Wahrung des „*dauerhaften Bestandes*“ der EHV gegangen, sondern einseitig um die Begünstigung der aktiven Vertragsärzte (III. 1. d), S. 6).

Dadurch, dass die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors der Korrektur des Höchstanspruchsatzes gedient habe, sei die Einseitigkeit der Entscheidung der Beklagten bestätigt worden. (III. 1. e), S. 7).

Die Beklagte beanstande, dass das LSG eine Gesamtbetrachtung durch die Addition der Belastungen durch die Reformen 2001 und 2006 vorgenommen habe. Eine solche Betrachtung sei notwendig, wie es das BVerfG mehrfach entschieden habe. Trotz dieser Kritik versuche die Beklagte die Auswirkungen des Nachhaltigkeitsfaktors in den beiden beklagten Quartalen

damit zu rechtfertigen, dass mit dem 13.12.2011 der Nachhaltigkeitsfaktor nicht unter 80% sinken dürfe (III. 2., S. 7).

Die EHV sei eine Pflichtversicherung. Plagemann stellt die Frage, wie man eine Begrenzung der Pflichtversicherung damit rechtfertigen könne, dass es sich um eine Teilsicherung handle. Das verkenne die Reichweite des Eigentumsrechts (III. 2. a), S. 7).

Ein Jonglieren mit wesentlichen Berechnungsfaktoren wie der Umstellung des Netto- auf das Bruttodurchschnittshonorar sei im Hinblick auf den Eigentumsschutz des Art. 14 GG unzulässig (III. 2. b), S. 7).

Tatsache sei, dass die Vertreterversammlung vor der Reform 2006 und ab dem Quartal 4/2011 eine Umlage von 6% zu Lasten der Aktiven für zumutbar gehalten habe. Das zeige, dass es des Nachhaltigkeitsfaktors nicht bedurft habe (III. 2. c), S. 7).

Unter dem Schutz des Eigentums stehe die Teilhabe an der Gesamtvergütung und nicht ein „Zahlbetrag“, der sich natürlich ändern müsse mit der unterschiedlichen Höhe der Gesamtvergütung (III. 3., S. 8).

Der nach der Prognose für das Jahr 2030 mit einem „wirtschaftlichen Wert“ von 8% berechnete Höchstanspruchssatz ermögliche den Aktiven eine weitere Vorsorge, was dem Kläger nicht möglich sei (III. 3. a), S. 8).

Die Prognose eines auf über 10% steigenden Umlagesatzes müsse überprüft werden. Sie sei sehr unsicher, was die Entwicklung der Honorare und der Ärztezahl anlange. Das Büro Karras habe den Anstieg auf 8% geschätzt (III. 3. b), S. 8).

Die Behauptung, dass ein Fortbestehen der EHV niederlassungswillige Vertragsärzte von Hessen abhalte sei falsch und nicht einmal von der Vertreterversammlung aufgestellt worden. Tatsache sei, dass die Zahl der Ärzte von 2005 bis 2011 um 600 zugenommen habe (III. 3. c), S. 8).

Der Nachhaltigkeitsfaktor und die Anwendung auf die dem Kläger zustehenden Leistungen der EHV verstießen gegen Art. 3 GG, da das Prinzip der Lastengleichheit verletzt sei (III. 4., S. 8).

Die Beklagte selbst hebe immer wieder hervor, das Ziel des Nachhaltigkeitsfaktors sei gewesen, zu quotieren auf 5%, also einseitig die aktiven Vertragsärzte zu schützen (III. 4. a), S. 8).

Unter dem Schutz des Eigentums stehe der Anspruch des Klägers zum Zeitpunkt der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Nach der Rechtsprechung des BVerfG sei das LSG verpflichtet, die kumulative Wirkung verschiedener Einschränkungen zu beachten. 2001 und 2006 sei es ausschließlich darum gegangen die aktuellen Lasten der Aktiven zu verringern zu

Lasten der inaktiven Vertragsärzte. Dies habe weder etwas mit Lastengleichheit zu tun noch mit einer sozialen Ausgewogenheit (III. 4. b), S. 8).

Weder die Korrektur des Höchstanspruchssatzes noch die Auflösung des Ausgleichsfonds kämen als Legitimation für eine Lastengleichbehandlung in Betracht. Beide Maßnahmen begünstigten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die deutlich jünger seien als der Kläger. Der Kläger habe den ihm zuerkannten Anspruch auf Teilhabe privatnützig finanziert (III. 4. c), S. 9).

Dann aber kämen Kürzungen nur dann oder insoweit in Betracht, als sie in unmittelbarem Zusammenhang damit stünden. Andernfalls trete die von Papier zitierte „*offenkundige Disproportionalität von Beitragsleistung und versicherungsrechtlicher Leistung*“ ein (III. 4. c), S. 9).

Zum Vertrauensschutz sei noch einmal hervorgehoben, dass eigentumsgeschützt der Anspruch und nicht ein Zahlbetrag sei (III. 4. D), S. 9).

Ungleichheit werde auch durch die EHV-Leistungen an 65jährige Vertragsärzte hergestellt, die weiterhin tätig seien und Honorare zusätzlich zu den EHV-Leistungen bezögen (III. 4. e), S. 9).

Zur Information des Gerichts sei ergänzend ausgeführt, dass es der Kläger und die Interessengemeinschaft seien, die der Beklagten eine grundlegende Reform der EHV unter zu Hilfe- nahme der Expertise von Ruland vorgeschlagen hätten. Die danach beschlossene Satzung sei von den Inaktiven im Prinzip akzeptiert worden. Beanstandet worden sei aber die weiterbe- stehende Kürzung durch den Nachhaltigkeitsfaktor und Berechnung der Ansprüche ohne Einbeziehung der Honorare aus Selektivverträgen (IV., S. 9).

Ruland habe in einem von der Beklagten veröffentlichten Interview bestätigt, dass die Re- form 2006 verfassungswidrig gewesen sei (IV., S. 10).

13.2.19. Weitere Schriftsätze

Schreiben der KV v. 16.12 2013

In einem Schreiben v. 16.12.13 beantragt die KV die Anschlussrevision gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts v. 27.06.2012 zurückzuweisen.

Die Beklagte weist noch einmal darauf hin, durch die am 01.04.2005 in Kraft getretene Neu- reglung in § 5 eine ausreichende Rechtsgrundlage für den Abzug besonderer Kosten geschaf- fen und damit den Bedenken des Sozialgerichts Rechnung getragen zu haben. Das Verfahren der Berechnung wird geschildert (I., S. 2).

Es wird erwähnt, dass der zu berücksichtigende Kostenanteil von der Vertreterversammlung am 29.05.2010 beschlossen und vorgelegt worden sei (I., S. 3).

Die TL-Anteile seien um sogenannte Hessenziffern ergänzt worden. Die Veröffentlichung der Neufassung des § 5 sei erfolgt (I., S. 3).

Die Neufassung verstoße nicht gegen das dem Rechtsstaatsprinzip innewohnende Gebot der Normenklarheit (I., S. 3).

Das Landessozialgericht habe sich bereits mit der durch § 5 Abs. 1 GEHV geregelten Kompetenz des Vorstandes, den Anteil von x% festzulegen, auseinandergesetzt und klargestellt, dass hiermit keine blankettartige Rechtssetzung in Bezug auf den Faktor x eingeräumt werde. Die Regelung bedeute nicht mehr als die Aufgabe einer Beurkundung (I., S. 4).

Die Regelung verstoße auch nicht gegen das Verbot der Rückwirkung. Es sei zu berücksichtigen, dass andernfalls der Abzug besonderer Kosten in sämtlichen Quartalen ab 3/2006 ohne rechtlich Grundlage erfolgt wäre, obwohl es keinem Zweifel unterlegen habe, dass die Regelung unter Berücksichtigung des BSG-Urteils v. 16.07.2008 tendenziell geboten und von der Beklagten gewollt gewesen sei (I., S. 4). Es sei zu berücksichtigen gewesen, dass § 5 GEHV keine völlig neue Rechtslage geschaffen habe, sondern lediglich die vorher bestehende Regelung über den Abzug besonderer Kosten in modifizierter Form weitergeführt habe. Zu keinem Zeitpunkt habe ein Vertrauen der inaktiven Ärzte, dass es derartige Abzüge nicht geben würde, bestanden. Die Regelung habe bewirkt, dass das tatsächliche Vorgehen auf eine hinreichend klare Rechtsgrundlage gestellt worden sei (I., S. 4).

Die Umstellung von der Netto- auf die Bruttoberechnung beim heranzuziehenden Durchschnittshonorar habe zur Begünstigung des Klägers geführt (I., S. 5).

Seitens der Beklagten sei daher auszuführen, dass das LSG festgestellt habe, dass die Beklagte eine ausreichende und auch für die streitgegenständlichen Quartale gültige Rechtsgrundlage für die Berücksichtigung technischer Leistungsanteile geschaffen habe und damit die vom Kläger erhobene Anschlussrevision zurückzuweisen sei (I., S. 5).

Zum Nachhaltigkeitsfaktor werde zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Ausführungen in der Revisionsbegründungsschrift verwiesen (II., S. 5).

Der Verweis auf den paritätischen Defizitausgleich in den ab 01.07.2012 gültigen GEHV sei nicht nachvollziehbar. Die dortigen Ausführungen könnten nicht die Ausgewogenheit der ursprünglichen Neuausrichtung mit den GEHV 2006 in Frage stellen (II., S. 5).

Zu den die Verletzung von Bundesrecht betreffenden Rügen der Beklagten werde zu Vermeidung von Wiederholungen auf die Revisionsbegründung verwiesen (III., S.6).

Die Entscheidung zur Auflösung des Ausgleichsfonds sei entsprechend der Revisionsbegründung nicht zu beanstanden und erst recht nicht verfassungswidrig gewesen (III., S. 8).

Zur vom Kläger bezweifelten Prognose zur Entwicklung des Umlagesatzes sei auf die Feststellung im Urteil des LSG zu verwiesen, das eine Gefährdung der Gesamtsystems habe sehen können. Eine im Berufungsverfahren überreichte Übersicht zeige, dass sich die Quote ohne Begrenzung durch den Nachhaltigkeitsfaktor in jedem Quartal erhöht hätte. Diese Entwicklung bleibe unberücksichtigt bei der Argumentation des Klägers, die Aktiven könnten sich um weitere Vorsorge kümmern. Die heute Inaktiven hätten in der Vergangenheit keine Leistungskürzungen hinnehmen müssen, obwohl sie die EHV fast ausschließlich über einen geringeren Umlagesatz finanziert hätten (III., S. 6).

Das Argument, eine Ungleichheit sei hergestellt worden durch die Möglichkeit zur Weiterführung vertragsärztlicher Tätigkeit bei gleichzeitiger Teilnahme an der EHV, sei nicht nachvollziehbar. Ärzte, die von dieser Regelung Gebrauch machten, hätten einen Einbehalt des „EHV-Beitrags“ zu dulden. Es könne daher nicht die Rede davon sein, dass weiterarbeitende Ruheständler auf Kosten der Inaktiven in die EHV aufgenommen worden seien (III., S. 6).

Außer Achtgelassen werde auch die ab 13.12.2011 geltende Regelung in § 8, die zu einer tatsächlichen Erhöhung des Umlagesatzes auf über 5% und im Gegenzug zu einer Begrenzung der Auszahlungsquote von nicht unter 80% führe (III., S. 6).

Die informativen Ausführungen des Klägers zur Reform der EHV ab 01.07.2012 seien für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit des EHV-Honorars in den streitigen Quartalen ohne Bedeutung. Es werden Einzelheiten der Reform wiedergegeben (IV., S. 7,8).

Der Verweis des Klägers auf ein Interview von Ruland gehe ebenfalls an der Sache vorbei. In keiner Weise habe Ruland von einer Verfassungswidrigkeit gesprochen. Er habe lediglich auf die vorinstanzliche Rechtsprechung Bezug genommen (IV., S. 8).

Erwiderung von Prof. Plagemann v. 09.01.2014 auf Schreiben der KV v. 16.12.2013

In seiner Erwiderung geht Plagemann noch einmal auf Einzelheiten zu § 5 GEHV und der technischen Leistungsanteile (TL-Anteile) ein.

Er führt aus, dass eine Anlage B15 zu einem Schriftsatz der KV v. 13.03.2012 nicht einmal eine Überschrift enthalte, sodass allenfalls vermutet werden könne, ob es sich um die von der KV angegebene Liste handele (1., S. 1).

Es heiße dann unter der Überschrift EHV-Umlage amb „bestimmte Anteile (TL) von EHV befreit“. Plagemann stellt die Frage: „Welches ist der Anteil?“ - (1., S. 2).

Er weist darauf hin, dass der Streit nicht um den technischen Anteil der Untersuchungsleistungen ging, sondern um Leistungen mit tatsächlich hohem technischem Anteil. Ob und inwieweit hier Korrekturen erfolgten, sei anhand dieser Liste nicht nachvollziehbar. Welche Entscheidung die Vertreterversammlung hier getroffen habe und welche Interessenabwägung erfolgt sei, sei „bis heute“ völlig unklar (1., S. 2).

§ 5 Abs. 1 GEHV spreche von einem „Kostenanteil“. Die Anlage B15 liste einen TL-Anteil auf, ohne dass sich hierbei auch nur andeutungsweise ergebe, um welche Art Kosten es gehe. Das setze eine Beispielrechnung voraus (1., S. 2).

Die TL-Anteile seien von der Vertreterversammlung wohl beschlossen worden, daneben existiere aber eine Ermächtigung zugunsten des Vorstandes. Dieser könne nach § 5 Abs. 1 GEHV „Korrekturen, Ergänzungen oder Aktualisierungen“ vornehmen. Hier liege eine Blankettermächtigung vor (2., S. 2).

In Abs. 2 von § 5 GEHV würden x% als Verhältniszahl bestimmt. Warum es dann noch heiße, die „Festlegung“ und nicht die „Bestätigung“ oder „Beurteilung“ heiße, sei nicht verständlich. Nach § 5 GEHV sei der Vorstand gleichsam ermächtigt, die Entscheidung der Vertreterversammlung abzuändern und dies ohne jede Begrenzung (3., S. 2).

Tatsache sei, dass die mit Wirkung zum 01.04.2005 in Kraft gesetzte Neuregelung des § 5 GEHV ausschließlich auf die Kürzung der EHV-Leistungen abziele. Die Neuregelung belaste ausschließlich EHV-Bezieher (4., S. 3).

Ein Beleg dafür, dass die Neuregelung nicht nur gegen das Verbot der Rückwirkung und gegen das der Normenklarheit gemäß dem Rechtsstaatsprinzip verstoße, sondern zudem noch unverhältnismäßig sei (4., S. 3).

Für EHV-Bezieher sei die Umsetzung der von der Vertreterversammlung beschlossenen Liste gemäß der genannten Anlage B15 völlig intransparent. Diese Intransparenz setze sich fort bis zur Reform 2012. Die Entlastungen der kostenintensiven Praxen gingen ein in den Stichtagspunktwert für diese Reform. Das lasse sich nicht mit der Historie begründen, denn die Inaktiven hätten während ihrer aktiven Tätigkeit die Umlage aus dem vollen Honorar entrichtet (5., S. 3).

Tatsache sei, dass in den von der Beklagten überreichten Tabellen auch sogenannte „Hessenziffern“ berücksichtigt worden seien, sodass in Hessen ein anderer TL-Anteil gelte (6., S. 3).

7. Die Beklagte führe aus, dass Ruheständler, die weiterarbeiteten, nicht auf Kosten der Inaktiven in die EHV aufgenommen worden seien. Richtig sei, dass die Weiterarbeitenden im Schnitt mit € 800 bis € 850 pro Monat belastet würden bei Leistungen von 2240 bis 2300. Die Differenz trügen die EHV-Teilnehmer (7., S. 3,4).

Zu den übrigen Einwänden der KV wird auf den bisherigen Vortrag verwiesen.

13.2.20. Urteil BSG v. 19.02.2014 Az.: B 6 KA 10/13 R

Die Urteilsbegründung ging ein bei Plagemann a. 24.06.2014.

Das Urteil lautet: *„Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 27. Juni 2012 geändert, soweit die Beklagte verurteilt worden ist, dem Kläger für die Quartale III/2006 und IV/2006 Leistungen aus der EHV ohne Quotierung aufgrund des Nachhaltigkeitsfaktors gemäß § 8 Abs. 1 GEHV zu erbringen. Unter Zurückweisung der Revision im Übrigen wird die Beklagte verurteilt, erneut über den Anspruch des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu entscheiden.*

Die Revision des Klägers wird zurückgewiesen.“

Wesentlich für die IG EHV ist in den Urteilsgründen unter II Rn 19 die Feststellung: *„Die Revision der Beklagten ist nur teilweise begründet. Ohne Erfolg wendet sie sich gegen die Beurteilung des LSG, dass die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors rechtswidrig ist. Zu Recht rügt sie aber, dass das LSG sich auf eine Verpflichtung zur Neubescheidung hätte beschränken müssen und sie nicht hätte verurteilen dürfen, Leistungen ohne Quotierung zu erbringen. Die Anschlussrevision des Klägers ist nicht begründet.“*

In Rn 20 1. heißt es: *„Die Anschlussrevision des Klägers ist zulässig.“*

Nach der Feststellung des Gerichts, dass die Rechtsgrundlage für den Anspruch auf Teilnahme an der EHV in den streitbefangenen Quartalen die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung vom 02.08.2006 in der am 10.06.2011 genehmigten Fassung sind (Rn 21), heißt es wörtlich: *„Sie sind, soweit die Berücksichtigung der Vergütung „technischer Leistungen“ nach § 5 GEHV iVm den dazu beschlossenen Anlagen betroffen ist, rechtmäßig, hinsichtlich der Einführung des „Nachhaltigkeitsfaktors“ nach § 8 GEHV rechtswidrig“ - (Rn 21).*

Das ist die wesentliche Aussage des Gerichts. § 5 regelt in der Folge der EHV-Reform von 2001 die Kostenanerkennung. Schon im Urteil vom 16.07.2008 hatte das BSG entschieden, dass die aus der Kostenanerkennung resultierenden Kürzungen der Inaktiven rechtmäßig sind.

Wir hatten trotzdem noch einmal die Kürzungen aus der Kostenanerkennung in die Klage einbezogen, weil mit der Reform 2006 rückwirkend Änderungen der Reform 2001 vorgenommen worden waren. Die stufenweise Absenkung der Anspruchssätze von 18% auf 15% wurde rückabgewickelt. Später wurde der Ausgleichsfonds aufgelöst und an die Einzahler bis auf einen Rest rückgezahlt. Dadurch blieb nach unserer Auffassung eine einseitige Belastung der Inaktiven. Das Gericht hat sich in seinem jetzigen Urteil dieser Auffassung nicht ange-

geschlossen und die Anwendung des § 5 für rechtmäßig erklärt, wie schon das LSG. Es blieb bei seiner Entscheidung von 2008 und folgte weitgehend den Argumenten der KV. Unsererseits war schon für wahrscheinlich gehalten worden, dass der Senat nicht hinter seine Entscheidung von 2008 zurückgehen werde.

Im Urteil vom 16.07.2008, so das Gericht in Rn 34, habe der Senat die Anforderungen an normative Regelungen zur Alters- und Invalidenversicherung von Vertragsärzten in der aktiven wie in der Ruhestandsphase präzisiert. Die Maßstäbe ergäben sich einerseits aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und andererseits aus Art. 14 Abs. 1 GG.

In Rn 35 heißt es: *„Zum Umfang des Anspruchs hat der Senat dargelegt, den jetzt im Ruhestand lebenden Vertragsärzten sei zugesichert worden, dass sie an der Verteilung der Gesamtvergütung nach allgemein verbindlichen Regelungen teilnehmen und dass sich.... der wirtschaftliche Erfolg in der aktiven Zeit in der Höhe der Einnahmen in der inaktiven Zeit - nicht punktgenau sondern nur prinzipiell - widerspiegelt. Die Beklagte sei im Rahmen ihrer Satzungsautonomie stets gehalten, auf einen sachgerechten Ausgleich hinzuwirken zwischen den Belangen der aktiven Ärzte und den Interessen der früheren Vertragsärzte, die durch eigene Aktivitäten die Höhe ihrer Ansprüche aus der EHV nicht mehr beeinflussen und ihre Altersversorgung nicht mehr ausbauen könnten und deshalb besonders schutzbedürftig seien.“*

Hier hat sich das BSG durch Rückgriff auf sein vorhergehendes Urteil von 2008 unserer Argumentation angeschlossen.

Unter Rn 37 aa) ist ausgeführt: *„ Der Senat hat es als Sache der Aufsichtsbehörde bzw. der Gerichte angesehen, von der Vertreterversammlung getroffene einseitige Regelungen zu Lasten der inaktiven Vertragsärzte zu beanstanden. Die Bildung einer „Interessengemeinschaft EHV“, deren Vorsitzender der Kläger ist, belegt im Übrigen, dass die inaktiven Vertragsärzte durchaus in der Lage sind, ihre Interessen zu organisieren und wirkungsvoll zu vertreten.“*

„Die Vorschrift des § 5 GEHV“, so in Rn 38 bb), „zu den technischen Leistungen in der Gestalt, die sie durch die Beschlüsse der Vertreterversammlung der Beklagten aus 2010 erhalten hat, ist rechtmäßig. Sie entspricht strukturell den bereits zuvor geltenden Regelungen, die der Senat nicht beanstandet hat.“

Damit hat das BSG die Argumente der KV für überzeugender gehalten als unsere in den Schriftsätzen angeführten Entgegnungen. Es ist uns nicht gelungen, das BSG von der mit der Reform 2006 nach unserer Auffassung eingetretenen rückwirkenden Einseitigkeit der Reform 2001 zu überzeugen.

In den nachfolgenden Ausführungen greift das BSG noch einmal das Urteil von 2008 auf und setzt sich mit den Formulierungen von § 5 in der ursprünglichen Fassung und der Änderung 2010 auseinander (Rn 39 bis 43).

Unter Rn 42 wird noch einmal betont: *„Die hier streitbefangene Neufassung des § 5 GEHV zum 01.07.2006 unterschied sich strukturell nicht von der bereits vom Senat gebilligten Fassung der Norm zum 01.10.2001“.*

In Rn 44 wird festgestellt: *„Insofern bestehen keine Bedenken gegen die Rückwirkung des § 5 Abs. 1 GEHV (2010). Zwar entfaltete die Regelung eine echte Rückwirkung, weil sie in der Vergangenheit liegende, abgeschlossene Zeiträume betraf“.* Von diesem grundsätzlichen Verbot echt rückwirkender Gesetze bestünden jedoch Ausnahmen. Es folgen Erörterungen zur Rückwirkung. Es heißt dann: *„Danach steht das Rechtsstaatsprinzip des Art 20 Abs. 3 GG einer Rückwirkung hier nicht entgegen.“*

Das LSG habe zu Recht darauf hingewiesen (Rn 45), dass der Senat die Berücksichtigung besonderer Kosten sogar unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten für geboten gehalten habe. Bereits zum 01.01.2005 sei die Vorschrift des § 5a eingefügt worden, die wortgleich den ab 01.07.2006 geltenden GEHV entsprochen habe. Mit den Beschlüssen der Vertreterversammlung aus dem Jahr 2010 sei lediglich sichergestellt worden, dass die jeweils aktuelle Liste der TL-Anteile, auf die bisher nur allgemein Bezug genommen worden sei, ausdrücklich durch die Vertreterversammlung in die GEHV inkorporiert worden sei. Klargestellt worden sei neben der Geltungsdauer, dass es auf den Kostenanteil der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe angekommen sei und dass nur der diesen Durchschnittsanteil überschreitende Kostenanteil berücksichtigt worden sei. Eine materielle Änderung habe sich daraus nicht ergeben (Auf unsere Forderung einer Beispielsrechnung wird nicht eingegangen, Anm. d. Verf.:). Das LSG habe zutreffend ausgeführt, dass mit der Neureglung lediglich das tatsächliche und grundsätzlich rechtmäßige Vorgehen der Beklagten auf eine klarere Rechtsgrundlage gestellt worden sei.

Anders hat der Senat in Bezug auf den Nachhaltigkeitsfaktor entschieden, der rechtswidrig sei.

Es heißt unter Bezug auf das Urteil von 2008 unter Rn 37: *„Der Senat hat es als Sache der Aufsichtsbehörde bzw. der Gerichte angesehen, von der Vertreterversammlung getroffene einseitige Regelungen zu Lasten der inaktiven Vertragsärzte zu beanstanden.“*

Wesentlich für die Inaktiven wird das Urteil des BSG ab Rn 47. Es heißt dort: *„Dem LSG ist auch zuzustimmen, dass die konkrete Ausgestaltung des Nachhaltigkeitsfaktors gegen Art 14 Abs. 1 GG verstößt.“* Im Zusammenhang mit Erörterungen zum gesetzlichen Rentenversicherungssystem wird ausgeführt, gesetzliche Maßnahmen, die der Erhaltung der Funktions- und Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung dienen, müssten von einem gewichtigen öffentlichen Interesse getragen und verhältnismäßig sein.

Unter Rn 48 heißt es dann: *„Diesen Anforderungen, die in entsprechender Anwendung der Rechtsprechung des BVerfG zu Parlamentsgesetzen auch an die untergesetzlichen Regelungen zu stellen sind, hat die Beklagte mit der Ausgestaltung des Nachhaltigkeitsfaktors 2006 nicht hinreichend entsprochen. Es ist schon zweifelhaft, ob für die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors gewichtige Gründe angeführt werden können.“* Das LSG habe zu Recht auf die Beitragsentwicklung in der gesetzlichen Rentenversicherung verwiesen, wo deutlich höhere Beitragssätze als 5% bis 6% zu entrichten seien. Ob angesichts des vom Kläger unwidersprochen vorgelegten Zuwachses an Vertragsärzten und einem gleichzeitigen Anstieg der Gesamtvergütung eine akute Handlungsnotwendigkeit infolge der demographischen Entwicklung bestanden habe, könne letztlich offenbleiben. Der Anstieg des EHV-Anteils der aktiven Vertragsärzte bereits ab dem Quartal 4/2001 sei belegt, ebenso der relative Anstieg der Zahl der EHV-Bezieher gegenüber den aktiven Vertragsärzten. Dass die Beklagte möglichst frühzeitig einer Gefährdung der Funktionsfähigkeit der EHV entgegentreten wollte, sei sachgerecht und im Grundsatz nicht zu beanstanden. Die Beklagte habe aber den ihr als normsetzender Körperschaft zukommenden Gestaltungsspielraum überschritten. Anders als die Reform zum 01.10.2001 habe sich die Reform zum 01.07.2006 nicht gleichmäßig belastend auf aktive wie auf ehemalige Ärzte ausgewirkt, sondern die EHV-Bezieher unverhältnismäßig belastet.

Zum Ausgleichsfonds heißt es unter Rn 49: *„Wenn die Beklagte mit dem Ausgleichsfonds ein Element der Kapitaldeckung zugunsten eines reinen Umlageverfahrens wieder aufgibt, weil sie es langfristig nicht für ein geeignetes Finanzierungsinstrument hält, liegt dies innerhalb ihrer Normsetzungsfreiheit.“* Ob die Lastenverteilung gerechtfertigt sei, sei keine Frage der Erforderlichkeit, sondern der Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne.

Unter Rn 50 heißt es: *„Der Nachhaltigkeitsfaktor in Verbindung mit der Begrenzung des Abzugs für die aktiven Vertragsärzte auf 5% belastete einseitig und unverhältnismäßig die inaktiven Vertragsärzte. Ihre Ansprüche wurden im Ergebnis quotiert, um die Grenze einer Belastung der aktiven Vertragsärzte mit einem EHV-Anteil von 5% eizuhalten.“* Während der Kläger eine kontinuierliche erhebliche Kürzung seines Teilhabeanspruchs habe hinnehmen müssen, sei die anteilige Belastung der aktiven Vertragsärzte gleich geblieben. Erst im Quartal 1/2009 wäre mit einem Anteil von 6,0517% die 6%-Grenze überschritten worden. Eine Belastung in dieser Größenordnung werde auch von der Beklagten nicht als problematisch angesehen, wie die ab dem Jahr 2011 geltende Neureglung des § 8 Abs. 1 GEHV zeige, wonach ein Wert von 6% gegolten habe, wenn durch den Nachhaltigkeitsfaktor ein Wert von 80% der EHV-Ansprüche nicht erreicht worden sei. Das LSG weise zu Recht darauf hin, dass die Belastung der „Beitragszahler“ auch in der Zeit der Bildung des Ausgleichsfonds über 5% lag, denn die Einzahlungen in den Fonds seien neben dem Abzug der EHV-Umlage erfolgt.

Wichtig sind auch die Ausführungen unter RN 51: Der Vortrag der Beklagten, eine Minderung des Nachhaltigkeitsfaktors habe nicht notwendig niedrigere Eurobeträge nach sich ge-

zogen, gehe in zweifacher Hinsicht fehl. Zum einen habe der Kläger durch seine eigenen „Beiträge“ aus der vertragsärztlichen Tätigkeit zwar keinen Anspruch auf einen bestimmten Auszahlungsbetrag, aber einen Anspruch auf Teilhabe in einem bestimmten Umfang erworben. Unabhängig vom konkreten Auszahlungsbetrag sei nach der Konzeption des Nachhaltigkeitsfaktors die anteilige Teilhabe der inaktiven Vertragsärzte an der Honorarverteilung in erheblichem Umfang geschmälert worden. Dass der Kläger zum anderen aber auch bei den Auszahlungsbeträgen deutliche Einbußen hinzunehmen hatte, zeige nicht nur die Differenz in den streitbefangenen Quartalen, sondern auch die Aufstellung seiner Quartalsbezüge seit Beginn seines EHV-Leistungsbezugs. Der Aufstellung der Beklagten sei zu entnehmen, dass der Kläger infolge des Nachhaltigkeitsfaktors bis zu rund 1500 Euro (1/2009) weniger pro Quartal an Bruttohonorar erhalten habe. Die gesamten Aufwendungen der Beklagten für die EHV seien in den Quartalen 2/06 bis 2/2007 auf 75,45 Millionen Euro gegenüber 76,4 Millionen Euro im Jahr 2004 gesunken. Es werde damit deutlich, dass nicht die Abwehr weitergehender Belastungen, sondern ganz vorrangig die Begrenzung der Belastung der Aktiven durch eine Festschreibung ihres Beitrags Ziel der Reform gewesen sei.

Unter Rn 52 heißt es: *„Die aktiven Vertragsärzte wurden durch die Festschreibung des EHV-Anteils erheblich begünstigt. Für die Vergangenheit erfolgte zudem eine nachträgliche Entlastung durch die Auflösung des Ausgleichsfonds...“* Begünstigt worden seien die Aktiven auch durch Rückführung des maximalen Leistungsniveaus von 15% auf 18%. Soweit die Beklagte darauf verweise, dass die Begrenzung des Umlagesatzes auf 5% auch eine Absenkung der künftigen EHV-Bezüge der aktiven Vertragsärzte zur Folge habe, treffe die zwar zu, die Minderung der EHV-Bezüge treffe die inaktiven Ärzte aber ungleich schwerer, weil sie anders als die aktiven Vertragsärzte hierauf nicht mehr durch den Aufbau einer anderweitigen Absicherung regieren könnten.

Ein Überblick über die Belastung der Inaktiven in konkreten Zahlen findet sich in Rn 53: *„Eine Steigerung des „EHV-Beitrags“ auf 6% hätte eine durchschnittliche Mehrbelastung von ca. 400 Euro im Quartal ausgemacht, was Verlusten im Bereich des EHV-Höchstanspruchssatzes zwischen ca. 850 und 1500 Euro pro Quartal gegenüberstand.“*

Zur Brutto-/Nettoberechnung wird ebenfalls unter Rn 53 festgestellt: *„Soweit die Beklagte meint, die aktiven Vertragsärzte seien dadurch belastet worden, dass sie ihre Verwaltungspraxis dahin umgestellt habe, dass für die Berechnung des Durchschnittshonorars das Honorar vor Abzug des EHV-Anteils zugrunde gelegt worden sei, trifft dies nicht zu. Wie die Beklagte selbst betont, ergab sich dieses Vorgehen bereits zuvor aus § 3 GEHV, der allein auf die anerkannte Honorarforderung aus der Abrechnung der Primär- und Ersatzkassen nach Berücksichtigung der besonderen Kosten nach § 5 GEHV abstellte, sodass es einer Änderung der Berechnungsvorschriften nicht bedurfte. Wenn die Beklagte somit lediglich ihre Verwaltungspraxis den normativen Vorgaben anpasste, kann hierin keine eigenständige Belastung der aktiven Vertragsärzte gesehen werden.“*

Damit ging das Gericht indirekt auf die Frage ein, ob die Nettoabrechnungsmethode rechtswidrig war. Es stellt fest, dass die Bruttomethode die rechtmäßig angewandte Berechnungsmethode ist und die Umstellung damit keinen Vorteil für die Aktiven mit sich brachte. Auf die Kürzungen der Leistungen für die Inaktiven durch die seinerzeitige Einführung der Nettoberechnung geht das Gericht nicht ein.

Unter Rn 54 heißt es, ein kumulativer Effekt habe sich einseitig zu Lasten der inaktiven Vertragsärzte ausgewirkt, weil bereits mit der Neureglung zum Quartal 4/2001 die Zahlungen aus der EHV in einer Größenordnung von 5% bis 6% gemindert wurden. Eine weitere Minderung des Anspruchs durch den Nachhaltigkeitsfaktor addiere sich zu einer erheblichen wirtschaftlichen Entwertung des EHV-Anspruchs. Das SG habe zu Recht darauf hingewiesen, dass die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors dazu führte, dass die EHV-Bezieher immer stärker von der tatsächlichen Entwicklung der Arzteinkommen abgekoppelt wurden. Übergangsregelungen, wie sie der beratende EHV-Ausschuss der Vertreterversammlung noch empfohlen habe, seien nicht getroffen worden. Erst 2011 sei eine Untergrenze von 80% für die EHV-Ansprüche eingezogen worden, die aber ihrerseits an einen „Höchstbeitrag“ von 6% gekoppelt gewesen sei. Die Anwartschaft aus der EHV schütze aber gerade den Anspruch auf Teilhabe an der Honorarentwicklung und nicht lediglich das Existenzminimum. Der Vortrag der Beklagten, die EHV gewähre immer noch eine bedürfnisunabhängige Sicherung, liege neben der Sache. Ebenso wie die sozialversicherungsrechtlichen Rentenansprüche knüpfe die EHV an während der Erwerbstätigkeit erbrachte eigene Leistungen an und diene neben der Existenzsicherung tendenziell auch der Absicherung des erlangten Lebensstandards.

Der EHV-Anspruch sei auch nicht lediglich ein „Zubrot“, sondern bilde immerhin die Hälfte der Altersversorgung der hessischen Vertragsärzte.

Zur Belastung der Inaktiven wird unter Rn 55 dd) ausgeführt, dass kein Zweifel bestehe, dass auch die inaktiven Vertragsärzte einen Beitrag zur Stabilität der EHV leisten müssen. Anders als die aktiven Vertragsärzte hätten sie aber nur noch begrenzte Möglichkeiten, auf Kürzungen ihres Leistungsanspruchs zu reagieren. Das LSG weise zu Recht darauf hin, dass in einem Umlagesystem bei steigenden Kosten auch eine Erhöhung der Beitragslast in bestimmten Grenzen zumutbar sei.

Eine Beeinträchtigung des Sicherstellungsauftrags der Beklagten durch eine maßvolle Erhöhung der Beiträge zur EHV sei derzeit nicht ersichtlich. Die tendenziell steigenden Arztzahlen belegten, dass die EHV kein Niederlassungshindernis sei. Sofern die Stabilität des Systems gewährleistet sei, könne von ihm sogar eine Anreizwirkung ausgehen. Das belege nicht zuletzt das erfolglose Bestreben der psychologischen Psychotherapeuten, auch an der EHV teilzunehmen.

Unter Rn 56 wird festgestellt: *„Ist somit ein sachgerechter und ausgewogener Ausgleich zwischen den Interessen der „Beitragszahler“ und den Interessen der Leistungsbezieher der*

EHV zu suchen, obliegt dies dem Satzungsgeber.“ Die Verurteilung der Beklagten zur Leistungsgewährung ohne Quotierung aufgrund des Nachhaltigkeitsfaktors könne daher keinen Bestand haben. In welcher Weise die Beklagte den widerstrebenden Interessen gerecht werde, sei ihrer Satzungsautonomie überlassen. Die Leistungsgewährung ohne jede Quotierung sei nicht die einzig rechtmäßige Vorgehensweise. Ob es dabei zu einem paritätischen Defizitausgleich komme, bleibe dem Gestaltungsermessen der Beklagten überlassen.

Zusammengefasst wurde mit dem Urteil die Klage gegen § 5 GEHV zurückgewiesen.

In Bezug auf den Nachhaltigkeitsfaktor hat das BSG im Wesentlichen das Urteil des LSG betätigt. Das BSG ist weitgehend unserer Argumentation gefolgt:

Die konkrete Ausgestaltung des Nachhaltigkeitsfaktors hat gegen das Eigentumsrecht, gegen Art. 14 Abs. 1 GG verstoßen. Das BSG bezweifelt, ob der Nachhaltigkeitsfaktor überhaupt erforderlich war.

Die Kürzungen durch den Nachhaltigkeitsfaktor waren einseitig und unverhältnismäßig.

Nicht die Abwehr weitergehender Belastungen, sondern ganz vorrangig die Begrenzung der Belastung der Aktiven durch Festschreibung ihres Beitrags war das Ziel der Reform. Die aktiven Vertragsärzte wurden durch die Festschreibung des EHV-Anteils erheblich begünstigt.

Die Anwartschaft aus der EHV schützt den Anspruch auf Teilhabe an der Honorarentwicklung und nicht lediglich ein Existenzminimum.

Die kumulative Wirkung der Kürzungen in den Reformen ist zu berücksichtigen.

Eine Beeinträchtigung des Sicherstellungsauftrags durch eine maßvolle Erhöhung der Beiträge ist nicht ersichtlich.

Mit dem Urteil hat das BSG zwar die Rechtswidrigkeit, die Einseitigkeit und die Unverhältnismäßigkeit des Vorgehens der KV festgestellt, für die weitere Gestaltung der EHV aber nur unbestimmte Vorgaben gemacht. Der KV bleibt wieder ein weiter Spielraum zur Anpassung der Altersversorgung der hessischen Vertragsärzte. Im ungünstigsten Fall wird das Ergebnis zu erneuten gerichtlichen Auseinandersetzungen führen.

Eine Addition der Kürzungen in den Quartalen 3/2006 bis 2/2012, also in sechs Jahren ergab nach von der KV vorgelegten Unterlagen etwa 107 Millionen Euro, in Worten hundertseven Millionen. Dazugerechnet werden müssen die Kürzungen von etwa 30 Millionen durch die Anwendung des § 5 GEHV, weil nach Vorgaben des Bundessozialgerichts die kumulative Wirkung aus den beiden Reformen 2001 und 2006 berücksichtigt werden muss. Das sind zusammen etwa 137 Millionen Euro.

Nicht eingerechnet sind die nach der gesetzlichen Regelung von 2009 zu erfassenden Umlagen von außerhalb der KV abgerechneten Honoraren aus Sonderverträgen.

In 2008 wurde außerdem der Honorarausgleichsfonds von 60 Millionen bis auf einen Rest von etwa 6 Millionen überwiegend an die Aktiven zurückgezahlt. Zusammen sind das knapp 200 Millionen, die den Aktiven aus den Kürzungen und dem Ausgleichsfonds zugeflossen sind.

Die Gesamtvergütung ist vom Quartal 3/2003 bis zum Quartal 2/2012 nach einer dem Sozialgericht von der KV vorgelegten Zusammenstellung⁵⁶ um 102 Mill. € gestiegen, in den Quartalen 3/2006 bis 2/2012 um gut 77 Mill. €.

Insgesamt sind den Aktiven in den hier erfassten 6 Jahren damit ca. 316 Mill. € zugeflossen, bzw. teilweise von den Aktiven einbehalten worden, davon allein 107 Millionen durch eine rechtswidrige Kürzung der Inaktiven bei einer gewichteten Zahl von durchschnittlich ca. 2900 (2728 – 3445) EHV-Empfängern in den genannten Quartalen.

Allein die Größenordnung dieser Zahlen wäre Anlass genug für die Zusammenstellung der „Bemerkungen“.

Konsequenzen aus dem Urteil des BSG:

Die KV muss als Normgeber neue Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des BSG erarbeiten und beschließen. Sie muss das Eigentumsrecht der EHV-Teilnehmer beachten und darf nur verhältnismäßige Kürzungen vornehmen unter Vermeidung von Einseitigkeit. Präziser hat sich das BSG nicht festgelegt. Wie die KV die neuen Grundsätze im Einzelnen gestaltet, ist ihr überlassen. Sie hat dabei einen weiten Ermessensspielraum.

Der Beirat wird in dem ganzen Geschehen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Die Vertreterversammlung muss ihn nur anhören. Sie ist nicht an sein Votum gebunden. Wieweit die Vorstellungen der EHV-Teilnehmer in das Votum des Beirats einfließen, ist bei der klaren Mehrheit der Aktiven im Beirat offen. Auf welche Höhe sich die Rückzahlung an die Widerspruchs- und Prozessführer belaufen wird, hängt von der endgültigen, von der Vertreterversammlung zu beschließenden und vom Ministerium zu genehmigenden Fassung der GEHV ab. Fest steht nach Kenntnis des Verfassers, dass Rückzahlungen nur an die Widerspruchs- und Prozessführer erfolgen sollen. Alle anderen EHV-Teilnehmer gehen leer aus. Ihre die Kürzungen einschließenden Bescheide sind rechtskräftig.

⁵⁶ Anlage B4 im Schreiben der KV an das SG Marburg v.08.08.14

13.3. Prozess wegen Kürzung der Umlagen aus Sonderhonoraren 2012

Mit der Reform 2012 wurden die Umlagen aus Sonderverträgen nicht mehr an die EHV-Teilnehmer weitergeleitet, was definitiv einer Kürzung entsprach.

13.3.1. Kurzer Überblick über die Entwicklung

Für den Fall, dass größere Teile der Vergütung ursprünglich vertragsärztlicher Leistungen nicht mehr über die KÄV abgewickelt würden, hat das BSG In seinem Urteil v. 16.07.08 festgestellt (Rn 49), es unterliege keinem Zweifel, dass bei grundlegenden Systemverschiebungen, so, wenn es darum gehe, wie dem System der EHV die erforderlichen Beträge aus Einnahmen gesichert werden können, die nicht über die KV abgerechnet werden, der Landesgesetzgeber gesetzliche Vorgaben normieren müsste, auf deren Grundlage dann konkretisierende Bestimmungen von der Ärztekammer und/oder in den Regelungen über die (erweiterte) Honorarverteilung zu treffen wären (Rn 52).

Nach dem Urteil des BSG nahm die Landesregierung 2009 in Ihre Koalitionsvereinbarung unter den Passus auf, dass sie die Altersversorgung der hessischen Ärzte neu regeln wolle. Gemeint war die EHV.

Es folgte kein umfassendes Gesetz. Der Hessische Landtag beschloss lediglich am 14.12.2009 das Gesetz über die Änderung des § 8 KVHG (Siehe 8.2.1.), das am 23.12.2009 in Kraft trat.

Der daraufhin von der KV beschlossene § 11 GEHV trat am 07. 07.2011 in Kraft.

Die am 01.07 2012 in Kraft getretenen GEHV hatten für die Festlegung des Ausgangspunktwertes der neuen Regelung entgegen den Empfehlungen von Ruland nicht das Vorjahr, sondern das Vorvorjahr gewählt, also das Jahr 2010. 2010 wurden aber die außerhalb der KV abgerechneten Honorare von der KV noch nicht für die EHV erfasst, obwohl das Gesetz zur Änderung des § 8 KVHG schon in Kraft war. Die Honorare aus Sonderverträgen gingen nicht in den Stichtagspunktwert für die ab 01.07.2012 gültigen GEHV ein, obwohl sie in den Quartalen 3/2011 bis 2/2012 entsprechend § 11 GEHV erfasst werden mussten. Konkret bedeutete das wieder eine Kürzung der Altersbezüge.

Das widersprach den Auflagen des BSG und der gesetzlichen Regelung des Hessischen Landtages vom Dezember 2009, und konnte so von uns nicht hingenommen werden. Den entsprechenden von uns erhobenen Widersprüchen wurde nicht abgeholfen, sodass nur der Klageweg blieb.

13.3.2. Klage Prof. Plagemann vom 19.02.2013

Die Klage gegen die Auswirkungen der Reform 2012 wurde von Plagemann beim Sozialgericht Marburg eingereicht am 19.02.2013.

Die KV beantragte unter dem 03.06 2013 die Klage kostenpflichtig abzuweisen. Sie wies darauf hin, dass sie zwischenzeitlich die Revisionsbegründung in dem beim BSG anhängigen Revisionsverfahren vorgelegt habe.

Im weiteren Verfahren wollte Plagemann vor der Klagebegründung zwar die Revisionsbegründung der KV im Verfahren gegen die Reform 2006 abwarten, ansonsten aber nicht einem Ruhen des Verfahrens bis zum Urteil des BSG zustimmen. Das Sozialgericht müsste seinerseits daran interessiert sein, das BSG-Urteil abzuwarten, weil sein eigenes Urteil zur Reform 2012 von der Entscheidung des BSG beeinflusst würde. Tatsächlich hat das SG Marburg dann erst am 05.11.2014 entschieden, nach der Entscheidung des BSG vom 19.02.2014.

13.3.3. Schreiben der KV v. 19.08.13

Vor der Klagebegründung durch Plagemann hatte die KV schon eine Klageerwiderung unter dem 19.08.13 zu den Akten gereicht. Es wurde darin ausgeführt, die Klage sei abzuweisen. Der angegriffenen Bescheid über die im Zuge der Änderung der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung erfolgte Anpassung und Berechnung des erworbenen Anspruchs auf die erweiterte Honorarverteilung für die Quartale 3/2012 bis 2/2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids sei rechtmäßig.

Im Einzelnen: Die beim Bundessozialgericht anhängigen Verfahren umfassten die generelle Frage der Rechtmäßigkeit des Nachhaltigkeitsfaktors. Das Sozialgericht Marburg habe am 24.02.2010 entschieden, dass der Nachhaltigkeitsfaktor in den streitigen Quartalen rechtmäßig sei. Soweit das Sozialgericht entschieden habe, dass eine Absicherung der EHV-Anspruchsberechtigten gegen eine Entwertung der Anwartschaften fehle, habe die Vertreterversammlung mit der Neufassung des § 8 GEHV beschlossen, dass der Nachhaltigkeitsfaktor nicht unter 80% sinken dürfe, bis die Belastung der Aktiven 6% erreiche. Es zeichne sich ab, dass die zukünftige Rechtsprechung des BSG auch die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors im Jahr 2010 umfassen werde. In Anbetracht der zwischenzeitlich erfolgten Begründungen für die beim BSG anhängigen Verfahren weise die Beklagte darauf hin, dass deren baldiger Fortgang abgewartet werden solle.

Mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung sei eine Grundlage für die Einbeziehung von Honoraren aus Sonderverträgen in die EHV geschaffen worden. Die Beklagte sei dem nachgekommen durch Aufnahme von § 11 in die GEHV. Seit dem Quartal 3/2011 bestehe für alle Aktiven die Pflicht, den Auflagen dieses Paragraphen nachzukommen.

Zu den Verwaltungskosten habe das Sozialgericht Marburg 2011 entschieden, dass der Abzug von Verwaltungskosten im Rahmen der EHV rechtmäßig sei. Diese Satzungsregelung gelte auch für EHV-Teilnehmer. Es liege im Gestaltungsspielraum der Beklagten, die Höhe der Verwaltungskosten für aktive und inaktive Mitglieder gleichzuhalten. Die Beklagte schließe sich dem Urteil des SG Marburg an. Die Begründung sei auch auf das im Jahr 2012 reformierte EHV-System zu übertragen.

13.3.4. Klagebegründung Prof. Plagemann v. 17.09.2013

In seiner Klagebegründung vom 17.09.13 führt Plagemann aus, dass gemäß der Neufassung der GEHV zum 01.07.2012 der „Ausgangspunkt看wert“ nach § 10 Abs. 1 und 2 GEHV 0,1867 betrage. Er orientiere sich am Durchschnittshonorar 2010. Im Jahr 2010 habe sich das Durchschnittshonorar allein aus der Gesamtvergütung ergeben.

Nach § 8 KVHG seien beim Durchschnittshonorar auch die Vergütungen aus Sonderverträgen außerhalb der KV zu berücksichtigen. Diese Gesetzesänderung habe die KV durch Aufnahme des § 11 GEHV umgesetzt.

Die Genehmigung sei erst 9,5 Monate später erteilt worden. Die Satzungsänderung hätte unschwer im Jahr 2010 vorliegen können, sodass im Jahr 2010 die Honorare aus Selektivverträgen hätten berücksichtigt werden können

Tatsächlich seien die Zahlungen aus Sonderverträgen erst ab dem 3. Quartal 2011 erfasst und niemals in die Punktwerte bei der Berechnung der EHV einbezogen worden.

Der Aufsatzpunkt看wert vom 01.07.2012 zementiere einerseits die Kürzungen durch den Nachhaltigkeitsfaktor, und andererseits seien gegen den Willen des Hessischen Gesetzgebers die Honorare aus Sonderverträgen den EHV-Empfängern vorenthalten und nur zur Beitragsenkung bei den Aktiven verwendet worden.

Diese Benachteiligung sei rechtswidrig.

Das Landessozialgericht habe mit Urteilen vom 27.06.2012 festgestellt, dass der sogenannte Nachhaltigkeitsfaktor rechtswidrig sei. Da die Übergangsregelung des § 10 n. F. von einem Punktwert ausgehe, der die tatsächlichen EHV-Honorare bis 2012 berücksichtige, sei diese Übergangsregelung rechtswidrig. Sie berechne die bestandsgeschützten Ansprüche der EHV-Bezieher nach Maßgabe von Leistungen, die durch den Nachhaltigkeitsfaktor – rechtswidrig gekürzt worden seien.

Die Verwaltungskostenumlage entspreche der Umlage, wie sie auch von den aktiven Vertragsärzten angefordert werde. Die Errechnung der EHV sei aber, was den Verwaltungsaufwand anlange, nicht vergleichbar mit der Honorarabrechnung der Aktiven. Diese offensicht-

liche Ungleichbehandlung sei so gravierend, dass auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Verwaltungskostenumlage zu Lasten der EHV-Bezieher deutlich niedriger in Ansatz zu bringen sei.

Da es sich bei dieser Umlage um eine Gebühr i. S. des Kostenrechts handele, sei das Kostendeckungsprinzip zu beachten. Der Abzug einer Verwaltungskostenumlage in der gleichen Höhe wie für die aktiven Vertragsärzte sei, bezogen auf die Leistungsgewährung von Altbeziehern, unverhältnismäßig und rechtswidrig.

Zur Klarstellung wird erwähnt, dass bei Erlass des Urteils des LSG diesem die Begrenzung des Nachhaltigkeitsfaktors auf 80% im Jahr 2011 bekannt gewesen sei. Es habe dennoch die Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors für rechts- und verfassungswidrig gehalten.

13.3.5. Schreiben der KV v. 20.11.13

In ihrer Antwort auf das Schreiben von Plagemann v. 17.09.2013 führt die KV in einem Schreiben v. 20.11.13 aus, dass auch bei einer Dauer von ein bis zwei Monaten nach dem 28.08.2010 eine Genehmigung durch das Sozialministerium nicht vor Beginn des letzten Jahresquartals zu erwarten gewesen wäre. Es wäre auch dann nicht zu einer Erhöhung des durchschnittlichen EHV-relevanten Jahreshonorars im Jahr 2010 gekommen.

Darüber hinaus könne der Neufassung des § 8 nicht der klägerseits behauptete gesetzgeberische Wille entnommen werden, dass sich die Honorare aus Sonderverträgen steigernd auf die EHV-Ansprüche auswirken sollen. Im Konkreten könne nach keiner Auslegungsmethode der Schluss gezogen werden, dass diese Honorare die Höhe des streitigen Auszahlungspunktwertes beeinflussen sollen.

Klarstellend werde angemerkt, dass die Honorare aus Sonderverträgen nicht zur Beitragsenkung bei den aktiven Ärzten verwendet worden seien.

Auch nach der EHV-Reform 2012 sei die Verwaltungskostenumlage rechtmäßig. Verwaltungskreislauf und –aufwand hätten sich verglichen mit dem Prozedere nach den GEHV a. F. nicht verringert.

13.3.6. Antwort von Prof. Plagemann 11.12.13

In seiner Antwort weist Plagemann darauf hin,

a) dass maßgeblich nicht die Genehmigung durch das Hessische Sozialministerium, sondern die Frage sei, ob bei der Berechnung der EHV-Leistungen der „Altbezieher“ auch die Honorare aus Selektivverträgen zu berücksichtigen seien.

b) Infolge der höheren Einnahmen durch die Honorare aus den Selektivverträgen sinke die „relative Beitragsbelastung“.

Nach dem Gesetz hätten die Honorare aus Selektivverträgen ab 4/2011 nach § 8 KVHG erfasst und dem Durchschnittshonorar hinzugerechnet werden müssen.

c) Der gesetzgeberische Wille zu § 8 KVHG ergebe sich eindeutig aus der Vorgeschichte und aus den Materialien

Maßgeblich sei das Gesetz, welches ab dem 01.01.2010 umzusetzen gewesen sei. Das Unterlassen einer Regelung zur Erfassung der Honorare aus den Selektivverträgen ab dem Gültigkeitsdatum der Gesetzesnovelle i. V. m. der Verzögerung der Fertigstellung der Satzungsänderung der alten EHV in das Jahr 2011 und der atypischen Verwendung der Honorare aus den Selektivverträgen gem. § 11 GEHV a. F. ziele auf eine Benachteiligung der EHV-Bezieher.

In einer kurzen Antwort auf die Frage des Sozialgerichts v. 21.02.2014 nach dem Fortgang des Verfahrens antwortete Plagemann am 25.02.2014, die Beklagte müsse nun prüfen, welche Regelung an die Stelle der beanstandeten Grundsätze der EHV trete. Eine Korrektur der Grundsätze habe zur Folge, dass der Startpunktwert gemäß den ab 01.07.2012 gültigen Grundsätzen zu ändern sei.

Es wird die Bitte an das Gericht gerichtet, bei der KV nachzufragen, wie sich das Neufeststellungsverfahren im Einzelnen darstelle.

Zum Verfahrensfortgang schrieb die KV am 03.03.2012 an das SG Marburg, dass nach dem Urteil des BSG v. 19.02.14 zunächst die schriftlichen Urteilsgründe abgewartet werden müssten. Ein Ruhen des Verfahrens wurde angeregt.

Am 27.03.14 wird von Plagemann beim SG eine Beiladung des Landes beantragt.

Laut dem nachfolgend referierten Schreiben der KV v. 04.07.2014 hat das SG von einer Beiladung des Landes Hessen abgesehen, da die Voraussetzungen hierfür nicht ersichtlich seien.

13.3.7. Gerichtl. Verfüg. des Vorsitzenden der 12. Kammer des SG Marburg v. 04.07.2014

In einer an die KV gerichteten, auch an Plagemann übersandten, gerichtlichen Verfügung v. 04.07. 2014 wurden von beiden Prozessparteien verschiedene Auskünfte angefordert.

Der Beklagten wurde aufgegeben, Durchschnittshonorare für die Quartale 1/2007 bis 2/2014 anzugeben und den Quartalsanspruch bei einem Anspruchssatz von 18% für die Quartale 1/2007 bis 2/2012 mit und ohne Nachhaltigkeitsfaktor. Angegeben werden sollte auch der Aufwand für die EHV-Zahlungen quartals- und jahresweise für die Quartale ab 3/2003.

Vorzulegen war das Gutachten von Ruland. Außerdem wurde um Auskunft gebeten, in welchem Umfang Honoraranteile außerhalb der Gesamtvergütung für die Zeiträume vom Juli 2012 bis Juni 2014 und ob Zeiträume davor erfasst wurden.

Es wurde angefragt, ob die die Bescheide für die Folgejahre ebenfalls angefochten würden.

Die Beteiligten wurden um Stellungnahme gebeten, ob sie einen und gegebenenfalls welchen Einfluss der Entscheidung des BSG auf die Rechtmäßigkeit des Anpassungspunktwertes sie sähen. Soweit vom Prozessbevollmächtigten ausgeführt werde, der Startpunktwert errechne sich nach dem Durchschnittshonorar 2010 minus 20% werde um Erläuterung gebeten, woraus sich die minus 20% ergäben. Der Prozessbevollmächtigte wurde um Erläuterung gebeten, warum der Startpunktwert aufgrund der Beanstandung des Nachhaltigkeitsfaktors zu ändern sei.

Sinngemäß wurde festgestellt: Die Beklagte habe sich bisher nicht zu dem Vortrag des Klägers geäußert; in die Vergütung der Bestandsrentner würden nicht die Sonderverträge außerhalb der Gesamtvergütung einbezogen.

Die Beklagte wurde um Mitteilung gebeten, ob es sich bei der fehlerhaften Formel zur Berechnung des Punktwertes in § 10 GEHV um einen Redaktionsfehler handle. Es wurde um Darlegung der Ermittlung des Punktwertes mit den einzelnen Rechengrößen gebeten.

13.3.8. Erwidern von Prof. Plagemann v. 17.07.2014

Plagemann schrieb, der vorliegende angefochtene Bescheid definiere die Höhe der EHV-Leistungen auf Dauer. Der Bescheid werde also auch für die Folgejahre angefochten.

Die Beklagte habe mit Wirkung zum 01.07.2012 das Durchschnittshonorar herangezogen nach Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors. Es wurde eine Berechnung von Aßmann beigelegt, aus der sich ergibt, dass ein quotiertes Durchschnittshonorar von € 149.343,96 der Punktwertberechnung zugrunde gelegt wurde und nicht das unquotierte von € 185.765,52. Das entspricht einer Kürzung von 19,61%, aufgerundet 20%.

Die ab 01.07.2012 gültigen GEHV knüpften für die Berechnungen der Leistungen an Bestandsrentner jeweils an das Jahr 2010 an mit der Folge, dass die außerhalb der KV an die Vertragsärzte gezahlten Honorare außer Acht blieben. Mit der vorliegenden Klage werde auch geltend gemacht, dass maßgeblich das Jahr 2011 sein müsse, wie Ruland vorgeschlagen habe. Der Gesetzgeber hätte bereits im Jahr 2009 die KV aufgefordert, diese Honorare bei der Berechnung der EHV-Leistungen mit zu berücksichtigen.

Das BSG habe mit Urteil v. 19.02.2014 entschieden, dass die Kürzung der EHV-Leistungen um den in den GEHV a. F. geregelten Nachhaltigkeitsfaktor rechtswidrig und fehlerhaft seien. Die

Beklagte sei nun aufgefordert, an Stelle der rechtswidrigen eine rechtmäßige Regelung unter Berücksichtigung des Eigentumsschutzes zu verabschieden. Das bedeute, dass die den Bestandsrentnern zuzumutenden Begrenzungen des Teilhaberechts auf keinen Fall höher sein dürften als die durch die demographische Veränderung eintretenden zusätzlichen Belastungen auf Seiten der aktiven Vertragsärzte.

Das BSG habe ferner entschieden, dass eine „*Beitragsbelastung*“ auf Seiten der aktiven Vertragsärzte bis 6% auf jeden Fall zumutbar sei.

Daraus folge die Verpflichtung der Beklagten, dass der erstmalige Punktwert gem. § 10 GEHV in der ab 01.07.2012 gültigen Fassung angemessen zu erhöhen sei.

Nachdem das BSG mit Urteil vom 19.02.2014 der Vertreterversammlung der Beklagten Vorgaben für eine nachhaltige Korrektur des Nachhaltigkeitsfaktors erteilt habe, sei es die Pflicht der Beklagten nun umgehend auch für den Zeitraum ab 01.07.2012 neue Bescheide zu erteilen und entsprechende Nachzahlungen zu veranlassen.

Es wird auf die fehlerhafte Formel in § 10 in den ab 01.07.2012 gültigen GEHV verwiesen und darauf, dass der Kläger den Vorsitzenden des Beratenden Fachausschusses darauf hingewiesen habe. Eine Überprüfung der Formel habe ergeben, sie sei zutreffend, sei die Antwort gewesen. § 10 GEHV ist im Anhang wiedergegeben.

13.3.9. Antwort der KV v. 08.08.2014

Das Gutachten von Ruland wurde von der Beklagten am 28.07.2014 an das SG gesandt.

Die vom SG am 04.07.2014 angeforderten Durchschnittshonorare und die Bruttobehälter vor und nach Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors wurden in dem Antwortschreiben in einer Tabelle beigefügt.

In welcher Weise die Entscheidung des Bundessozialgerichts zum Nachhaltigkeitsfaktor Einfluss auf den streitgegenständlichen Anpassungspunktwert haben werde, könne derzeit noch nicht konkret benannt werden. Mit einem Inkrafttreten der Neureglung sei im nächsten Jahr zu rechnen. Es sei davon auszugehen, dass die Neureglung auch Einfluss auf die Höhe der EHV-Auszahlungen im Jahr 2010 und auf den Ausgangspunktwert für die ab 01.07.2012 gültige Satzung haben werde (S. 2,3).

Außerhalb der Gesamtvergütung seien im Zeitraum Juli 2012 bis Juni 2014 Honoraranteile bisher für die Quartale 3/2011 und 4/2011 abgefragt worden. Sie seien auf der Seite der Aktiven in die Ermittlung des Jahresdurchschnittshonorars eingeflossen und hätten im zweiten Beitragsjahr, d. h. vom 01.07.2013 bis 30.06.2014, die individuelle Einstufung in eine der neun Beitragsklassen verändert. Für die Einstufung im streitgegenständlichen 1. Beitragsjahr,

01.07.2012 bis 30.06.2013 sei das Vorvorjahr 2010 das Basisjahr. Für dieses Jahr habe noch keine Satzungsregelung zur Abfrage der Selektivvertragshonorare bestanden (S. 3).

Nach der ab 01.07.2012 geltenden Fassung der GEHV werde bei Bestandsrentnern keine direkte Erhöhung des Anpassungspunktwertes infolge der Selektivvertragsumsatzberechtigung eintreten. Die neue Satzung stelle hinsichtlich der Einnahmen aus Sonderverträgen keine Umlage hin zu den EHV-Empfängern dar. Die Einbeziehung der Selektivvertragshonorare habe nach der streitgegenständlichen Fassung keine direkte Auswirkung auf den EHV-Auszahlungspunktwert (S. 4).

Nicht nachvollziehbar sei, woraus der Kläger ein Recht auf die unmittelbare, direkte Erhöhung seiner Bezüge herleiten wolle. Das maßgebliche BSG-Urteil und das daraufhin erlassene Landesgesetz bezögen sich im Wortlaut jeweils auf die Seite der einzahlenden Ärzte. Sie bezweckten mit dem Regelungsgegenstand der Selektivumsätze einen Erhalt der EHV im Ganzen (S. 4).

Der Neufassung des § 8 KVHG könne entgegen ihrem Wortlaut nicht der klägerseits behauptete gesetzgeberische Wille entnommen werden, dass sich die Honorare aus Sonderverträgen steigend auf die EHV-Ansprüche auswirken sollten. Keine Auslegungsart lasse den Schluss zu, dass diese Honorare die Höhe des streitigen Auszahlungspunktwertes beeinflussen sollten (S. 5).

Die Neufassung ziele vielmehr, ausgehend von ihrem Wortlaut und von ihrem Sinn und Zweck im Sinne des § 8 KVHG n. F., auf einen langfristigen Erhalt der EHV ab. Entsprechend diesem Zweck habe die Beklagte im Rahmen ihres Gestaltungsermessens das GEHV-System reformiert. Die Rechtmäßigkeit der streitgegenständlichen Regelung sei insbesondere nach gesamtsystematischer Betrachtung gegeben. Es finde sich im Regelungsgeflecht der GEHV eine indirekte positive Auswirkung der Berücksichtigung der Selektivumsätze auf die EHV-Empfänger und damit auf die Bestandsrentner. Die ermittelten Selektivvertragshonorare führten in den meisten Fällen zu einer Höhereinstufung der aktiven Vertragsärzte (letztere Behauptung wurde durch keinerlei Zahlenmaterial unterlegt, Anm. d. Verf.). Es heißt dann wörtlich: *„Durch diesen Mechanismus wird zum Einen das Eingreifen des paritätischen Defizitenausgleichs nach § 5 GEHV verhindert, zum Anderen die Schwankungsreserve nach § 6 GEHV erhalten und aufgebaut, sowie zum Dritten der Mengenfaktor nach § 4 zugunsten der EHV-Empfänger beeinflusst“*. Die klägerseits geforderte Steigerung der Bezüge durch die Selektivvertragsberücksichtigung würde dieses Konzept ins Gegenteil kehren. Falsch bzw. zu eng betrachtet sei die in der Verfügung v. 04.07.2014 aufgestellte These, dass jene Empfänger niemals eine Versorgung erhielten, die sich auch nach den Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen richte.

Die Fehlerhaftigkeit der Formel in § 10 GEHV wurde eingeräumt.

Abschließend wurde auf die innerhalb von zwei Jahren unterschiedliche Entwicklung von gesetzlicher Bezugsgröße und Jahresdurchschnittshonoraren verwiesen.

Es wurde von der Beklagten dem SG nicht mitgeteilt, in welchem Umfang Honoraranteile außerhalb der Gesamtvergütung bisher erfasst wurden.

13.3.10. Schreiben des Vorsitzenden der 12. Kammer des SG Marburg v. 24.09.2014

In einem Schreiben des SG Marburg an die Kanzlei Plagemann Rechtsanwälte, das offenbar durchschriftlich an die Beklagte ging, wurde letzterer aufgegeben, die Verfügung der Kammer v. 04.07.2014 vollständig zu erfüllen. Anzugeben seien die Durchschnittshonorare in der bis 30.06.2012 geltenden Fassung der GEHV für die Quartale 3/2012 bis 2/2014. Es wurde nochmals um Auskunft gebeten, in welchem Umfang Honoraranteile außerhalb der Gesamtvergütung erfasst worden sind für die Zeit v. Juli 2012 bis Juni 2014, außerdem ob Zeiträume davor erfasst wurden. Es wurde darauf hingewiesen, dass vorsorglich angefragt worden war, ob die Bescheide für die Folgejahre ebenfalls angefochten worden seien und wie hoch die Anspruchshöhe für die Folgejahre sei.

Der Beklagten wurde aufgegeben darzulegen und nachzuweisen durch Vorlage des Beschlusses der Vertreterversammlung, welche Fassung von § 10 GEHV in den ab 01.07.2012 geltenden GEHV von der Vertreterversammlung beschlossen worden sei.

Die Kammer gehe davon aus, dass der angefochtene Bescheid bereits aufgrund der fehlerhaften Ermittlung des Punktwertes rechtswidrig sei. Nach dem BSG-Urteil seien die bis zum 30.06.2012 gültigen Grundsätze der EHV rechtswidrig, da die bisherige Ausgestaltung des Nachhaltigkeitsfaktors keine ausgewogene Verteilung der Lasten zwischen den aktiven und inaktiven Ärzten gewährleiste.

Das BSG gehe von einem Anspruch auf Teilhabe an der Honorarverteilung in einem bestimmten Umfang aus. Die Anwartschaft aus der EHV schütze gerade den Anspruch auf Teilhabe und nicht lediglich ein Existenzminimum. Die Aufgabe der Bindung an die allgemeine Honorarentwicklung und die Ankoppelung an die Bezugsgröße führe jedoch tatsächlich, gemessen an den Steigerungsraten, nicht zwingend zu einer Entkoppelung von der allgemeinen Honorarentwicklung. Zur Erläuterung dieser Feststellung wurde eine vom Gericht erstellte Tabelle angefügt.

Abschließend wurde festgestellt, systematisch nähmen die EHV-Bezieher nicht nur 2012/13, sondern auch in den Folgejahren nicht am Einkommen aus Sonderverträgen teil.

13.3.11. Schreiben von Frau von der Decken aus der Kanzlei Plagemann v. 29.09.2014

Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren seien die Leistungen der EHV ab 01.07.2012. Für die Folgejahre sei gegen neu ergangene Bescheide Widerspruch eingelegt worden.

Das Eigentumsrecht des Klägers umfasse die Beteiligung an sämtlichen Honoraren der Vertragsärzte, einerlei ob diese aus der Gesamtvergütung finanziert würden oder aus Sonderzahlungen aufgrund von Selektivverträgen.

Es könne nicht sein, dass zu Lasten der EHV-Bezieher das Durchschnittshonorar verfalle und damit deren Leistungsansprüche, während der Umsatz zu Lasten der Aktiven durch Einbehaltung der Selektivhonorare gestützt werde. Eine solche einseitige Verteilung widerspreche dem vom BSG herausgearbeiteten Prinzip der paritätischen Lastenverteilung zwischen Aktiven und Inaktiven.

Es heißt dann wörtlich: *„Das hessische Gesetz KVHG hat bereits für das Jahr 2009 und für das Jahr 2010 vorgeschrieben, dass die Honorare aus Sonderverträgen zu berücksichtigen sind.“*

Der von Ruland in seinem Gutachten v. 26.07.2011 errechnete Punktwert gehe von einem Honorarjahresbetrag von € 149.343,96 aus, der dem Durchschnittshonorar, gekürzt um den damals geltenden Nachhaltigkeitsfaktor entspreche. Dieser Jahresbetrag sei aber unter Berücksichtigung der Grundsätze der Entscheidung des BSG auch deshalb zu niedrig, weil er zu Lasten der EHV-Bezieher die Honorare aus Selektivverträgen außer Acht lasse.

Es heißt dann wieder wörtlich: *„In die Berechnungsgrundlage im Jahr 2011 sind die Honorare aus Selektivverträgen nicht eingegangen, weder bei dem Berechnungsfaktor „Durchschnittshonorar“ noch bei dem Nachhaltigkeitsfaktor.“* Dies stehe im Widerspruch zu der zwingenden, im Jahr 2009 in Kraft getretenen Vorschrift des § 8 KVHG, die die Beklagte verpflichte, die Honorare aus Selektivverträgen auch bei der Berechnung der EHV-Leistungen zu berücksichtigen.

Die Beklagte sei verpflichtet, den Punktwert gemäß § 10 Abs. 1 GEHV unter Anwendung eines höheren, nicht durch einen Nachhaltigkeitsfaktors gekürzten Jahresdurchschnittshonorars neu zu berechnen.

Im Schriftsatz der Beklagten v. 08.08.14 (Blatt 6 unten) werde das Jahresdurchschnittshonorar im Jahr 2011 mit € 214.537, 75 beziffert und in der Anlage zu dem Schreiben (Anlage B) für dasselbe Jahr mit € 186.000,00. Möglicherweise entspreche der Differenzbetrag den zuzurechnenden Honoraren aus Selektivverträgen. Die KV hatte mit gleicher Post in zwei Schriftstücken je ein anderes Durchschnittshonorar angegeben.

13.3.12. Schreiben der KV v. 09.10.14 an das Sozialgericht Marburg

In einem Schreiben v. 09.10.2012 nahm die KV noch einmal Stellung zur gerichtlichen Verfügung v. 24.09.2014.

Zum vom SG angeforderten Durchschnittshonorar für die Quartale 3/2012 bis 2/2014 wird ausgeführt, ab dem Quartal 3/2012 gelte eine neue Fassung der GEHV. Das Durchschnittshonorar nach den bis zum 30.06.2012 gültigen GEHV sei nicht zur Bewertung der Rechtmäßigkeit des neuen Systems geeignet. Die Berechnung des Durchschnittshonorars nach der alten Fassung sei nicht auf die neue Fassung übertragbar. Bei der neuen Fassung würden Sonderhonorare und besondere Kosten different zur alten Fassung berücksichtigt. Darüber hinaus sei die geforderte Angabe deshalb nicht möglich, weil nach der neuen Satzung die Durchschnittshonorare nur zur Einstufung der aktiven Ärzte in Beitragsklassen dienen.

Es heißt dann weiter, für die Zeiträume 3/2012 bis 2/2013 und von 3/2013 bis 2/2014 seien Honorare außerhalb der Gesamtvergütung nicht abgefragt worden.

In Bezug auf § 10 GEHV ist wieder von einem Redaktionsversehen die Rede. Das in dem angefochtenen Bescheid verrechnete Ergebnis, nämlich der Punktwert 0,1867 sei das mit der Beschlussfassung von der Vertreterversammlung gewollte.

Zur Ausführung der Kammer, dass die EHV-Bezieher nicht am Einkommen aus Sonderverträgen teilnahmen heißt es: Es trete zwar keine direkte Erhöhung der Bezüge ein. Allerdings sei eine ganzheitliche Betrachtung anzustellen. Diese zeige, dass das EHV-System zu Gunsten der EHV-Bezieher langfristig gestützt werde. Dies entspreche der Vorgabe in dem Urteil des BSG v. 18.07.2008 und der in der Folge neu gefassten Regelung des § 8 Abs. 2 KVHG.

Aufgrund der Beanstandung des Nachhaltigkeitsfaktors werde die Beklagte eine Neuregelung beschließen.

Ein Vergleich wurde angeboten, nach dem sich die Beklagte verpflichten wollte, unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG nach Änderung der Satzung den Kläger neu zu bescheiden. Zum konkreten Inhalt der vorgesehenen Änderung der Satzung wurden keine Angaben gemacht.

Es heißt in dem Vergleichsvorschlag, es bestehe Einigkeit unter den Beteiligten, dass dann nur noch die Berücksichtigung der Selektivverträge und die Rechtmäßigkeit der erhobenen Verwaltungskostenumlage strittig seien.

Unter dem 10.10.2014 richtete die KV ein Schreiben an das SG, betreffend Herrn Aßmann, das gleichlautend unter dem 27.10.2014 auch an den Verfasser ging. Darin wurde versucht zu erklären, warum es zur Aufführung unterschiedlicher Durchschnittshonorare im Schreiben der KV v. 08.08.2014 und in der Anlage gekommen sei. Bei dem Wert in Anlage B handele es

sich um das für die Anspruchsberechnung relevante Durchschnittshonorar der Aktiven. Das in dem Anschreiben genannte niedrigere Honorar beinhaltet besondere Kosten. Selektivvertragsumsätze seien nicht beinhaltet.

13.3.13. Schriftsatz Prof. Plagemann v. 27.10.2014

In Beantwortung der Schreiben der KV v. 09.10.2014 und v. 10.10.2014 erklärte Plagemann, der unterbreitete Vergleichsvorschlag helfe nicht wirklich. Streitgegenstand sei auch, ob die Honorare aus Selektivverträgen bei der Berechnung der EHV-Leistungen auch ab dem Quartal 3/2012 zugunsten des Klägers zu berücksichtigen seien. Die Beklagte bestätige in ihrem Schriftsatz ausdrücklich, dass in dem Durchschnittshonorar des Jahres 2010, welches die Beklagte zum Maßstab für den Anpassungspunktwert nach den GEHV 2012 herangezogen habe, dies nicht berücksichtigt wurde.

Es könne der eigentums geschützte Teilhabeanspruch des Klägers nicht dadurch unterlaufen werden, dass der Berechnung der EHV-Leistungen nur die Gesamtvergütung zu Grunde gelegt werde, die – so das SGB V – um die Honorare aus Selektivverträgen „bereinigt“ werde. Die Tatsache, dass die Vertreterversammlung in § 11 GEHV a. F. geregelt habe, dass zu Gunsten der EHV-Bezieher die Honorare aus Selektivverträgen erst ab dem Quartal 3/2011 berücksichtigt werden, ändere nichts an der Verpflichtung der Beklagten. Insofern verstoße § 11 a. F. gegen höherrangiges zwingendes Recht.

An diesem Sachverhalt ändere die Feststellung der Beklagten, dass die neue Satzung sich auf der inaktiven Seite „nicht am Durchschnittshonorar“ orientiere, nichts.

Eine Rechtsvorschrift oder ein Rechtsgrund dafür, die Honorare aus Selektivverträgen ausschließlich auf der Beitragsseite zu berücksichtigen (und dadurch mittelbar die Beitragslast zu korrigieren), existiere nicht.

Die Angabe, dass die Beklagte für die Zeiträume 3/2012 bis 2/2014 Honorare außerhalb der Gesamtvergütung nicht erfasst hätte, sei unzutreffend. Nach § 3 Abs.1 GEHV müssten zur Finanzierung der Beiträge auch die Honorare aus Selektivverträgen herangezogen werden. Dies gelte nicht nur für das Jahr 2012, sondern auch für die Folgezeit.

Die Behauptung „...das EHV-System (werde) zu Gunsten der EHV-Bezieher durch Einkommen aus Sonderverträgen langfristig geschützt“, treffe nicht zu. Die Honorare aus Selektivverträgen würden bei der Beitragsermittlung berücksichtigt und bewirkten somit auch höhere Anwartschaften auf Seiten der Beitragszahler.

Wenn das Jahresdurchschnittshonorar aller EHV-Pflichtigen für das Basisjahr 2011 mit € 214.537 beziffert werde und das Basisjahr 2012 mit 213.269, müssten in diesen Beträgen

auch die Honorare für Selektivverträge enthalten sein. So werde auch andernorts seitens der KV kommuniziert.

Von der errechneten EHV-Zahlung werde noch „die jeweils gültige Verwaltungskostenumlage“ abgezogen. Hier nehme die Beklagte Bezug auf § 3 ihrer Satzung und auf die Entscheidung des SG v. 21.12.2011, wonach eine Verwaltungskostenumlage von 2,97% in den Quartalen 2 und 3/2007 das Kostendeckungsprinzip nicht verletze.

Diese Überlegung im Urteil des SG v. 21.12.2011 rechtfertige die Ankoppelung der Verwaltungskosten für EHV-Bezieher ab dem Quartal 3/2012 an die Verwaltungskostenumlage für die Honorarberechnung nicht. Die GEHV-Reform 2012 ziele auf radikale Vereinfachung. Das vom erkennenden Gericht herangezogene Kostendeckungsprinzip erfordere eine Differenzierung der Verwaltungskosten, jedenfalls für die EHV-Bezieher ab dem 01.07.2012.

13.3.14. Schreiben des Vorsitzenden der 12. Kammer des SG Marburg v. 30.10.2014

Es werden die Daten der Neufassung der GEHV und der Genehmigung durch das Sozialministerium angefordert, außerdem die konkrete Festsetzung der Verwaltungskostenumlage. Anzugeben sei auch die Höhe des Prozentsatzes, der entsprechende Beschluss der Vertreterversammlung und die Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

Ergänzend zu den bisherigen Aufklärungsverfügungen ergingen folgende Hinweise:

Soweit die Beklagte das Durchschnittshonorar 2010 nach Anwendung des sog. Nachhaltigkeitsfaktors berechnet habe, sei bereits zweifelhaft, ob dies der Satzungsgrundlage entspreche. Mit dem Verweis auf den Jahresbetrag des Durchschnittshonorars sei das tatsächliche Durchschnittshonorar gemeint.

Der Nachhaltigkeitsfaktor habe weder den Anspruchssatz noch das Durchschnittshonorar verändert, sondern habe als weiterer Faktor an der Anspruchshöhe bzw. am Zahlbetrag angesetzt. Es seien die für die Finanzierung der festgestellten EHV-Ansprüche notwendigen Mittel durch Quotierung bereitgestellt worden. Die Quote habe dabei einen Wert von 5% nicht überschreiten dürfen. Es folgen weitere Ausführungen zur fünfprozentigen Quotierung.

Wenn der Satzungsgeber tatsächlich die EHV-Ansprüche ab dem Jahr 2012/13 auf dem durch den Nachhaltigkeitsfaktor quotierten Niveau hätte ansiedeln wollen, hätte es einer entsprechenden Regelung bedurft. Ansätze für eine solche Regelung seien nicht ersichtlich.

Möglicherweise sei das Fehlen einer Übergangsregelung zur Einbeziehung der Einnahmen aus Sonderverträgen für die Festsetzung der EHV-Ansprüche zu beanstanden, da diese Einnahmen bereits seit dem Quartal 3/2011 bei der Beitragserhebung berücksichtigt würden.

Die Beklagte sei der Anfrage der Kammer, in welchem Umfang Honoraranteile außerhalb der Gesamtvergütung im Zeitraum v. Juli 2012 bis Juni 2014 und für Zeiträume davor bisher erfasst wurden, 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. Es bestehe nach § 11 GEHV bzw. § 5 GEHV eine Nachweispflicht des einzelnen Vertragsarztes. Die Beklagte sei nach § 11 GEHV a. F. befugt gewesen, bei Nichtangabe die Quartalsumsätze zu schätzen. Es habe der Verwaltungspraxis entsprochen, eine Schätzung in Höhe einer Durchschnittseinnahme von € 25.000 im Quartal vorzunehmen. Allerdings habe die Beklagte sich bisher in Verfahren gegen entsprechende Festsetzungen geweigert, dem Gericht die Datengrundlag für die Durchschnittseinnahme anzugeben. Insgesamt sei daher mangels Vorliegens anderer Daten, wozu ausschließlich die Beklagte in der Lage wäre, davon auszugehen, dass ein erheblicher Honoraranteil, der außerhalb der Gesamtvergütung von den Krankenkassen zu zahlen sei, nicht in die Berechnung der EHV-Ansprüche einbezogen werde.

Zu den Verwaltungskosten wird ausgeführt, die sozialgerichtliche Rechtsprechung habe bisher einhellig die Verwaltungskostenumlage nicht beanstandet. Es folgen Ausführungen zu verschiedenen Urteilen und rein juristische, einem Mediziner nicht zugängliche Erörterungen, an deren Ende es heißt: *„Soweit eine Festsetzung in einem „Kontoauszug“ oder einem anderen Bescheid erfolgt ist, wird um Stellungnahme gebeten, ob dieser streitgegenständlich ist“*.

In einem letzten Punkt wird der Kläger darauf hingewiesen, dass Zweifel hinsichtlich der Bestimmtheit des Klageantrags bestehen, soweit auch beantragt werde, höhere Leistungen aus der EHV zu gewähren.

Es wird dann eine den Kläger betreffende Antragstellung angeraten: *„Der Kläger beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 29.06.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.02.2013 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.“*

13.3.15. Schreiben der KV . v. 04.11.2014

Mit Schreiben der KV v. 04.11.2014 an das SG wurden je eine Kopie von info.doc und EHV-Aktuell mit der Neufassung der GEHV übersandt, außerdem info.doc 6 von 2011 mit der von der VV beschlossenen Verwaltungskostenumlage von 2,49% und dem Hinweis, dass der Haushalt zu Beginn des Folgejahres vom Hessischen Sozialministerium genehmigt werde. Es wurde eine Liste mit Verwaltungskosten ab erstem Quartal 2010 vorgelegt und ein Kontoauszug im Verfahren Aßmann für die Zeit v. 01.07.12 bis 31.12.12.

Zur Abfrage der Umsätze aus Selektivverträgen wird wiederholt, dass für das streitgegenständliche Beitragsjahr 3/2012 bis 2/2013 keine Selektivvertragseinnahmen abgefragt wurden, da das Vorvorjahr 2010 relevant gewesen wäre. Im Jahr 2010 habe es noch keine Regelung zur Abfrage gegeben.

Für den Folgezeitraum werde der bisherige Vortrag korrigiert. Für das Beitragsjahr 3/2013 bis 2/2014 seien Umsätze aus den Quartalen 3/2011 und 4/2011 abgefragt worden, denn dies seien die beiden Quartale des Vorvorjahres, in denen die Neufassung des § 8 KVHG auf Satzungsebene umgesetzt gewesen sei. In den beiden vorhergehenden Quartalen, welche ebenfalls zum Vorvorjahr zählten, sei aus dem gleichen Grund keine Abfrage erfolgt. Für das Beitragsjahr 3/2014 bis 2/2015 seien die Umsätze aus 2012 komplett abgefragt worden.

13.3.16. Urteil SG Marburg v. 05.11.2014 Az.: S 12 KA 84/13

Das Urteil des Sozialgerichts Marburg v. 05.11.2014 lautet:

„1. Unter Abänderung des Bescheids der Beklagten vom 29.06.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids 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.“

Unter Entscheidungsgründen heißt es, die Klage sei weitgehend begründet. Der angefochtene Bescheid v. 29.06.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.02.2013 sei rechtswidrig. Er sei daher abzuändern gewesen. Der Kläger habe einen Anspruch auf Neubescheidung über seinen EHV-Anspruch ab dem 02.07.2012 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 seien, seien rechtmäßig und daher nicht abzuändern gewesen (S. 7).

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. Hierfür fehle es bereits an einer Satzungsgrundlage. Zudem sei der sog. Nachhaltigkeitsfaktor nach der Rechtsprechung des BSG rechtswidrig. Die Satzungsgrundlage sei ferner rechtswidrig, als eine Einbeziehung des Honorars aus Sonderverträgen bei der Berechnung der EHV Ansprüche nicht vorgesehen sei, obwohl die Beklagte diese Einnahmen zur Finanzierung der EHV bereits seit dem Quartal 3/11 heranziehe. Ohne Erfolg sei die Klage, soweit die Verwaltungskostenumlage angegriffen werde (S. 7).

Offensichtlich handele es sich bei der veröffentlichten Formel (§ 10 GEHV) um ein Redaktionsversehen, was vor einer Neubescheidung der Beklagten durch Beschluss der Vertreterversammlung durch Änderung der Formel klarzustellen sei (S. 8).

Soweit der Vortrag des Klägers 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 (S. 8).

Soweit die Beklagte das Durchschnittshonorar 2010 nach Anwendung des sog. Nachhaltigkeitsfaktors berechnet habe, wovon auszugehen sei, entspreche dies bereits nicht der Satzungsgrundlage. Mit dem Verweis auf den Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 nach den bis um 30.06.2012 gültigen Grundsätzen der EHV sei das tatsächliche Durchschnittshonorar gemeint (S. 9).

Maßgeblich für die effektive Höhe des EHV-Anspruchs seien nach den GEHV a. F. neben dem Anspruchssatz das sog. Durchschnittshonorar und der ab dem Quartal 3/2006 erstmals eingeführte Nachhaltigkeitsfaktor gewesen. Dieser Betrag sei durch den ab Quartal 3/2006 geltenden Nachhaltigkeitsfaktor gekürzt worden. Der Nachhaltigkeitsfaktor habe damit weder den Anspruchssatz noch das Durchschnittshonorar verändert, sondern habe als weiterer Faktor an der Anspruchshöhe angesetzt (S. 9).

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. Ansätze für eine solche Regelung seien nicht ersichtlich (S. 10).

Soweit die Beklagte sich in der mündlichen Verhandlung darauf eingelassen habe, es sei nie anders gemeint gewesen, dass der Nachhaltigkeitsfaktor anzuwenden sei, fehle hierfür jegliche normative Grundlage. Soweit die Beklagte einen Korrekturbedarf sehe, bestehe die Möglichkeit einer Satzungsänderung. Eine schlicht abweichende andere Verwaltungspraxis sei in einem Rechtsstaat jedenfalls nicht möglich, sondern bedeute rechtswidriges Handeln.

Im Übrigen sei § 8 GEHV a. F. mit dem sog. Nachhaltigkeitsfaktor nach der Rechtsprechung des BSG rechtswidrig (S. 10).

Von der Kammer zu beanstanden gewesen sei auch das Fehlen einer Übergangsregelung zur Einbeziehung der Einnahmen aus Sonderverträgen für die Festsetzung der EHV-Ansprüche. (S 10).

Es folgen Ausführungen zu § 11 GEHV a. F. und zur Neugestaltung der EHV, insbesondere zum Mengenfaktor, zum paritätischen Defizitausgleich und zur Schwankungsreserve (S.

11/12). Zu den Selektivverträgen heißt es an einer Stelle (S. 12): *„Die Beiträge aus den Einnahmen aus den Selektivverträgen dienen auch in der Folgezeit ausschließlich zur Finanzierung der EHV und sind ohne Auswirkung auf das Versorgungsniveau der EHV-Bezieher.“*

Dabei (bei der Neugestaltung der EHV, Anm. d. Verf.) komme 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 habe. 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 Selektivverträgen zur Finanzierung der EHV geschaffen habe. Aus der Gesetzgebungsgeschichte könne nicht zwingend auf ein verzögertes Handeln des Gesetzgebers geschlossen werden, da insbesondere dem Landesgesetzgeber ein Gestaltungsspielraum zuzugestehen sei.

Nach § 8 KVHG in der Fassung des hessischen Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die KVH v. 14.12.2009 Sorge die KVH zunächst wie bisher im Rahmen ihrer Satzung für eine wirtschaftliche Sicherung der invaliden und alten Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte und deren Hinterbliebenen. Zur Sicherung der errichteten EHV der KVH würden 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 ausgezahlt werden, der EHV unterworfen. Das gelte 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 (S. 13).

Im Hessischen Landtag habe die SPD-Fraktion in einem Gesetzentwurf von 2009 auf die Verpflichtung zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung hingewiesen. Hierdurch würden Leistungen, die bisher über die Kassenärztliche Vereinigung als Gesamtvergütung abgerechnet wurden, aus diesem Abrechnungskreislauf ausgegliedert werden (S. 14). Das führe zu dem Problem, dass aus der Gesamtvergütung herausgebrochene Teile auch nicht ohne weiteres in die Berechnung der Umlage für die EHV einbezogen werden könnten. Im Ergebnis werde die Bemessungsgrundlage für die EHV deutlich verringert (S. 14).

Die vorgenommene Abkoppelung von den Ärztteeinkommen bei der Festlegung des Versorgungsniveaus halte die Kammer für unzulässig (S. 15).

Nach der Rechtsprechung des BSG bestehe ein Anspruch 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. Von daher komme es nicht auf die Motive des Landesgesetzgebers an, weshalb er § 8 KVHG neu gefasst habe. Im Übrigen habe er es 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 Blick genommen (S. 15/16).

Die Neufassung der GEHV gebe aber die bisherige Bindung an die allgemeine Honorarentwicklung auf. Insofern komme es 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 Übrigen sei die Beklagte der Anfrage der Kammer, in welchem Umfang Honoraranteile außerhalb der Gesamtvergütung bisher erfasst worden seien, jeweils bezogen auf die Zeiträume Juli 2012 bis Juni 2013 bzw. Juli 2013 bis Juni 2014 und ob Zeiträume davor erfasst worden seien, nicht nachgekommen (S. 16).

Dazu ist zu bemerken, dass offenbar die Mitteilung der KV im Schreiben v. 04.11.2014, einen Tag vor der mündlichen Verhandlung, nicht in das Urteil aufgenommen wurde, in dem die KV sich korrigiert und angibt, dass Umsätze aus den Quartalen 3/2011 und 3/2011 und aus dem Gesamtjahr 2012 abgefragt worden seien. Das ist aber unerheblich, da der von der Kammer angeforderte Umfang der Honorare nicht angegeben und damit die Anfrage des Gerichts unvollständig beantwortet wurde.

Es heißt weiter in dem Urteil, dass die Beklagte sich bisher im Verfahren gegen entsprechende Festsetzung geweigert habe, 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 3/2011 mit 11.313.339,05 angegeben habe und für die Folgequartale 4/2011 bis 2/2012 angegeben habe, sie habe entsprechend hohe Meldungen erhalten, entbehrten diese Angaben jeder Nachvollziehbarkeit. Auch habe sich der Beklagtenvertreter geweigert, die ihm vorliegende schriftliche Unterlage zur Gerichtsakte zu reichen. Letztlich sei es der Kammer hierauf nicht angekommen, weshalb sie von einer Durchsetzung ihres Auskunftsanspruchs auch im Hinblick auf weitere Verzögerungen abgesehen habe, da bereits die strukturelle und grundsätzliche Abkoppelung der Einnahmen aus Sonderverträgen rechtswidrig sei. Im Übrigen seien auch die von der Beklagten genannten Zahlen, ihre Richtigkeit unterstellt, nicht unerheblich. Auf der Grundlage des früheren Anspruchshöchstsatzes von 18% ergebe sich ein EHV-Mehrbetrag von € 904 im Jahr. Gemessen am maximalen EHV-

Jahresbetrag im strittigen Zeitraum 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 davon auszugehen, dass ein nicht zu vernachlässigender Honoraranteil, der außerhalb der an die KV zu leistenden Gesamtvergütung von den Krankenkassen zu zahlen sei, nicht in die Berechnung der EHV-Ansprüche einbezogen werde (S. 16/17).

Bei den Einnahmen aus Sonderverträgen handle es auch um Teile der vertragsärztlichen Vergütung (S. 17).

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz v. 26.03.2007 sei die Vertragskompetenz der Krankenkassen unter Ausschaltung der KVen zur Schaffung neuer Versorgungsstrukturen erheblich ausgebaut worden. Die bereits ab 2004 eingeführte hausarztzentrierte Versorgung sei nun obligatorisch geworden als flächendeckende Versorgung. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) v. 15.12.2008 habe den Krankenkassen eine Frist bis 30.06.2009 zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung gesetzt. Gleichzeitig sei der Sicherstellungsauftrag der KVen reduziert worden, ohne ihn als Grundsatz abzuschaffen. Entsprechend sei die Gesamtvergütung zu verringern. Von daher sei die Einschätzung des Landesgesetzgebers zutreffend, hierdurch würden Leistungen, die im System der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen als Gesamtvergütung abgerechnet worden seien, aus diesem Abrechnungskreislauf ausgegliedert werden. Das bedeute, dass die Beklagte, wenn sie Zugriff auf diese Vergütungsteile habe, diese Teile nach 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 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 vorlägen, habe sie auf der Datengrundlage der Folgejahre eine entsprechende Schätzung vorzunehmen (S. 18/19).

Zu den Verwaltungskosten heißt es: Von der Kammer sei die Höhe der Verwaltungskostenumlage nicht zu beanstanden gewesen. Insoweit seien die Festsetzungen in den angefochtenen Kontoauszügen rechtmäßig und daher nicht aufzuheben gewesen (S. 18).

Im „Kontoauszug“ werde hinreichend bestimmt und geregelt, wie hoch die Verwaltungskosten seien. Insofern handle es sich um eine eindeutig bestimmte Regelung und um einen Verwaltungsakt im Sinne § 31 SGB X (S. 18/19).

Es wird dann § 3 Abs. 7 der Satzung der KVH zitiert und festgestellt, das BSG habe in dem Beschluss der Vertreterversammlung über den Haushaltsplan einen Verstoß gegen Landesrecht nicht erkennen können (S. 19).

Entsprechend ihrer Satzung sei die Beklagte verfahren und habe die Vertreterversammlung den Verwaltungskostensatz festgesetzt (S. 19).

§ 3 Abs. 7 gelte auch für die inaktiven Ärzte. Nach den GEHV handele es sich bei der EHV um die Fortführung der Honorarverteilung. Die Beklagte habe zur Festsetzung des Quartalsanspruchs das gesamte Honorarverteilungsverfahren durchzuführen. Es stehe also der Festsetzung des Quartalsanspruchs ein Verwaltungsverfahren und Verwaltungsaufwand gegenüber. Die Kammer sehe keine Verpflichtung der Beklagten, unterschiedliche Verwaltungskosten festzulegen und hierbei von einem geringeren Verwaltungsaufwand für den Bereich der EHV auszugehen (S. 19/20).

Auch der konkrete Betrag bzw. Prozentsatz, auf den die Beklagte die Verwaltungskostenumlage festlegte, sei rechtlich nicht zu beanstanden (s. 20).

Die Obergrenze zulässiger Belastung ergebe sich aus dem Kostendeckungsprinzip. Das heiße, 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 grundsätzlich nach einem einheitlichen Maßstab auf alle Vertragsärzte umzulegen. Dabei bedürfe es keiner genauen Bemessung des beitragsrechtlichen Vorteils. Ausreichend seien insoweit Schätzungen und Vermutungen sowie gröbere Pauschalierungen. Die Höhe der Beiträge dürfe gemäß dem Äquivalenzprinzip nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil bzw. der Vorteilsmöglichkeit stehen, den bzw. die sie abgelten solle. Die Beiträge dürften die Beitragspflichtigen nur insoweit unterschiedlich belasten, als dies dem verschiedenen Maß an Vorteilen bzw. Vorteilsmöglichkeiten entspreche. Es folgen dann weitere Ausführungen zur Beitrags-erhebung. Zum Teil beziehen sie sich auf die unterschiedliche Erhebung in einzelnen Bezirksstellen, (die aber aufgelöst wurden, Anm. d. Verf.). Bei Fehlverwendungen könne grundsätzlich nur deren Unterlassung beansprucht werden (S. 20,21).

Die Beklagte habe zutreffend die strittigen Verwaltungskostenanteile festgesetzt. Die Beklagte sei im Rahmen ihrer Satzungsbefugnis 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 Erfüllung des Sicherstellungsauftrags durch die aktiven Vertragsärzte und die sich hieraus ergebende Honorarverteilung keine EHV durchgeführt werden (S. 21).

Einer Begründung bedürfe der Honorarbescheid nur hinsichtlich der wesentlichen Faktoren, die für die Berechnung des Honorars wesentlich seien. Die Vorschrift verlange nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Dem Betroffenen seien nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen. Es reiche aus, dass dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen könne. Es komme bei den Honorarbescheiden dem Um-

stand Bedeutung zu, dass sie sich an einen Personenkreis richteten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut sei (S. 21,22).

Diese Grundsätze würden auch für Honorarbescheide gelten (S. 22).

Der Hinweis, dass nur wenige Personen mit der EHV-Verwaltung beschäftigt seien, vernachlässige den Zusammenhang zwischen der EHV und der übrigen vertragsärztlichen Tätigkeit und der dafür notwendigen Verwaltung. Von daher sehe 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 beteilige wie die aktiven Ärzte (S. 22).

Die Beklagte sei auch nicht verpflichtet gewesen, die Höhe des Verwaltungskostensatzes in den Bescheiden anzugeben. Im Übrigen könne der Verwaltungskostensatz ohne weiteres errechnet werden oder bei der Beklagten in Erfahrung gebracht werden. Maßgeblich sei, dass der Beschluss der Vertreterversammlung über den Verwaltungskostensatz veröffentlicht werde. Der Beklagten wäre es aber ohne weiteres möglich, im Honorarbescheid die Höhe der Verwaltungskosten anzugeben (S. 22,23).

Eine Verletzung eigentumsrechtlicher Gewährleistung sei nicht erkennbar (S. 23).

Gegen das Urteil des SG Marburg hat die KV unter dem 05.12.2014 Berufung eingelegt

Zusammengefasst kam das Sozialgericht zu einem für uns sehr günstigen Urteil. Die an uns ergangenen Bescheide waren rechtswidrig

- 1 wegen der vom BSG im Urteil v. 19.02.14 schon als rechtswidrig bezeichneten Anwendung des NHF und
- 2 wegen der fehlenden Einbeziehung der Honorare aus Sonderverträgen, obwohl die KV diese Einnahmen bereits seit dem Quartal 3/2011 erfasste.

Punkt eins des Beschlusses beruht auf dem rechtskräftigen Urteil des BSG vom 19.02.2014. Er wurde vom SG aus dem BSG-Urteil übernommen.

Punkt zwei kann in der von der KV eingelegten Berufung vor dem Landessozialgericht und anschließend im Rahmen einer etwaigen Revision vom BSG geändert werden.

Zu erwähnen ist noch eine persönlich von Herrn Nick 2013 eingereichte Klage wegen einer verspäteten Honorarzahlung. Die KV zahlte die geforderten Verzugszinsen vor Eröffnung des Gerichtsverfahrens, sodass es nicht zu einem Urteil kam.

Von zwei Kollegen wurden Klagen wegen Verfristung ihrer Widersprüche durch Vergleiche erfolgreich abgeschlossen.

14. Zusammenfassung

Die Gründung der EHV 1954 mit der Wahl des Umlageverfahrens für die Altersversorgung der Hessischen Vertragsärzte war ein unausgewogenes, letztlich überwiegend auf den Vorteil der Gründer ausgerichtetes Unterfangen und nicht die einzige Möglichkeit, Kriegsteilnehmern zu helfen. Es wurde laut den ersten Grundsätzen der EHV zwar eine Gruppe von Kriegsteilnehmern an der Erweiterten Honorarverteilung beteiligt, welche Beträge tatsächlich an diese Ärzte geflossen sind, ist aber nicht bekannt. Entscheidend ist, dass karitatives Verhalten und Eigenvorsorge nicht getrennt wurden. Die für die Versorgung der Alten erhobenen Umlagen führten zum Erwerb eigener Anwartschaften. Echte Opfer wurden nicht gebracht.

Ein entscheidender Gründungsfehler war die Umsatzbezogenheit der Umlagen und Altersbezüge. Sie barg von vorneherein die Gefahr der unterschiedlichen Belastungen der Einkommen und war deswegen per se unsolidarisch.

Die Umsatzbezogenheit der Altersbezüge brachte über Jahre blendende Renditen der als Umlage erhobenen Einzahlungsbeträge bei den in den Folgejahren steigenden Honoraren.

Regelmechanismen für steigende Kostenbelastungen und für die demographische Entwicklung etwa in Form eines Ausgleichsstocks oder Ausgleichsfonds wurden nicht dauerhaft eingerichtet. Die Risiken wurden voll auf die folgenden Generationen verlagert. Das musste über kurz oder lang zu Spannungen zwischen den Generationen führen.

Als erstmals die demographische Entwicklung zu hohen Umlagen zu führen drohte, Anfang der achtziger Jahre, wurde ein Ausgleichsfonds eingeführt, der bei Ausbleiben der prognostizierten Entwicklung wieder aufgelöst wurde, anstatt aufgestockt zu werden.

Ab 2001 erfolgte nochmals der Aufbau eines Fonds, der 2007 aufgelöst wurde, weil die KV der Auffassung war, mit der Einführung einer Deckelung der Umlage und in deren Folge der Einführung eines Nachhaltigkeitsfaktors werde er nicht mehr gebraucht.

Die in den achtziger Jahren spürbar werdende Kostenbelastung in den Praxen führte nicht zu grundlegender Reformbereitschaft der KVH. 1981 scheiterte der Versuch einer Umstellung von der Umsatzbezogenheit der Umlagen auf Umlagen vom Einkommen. Anfang der neunziger Jahre wurde erstmals eine Entlastung kostenintensiver Praxen durch Anerkennung bestimmter Praxiskosten beschlossen. Die anererkennungsfähigen Kosten reduzierten den EHV-pflichtigen Umsatz dieser Praxen; ihre Umlage verminderte sich.

2001 sah die KV den Zeitpunkt gekommen, die kostenintensiven Praxen weiter zu entlasten und der demographischen Entwicklung entgegen zu wirken. Beide Ziele wurden durch eine Maßnahme verfolgt: Die Anerkennung bestimmter Kosten senkte den EHV-pflichtigen Um-

satz der betroffenen Praxen und damit deren Umlagen. Mit der Absenkung der Umsätze der betroffenen Praxen sank der Durchschnittsumsatz als Bezugsgröße für die Altersbezüge. Die Anforderungen der Ruheständler sanken, nach damaliger Auskunft zwischen 6% und 8%. Diese Absenkung sahen die KVH und später das BSG als hinnehmbar an.

Die Aktiven sollten einen Beitrag zu Reduzierung der Belastung durch stufenweise Absenkung ihrer möglichen Höchstanspruchsätze von 18% auf 15% leisten. Daneben sollte der genannte Ausgleichsfonds zur Abfederung der Umlagebelastung angespart werden.

Diese Maßnahmen hätten zum Auffangen der demographischen Entwicklung bis etwa 2015 gereicht. Weil sie nach Darstellung der KV damit nur für kurze Zeit ausgereicht hätten, wurde 2006 erneut eine Reform durchgeführt.

Mit der Reform 2006 wurden die Umlagen der Aktiven bei 5% gedeckelt; eine höhere Umlage sollte nicht entrichtet werden. Zwangsläufig mussten die EHV-Zahlungen bei steigender Zahl der Ruheständler quotiert werden. Diese Quotierung wurde Nachhaltigkeitsfaktor genannt.

Die Regelungen aus der Reform 2001 wurden teilweise wieder aufgehoben: Die sukzessive Absenkung der Anwartschaften von 18% auf 15% wurde rückabgewickelt, bald auch der Ausgleichsfonds aufgelöst. Was als einseitige Maßnahme blieb, war die Kürzung der Inaktiven um 5% bis 6%, geregelt durch § 5 GEHV. Damit gab es zwei sich addierende Arten von Kürzungen für die Inaktiven: Die aus der Reform 2001 herrührende Kürzung durch die Kostenanerkennung und die mit der Reform 2006 eingeführte dynamische Kürzung durch den Nachhaltigkeitsfaktor.

Zwar wurden die später in die EHV Eintretenden auch vom Nachhaltigkeitsfaktor betroffen. Sie hatten aber bis zu ihrem Eintritt in die EHV die Möglichkeit allein schon durch die Einsparungen bei der Umlage, zusätzliche Vorsorge zu treffen.

Schon die Kürzungen der Inaktiven durch die Reform 2001 waren aus Sicht Inaktiver unverhältnismäßig und führten zur Gründung der Interessengemeinschaft EHV (IG EHV) im Jahr 2001, deren Mitgliederzahl in den Folgejahren ständig wuchs.

Da Widersprüche gegen ihre Honorarbescheide nicht zu den geringsten Erfolgen führten, sahen sich die Ruheständler schon nach der Reform 2001 gezwungen, gerichtliche Schritte einzuleiten. Bis heute liefen und laufen zahlreiche Verfahren gegen die KV. Zwei jeweils von mehreren IG EHV-Mitgliedern angestrebte Musterverfahren wurden mit BSG-Urteilen vom 16.07.2008 und dem 19.02.2014 beendet. Das Urteil von 2008 brachte zwar keine Rücknahme der bis dahin erfolgten Kürzungen, führte aber zur Feststellung, dass die EHV dem Eigentumsrecht unterfällt und zur Auflage an die Hessische Landesregierung, gesetzliche Regeln-

gen zur Erfassung von zunehmend außerhalb der KV abgerechneten Honorare für die EHV zu treffen.

Das Ergebnis war eine Ergänzung des § 8 KVHG durch den Hessischen Landtag und danach die Aufnahme einer Regelung in die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung in Form eines § 11 durch die KV.

Der steigende Druck wegen der als Folge des Nachhaltigkeitsfaktors zunehmend sinkenden EHV-Zahlungen trotz des für die EHV-Bezüge geltenden Eigentumsrechts, wegen der Schwierigkeiten bei der gesetzlich vorgeschriebenen Erfassung der außerhalb der KV abgerechneten Honorare und wegen der verschiedenen laufenden oder geplanten Gerichtsverfahren veranlassten die KV schließlich den bisher für die IG EHV tätigen Ruland als Sachverständigen Berater zu übernehmen.

Durch die Bemühungen, die Kenntnisse, die Erfahrung und die Autorität von Ruland in Zusammenarbeit mit der Heubeck AG, einem versicherungsmathematischen Unternehmen, gelang schließlich die Reform 2012. Auch wenn durch die KV und das Land nicht alle Vorschläge von Ruland übernommen wurden, ist ein wesentlicher Schritt zu einem Ausgleich zwischen den Generationen getan. Bedenklich ist aber, dass der Reform keine gesetzliche Regelung vorausging und eine solche nicht absehbar ist.

Im Urteil des BSG v. 19.02.2014 zur Reform 2006 wurde zwar festgestellt, dass die KV rechtswidrig, einseitig und unverhältnismäßig gehandelt hat, in Bezug auf die weitere Gestaltung der EHV blieb das BSG aber unbefriedigend unbestimmt und ließ der KV einen weiten Spielraum zur Neugestaltung der EHV.

Noch nicht abgeschlossen sind Verfahren wegen der Einbeziehung der außerhalb der KV abgerechneten, vertragsärztlichen Honorare, insbesondere der Vergütungen aus Sonderverträgen. Mit der Reform 2012 werden die Umlagen von diesen Honoraren nicht mehr an die Inaktiven weitergeleitet.

Ohne die entschlossene Gemeinschaft der IG EHV, insbesondere ihre finanziellen Aufwendungen, die Bereitschaft einiger Mitglieder der IG EHV ehrenamtlich die anfallenden Aufgaben zu erledigen und die erforderlichen Prozesse zu führen, wäre die EHV wahrscheinlich in Bedeutungslosigkeit versunken oder untergegangen.

Bisher hat in Stichworten die IG EHV folgende Ziele erreicht:

1. **Rechtsmittelfähige Bescheide** werden erteilt seit 3. Quartal 2006.
2. Rückwirkende Streichung der **Mehrjahre** wurde in der ersten Instanz, dem SG Marburg im Prozess gegen die Reform 2006 aufgehoben. Keine Berufung der KV dagegen.

3. **BSG–Urteil von 2008:** Die EHV steht unter dem Schutz des Eigentumsrechts nach Art. 14. GG und
4. **Erfassung von** zunehmend an der KV vorbei abgerechneten **Sonderhonoraren** für die EHV. Folge: **Ergänzung des § 8 KVHG durch den Hessischen Landtag.** Die KV hat § 11 GEHV in der bis 30.06.2012 gültigen Fassung beschlossen.
5. Weitere Folge eines SG Urteils: **Begrenzung des Nachhaltigkeitsfaktors** bei 80% ab dem 4.Quartal 2011.
6. Übernahme des zunächst für die IG EHV tätigen Ruland von der KV als Berater. In der Folge Ruland`sche Reform der EHV. Ohne IG EHV keine **Ruland`sche Reform.**
7. Durch die Reform **keine Abhängigkeit der Renten mehr vom manipulierbaren Durchschnittsumsatz,**
8. sondern von der **gesetzlichen Bezugsgröße.** Das hat bereits zu Rentenerhöhungen geführt. Einführung einer **Rentengarantie.**
9. Einführung eines **paritätischen Defizitausgleichs:** Ein etwaiges Defizit bei der Rentenberechnung wird zwischen Aktiven und Inaktiven paritätisch geteilt, d. h. beide Seiten werden in gleicher Höhe belastet.
10. Ein **Beirat** wurde eingerichtet.
11. Für die IG EHV sehr günstiges **Urteil des BSG v. 19.02.2014** mit **Aufhebung des NHF in der angewandten Form.**
12. Nicht rechtskräftiges Urteil des SG Marburg: Die Honorare aus Sonderverträgen müssen in die EHV einbezogen werden.
13. **Aber:** Durch Festlegung des Stichtagspunktwertes unter Zugrundelegung des Jahres 2010 für die Reform 2012 werden die Umlagen aus Sonderverträgen mit Inkrafttreten der Reform nicht an die EHV-Teilnehmer weitergegeben.
14. Herr Nick erreichte durch eine Klage die Zahlung von **Verzugszinsen** wegen verspäteter Honorarzahlung.
15. Zwei Verfahren wegen **Verfristung** von Widersprüchen wurden durch Vergleiche erfolgreich abgeschlossen.

Noch nicht erreicht:

1. Die Bescheide sind unvollständig, die Kürzung nach § 5 müsste erwähnt werden.

2. Die außerhalb der KV abgerechneten Honorare müssen in die EHV-Zahlungen einbezogen werden.
3. Eine Gesetzliche Regelung muss erreicht werden mit dem Ziel einer weitgehenden **Herauslösung der EHV aus der KV, in das Gesetz aufgenommener Rentengarantie und weiterer bisher nur in der Satzung festgelegter Regelungen.**

15. Schlussbemerkungen

Die „*Bemerkungen*“ beanspruchen nicht, eine lückenlose Darstellung der Entwicklung der IG EHV zu sein. Sie sollen das Geschehen um die EHV aus der Sicht der IG EHV wiedergeben ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Entsprechend wurde der Titel gewählt.

Sie sind der Versuch einer Zusammenfassung der Anstrengungen einer Minderheit von EHV-Teilnehmern, ihre Rechte zu wahren gegenüber einer mit großen Möglichkeiten ausgestatteten Körperschaft Öffentlichen Rechts, der KV. Ob die Ergebnisse der Anstrengungen in der Zukunft dazu führen, Irrwege zu vermeiden und von vorneherein geeignete Wege einzuschlagen, bleibt abzuwarten.

Dem etwaigen Vorwurf, einzelne Fakten oder Überlegungen nicht berücksichtigt zu haben, muss entgegnet werden, dass vom Verfasser nur die ihm zugänglichen Quellen wie das Hessische Ärzteblatt, Aussendungen der KV, persönliche Korrespondenz, zufällig in seine Hände gelangte Schriftstücke der KV und mündliche Informationen für die „*Bemerkungen*“ zugrunde gelegt werden konnten. Als Nichtmitglied der KV waren ihm die Quellen innerhalb dieser Institution nicht beliebig zugänglich.

Die Mitglieder der IG EHV können die „*Bemerkungen*“ daran erinnern, dass ihr Einsatz nicht umsonst war und auf dem langen Weg die einzelnen Etappen oft nur mit großer Mühe bewältigt werden konnten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die EHV mit der Reform 2006 und der Anwendung des Nachhaltigkeitsfaktors und nach dem Inkrafttreten des GMG mit der Möglichkeit außerhalb der KV Honorare abzurechnen mit großer Wahrscheinlichkeit vor ihrem Ende gestanden hätte ohne die durch die von der IG EHV herbeigeführten Gerichtsurteile. Es ist deprimierend, dass letztlich nur Gerichtsurteile Änderungen bewirken und die Handelnden in KV und Land zum Umkehren zwingen konnten.

Die „*Bemerkungen*“ sollen aufzeigen, wie hilflos ein Einzelner schon aus finanziellen Gründen der geballten Macht der Selbstverwaltung einer Körperschaft Öffentlichen Rechts und einer sie stützenden Politik gegenübersteht, wie es aber durch Zusammenschluss zu einer Gruppe

gelingen kann, sich gegen Goliaths von Politik und Selbstverwaltung zu behaupten, wenn das Recht auf ihrer Seite ist und sie genügend Entschlossenheit, Hartnäckigkeit und Durchhaltenwillen aufbringt.

Vor dem Prozess gegen die Reform 2001 erhielten die EHV-Teilnehmer nur Kontoauszüge ohne weitere Erläuterungen. Sie mussten sich vorkommen wie Almosenempfänger. Ernüchternd ist, wie viel Zeit durch Verweigerung, Verleugnung und Untätigkeit verstreichen kann, bis endlich eine akzeptable Lösung gefunden werden.

Es ist bedrückend, dass es nicht durch Gespräche zwischen den Parteien gelungen ist, einzelne Punkte aus den Streitigkeiten, wie das von der KV bestrittene Eigentumsrecht in der EHV, das auch den derzeitigen Umlagezahlern ein Anliegen hätte sein müssen, herauszunehmen. Die Gültigkeit des Eigentumsrechts war seinerzeit in einem Referat im Auftrag von Aktiven der KV vom späteren Verfassungsgerichtspräsidenten Papier vorgetragen worden.

Allein dieser Umstand belegt, wie unsinnig und einseitig das Vorgehen der KV im Einzelnen einzuordnen ist. Der Grund kann nur eine unreflektierte Überschätzung von Regelungskompetenzen der Mandatsträger sein, die zu der Vorstellung führte, mit den Ruheständlern nach Gutsherrenart verfahren zu dürfen. Schon Ebsen hatte in seinem von der KV in Auftrag gegebenen Gutachten festgestellt, dass die Interessen der Ruheständler in Krisenzeiten in der Vertreterversammlung nicht sonderlich gut aufgehoben seien⁵⁷. Ruland musste in seinen Entwürfen auf rechtswidrige Regelungen hinweisen, bis endlich ein Umdenken in der KV mit der Vertreterversammlung und im Land einsetzte.

Völlig unverständlich ist in diesem Zusammenhang die Haltung der juristischen Geschäftsführung der KV, die während der gesamten Auseinandersetzungen, teils gegen besseres Wissen, beispielsweise beim Eigentumsrecht und den nicht der Wahrheit entsprechenden Darstellungen des Vorstandes hierzu, einseitig die Interessen der Aktiven vertreten konnte. Offenbar hatte sie weitgehende Freiheit, selbständig zu argumentieren. Der Verfasser kann sich nicht vorstellen, dass alle Argumente auf KV-Seite vor Gericht hätten uneingeschränkt vorgetragen werden können, wenn die Schriftsätze der KV-Juristen von den ärztlich Verantwortlichen in der KV durchgearbeitet worden und korrigierende Weisungen an die Juristen ergangen wären. Es ist dem Verfasser auch nicht verständlich, dass erst durch die IG EHV ein kompetenter Fachmann für eine grundlegende, den juristischen Anforderungen genügende, zukunftsfähige Gestaltung der EHV gefunden werden konnte bei dem Stab von Juristen in der KV.

Bei allem Recht der Aktiven auf Wahrnehmung ihrer Interessen, wäre es gerade die Aufgabe der zuständigen Juristen der KVH und hier insbesondere des seit Jahren mit den Zusammen-

⁵⁷ Prof. Ebsen, Rechtsgutachten vom Okt. 2004, Rn 49

hängen vertrauten Geschäftsführers Hoffmann gewesen, die Aktiven zu einem Ausgleich mit den Inaktiven zu bewegen und nicht eine uneingeschränkte, sich über mehr als ein Jahrzehnt hinziehende Konfrontation zu suchen.

Es bleibt der bittere Geschmack, dass die ärztliche Selbstverwaltung nicht von sich aus in der Lage war, die EHV den Forderungen sich wandelnder Verhältnisse anzupassen und sich über Jahre weigerte, die Geburtsfehler der EHV zu korrigieren. Es wird eine dauerhafte Aufgabe der nicht mehr der KV angehörenden Ruheständler sein, die Entwicklungen der EHV genau zu beobachten. Träger dieser Funktion kann nur eine Organisation wie die IG EHV sein. Der satzungsgemäße Beirat kann mit seiner Unterbesetzung an Inaktiven und seinem marginalen Einfluss nur eine Alibifunktion für die KV haben.

Wenn die Vertretung der hessischen Vertragsärzte, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, nur über Jahre sich hinziehende Gerichtsverfahren gezwungen werden konnte, die Rechte ihrer Ruheständler zu berücksichtigen und nur mit Hilfe eines ihr von den Ruheständlern zugeführten externen Experten in der Lage war, die Gründungsfehler der EHV zu korrigieren, beweist sie damit, dass sie nicht in der Lage war, die Altersversorgung der Vertragsärzte in angemessener Weise zu organisieren. Als Selbstverwaltungsorganisation mag sie viele Aufgaben besser erledigen als andere Einrichtungen. Für die Gestaltung der Altersversorgung der KVH hatte sie nicht die erforderliche Kompetenz.

Das zuständige Aufsichtsministerium hat die Verwerfungen innerhalb der EHV und die eindeutigen Rechtswidrigkeiten in den Beschlüssen der KV entweder nicht erkannt oder nicht erkennen wollen. Jedenfalls wurde von der Politik nicht eingegriffen und erst auf Urteile reagiert.

Die „Bemerkungen“ sollen die Erinnerung an die Bemühungen der IG EHV wach halten. Sie sollen dazu dienen, einzelne oder Gruppen künftiger Generationen zu ermutigen, sich gegen Selbstverwaltung und Politik zu behaupten, wenn sie sich im Recht fühlen. Die Einflüsse der IG EHV werden von der KV in öffentlichen Verlautbarungen bis heute weitgehend totgeschwiegen, weswegen umso dringlicher das Geschehen zusammengefasst werden musste.

Niemand hat die Absicht, die aktiven Vertragsärzte durch die Beitragsbelastung in Existenznot zu bringen. Solche Belastungen wären ebenso rechtswidrig wie die übermäßigen Kürzungen der Inaktiven. Es wird allerdings jeder eine andere Vorstellung von Belastungsgrenzen haben. Es gehört zu den schwierigsten Aufgaben der Selbstverwaltung, jeweils das richtige Maß zu finden. Die Machtverhältnisse zwischen Aktiven und Inaktiven bei der Ausgestaltung der EHV sind so einseitig verteilt, dass für die Inaktiven kaum eine Chance besteht, dass ihre Vorstellungen angemessen berücksichtigt werden. Wenn außergerichtliche Einigungen erreicht werden sollen, wird das kaum ohne neutrale sachverständige Berater möglich sein. Die Chance, schon durch die Zusammensetzung des Beirats ein Gremium für die Kommissuche zu schaffen, wurde vertan.

Die Aussicht auf zukünftig außergerichtliche Einigungen mit der KV ist nach den bisherigen Erfahrungen denkbar gering. Wahrscheinlicher ist, dass die gerichtlichen Auseinandersetzungen weitergehen. Andererseits hat der angesammelte Stoff mittlerweile einen solchen Umfang erreicht, dass es angebracht schien, eine Zäsur zu machen. Die Urteile des BSG v. 19.02.14 und des SG vom 05.11.14 waren die dafür geeigneten Grenzpunkte. Die nachfolgende Entwicklung muss gegebenenfalls in einer Ergänzung der „*Bemerkungen*“ zusammengestellt werden.

Dass nur Gerichtsurteile greifbare Änderungen im Verhalten der KV herbeigeführt haben, bedeutet trotz der großen Erfolge der IG EHV eine Niederlage im Bemühen um einen angemessenen, fairen Umgang der Generationen miteinander.

Es bleibt zu hoffen, dass trotz aller Auseinandersetzungen die EHV zu einer verlässlichen, für alle Beteiligten einen angemessenen Lebensstandard gewährleistenden Altersversorgung wird.

16. Nachwort

von Johann W. Plass

Aus den hier übermittelten umfangreichen Erfahrungen mit der „Erweiterten Honorarverteilung“ sind einige Tatsachen besonders beachtenswert. Trotz großer Widerstände, Konflikte und sonstigen Schwierigkeiten schon bei Gründung und auch im weiteren Verlauf existiert die EHV nun schon mehr als 60 Jahre – zwei Generationen. Sie kommt bei unterschiedlichem Gegenwind und zuletzt korrekturbedürftigen Einschränkungen ihrer Aufgabe der „Versorgung der alten und kranken Vertragsärzte“ Hessens zusammen mit dem Kammerversorgungswerk nach.

Die wirtschaftliche Basis ist im Wesentlichen das Honorar aus der Behandlung Gesetzlich Versicherter Patienten. Dies stellte in dem überblickten Zeitraum eine gute, prosperierende Grundlage für Renten und Anwartschaften dar. Die Gruppe der Vertragsärzte bleibt trotz Strukturwandel, zunehmendem Leistungsangebot und Nachfrage, in der Zahl zwar wachsend, doch überschaubar klein. Im Wesentlichen verhält es sich so auch mit den Rentenempfängern. Nur gedämpft wirkt sich die, vor allem aus unberufenem Munde oft beschworene, Demografische Entwicklung bei der Struktur der Hessischen Vertragsärzte aus. Dies hat mehrere gut nachvollziehbare Gründe, auch wenn es gerne geleugnet und instrumentalisiert wird. Die Belastungen bleiben bei nüchterner Betrachtung, selbst für die fernste Zukunft von den Aktuarien berechnet, überschaubar. Ja! Sie hätten bei solidarischer, weitblickender Vorsorge in der Vergangenheit noch günstiger gestaltet werden können. Aber - zweimal abgebrochen, aufgelöst und ausgezahlt - klappt es vielleicht demnächst.

Eher positive Umfeldbedingungen einer ständischen Altersversorgung in einem wenig krisenanfälligen Erwerbsegment wie der Krankenversorgung sollten alle Beteiligten entsprechend zuversichtlich stimmen und so auch die Herausforderungen angemessen, mutig und solidarisch angehen lassen. Gerade in der letzten Zeit ist das aber nicht mehr der Fall. Warum?

Die Gruppe aus Aktiven und Inaktiven Vertragsärzten scheint sich zu klein und schwach zu fühlen die überdimensional empfundenen Schwierigkeiten gemeinsam anzugehen. Im zukunftsängstlich determinierten Gruppenzerfall bricht vielmehr ein mit fast allen Mitteln ausgetragener Verteilungskampf um gewohnt schwindende Ressourcen aus. Bei mangelnder Fachkompetenz und Übersicht verschärfen und verhärten sich diese Mantra-artig vorgetragenen Fehleinschätzungen und führen zu Parteienbildung mit übermächtigen Außenfeinden. Gegen diese scheint dann ja jedes Mittel recht - selbst um den Preis der eigenen Lächerlichkeit und dem Odium der Rechtswidrigkeit. Gerne würde man sich eines „überflüssigen“ Ballastes wie den Rentenzahlungen, zumindest teilweise, entledigen - ohne bei deutlich eingeschränktem Blickfeld erkennen zu können, das man hier sich selbst trifft - nur etwas später.

Der Wechsel in andere Altersversorgungssysteme ist versperrt. Private Vorsorge am Kapitalmarkt für die meisten neben der EHV in größerem Umfang nicht realisierbar. Es bleibt nur die Konfliktaufarbeitung und Bewältigung innerhalb der Gruppe. Da es keineswegs nur um die Polarität Aktive - Rentner geht, sondern zahlreiche Untergruppen zumindest bei den Aktiven bestehen, kann eine immer kleinteiligere Aufsplitterung nicht zielführend sein. Das Gefühl der Hilflosigkeit und Zukunftsangst wird eher verstärkt und behindert ausgewogene Lösungen. Das in den zurückliegenden Prozessen so oft beschworene „Demokratieprinzip“ - vor allem in Form gegenseitiger Achtung und einer von Winkelzügen freien Rechtmäßigkeit sollte für den Interessenausgleich eindeutig in den Vordergrund gestellt werden. Eine wesentliche Voraussetzung ist, dass sich die Untergruppen trauen, die Wagenburg zu verlassen, um in einen offeneren, nachhaltigeren Dialog einzutreten. Entscheidungen und Regelungen mit mehr Verlässlichkeit und längerer Halbwertszeit sind gefragt.

Nicht die primär eher Ängstlichen sollten zu Verantwortungsträgern gewählt werden, sondern die Aufgeschlosseneren und Zuversichtlichen, damit auch Konstruktiveren. Eine echte paritätische Besetzung der beratenden Gremien zur Nutzung Generationen übergreifender Erfahrung, ebenso wie die feste Etablierung versicherungsmathematischer und rentenrechtlicher Kompetenz wären an Stelle gruppenzentrierter Ideologien hilfreich. Die seit Jahren andauernde Überforderung der Abgeordneten und Vertreter, in Wagenburgmentalität mündend, sollte konsequent abgebaut werden. Intensivere Entscheidungsvorbereitung und weniger Fraktionszwang wären wichtige Voraussetzungen. Auch Geheim- und Gruppenpolitik hinter verschlossenen Türen ist kein Rezept zur Gestaltung der Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen - und dazu gehören auch ihre Rentner.

Aufrufe zu Demokratieprinzip, Solidarität und Sachlichkeit scheinen jedoch wie ein Echo aus vergangener Zeit zu verhallen, besonders wenn man sich die Erfahrungen im Umgang mit der EHV, mit höchstrichterlichen Urteilen, vor allem deren Umsetzungsverzögerung und schließlich Konterkarierung durch erneute ungerechtfertigte Kürzungen und dem vorgesehenen Streichen der Rentengarantie vor Augen hält. Trotz gerade festgestellter Rechtswidrigkeit der alten Kürzungen wird zeitgleich mit deren Teilkorrektur eine neue eingreifende Kürzung auf den Weg gebracht. Achtung vor der gerade höchstrichterlich formulierten Rechtsauffassung ist hier kaum zu erkennen - höchstens als Lippenbekenntnisse. Argumente der Beiratsmitglieder werden schlicht missachtet und vom Tisch gewischt. Die verfassungsmäßig garantierten und vom Bundessozialgericht bestätigten Rechte der Rentner werden von einer überforderten Vertreterversammlung, die sich daran gewöhnt hat, die eigenen Einnahmen selbst zu bestimmen, wie nach Gutsherrenart mit wenig Sachkenntnis eigenmächtig „verwaltet“ und beschnitten. Der Gestaltungsspielraum dient als Feigenblatt zur Durchsetzung eigener Interessen, und wird bei Abwesenheit und Desinteresse einer kontrollierenden Aufsichtsinstanz rechtswidrig ausgeweitet, eines

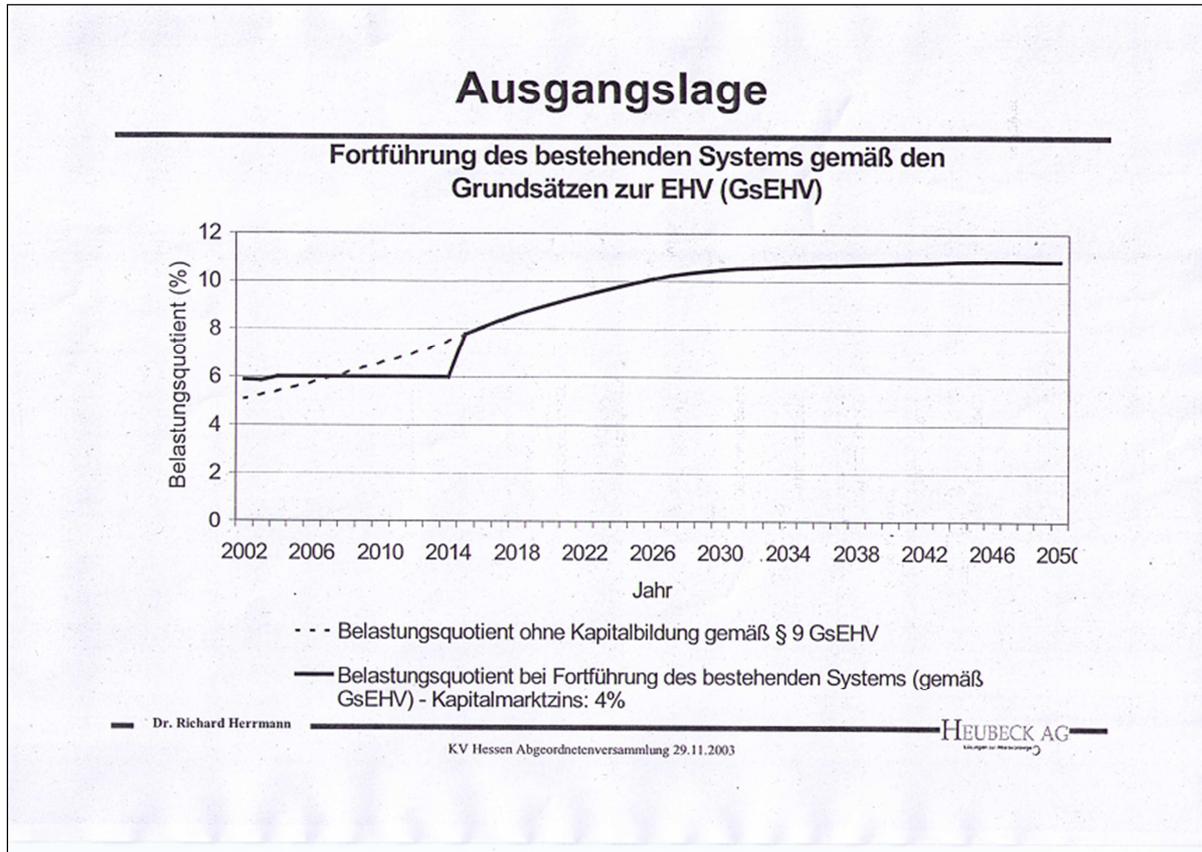
demokratischen Gemeinwesens unwürdig! Hier müssen endlich deutliche gesetzliche Rahmenbedingungen, vom Hessischen Landtag baldmöglichst beschlossen, die wichtigen Eckpunkte der umlagebasierten Altersversorgung der hessischen Ärzte regeln und damit der Willkür und modischen „Stimmungslage“ entziehen. Diese Forderung hat bereits das BSG 2008 formuliert! Man kann gespannt sein, welche Partei sich hier aufgerufen fühlt!

Neben diesem nun wirklich dringenden Schritt ist die Intensivierung der Aktivitäten der IG EHV für die Sicherung der Altersrente in der Zukunft entscheidend.

Gießen, im Mai 2015

17. Anhang

Tabelle Heubeck AG anlässlich der Abgeordnetenversammlung der KVH v. 29.11.2003



§ 5 (1) GEHV, in der Fassung vor dem SG-Urteil v.24.02.2010

Fassung gültig ab 01.07.2006: Bei der Ermittlung der Honorarforderung des Vertragsarztes oder einer Gemeinschaftspraxis von Vertragsärzten, die Grundlage für die Punktzahlgutschrift nach § 3 Abs. 1 a) oder b) wird, sind zunächst die für ausgewählte Leistungsbereiche festgelegten besonderen Kosten gemäß Anlage zu § 5 Abs. 1 unmittelbar von der Honorarforderung abzuziehen. Von der dann verbleibenden Honorarforderung werden leistungsbezogen die unter Berücksichtigung des „TL“-Anteiles im EBM 2000plus definierten bzw. auf den Festlegungen nach Anlage zu § 5 Abs. 2 beruhenden Honoraranteile (jeweils bei Unterstellung eines Punktwertes von 5,11 ct) im Rahmen der verbleibenden Honorarforderungen festgestellt und mit einem Anteil von x% von der verbleibenden Honorarforderung (nach Satz 1) abgezogen.

Der Anteil von x% bestimmt sich dabei ab Einführung des EBM 2000plus für die folgenden vier Quartale so, dass sich im Ergebnis das im jeweiligen Vorjahresquartal festgestellte Verhältnis zwischen dem Durchschnittshonorar, berechnet auf Basis aller in die EHV einbezogenen Honorarforderungen und dem Durchschnittshonorar nach Berücksichtigung der seinerzeit anerkennungsfähigen besonderen Kosten, auch im aktuellen Abrechnungsquartal ergibt. Alle über den Anteil von x% hinausgehenden (verbleibenden) Honorarforderungen nach Satz 1 gehen in die weiteren EHV-Berechnungen nicht mehr ein (und werden dann im Rahmen der allgemeinen Honorarverteilung mit dem Bruttopunktwert bei punktzahlbewerteten Leistungen bzw. der Bruttoquote bei €-bewerteten Leistungen bzw. Pauschalen bewertet).

§ 10 (1) GEHV, Übergangsregelung gültig ab 01.07.2012, vom Gericht beanstandete Fassung

Der Punktwert wird zum 1. Juli 2012 erstmalig festgelegt. Der Ausgangswert ist der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars 2010 nach den bis zum 30. Juni 2012 gültigen Grundsätzen der EHV. Der Wert eines Punktes wird auf der Basis der bisher gültigen Normalstaffel ermittelt. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt nach der bisher gültigen Normalstaffel 12.000 Punkte, der maximale EHV-Anspruch entspricht 18%. Ein Prozentpunkt entspricht damit $12000 : 18 = 666,666$ Punkten. Der Wert eines Punktes ergibt sich aus folgender Formel:

Ein Prozent des Jahresdurchschnittshonorars₂₀₁₀ : (12.000 [maximale Punkte nach der bisherigen Fassung] : 18 [Anspruchshöchstsatz]) x 12 [Monate] = Punktwert_{2012/2013}.

§ 11 GEHV (1), (2) und (3), gültig ab Quartal 3/2011 bis 2/2012

- (1) Zur Finanzierung der Erweiterten Honorarverteilung werden ergänzend zu der Quotierung der Gesamtvergütung nach § 8 (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. 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.
- (2) Die auf ein Quartal entfallenden Einnahmen von Vertragsärzten aus Umsätzen ärztlicher Tätigkeit nach Abs. 1 werden mit der nach § 8 Abs. 2 für das entsprechende Quartal errechneten Quote rechnerisch belastet und zur Finanzierung der EHV her-

angezogen. Dieser Finanzierungsbeitrag ist bei der Auszahlung des Quartalshonorars aus der Gesamtvergütung einzubehalten. Rechnet der jeweilige Vertragsarzt im Quartal weniger Honorar über die KVH ab, als sein Finanzierungsbeitrag zur EHV aus Sonderverträgen nach dieser Vorschrift beträgt, ist er verpflichtet den nicht verrechenbaren Betrag unverzüglich nach Erhalt eines entsprechenden Zahlungsbescheides an die KVH zu zahlen.

- (3) Der sich aus Abs. 2 insgesamt ergebende Finanzierungsbetrag aus allen Einnahmen aus Sonderverträgen wird zu der nach § 8 Abs. 1 GEHV errechneten Quote hinzuge-rechnet. Dies geschieht in der Weise, dass wenn die Quote nicht ausreichend ist, um alle EHV-Ansprüche zu finanzieren, die zusätzlichen Finanzierungsmittel zunächst zu verwenden sind, um die Quotierung der Ansprüche über den Nachhaltigkeitsfaktor zu reduzieren. Sollte durch die zusätzlichen Finanzierungsmittel der Nachhaltigkeitsfaktor 1,0 betragen und weitere Mittel unverbraucht sein, werden diese unverbrauchten Restbeträge in der Weise verteilt, dass der sich rechnerisch ergebende Faktor größer 1 dann tatsächlich zur Berechnung des Auszahlungsbetrages zugrunde gelegt wird.

18. Zeittafel

2001, Quartal IV: Inkrafttreten einer EHV-Reform

2001.12.01 Gründung der IG EHV

2003.07.07 Klage vor dem Sozialgericht Frankfurt a. M. wegen der Reform 2001

2004.05.19 Urteil des SG Frankfurt a.M. zur Reform 2001

2005.04.01 Inkrafttreten von § 5 GEHV und seiner rückwirkenden Änderung

2006.07.01 Inkrafttreten einer EHV-Reform

2006.11.01 Urteil des LSG zur Reform 2001

2008.07.16 Urteil des BSG zur Reform 2001

2009.05.11 Besuch (Aßmann, Burk) bei Prof. Ruland in München

2009.12.23 Inkrafttreten des Gesetzes über die Ergänzung § 8 KVHG

2010.02.24 Urteil SG Marburg zur Reform 2006

2010.04.14 Treffen mit KV im Ratskeller Rüsselsheim

2010.05.12 Inkrafttreten der Einbeziehung der weiterarbeitenden 65Jährigen in d. EHV

2011.07.07 Inkrafttreten von § 11 GEHV

2011.12.13 Inkrafttreten der Begrenzung des NHF bei 80%

2012.06.27 Urteil LSG zur Reform 2006

2012.07.01 Inkrafttreten einer Reform der EHV

2014.02.19 Urteil des BSG zur Reform 2006

2014.11.05 Urteil des SG Marburg zur Reform 2012

