

Hessisches Landessozialgericht
L 4 KA 70/22
S 17 KA 201/19 WA (Sozialgericht Marburg)

Verkündet am 20. November 2024

Susann, Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle



Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

Dr. [REDACTED]
[REDACTED]

Kläger, Berufungskläger und Berufungsbeklagter,

Prozessbevollm.:

Plagemann Rechtsanwälte Partnerschaft mbB,
Niederuau 13 - 19, 60325 Frankfurt am Main,

gegen

Kassenärztliche Vereinigung Hessen,
vertreten durch den Vorstand,
Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main,

Beklagte, Berufungsklägerin und Berufungsbeklagte,

hat der 4. Senat des Hessischen Landessozialgerichts in Darmstadt auf die mündliche Verhandlung am 20. November 2024 durch den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Dr. Schreiber, die Richterin am Landessozialgericht Vogl und die Richterin am Landessozialgericht Weihrauch und die ehrenamtliche Richterin Dr. Daur sowie den ehrenamtlichen Richter Dr. Ausmeier für Recht erkannt:

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil
des Sozialgerichts Marburg vom 30. März 2022
aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten des Verfahrens beider
Instanzen zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Leistungen der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017, insbesondere über eine Anpassung des Auszahlungspunktwertes.

Der [REDACTED] geborenen Kläger war von 2004 bis 2007 als Vertragsarzt tätig und bezieht von der Beklagten Leistungen der EHV. Mit Schreiben vom 19. Dezember 2016 an ihre ärztlichen Mitglieder und EHV-Empfänger teilte die Beklagte den Punktwert mit 0,2317 €, die prozentuale EHV-Umlage mit 5,73% und die Maximalumlage mit 9.278,89 € für den streitgegenständlichen Zeitraum mit. Sie erläuterte die Berechnung des EHV-Punktwertes unter Berücksichtigung Honorardynamik und des Paritätischen Defizitausgleichs.

Mit Bescheid vom 20. Dezember 2016 teilte die Beklagte dem Kläger die Höhe des EHV-Honorars, errechnet nach den ab dem 1. Januar 2017 gültigen Grundsätzen der Erweiterten Honorarverteilung (GEHV), wie folgt mit:

EHV-Anspruch in Punkten	6.239,0000
X Auszahlungspunkt看wert in € zum 1. Januar 2017 nach §§ 4 Abs. 5, 5 GEHV	0,2317
= monatl. EHV-Zahlung in €	[REDACTED]

Hiergegen erhob der Kläger am 11. Januar 2017 Widerspruch. Er rügte die Rechtmäßigkeit des Bescheides. Es fehle die erforderliche Begründung gemäß § 35 SGB X. Das für die Berechnung des EHV-Punktwertes maßgebliche Gesamthonorar werde weder beziffert noch nachvollziehbar erläutert. Gleiches gelte für das der Berechnung des EHV-Punktwertes zugrundeliegende EHV-relevante Durchschnittshonorar. Erforderlich sei die Angabe über die Zahl der aktiven Vertragsärzte einerseits und der EHV-Bezieher andererseits, um den in der ergänzenden Mitteilung erwähnten „Paritätischen Defizitausgleich“ nachvollziehen zu können. Der Auszahlungspunkt看wert schreibe den Punktwert 2015/2016 fort. Der im zweiten Halbjahr 2016 maßgebliche Punktwert finde keine Berücksichtigung. Der mit dem Punktwert erstrebte Defizitausgleich sei nicht

paritätisch und berücksichtige die Vorgaben gemäß den Urteilen des Bundessozialgerichts (BSG) nicht: Die Belastungsgrenze liege bei 6,0 % und nicht bei den der Satzung zugrundeliegenden 5,6 %. Die Parität werde auch dadurch verletzt, dass die Lasten zu je 50 % auf die aktiven und die inaktiven Vertragsärzte verteilt würden, obwohl die Zahl der inaktiven Vertragsärzte kleiner sei als die der aktiven Vertragsärzte. Die an die aktiven Vertragsärzte gezahlten Honorare aus Selektivverträgen hätten bei der Errechnung des Ausgangspunktwertes im Jahre 2012 keine Berücksichtigung gefunden. Dies wirke sich bis heute mindernd auf den Auszahlungspunktwert aus und sei rechtswidrig. Der Auszahlungspunktwert sei etwas niedriger als der des Jahres 2016. Dies beruhe auf einer rechtswidrigen Änderung der Satzung, mit dem die sog. Rentengarantie für EHV-Bezieher gestrichen worden sei. Diese Korrektur verstoße gegen den sich aus dem Grundgesetz ergebenden Eigentumsschutz der EHV-Leistungen. Der Punktwert für 2017 sei seitens der Verwaltung unter Verstoß gegen die Satzung der Beklagten festgelegt worden. Der mitgeteilte Punktwert für 2017 sei nicht Gegenstand einer Sitzung des nach § 11d der Satzung beratenden Beirats gewesen. Intransparent sei die in Abzug gebrachte Verwaltungskostenumlage. Sie entspreche nicht dem Wert von 2,49%. Auch dieser Wert sei nur dann rechtmäßig, wenn dem sich daraus ergebenden Gesamtbetrag bei der Verwaltung der EHV ein entsprechender Aufwand gegenüberstehen würde.

Die Entwicklung des EHV-Punktwertes sowie der EHV-Bezüge stellte sich seit Juli 2012 wie folgt dar:

	Punktwerte nach BSG (neu):	monatl. EHV-Zahlung vor Abzug VK bei 12.000 P. nach BSG (neu):
1. Beitragsjahr 2012/2013	0,2210 €	2.652,00 €
2. Beitragsjahr 2013/2014	0,2238 €	2.685,60 €
3. Beitragsjahr 2014/2015	0,2261 €	2.713,20 €
4. Beitragsjahr 2015/2016	0,2294 €	2.752,80 €
5. Beitragsjahr 2016	0,2341 €	2.809,20 €
6. Beitragsjahr 2017	0,2317 €	2.780,40 €
7. Beitragsjahr 2018	0,2340 €	2.808,00 €
8. Beitragsjahr 2019	0,2251 €	2.701,20 €

Die Zahl der EHV-Empfänger entwickelte sich wie folgt:

2015	7038
2016	7275

2017	7536
2018	7776

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 31. Mai 2017 zurück. Der Bescheid genüge den Anforderungen des § 35 Abs. 1 SGB X. Der Bescheid über die Anpassung des Auszahlungspunktwertes für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017 müsse die für die Berechnung maßgeblichen Faktoren enthalten. Dies seien der jeweils persönliche EHV-Anspruch des einzelnen Arztes in Punkten, der festgelegte Auszahlungspunktwert in € zum aktuellen Zeitpunkt sowie die Höhe der dem Arzt zu gewährenden monatlichen EHV-Zahlung in €. Wie bereits dem Rundschreiben vom 19. Dezember 2016 auf Seite 2 zu entnehmen sei, sei für die Berechnung des EHV-Punktwertes für das Jahr 2017 als Ausgangspunktwert 0,2341 € zugrunde gelegt worden. Der vorgenommene Paritätische Defizitausgleich (PDA) genüge den Vorgaben der ab dem 1. Januar 2017 geltenden GEHV. Nach § 5 GEHV sei für das Jahr 2017 ein PDA vorzunehmen. Der Punktwert für die EHV-Empfänger werde demgemäß von 0,2447 € auf 0,2317 € abgesenkt. Die Umlage für die aktiven Ärzte werde von 5,73 % auf 6,07 % erhöht. Einnahmen aus Sonderverträgen würden nicht berücksichtigt. Auch wenn der Auszahlungspunktwert etwas niedriger sei, als der des Jahres 2016, so liege er mit 0,2317 € jedoch deutlich über der Punktwertgarantie von 0,1966 €. Soweit der Kläger in diesem Zusammenhang einen Verstoß gegen die Eigentumsgarantie rüge, liege ein solcher Verstoß nicht vor. Die Beklagte verwies auf die Entscheidung des BSG vom 16. Juli 2008 (Az.: B 6 KA 39/07 R). Bei der Ermittlung des Punktwertes sei eine Beteiligung des EHV-Beirats nicht geboten. Die rechnerische Ermittlung des Punktwertes sei kein notwendiger Gegenstand der Beiratssitzung. Vielmehr handele es sich bei dieser um eine Rechenfrage, welche keinen Spielraum zulasse und daher keine Stellungnahme bzw. Beratungsfunktion seitens des EHV-Beirats voraussetze. Die Erhebung der Verwaltungskosten sei bereits durch die Rechtsprechung bestätigt. Die Vertreterversammlung der Beklagten habe beschlossen, dass auch im Jahr 2017 der allgemeine Verwaltungskostensatz unverändert bei 2,49 % bleibe. Außerdem sei analog zu den aktiven Ärzten eine Sonderumlage (Umlagesatz Weiterbildung Allgemeinmedizin) in Höhe von 0,58 % erhoben worden. Dies könne dem jeweiligen Jahres-Kontoauszug entnommen werden.

Hiergegen hat der Kläger am 14. Juni 2017 zum Sozialgericht Marburg Klage erhoben. Das Sozialgericht hat mit Beschluss vom 30. Oktober 2017 das Ruhen des Verfahrens angeordnet und das Verfahren im März 2019 wieder aufgerufen.

Der Kläger hat zur Begründung seiner Klage insbesondere vorgetragen, dass der Auszahlungspunktwert mit Wirkung zum 1. Januar 2017 in nicht nachvollziehbarer Weise im Rahmen des Paritätischen Defizitausgleichs abgesenkt worden sei. Dies verletze ihn in seinen Rechten. Die Begrenzung der Leistung beruhe auf einer Schätzung. Die Schätzgrundlage sei weder im angefochtenen Bescheid angegeben noch in den Erläuterungen dazu noch im Widerspruchsbescheid. Es könne nicht sein, dass die Leistungen im Jahr 2017 an die EHV-Bezieher so eklatant angestiegen seien, dass nun die den Defizitausgleich auslösende Grenze um mehr als 10% überschritten werde. Denkbar sei, dass bei der Schätzung außerordentliche Erhöhungen berücksichtigt worden seien, die jenseits der verlängerten Lebenserwartung und der Zunahme der EHV-Bezieher liegen, möglicherweise bedingt dadurch, dass die Zahl derjenigen ansteige, die nach der Neuregelung deutlich den bisher möglichen maximalen Punktwert von 12.000 € überschritten. Eine solche Erhöhung der Leistungen könne aber nun nicht zu Lasten der EHV-Bezieher gehen, da diese Leistungserhöhung mit den demographischen Risiken nichts zu tun habe. Die Gesamtvergütung, die wesentliche Grundlage für die Ermittlung des Durchschnittshonorars sei, welches die Honorardynamik widerspiegele, sei bis zum 1. Januar 2017 im maßgeblichen Vorjahreszeitraum deutlich gestiegen, nämlich um 4,53 %. Dieser Anstieg des Durchschnittshonorars habe auch einen Anstieg der Umlagen zur Folge, so dass einem Mehrbedarf auch entsprechend höhere Umlagen gegenüberständen, so dass ein auszugleichendes Defizit von mehr als 10 % sich jedenfalls mit den Änderungen der Demographie nicht rechtfertigen lasse. Nach den eigenen Berechnungen errechne sich das Defizit vielmehr wie folgt: 144.081.735,20 € (geschätzter Finanzbedarf) geteilt durch 134.871.604,00 € (geschätztes Umlagevolumen) = 9.210.131,20 €. Teile man diesen Betrag durch 2 gemäß § 5 Abs. 2 GEHV ergebe dies eine Differenz von 4.605.065,60 €. Der sich aus der Honorardynamik ergebende Punktwert werde um 3,2 Prozent gekürzt, so dass ein Punktwert von 0,2369 verbliebe, der oberhalb des letzten Punktwertes liege. § 5 GEHV verleihe der Beklagten kein freies Ermessen, sondern ermächtige zu einer

gewissenhaften Schätzung, bei der die Realität möglichst exakt abzubilden und einzubeziehen sei. Die Maßgaben, welche für die Schätzung leitend gewesen seien, müssten transparent sein – andernfalls werde auch das Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz gem. Art. 19 Abs. 4 GG verletzt. Nach dem von der Beklagten zur Verfügung gestellten Zahlenwerk, komme man bei gewissenhafter Schätzung zu einem Defizit, welches gem. § 5 GEHV paritätisch auszugleichen sei. Auch wenn man bei der Schätzung einen „Puffer“ („zur Sicherheit“) einbaue, lasse sich das von der Beklagten zugrunde gelegte Defizit nicht nachvollziehen. Gemäß § 5 Abs. 4 GEHV sei die Berechnung der Anpassung im Einzelnen von dem Vorstand zu veröffentlichen. Der Vorstand der Beklagten habe ein auch nur halbwegs nachvollziehbares Rechenwerk zur Anpassung mit Wirkung zum 1. Januar 2017 nicht vorgelegt. Eine nachvollziehbare Berechnung ergebe sich auch nicht aus dem Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 31. Mai 2017. Trotz Erhöhung der Gesamtvergütung, trotz Erhöhung des Durchschnittshonorars und trotz einer merklichen Verbesserung der Einnahmesituation der aktiven Vertragsärztinnen und Vertragsärzte würden also die den EHV-Beziehern gewährten Leistungen „gekürzt“, und zwar auf Grund einer Schätzung. Dass es zum 1. Januar 2017 Anhaltspunkte für wesentlich höhere EHV-Leistungen gegeben haben könnte, bestreite er ausdrücklich. Die von der Beklagten behauptete „Schätzung“ sei im Wesentlichen dadurch bedingt, dass zu Lasten der EHV-Bezieher Leistungskürzungen umgesetzt würden, die im Einzelnen nicht nachvollziehbar seien. Ab 1. Januar 2018 betrage der Auszahlungspunktwert 0,2340, ab 1. Januar 2019 0,2251 und unterschreite ab 2019 nun sogar die Punktwerte, die zuletzt vor dem 1. Juli 2015 gegolten hätten (damals 0,2261). Es bestehe nicht die Notwendigkeit zu einer Aufhebung der Rentengarantie bzw. zum weiteren Absenken des unteren Punktwertes. Die EHV befinde sich nicht in finanziellen Schwierigkeiten. Soweit die aktuelle Satzungsfassung auf den „unteren Punktwert“ von 0,1966 Bezug nehme, zementiere sie damit ein rechtswidriges Verhalten der Beklagten. Bei einer Absenkung der Leistungen unter Berücksichtigung des Punktwertes 0,1966 ergebe sich eine Kürzung um rund 20 %, was auch nach den Entscheidungen des BSG verfassungswidrig sei. Klarstellend sei nochmals darauf hingewiesen, dass es bei dem so gestaltenden Paritätischen Defizitausgleich nicht um ein „Abschmelzen“ des Rentenanstiegs

gehe, sondern um eine reale Kürzung. Dies stellen einem Eingriff in das grundrechtlich geschützte Eigentum dar. Ein solcher Eingriff in das Grundrecht lasse sich nur rechtfertigen, wenn übergeordnete öffentliche Interessen dafür stritten. Art. 14 GG und die GEHV gestatteten es der Beklagten gerade nicht, mit Hilfe eines überhöht und freigeschätzten Finanzvolumens den Versorgungsanspruch der Höhe nach einzuschränken. Dabei sei ergänzend zu berücksichtigen, dass seit Jahren die Leistungen an die Inaktiven so gut wie nicht oder nur sehr gering angepasst wurden – Jahr für Jahr deutlich niedriger, als es der „Honorardynamik“ entsprochen hätte. Das widerspreche dem der Umlage zugrundeliegendem Prinzip der Teilhabe. Auch wenn die EHV-Bezieher anteilig die Lasten der Demografie mitzutragen hätten, verbiete es sich im Lichte des Art. 14 GG, den EHV-Beziehern einseitig „demografische Risiken“ aufzuerlegen bei gleichzeitigem effektiven Honoraranstieg der aktiven Vertragsärzte. Dies habe auch das BSG in seinem neuesten Urteil vom 12. Dezember 2018 nicht gerechtfertigt. Danach sei es zudem unzulässig, die dem Kläger zustehenden Leistungen um 0,58% zur Finanzierung einer Sonderumlage Weiterbildung Allgemeinmedizin zu reduzieren.

Die Beklagte hat insbesondere auf die Urteile des BSG vom 12. Dezember 2018 (B 6 KA 52/17 bis 55/17) verwiesen. Anders als der Kläger dies ausführe, könne nicht von einem Verfall des Punktwerts gesprochen werden, denn im neuen Beitragsjahr 2018 betrage der Punktwert wieder 0,2340 €. Hervorzuheben sei, dass mit der Satzungsänderung nun für alle EHV-Empfänger ein einheitlicher Punktwert von 0,1966 € garantiert werde. Für die Neufassung von § 5 Abs. 3 GEHV habe es gewichtige Gründe gegeben. Mit der Änderung hätte neben der Wiederherstellung einer ausgewogenen Verteilung der Lasten das durch die bisherige Fassung drohende Ungleichgewicht in der Verteilung einer unmittelbaren bevorstehenden Finanzlücke in der EHV beheben sollen. Diese habe aufgrund der erheblichen Auswirkungen auf den Punktwert durch die rückwirkende Änderung von § 8 Abs. 1 GEHV in der bis 30. Juni 2012 geltenden Fassung in Umsetzung der Rechtsprechung des BSG aus dem Urteil vom 19. Februar 2014 (Az.: B 6 KA 10/13 R) gedroht. Die Neufassung diene damit auch der Stabilisierung der EHV. Gleichzeitig solle aber auch für bereits bestehende und künftige EHV-Ansprüche zunächst das bisherige Niveau der

EHV-Leistungen auf Basis des zuletzt festgesetzten Punktwertes einheitlich garantiert und damit das Vertrauen auf den Bestand geschützt werden. Es sei weder eine ungebremsste Absenkung des Leistungsniveaus zu Lasten der EHV Bezieher zu erwarten, noch sei die Behauptung zutreffend, die Beibehaltung der bisherigen Regelung sei insgesamt nicht finanzierbar. Sie habe ihre Berechnungsgrundlagen mit Rundschreiben vom 19. Dezember 2016 dargestellt und den Punktwert damit veröffentlicht. Die Berechnung entspreche den Regelungen in den GEHV. Konkret komme im streitgegenständlichen Jahr 2017 der Paritätische Defizitausgleich so zur Anwendung, dass für das Jahr 2017 die prozentuale Umlage (§ 3 Abs. 1 S. 2 i.V.m. § 10 Abs. 2 GEHV) um 5,93 % erhöht und der Punktwert um 5,30% abgesenkt worden sei. Auf der Ebene der Aktiven sei die Finanzierung des Paritätischen Defizitanteils letztlich durch eine Erhöhung der Ausgangsumlage von 5,73% auf 6,07% erreicht, während auf der Ebene der Inaktiven dies durch eine Absenkung des neuen EHV-Punktwertes (= Ausgangspunktwert berechnet aus dem letzten Punktwert des Beitragshalbjahr 2016: 0,2341 € x Honorardynamik: 1,0453 €) von 0,2447 € auf 0,2317 € realisiert worden sei. Dabei habe der Kalkulation ein geschätztes Umlagevolumen für das Bezugsjahr 2017 in Höhe von 134,87 Mio. € und ein geschätzter Finanzbedarf für das Bezugsjahr 2017 in Höhe von 150,87 Mio. € zugrunde gelegen. Setze man nun den Defizitanteil der Inaktiven in Höhe von rund 8 Mio. € (Gesamtdefizit rund 16 Mio. €, also die Differenz zwischen Finanzbedarf und Umlagevolumen) in ein prozentuales Verhältnis zum kalkulierten Finanzbedarf für 2017 in Höhe von 150,87 Mio. €, komme man zu dem Absenkungswert von 5,30% (gerundet) im Zuge des Paritätischen Defizitausgleichs. Bei den Aktiven sei hingegen der Defizitanteil in ein prozentuales Verhältnis zum geschätzten Umlagevolumen in Höhe von 134,87 Mio. € zu setzen, so dass man auf den Steigerungswert von 5,93 % (gerundet) hinsichtlich der Ausgangsumlage komme. In Anbetracht dessen sei dem Vorbringen der Klägerseite an dieser Stelle entgegenzuhalten, dass die prozentuale Steigerung auf der Seite der Aktiven bei der Umlage, und damit die durch die Aktiven zu tragende Belastung, um 0,63 % höher liege als auf Seiten der Inaktiven in Gestalt des Punktwertes. Von einer (einseitigen) Belastung der EHV-Bezieher könne keine Rede sein. Die GEHV sähen keine Konsolidierung anhand viel später vorliegender Realwerte vor. Dies ist auch insoweit konsequent,

da Punktwert und Umlage jeweils für einen in der Zukunft liegenden Zeitraum festgelegt würden. Zudem sei kennzeichnend für eine Schätzung, dass sie prognostisch sei und die jeweiligen Werte nicht tatsächlich wiedergebe. Auch würden die Inaktiven nicht von Honorarsteigerung auf Seiten der aktiven Ärzte ausgeschlossen, sondern die Honorardynamik sei maßgebend für jede Punktwerterhöhung. Aus dem Urteil des BSG nicht, dass die Beklagte auch für den hier streitgegenständlichen Zeitraum zu Unrecht die Sonderumlage Weiterbildung in Höhe von 0,58 % von den EHV-Zahlungen erhoben habe. Hierbei handele es sich um einen Bestandteil der Verwaltungskostenumlage. Neben dieser Sonderumlage, erhebe die Beklagte auch den allgemeinen Verwaltungskostensatz von 2,49 % von den EHV-Leistungen der EHV-Empfänger. Die EHV-Empfänger würden damit in gleicher Höhe daran beteiligt, wie die aktiven Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Das BSG habe in seinen Urteilen vom 12. Dezember 2018 seine Rechtsauffassung bestätigt, nach der alle Vertragsärzte verpflichtet seien, sich an den Verwaltungskosten in gleichem Maße zu beteiligen. Dies gelte nach der Auffassung des BSG auch für Zahlungen an ehemalige Vertragsärzte aus der EHV. Lediglich im Zeitraum vom 1. Juli 2012 bis 31. Dezember 2016 hätten die Zahlungen aus der EHV nicht mit den Abzügen für eine Sonderumlage zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung belegt werden dürfen. Es sei gerade einer der Reformschritte gewesen, die GEHV von der Entwicklung der Bezugsgröße des § 18 SGB IV abzukoppeln und sie wieder von der Honorarentwicklung abhängig zu machen. Damit habe die Beklagte auch ab diesem Zeitraum zu Recht die Sonderumlage Weiterbildung von den EHV-Leistungen in Abzug gebracht. Schließlich seien auch die Kompetenzen des Beirats hinreichend einbezogen worden. Gemäß § 11 d Abs. 6 der Satzung der Beklagten berate der Beirat den Vorstand und die Vertreterversammlung in wesentlichen Fragen der EHV. Zwar sei hierin auch die Festlegung eines neuen Punktwertes genannt, Aufgabe des Beirates sei jedoch die Beratung hinsichtlich grundsätzlicher, systematischer Änderungen der EHV, soweit diese die EHV-Empfänger betreffen. Dies ergebe sich aus § 11 d Abs. 6, S. 1, letzter HS. der Satzung der Beklagten. Dies gelte jedoch nicht für die rein verwaltungsseitige Umsetzung der Vorschriften zum Punktwert gem. GEHV mittels der entsprechenden Berechnungen. Nach der Rechtsprechung des BSG vom

12. Dezember 2018, die mittlerweile auch vor dem Verfassungsgericht Bestand habe, seien Einnahmen aus Selektivverträgen bei der Berechnung nicht zusätzlich zu berücksichtigen.

Mit Urteil vom 30. März 2022 hat das Sozialgericht den Bescheid der Beklagten vom 20. Dezember 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Mai 2017 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, den Kläger über seinen EHV-Anspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die zulässige Klage sei begründet. Die strittige Festsetzung im angefochtenen Bescheid sei rechtswidrig, soweit die Beklagte darin ihr Schätzungsermessen nicht ordnungsgemäß ausgeübt habe. Die streitgegenständlichen Bescheide verletzten nicht Vorschriften des SGB X. Die Honorarbescheide seien hinreichend bestimmt i. S. des § 33 Abs. 1 SGB X. Auch die Begründungen des angefochtenen EHV-bescheids genügten den Anforderungen des § 35 Abs. 1 SGB X. Auch ein verfahrensrechtlicher Verstoß gegen Beteiligungsrechte des EHV-Beirats sei nicht erkennbar. Die streitgegenständlichen Bescheide seien materiell rechtswidrig. Die nunmehr geltende Satzung verstoße nicht gegen die Rentengarantie. Die Neuregelung der Punktwertgarantie in § 5 Abs. 3 GEHV in der Fassung ab 1. Januar 2017 ist nicht zu beanstanden. Auch einen Verstoß gegen die Verteilungsprinzipien der EHV seien nicht zu erkennen. Der Balancierung der gegenläufigen Interessen von Aktiven und Inaktiven träge der Paritätische Defizitausgleich zur Überzeugung der Kammer Rechnung. Eine Benachteiligung der inaktiven Vertragsärzte könne darin nicht erkannt werden. Insbesondere ergebe sich diese Benachteiligung nicht aus dem Umstand, dass der Fehlbetrag bei den Inaktiven auf weniger Köpfe als bei den Aktiven umgelegt werde. Ein derartiger Anspruch auf quantitative Umrechnung der Belastung auf den Einzelnen bestehe nicht. Die Beklagte habe die Einnahmen der Vertragsärzte aus Selektivverträgen für die Zwecke der EHV ohne Verstoß gegen Bundesrecht nicht berücksichtigt. Insoweit folge die Kammer der ausführlichen und durch das BVerfG bestätigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 2018 (B 6 KA 53-55/17 R). Wie die aktiven Vertragsärzte müssten sich auch die Bezieher von Leistungen aus der EHV an den Kosten der Verwaltung der Beklagten beteiligen. Auch insoweit folge die Kammer der Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 12. Dezember 2018, B 6

KA 55/17). Soweit sich die Klägerseite auf die Rechtsprechung des BSG vom 12. Dezember 2018 zur Weiterbildungskostenumlage berufe, gälten die dortigen Erwägungen zur Überzeugung der Kammer nach den neuen Grundsätzen der GEHV ab dem 1. Januar 2017 nicht mehr fort. Die Beklagte habe jedoch das ihr nach § 5 GEHV zustehende Schätzungsermessen zur Überzeugung der Kammer in nicht nachvollziehbarer und damit rechtswidriger Weise ausgeübt. Bei Schätzungen bestehe kein der Gerichtskontrolle entzogener Beurteilungsspielraum. Vielmehr habe das Gericht die Schätzung selbst vorzunehmen bzw. jedenfalls selbst nachzuvollziehen. Dies sei vorliegend jedoch nicht möglich, da der streitgegenständliche Verwaltungsakt überhaupt keine Ausführungen zu den Schätzgrundlagen enthalte. Trotz entsprechender Aufforderung des Gerichts habe die Beklagte diese Grundlagen auch im Klageverfahren nicht offengelegt. Dies begründe zur Überzeugung der Kammer einen Verstoß gegen Art. 19 Abs. 4 GG. § 5 GEHV verleihe der Beklagten kein freies Ermessen, sondern ermächtige zu einer gewissenhaften Schätzung, bei der die Realität möglichst exakt abzubilden und einzubeziehen sei. Der Beklagten sei zumutbar – und dies sei als Körperschaft des öffentlichen Rechts auch eine Verpflichtung der Beklagten sowohl gegenüber den aktiven wie auch inaktiven Vertragsärzten –, zumindest auf berechnete Nachfrage ein Zahlenwerk zur Verfügung zu stellen, aufgrund dessen die von der Beklagten durchgeführten Schätzungen rechnerisch nachvollzogen werden könnten. Der Kläger habe hinreichende und substantiierte Einwände gegen die von der Beklagten dargelegten Berechnungsergebnisse erhoben. Dem sei die Beklagte nicht substantiiert entgegengetreten. Die Höhe der EHV-Leistungen im Jahre 2017 werde nunmehr wesentlich durch die Anwendung des § 5 zum Paritätischen Defizitenausgleich bestimmt. Schon das ursprüngliche Informationsschreiben vom 19. Dezember 2016 lasse dies klar erkennen: Die Honorardynamik von 2016 zu 2017 betrage 4,53 %. Tatsächlich erfolge eine deutliche Herabsetzung, so dass der Punktwert durch den Anteil am Paritätischen Defizitenausgleich um 5,3 % abgesenkt worden sei. Diese Rechenoperation müsse transparent sein. Dazu fanden sich weder im Schriftsatz noch in den Bescheiden oder den Erläuterungen irgendwelche nachvollziehbaren Angaben.

Das Urteil ist den Beteiligten am 25. Juli 2022 zugestellt worden.

Am 16. August 2022 haben die Beklagte und am 18. August 2022 der Kläger – letzterer über das Sozialgericht - hiergegen Berufung zum Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Am 28. Februar 2024 hat die Berichterstatterin des Senats einen Erörterungstermin mit den Beteiligten durchgeführt, in dem die Vertreter der Beklagten die aus den Anlagen B 1 (bzw. Seite 1 der Anlage B 2), B 2 und B 3 hervorgehende Berechnung erläutert; auf die Sitzungsniederschrift des Erörterungstermins vom 28. Februar 2024 wird insoweit Bezug genommen.

Die Beklagte wiederholt und vertieft ihr erstinstanzliches Vorbringen und führt weiter aus, das Sozialgericht gehe zu Unrecht von einer Intransparenz der Berechnungen aus, mit dieser Argumentation setze sich das Sozialgericht in Widerspruch mit seiner eigenen Entscheidung, wenn es Darlegungsmängel beanstande, statt wie erforderlich sie zu weiterer Darlegung aufzufordern. Die rechnerischen Darlegungen des Sozialgerichts seien unzutreffend. Das EHV-Durchschnittshonorar betrage korrekterweise 18.349,04 €, das Umlagevolumen 134.871.604,47 €. Die Beklagte erläutert den Rechenweg zur Bestimmung des Punktwerts unter Anwendung des Paritätischen Defizitausgleichs gemäß § 4 Abs. 5, § 5 und § 10 Abs. 2 GEHV unter Vorlage von Tabellen, Anlagen B 1 bis B 3.

Betrachte man die Entwicklung der EHV-Empfänger insgesamt (also neben den Ärzten auch Witwen, Waisen und Geschiedene miteingerechnet) im Zeitraum zwischen 2015 und 2018, so sei hier ein stetiger, nicht unerheblicher Anstieg zu verzeichnen, was auch den nicht unwesentlich ansteigenden Finanzbedarf für die EHV-Leistungen widerspiegele. So habe die Zahl der EHV-Empfänger (Anzahl Köpfe, nicht Ansprüche, dies übersehe das Sozialgericht) im Dezember 2015 bei 7.038, im Dezember 2016 bei 7.275, im Dezember 2017 bei 7.536 und im Dezember 2018 bei 7.776 gelegen. Damit sei ein Anstieg von gerundet 10,49 % zu beobachten. Die Berechnung des Punktwertes sowie des EHV-Umlagesatzes basiere jeweils auf Schätzungen. Die Gründe, warum die Schätzungen letztlich ex-post betrachtet nicht genauso einträfen, seien vielfältiger als allein ein demographischer Betrachtungsansatz. Die Anzahl der EHV-Bezieher könne nicht zwangsläufig mit der Anzahl der EHV-Empfänger (EHV-Ansprüche) gleichgesetzt werden. Der Finanzbedarf orientiere sich an der durchschnittlichen Punktzahlsteigerung der letzten Jahre und eben nicht am Zuwachs der EHV-

Empfänger im statisch-absoluten Sinne. Denn ein EHV-Empfänger könne auch mehrere Ansprüche haben (wie etwa Erst- und Zweitanspruch, Arzt- und Witwen-/Witweranspruch, Witwen-/Witweranspruch und Versorgungsausgleich u.a.), so dass diese Zahl in ihrer Absolutheit so alleine nicht stehen gelassen werden könne. Obwohl der Wortlaut des § 5 Abs. 1 S. 3 GEHV in der ab 1. Januar 2017 gültigen Fassung ausdrücklich von der Multiplikation mit der zu erwartenden Summe der EHV-Ansprüche spricht, und eben gerade nicht von EHV-Beziehern (so wie das SG), vollziehe das SG Marburg einen nicht satzungskonformen und damit unzutreffenden Rechenschritt.

Auch im Nachgang würden etwaige abweichende Echtwerte nicht herangezogen, vielmehr verbleibe es bei der Verwendung der zum Zeitpunkt der Berechnungen vorliegenden aktuellsten Daten. Die GEHV sehe selbst schon überhaupt keine Konsolidierung anhand viel später vorliegender Realwerte vor. Dies sei auch insoweit konsequent, da Punktwert und Umlage jeweils für einen in der Zukunft liegenden Zeitraum festgelegt würden. Der Punktwert sei von 0,2341 € im Jahr 2016 (bzw. im 2. Halbjahr 2016) auf 0,2317 € (2017) nicht signifikant bzw. nur marginal gesunken. Diese Schwankungen des Punktwertes könnten auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden, die den Punktwert bzw. den Finanzbedarf innerhalb der Kalkulation beeinflussten (z.B. Höhe der Dynamisierung, Schätzung Umlagevolumen, Paritätischer Defizitausgleich, Schwankungsreserve). Mehreinnahmen – EHV-Umlage – würden (grundsätzlich) der Schwankungsreserve zugeführt, wohingegen Mindereinnahmen gegen die Schwankungsreserve gebucht würden. Etwaige Mehreinnahmen hätten keinen direkten Einfluss auf die Höhe des Auszahlungspunktwertes, sondern unmittelbar nur auf die Höhe der Schwankungsreserve selbst und somit auf die Frage, ob diese im Rahmen des Paritätischen Defizitausgleichs aufgefüllt werden müsse. Umgekehrt seien Mindereinnahmen ebenfalls relevant. Nachträgliche Mehreinnahmen führten nicht per se dazu, dass dadurch automatisch der Finanzbedarf bei den EHV-Zahlungen gedeckt sei. Mit Abweichungsanalysen beobachte sie etwaige Schwankungen zwischen den kalkulierten und dem tatsächlichen Finanzbedarf.

Für 2017 habe bei einem geschätzten Finanzbedarf in Höhe von 150.877.753,57 € und einem geschätzten Umlagevolumen von 134.871.604,00 €

- mitgeteilt mit Rundschreiben vom 19. Dezember 2016 - ein Defizit in Höhe von 16 Mio. € bestanden, das in Höhe von jeweils 8 Mio. € durch die Aktiven als auch durch die Inaktiven finanziert worden sei. Der Finanzbedarf 2017 leite sich aus einer Ermittlung des durchschnittlichen Zuwachses an EHV-Punkten je Monat auf Grundlage der Monate Juli 2013 bis November 2016 (letzter Abrechnungsmonat zum Zeitpunkt der Berechnung) her. Zu den Einzelwerten legt die Beklagte eine Aufstellung vor (Anlage B 1, Bl. 233 Gerichtsakte). Der Zeitraum ab Juli 2013 lehne sich an die Beitragsjahr-Systematik – vom 1. Juli eines laufenden Jahres bis zum 30. Juni des Folgejahres – an. Es bleibe ihrem Schätzungsermessen vorbehalten, wie weit in die Vergangenheit der Betrachtungszeitraum gehe. Die Schätzung erfolge durch Beschlussfassung des Vorstands.

Der 3-Jahreszeitraum sei gewählt worden, um mögliche Schwankungen innerhalb von 1-Jahreszeiträumen auszugleichen. Hiervon ausgehend erfolge eine Fortschreibung des ermittelten monatlichen Durchschnitts von Dezember 2016 bis Dezember 2017 (Steigerungsrate – Durchschnitt August 2013 bis November 2016: 1,003708516). Es erfolge dann eine Addition der zu erwartenden Gesamtpunktzahl von Januar 2017 bis Dezember 2017 (also das streitige Bezugsjahr) x EHV-Punktwert nach der Dynamisierung und vor der Berücksichtigung des Paritätischen Defizitausgleichs (ergebe den kalkulierten / geschätzten Finanzbedarf für 2017). Der Zuwachs an EHV-Punkten für 12 Monate anhand des Durchschnitts der letzten Jahre habe Relevanz (tatsächliche Entwicklung der EHV-Ansprüche in Punkten).

Die Neufassung von § 5 Abs. 3 Satz 1 und 2 GEHV habe der Wiederherstellung einer ausgewogenen Lastenverteilung und der Behebung einer unmittelbar bevorstehenden Finanzlücke, die aufgrund der erheblichen Auswirkungen auf den Punktwert durch die rückwirkende Änderung von § 8 Abs. 1 GEHV in der bis zum 30. Juni 2012 geltenden Fassung in Umsetzung der Rechtsprechung des BSG (Hinweis auf Urteil vom 19. Februar 2014 – B 6 KA 10/13 R) zu erwarten gewesen sei, und damit auch der Stabilisierung der EHV gedient. Die Beklagte legt die Gesamtberechnung zur Ermittlung des Finanzbedarfs vor (Anlage B 2) und erläutert diese; auf den Schriftsatz vom 31. Mai 2023 (Bl. 321, 325ff Gerichtsakte) wird Bezug genommen. Hiervon zu unterscheiden sei die Berechnungsgrundlage

für die prozentuale Umlage. Das Umlagevolumen ergebe sich aus den vier zuletzt abgerechneten Quartalen + Selektivvertragseinnahmen (Vorvorjahr) zzgl. der Steigerung im Haushalt. Die Steigerung „Haushalt“ sei dabei der kalkulierte Honorarzuwachs in der Haushaltsplanung (beispielsweise die Einnahmen Verwaltungskosten).

Mit Schriftsatz vom 13. Mai 2024 ergänzt und korrigiert die Beklagte ihre Erläuterungen zu den B2 und B3 aus dem Erörterungstermin; auf den Inhalt des Schriftsatzes wird insoweit Bezug genommen (Bl. 424ff GA). Mit Schriftsatz vom 30. Oktober 2024 führt sie u. a. aus, die Schätzung des Umlagevolumens ergebe sich aus den vier zuletzt abgerechneten Quartalen und Selektivvertragseinnahmen (Vorvorjahr) zzgl. der Steigerung im Haushalt. Die Steigerung „Haushalt“ sei dabei der kalkulierte Honorarzuwachs in der Haushaltsplanung (beispielsweise könne sich eine solche Position aus Einnahmen von Verwaltungskosten ergeben). Im Jahr 2016 sei der entsprechende Wert mit 2,8 % gemeldet worden. Dieser dann für 2017 relevante Haushaltssteigerungswert leite sich mitunter aus den Faktoren Steigerung des OPW und Schieberegler her. Die Berechnungen erfolgten jeweils auf Grundlage der Regelungen in den GEHV. Die tatsächliche Entwicklung (Einnahmen/Ausgaben) könne typischerweise in beide Richtungen von der Schätzung abweichen (Überschuss/Defizit).

Der Paritätische Defizitausgleich nach § 5 GEHV seit 1. Juli 2012 sei schon mehrfach Gegenstand höchstrichterlicher Entscheidungen gewesen. Ein Mangel in den GEHV sei hier nicht ersichtlich. Hinsichtlich der Ausführungen des Klägers zu einem Verstoß gegen Art. 14 GG durch eine Absenkung der Versorgung in einem Umlagesystem bei abschließender Regelung des demographischen Risikos in einem Paritätischen Defizitausgleich in Anbetracht von Honorarzuwachsen auf Beitragszahlerseite und des Umstandes, dass der sich aus den Selektivvertragshonoraren ergebende Beitragsanteil bei den aktiven Vertragsärzten zu einer Erhöhung der Anwartschaft und spätere Ansprüche führt, verweist die Beklagte auf die Beschlüsse des Bundessozialgerichts vom 6. März 2024 - B 6 KA 3/23 B und - B 6 KA 20/22 B.

Die Kostenentscheidung sei zu beanstanden, da sie weder von der streitgegenständlichen Antragsstellung noch von den Entscheidungsgründen getragen werde.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 30. März 2022 aufzuheben und die Klage abzuweisen sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen und das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 30. März 2022 zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Kläger wiederholt und vertieft sein erstinstanzliches Vorbringen unter Vorlage eigener Berechnungen (Bl. 401 bis 403; 475 bis 479 Gerichtsakte). Die Neuregelung der Punktwertgarantie i. S. eines Wegfalls sei rechtswidrig. Es handele sich um eine nicht gerechtfertigte mittelbare Altersdiskriminierung. Eine Ausgestaltung des Eigentums bedürfe eines formellen Gesetzes. § 8 KVHG ermächtige die Beklagte nicht zur Kürzung der Bezüge und auch nicht zu einem freien „Schätzungsermessen“. Die GEHV seien kein Gesetz im formellen Sinne. Der Gesetzgeber habe für die Bereitstellung realitätsgerechten Zahlenmaterials zu sorgen und müsse selbst regeln, wie der Paritätische Defizitausgleich durchzuführen sei und nach welchen Rechenoperationen. Selbst wenn man die GEHV als gesetzliche Grundlage ausreichen lasse, so sei die Kürzung der Versorgung unverhältnismäßig, weil die Inaktiven mit ihren monatlichen Versorgungseinnahmen gekürzt würden, während den Aktiven der Anstieg des Honorars verbleibe abzüglich einer geringfügigen Erhöhung der Umlage, weil es ein überwiegendes öffentliches Interesse für eine solche Kürzung der Versorgung nicht gebe. Die Kürzung betreffe nahezu ausschließlich Inaktive und diskriminiere also einen Personenkreis auf Grund seines Alters. Die Kürzung sei im

Wesentlichen durch eine Schätzung, was die Einnahmeseite anlangt, bedingt und nicht durch die Demografie, so dass es an dem Kausalzusammenhang fehle.

Die „Neuregelung“ des § 5 Abs. 3 GEHV knüpfe mit der „unteren Haltelinie“ an den Punktwert aus einer Zeit an, die vor der Reform 2012 lag und nach der Entscheidung des BSG vom 19. Februar 2014 rechtswidrig gewesen sei und von 0,1966 € auf 0,2261 € habe korrigiert werden müssen. Die Anknüpfung an diesen Punktwert entbehre jeder sachlichen Legitimation. Der Punktwert sei nicht „tendenziell steigend“, sondern die Leistung im Jahre 2019 sei kaum 50 € höher als im Jahre 2012. Dies sei nicht angemessen, die Leitlinien der Entscheidung des BSG vom 16. Juli 2008 rechtfertigten nicht ein mehrfaches Absenken der Leistungen bei gleichzeitiger Erhöhung der Honorare für die aktiven Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Die Korrektur der Punktwertgarantie zum 1. Januar 2017 gehe einher mit einer Abänderung der Dynamisierungsformel, dahingehend, dass an die Stelle der Bezugsgröße nun der Bezug auf die „Honorardynamik“ getreten sei. Die Beklagte begründe dies damit, dass andernfalls mit einer „unkalkulierbaren Entwicklung“ zu rechnen gewesen wäre. Tatsächlich habe die Beklagte eine „Reform“ des Beitragsklassensystems zum Anlass genommen, die Leistungen der EHV-Bezieher erneut zu begrenzen, ohne dass dafür irgendein Anlass aus Sicht demographischer Veränderungen oder gar Belastungen bestanden habe. Die Vertreterversammlung überschreite ihren Gestaltungsspielraum. Dies umso mehr, als die Vertreterversammlung ausschließlich mit Repräsentanten der aktiven Vertragsärztinnen und Vertragsärzte besetzt sei, die betroffenen „inaktiven“ Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als Leistungsbezieher keine Mitentscheidungsbefugnisse gehabt hätten.

Der Paritätische Defizitausgleich sei einseitig ausgestaltet. Mit zu berücksichtigen seien auch Honorarnachzahlungen auf Grundlage erst im Folgejahr endgültig vereinbarter Gesamtvergütungen. Nur dann könne es zulässig sein, dass zu Lasten der EHV-Bezieher keine Korrektur erfolge, wenn erst mit erheblicher Zeitverzögerung den inaktiven Honorarnachzahlungen nach Abschluss der jeweiligen Gesamtverträge zufließen. Die von der Beklagten vorgelegte Aufstellung in der Anlage B 1 veranschauliche sehr deutlich, dass sich die

Gesamtpunktzahl über alle Bezieher von EHV-Leistungen erhöht habe, aber durchaus moderat und keineswegs plötzlich oder sprunghaft. Der von der Beklagten bezifferte „Finanzbedarf“ belege nicht die Behauptung, zum 1. Januar 2017 sei eine Kürzung der EHV-Leistungen notwendig, um das System zu retten oder zu stabilisieren. Die Tabelle bewaise im Gegenteil, dass der von der Beklagten praktizierte „Defizitausgleich“ nicht paritätisch sei, sondern einseitig zu Lasten der Leistungsbezieher gehandhabt werde. Der Bezug auf die Anlage B 1 enthalte keinerlei Begründung für den in die Berechnung einbezogenen Zeitraum. In den GEHV finde sich keine Bestimmung, die die Verwaltung ermächtige, einen durchschnittlichen „Gesamtpunktzahlbedarf“ anhand der letzten 40 Monate zu ermitteln oder anhand der letzten 24 Monate. Der nun vorgetragene Finanzbedarf enthalte auch Steigerungen, die sich aus Leistungsverbesserungen zugunsten der Aktiven ergeben, die den EHV-Empfängern nicht zuzurechnen seien, sei also nicht nur der Demografie geschuldet. Der für die Ermittlung des „Finanzbedarfs“ erforderliche fiktive Umlagesatz 2015/2016 sei falsch berechnet. Die Beklagte habe den festgestellten Beitragseinnahmen ein Gesamthonorar von 2.245.170.459,32 € gegenübergestellt. Diese Gesamteinnahmen enthielten nach der Anlage B2 zum Schriftsatz vom 23. Mai 2023 nicht die „Honorare aus Selektivverträgen“. Die drei von den Beklagtenvertretern hierzu gegebenen Erläuterungen seien widersprüchlich. Die Beklagte habe weder nach dem Gesetz noch nach der GEHV ein Ermessen, wie sie den tatsächlichen Umlagesatz der Quartale III/2015 bis II/2016 festlege. Nach der Satzung ist dieser aus den tatsächlichen Verhältnissen zu berechnen. Vom Vorstand sei eine Auskunft darüber einzuholen, wie der Umlagesatz 2015/2016 tatsächlich berechnet worden sei.

Die Beklagte reklamiere für sich ein nahezu grenzenloses „Schätzungsermessen“. Nachdem die von der Beklagten eingereichte Tabelle über die Finanzbedarfe einen moderaten und gleichmäßigen Anstieg der Punktzahlen aufweise, sei die plötzliche Kürzung umso weniger nachvollziehbar: Das Umlagevolumen müsse dann ausreichen. Das dem Bedarf gegenübergestellte und zu erwartende „Umlagevolumen“ sei nicht gem. den Vorgaben des § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV ermittelt worden. Der die Begründung des mitgeteilten Steigerungssatzes von 2,8 % mit „erwarteten Honorarsteigerung aus den Verhandlungen mit den

Krankenkassen“ bzw. „Steigerung im Haushalt“ sei widersprüchlich; die Steigerung finde keine Grundlage in den GEHV. Aus einem nicht näher nachvollziehbaren Betrag von 131.310.000 € (Summe der Beitragseinnahmen 3/2015 bis 2/2016) werde ein Umlagesatz von 5,73 % ermittelt, was offensichtlich fehlerhaft sei, da diese Beitragseinnahmen sich ausschließlich aus den aus der Gesamtvergütung finanzierten Einnahmen ergäben und die Honorare aus Selektivverträgen außenvorlasse. Bei Berücksichtigung dieser Honorare hätte der Betrag mit 2.549.000 € beziffert werden müssen. Für die Schätzung des Umlagevolumens 2017 sei auf ein defizitäres Umlagevolumen zurückgegriffen worden, was nicht zu Lasten der inaktiven Ärzte gehen dürfe.

Das von der Beklagten beschriebene Schätzungsverfahren finde keine Rechtsgrundlage in der GEHV. §§ 5 und 10 GEHV enthielten keine ausreichend klare und nachvollziehbare Handlungsanweisung, die den Vorstand der Beklagten i. S. d. Art. 80 GG ermächtigen könnte, zulasten der EHV-Bezieher in deren erworbene Rechte einzugreifen. Das Schätzungsermessen müsse jedenfalls dem Zweck des Gesetzes entsprechen und transparent sein. Offenbleibe wie „Verluste“ und „Gewinne“ ins nächste Jahr transferiert würden, wie weit Verzögerungen in den Verhandlungen über die Gesamtvergütung Berücksichtigung fänden. Das BSG hat mit Urteil vom 25. Oktober 2023 – B 6 KA 17/22 R – entschieden, dass die Rechtsmacht des Satzungsgebers, was die Beitragsbemessung anlangt, begrenzt sei. Diese Begrenzungen griffen auch hier.

Entscheidungsgründe

Die Berufungen der Beteiligten sind zulässig.

Zulässig ist auch die Berufung des Klägers. Der Kläger ist in hinreichender Weise allein materiell beschwert. Die materielle Beschwerde ist anhand der Rechtskraft zu bestimmen. In dem Sonderfall eines Bescheidungsurteils, können die Rechtskraftwirkungen i.S. des § 141 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) und ihre Grenzen regelmäßig nicht allein der Urteilsformel entnommen werden. Vielmehr

bestimmt die in den Entscheidungsgründen des Urteils als maßgeblich zum Ausdruck gebrachte Rechtsauffassung des Gerichts die Reichweite von dessen Rechtskraft (auch zum Folgenden BSG, Urteil vom 14. Juli 2021 – B 6 KA 1/20 R –, juris Rn. 30 m.w.N.). Die Bindungswirkung eines Bescheidungsurteils erfasst dabei nicht allein die Gründe, aus denen das Gericht den angefochtenen Verwaltungsakt als rechtswidrig aufhebt. Die materielle Rechtskraft erstreckt sich vielmehr auch auf alle Rechtsauffassungen, die das Bescheidungsurteil der Behörde zur Beachtung bei Erlass des neuen Verwaltungsakts vorschreibt. Aus diesem Grund kann ein Bescheidungsurteil auch den Kläger beschweren, nämlich dann, wenn die vom Gericht der Behörde zur Beachtung vorgegebene Rechtsauffassung sich nicht mit seiner eigenen deckt und für ihn ungünstiger ist. So liegt es hier, denn das Sozialgericht hat sich der Rechtsauffassung des Klägers hinsichtlich der Verfassungswidrigkeit der GEHV seit 1. Januar 2017 hinsichtlich Punktwertfortschreibung und dem Paritätischen Defizitausgleich dem Grunde nach sowie zur formellen Rechtswidrigkeit der Bescheide ausdrücklich nicht angeschlossen.

Im Übrigen ist die Berufung des Klägers gegen das ihm am 25. Juli 2022 zugestellte Urteil am 18. August 2022 fristgerecht bei dem Sozialgericht Marburg eingegangen.

Die Berufung der Beklagten ist begründet und die Berufung des Klägers ist unbegründet.

Die Anfechtungs- und Verpflichtungsbeschiedungsklage des Klägers ist zulässig.

Die Klage ist zulässig. Nach zwischenzeitlich angekündigter Antragsumstellung (vgl. Schriftsatz vom 2. Januar 2024) die nach § 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG zwar nicht als Klageänderung anzusehen, aber unstatthaft gewesen wäre, hat der Kläger die allein statthafte Kombination aus Anfechtungs- und Verpflichtungsbeschiedungsklage beantragt. Auch die Klage auf einen höheren Anspruch aus der Erweiterten Honorarverteilung kann nur mit der Verpflichtungsbeschiedungsklage verwirklicht werden (im Ergebnis ohne Problematisierung: Senatsurteil vom 16. Februar 2022 – L 4 KA 56/21 – und BSG,

Beschluss vom 6. März 2024 – B 6 KA 20/22 B). Es verbleibt bei dem Grundsatz, dass erst der Erlass des Honorarbescheides durch die KV den Leistungsanspruch des Vertragsarztes auf Auszahlung einer bestimmten Vergütung konkretisiert, der auch erst mit Bekanntgabe des Bescheides fällig wird; Ansprüche auf höheres Honorar müssen daher grundsätzlich zunächst mit der Verpflichtungs- bzw. Bescheidungsklage erstritten werden (Freudenberg in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 87b SGB V (Stand: 24.09.2024), Rn. 38). Denn ohne Verwaltungsakt verbleibt es beim bloßen Teilhabeanspruch an der Honorarverteilung. Die Grundsätze für die Anfechtungs- und unechte Leistungsklage bei Sozialleistungen gelten nicht für die erweiterte Honorarverteilung, da sie keine Sozialleistung ist (Senatsurteile vom 10. April 2019 – L 4 KA 30/17 u.a.). Honoraransprüche der Vertragsärzte dienen nicht der Verwirklichung ihrer sozialen Rechte im Sinne des § 11 SGB I, sondern es handelt sich um Vergütungsansprüche für erbrachte Leistungen (Senatsurteil vom 27. Juni 2012 – L 4 KA 63/11 –, Rn. 18, juris).

Sie ist aber nicht begründet.

Der Bescheid der Beklagten vom 20. Dezember 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31. Mai 2017 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf die Neubeschcheidung seiner EHV-Leistungen für das Jahr 2017.

Die Höhe des Anspruchs aus der EHV richtet sich im streitgegenständlichen Jahr 2017 insbesondere nach den folgenden Vorschriften der GEHV:

§ 4 – Höhe des Anspruchs

(...) (3) Die über die Umlagezeit nach Abs. 1 erworbenen Punkte werden mit einem festen Punktwert in Euro multipliziert. Aus der Multiplikation ergibt sich die Höhe des monatlichen EHV-Bezugs.

(4) Der Punktwert wird mit vier Dezimalstellen festgesetzt. Soweit sich rechnerisch mehr Dezimalstellen ergeben, erfolgt eine kaufmännische Rundung.

(5) Der Punktwert wird einmal jährlich zum 1. Januar eines Jahres angepasst.

Basis ist der Prozentsatz, um den sich das EHV-relevante Durchschnittshonorar vom Vor-Vor-Vorjahr zum Vor-Vorjahr verändert hat (Honorardynamik).

Das EHV-relevante Durchschnittshonorar ergibt sich durch eine Division des EHV-relevanten Gesamthonorars durch die im jeweiligen Betrachtungsjahr maßgebliche Anzahl der Zulassungsumfänge.

Das EHV-relevante Gesamthonorar umfasst das erzielte Honorar aller an der EHV teilnehmenden Ärzte im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, das heißt alle für das herangezogene Kalenderjahr durch die KV Hessen vergüteten ärztlichen Honorare sowie der Honorare aus Selektivverträgen, die der EHV unterworfen sind.

Die vorgenannte Fassung des § 4 GEHV wurde zum streitgegenständlichen Zeitraum zuletzt geändert durch Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 12. März 2016 und 27. April 2016 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017, genehmigt vom Hessischen Sozialministerium am 2. Juni 2016.

§ 5 – Festlegung des Umlagevolumens, Paritätischer Defizitausgleich und Garantie der EHV-Leistungen

(1) Bei der jährlichen Anpassung der Umlage und der Bezüge nach § 4 ist zu schätzen, ob für die folgenden 12 Kalendermonate die EHV-Ausgaben durch das Umlagevolumen gedeckt werden.

Das Umlagevolumen wird ermittelt, indem der im vorherigen Bezugsjahr geltende Umlagesatz angewandt wird auf das für das kommende Bezugsjahr zu erwartende EHV-relevante Gesamthonorar nach § 4 Abs. 5, geschätzt auf Basis der letzten vier vollständigen Abrechnungsquartale sowie der Selektivvertragshonorare des Vor-Vorjahres.

Der sich daraus ergebende Betrag wird ins Verhältnis gesetzt zu dem aus der für das kommende Bezugsjahr zu erwartenden Summe der EHV-Ansprüche multipliziert mit dem aktuell gültigen Punktwert unter Berücksichtigung der sich aus § 4 Abs. 5 ergebenden Anpassung und dem sich ggf. aus § 6 Abs. 2 ergebenden zusätzlichen Finanzbedarf.

Sofern das Umlagevolumen nach Satz 2 deckungsgleich ist mit den zu erwartenden EHV-Ansprüchen nach Satz 3, wird der bisherige Umlageprozentsatz im aktuellen Bezugsjahr fortgeführt. Sollte sich ein Defizit ergeben, erfolgt der paritätische Defizitausgleich (Abs. 2). Der am 1. Januar 2017 erstmals zu berücksichtigende Umlagesatz bestimmt sich nach § 10 Abs. 2.

(2) Das sich bei der Schätzung nach Abs. 1 ergebende Defizit ist zu gleichen Teilen durch die Umlagezahler und die EHV-Empfänger zu tragen. Es wird der Umlagesatz ergänzend zur Regelung in Abs. 1 Satz 2 so erhöht, dass die Hälfte der Differenz durch die erhöhte Umlage gedeckt wird. Weiterhin wird der errechnete Punktwert ergänzend zu § 4 Abs. 5 soweit abgesenkt, dass dadurch die verbleibende Hälfte des Defizits abgedeckt ist.

(3) Abweichend von der Regelung in § 4 Abs. 5 und in den vorstehenden Absätzen 1 und 2 sind die Veränderungsmaßnahmen insoweit nicht anzuwenden, als der sich aus diesen Bestimmungen ergebende neue Punktwert niedriger ist als der Punktwert von 0,1966 €. Ein sich hierdurch ergebender verbleibender Fehlbetrag wird abweichend von Absatz 2 durch eine diesen Fehlbetrag ausgleichende weitere Erhöhung des Umlagesatzes ausgeglichen.

Diese Regelung wird spätestens bis zum 30. Juni 2020 daraufhin überprüft, ob sie weiterhin finanzierbar ist. Wenn die Finanzierbarkeit nicht gegeben ist, wird diese Regelung geändert oder gestrichen. Eine solche Überprüfung erfolgt danach jeweils spätestens nach weiteren sechs Jahren.

(4) Die Berechnung der Anpassung nach § 4 Abs. 5, der Maßnahmen nach den vorstehenden Abs. 1 bis 3 und der sich aus ihnen ergebende neue Punktwert, Umlagesatz und die Maximalumlage nach § 3 Abs. 2 sind vom Vorstand bis spätestens Ende Dezember für das kommende Bezugsjahr zu veröffentlichen. Dies gilt auch, wenn sich der Punktwert und der Umlagesatz nicht verändern.

Die vorgenannte Fassung des § 5 GEHV beruht auf Beschlüssen der Vertreterversammlung vom 13. Dezember 2014 und vom 30. Mai 2015, genehmigt vom Hessischen Sozialministerium am 17. Juni 2015, sowie auf Beschlüssen der Vertreterversammlung vom 12. März 2016 und 27. April 2016 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017, genehmigt vom Hessischen Sozialministerium am 2. Juni 2016. Das Sozialgericht hat auf Seite 20 des Urteils unzutreffend die ab 1. Juli 2012 bis 30. Juni 2016 geltende Fassung zitiert.

§ 10 Übergangsregelung

(...) (2) Für das Bezugsjahr ab 1. Januar 2017 wird für die erstmalige Festsetzung des Umlagesatzes nach § 5 Abs. 1 in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung die Summe der Beitragseinnahmen für das Beitragsjahr 1. Juli 2015 bis 30. Juni 2016 dem in diesem Zeitraum EHV-relevanten Gesamthonorar der an der EHV teilnehmenden Ärzte gegenübergestellt. Zum Zwecke der Ermittlung der Selektivvertragseinnahmen für den Zeitraum ab 1. Januar 2017, tritt die Nachweispflicht nach § 3 Abs. 4 in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung bereits ab 1. Juli 2016 in Kraft.

Die vorgenannte Fassung des § 10 Abs. 2 GEHV beruht auf Beschlüssen der Vertreterversammlung vom 12. März 2016 und 27. April 2016 mit Wirkung ab dem 1. Juli 2016 als § 10 Abs. 9 GEHV. Die Vorschrift wurde aufgrund derselben Beschlüsse mit Wirkung vom 1. Januar 2017 zu § 10 Abs. 2. Die Beschlussfassung wurde vom Hessischen Sozialministerium am 2. Juni 2016 genehmigt.

Hinsichtlich der formellen Rechtmäßigkeit von Bescheid und Widerspruchsbescheid macht sich der Senat nach eigener Prüfung die zutreffenden Ausführungen in den Entscheidungsgründen der angegriffenen Entscheidung zu eigen (§ 153 Abs. 2 SGG), soweit sie die gerügten Begründungsmängel betrifft.

Ergänzend ist auszuführen, dass die vom Kläger gerügte fehlende Beteiligung des EHV-Beirats der Festsetzung des streitgegenständlichen Punktwerts nicht zur formellen Rechtswidrigkeit führt. Denn das Fehlen der nach § 11 d Abs. 6 der Satzung der KV Hessen vorgesehenen Möglichkeit zur Stellungnahme auch zu der Festlegung eines neuen Punktwerts ist kein Verfahrensfehler i. S. v. §§ 41, 42 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz. Verfahrensfehler in diesem Sinne sind nur Verstöße gegen Rechtsvorschriften welche die äußere Ordnung des Verfahrens, also den Verfahrensablauf des Verwaltungsverfahrens als solche betreffen. Der Willens- und Entscheidungsprozess der Behörde ist dabei ausgeklammert. (Stelkens/Bonk/Sachs/Neumann/Külpmann, 10. Aufl. 2022, VwVfG § 73 Rn. 142a, beck-online). Vorliegend ist bei der Festsetzung des Auszahlungspunktwertes für das Leistungsjahr 2017 bereits nicht das Verwaltungsverfahren i. S. v. § 8 SGB X, das zum Erlass des streitgegenständlichen Bescheides führt, betroffen.

Der angegriffene Bescheid in Gestalt des Widerspruchsbescheides ist auf der Grundlage des Berufungsvorbringens der Beteiligten auch materiell rechtmäßig.

Die dem streitgegenständlichen Bescheid vom 20. Dezember 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31. Mai 2017 zugrunde liegenden Vorschriften

der GEHV sind wirksam; die Beklagte ist durch § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassenzahnärztliche Vereinigung in Hessen (KVHG) i. V. m. Art. 4 § 1 Abs. 2 Satz 2 des Gesetzes über das Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. August 1955 (BGBl I, 513) zur Regelung durch Satzung ermächtigt.

Die Beklagte hat die dem streitgegenständlichen Verwaltungsakt zugrundeliegenden Normen zur Ermittlung des EHV-Anspruchs des Klägers zutreffend angewandt, wobei zwischen den Beteiligten streitig ist lediglich die Höhe des Auszahlungspunktwerts unter Anwendung des sog. Paritätischen Defizitausgleichs für das Jahr 2017.

Der Senat hatte insoweit in einem ersten Schritt (1) die Richtigkeit der Punktwertanpassung nach § 4 Abs. 5 GEHV zu überprüfen, sodann, ob bei der Anwendung von § 5 Abs. 1 i.V.m. § 10 Abs. 2 GEHV das Umlagevolumen als Schätzungsgrundlage zutreffend ermittelt wurde (2) und sodann auch die weiteren Rechenschritte des sog. Paritätischen Defizitausgleichs in Einklang mit den Vorgaben des § 5 GEHV nachvollziehbar vorgenommen wurden (3). Abschließend hat der Klägervortrag und das erstinstanzliche Urteil Anlass zur Frage gegeben, ob der sog. Paritätische Defizitausgleich und das dortige Schätzungsermessen in Einklang mit höherrangigem Recht hinreichend gesteuert werden (4).

(1) Zur Anwendung von § 4 Abs. 5 GEHV ist zunächst die Honorardynamik zu ermitteln. Maßgebliche Faktoren sind dabei das aus dem EHV-relevanten Gesamthonorar (siehe im Einzelnen § 4 Abs. 5 Satz 4 GEHV) geteilt durch die Zulassungsumfänge ermittelte EHV-relevante Durchschnittshonorar (siehe § 4 Abs. 5 Satz 3 GEHV). Hierbei sind nach § 4 Abs. 5 Satz 2 GEHV die Abrechnungsjahre 2014 und 2015 (Vor-Vor-Vorjahr zu Vor-Vorjahr zueinander in der Weise ins Verhältnis zu setzen, dass sich daraus eine Steigerungsquote errechnet. Das EHV-relevante Gesamthonorar umfasst das erzielte Honorar aller an der EHV teilnehmenden Ärzte im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, das heißt alle für das herangezogene Kalenderjahr durch

die KV Hessen vergüteten ärztlichen Honorare sowie der Honorare aus Selektivverträgen, die der EHV unterworfen sind (§ 4 Abs. 5 Satz 4 GEHV).

Die Honorardynamik hat die Beklagte nach Maßgabe der vorgenannten Vorschriften zutreffend mit 1,0453 % ermittelt. Die von der Beklagten im Berufungsverfahren vorgelegte Berechnung in der Anlage B2, 1. Blatt, ist zur Überzeugung des Senats auch hinreichend nachvollziehbar. Für das Vor-Vorjahr 2014 hat sie ein EHV-relevantes Honorar in Höhe von 2.130.498.555,33 € durch 9.015,2 Zulassungsumfänge dividiert, was ein EHV-relevantes Durchschnittshonorar von 236.323,27 € ergibt. Das EHV-relevante Durchschnittshonorar im Vor-Vorjahr 2015 errechnet sich mit 247.030,62 € aus einer Division des EHV-relevanten Honorars in Höhe von 2.231.979.083,95 € durch 9035,2 Zulassungsumfänge. Dabei umfasst das EHV-relevante Honorar entsprechend der Regelung des § 4 Abs. 5 Satz 4 GEHV ausweislich der Anlage B2, Blatt 1 auch Honorare aus Selektivverträgen. Soweit die Beklagte als Divisor jeweils die durchschnittlichen Zulassungsumfänge der Berechnung zugrunde gelegt hat, entspricht dies der ausdrücklichen Anordnung in der Satzungsregelung des § 4 Abs. 5 Satz 3 GEHV. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts ist insoweit nicht auf Kopfteile abzustellen.

(2) Der erste Schritt der Anwendung der Regelung über den sog. Paritätischen Defizitausgleich betrifft die Frage der Ermittlung, ob überhaupt ein Defizit droht. Zu vergleichen ist das geschätzte Umlagevolumen mit den geschätzten EHV-Ausgaben.

(a) Nach § 5 Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 10 Abs. 2 GEHV wird im streitgegenständlichen Zeitraum das Umlagevolumen ermittelt, indem der Umlagesatz der Übergangsregelung des § 10 Abs. 2 GEHV angewandt wird auf das für das kommende Bezugsjahr zu erwartende EHV-relevante Gesamthonorar nach § 4 Abs. 5, geschätzt auf Basis der letzten vier vollständigen Abrechnungsquartale sowie der Selektivvertragshonorare des Vor-Vorjahres. Der Umlagesatz nach § 10 Abs. 2 GEHV ergibt sich aus der Summe der Beitragseinnahmen für das Beitragsjahr 1. Juli 2015 bis 30. Juni 2016 geteilt

durch das in diesem Zeitraum EHV-relevanten Gesamthonorar der an der EHV teilnehmenden Ärzte.

Soweit der Kläger hier – zusammengefasst – beanstandet, die Beklagte sei nicht dem Wortlaut des § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV entsprechend vorgegangen worden und es sei angesichts des Systemwechsels nicht nachvollziehbar, wie der Umlagesatz gebildet worden sei, hegt der Senat keinen Zweifel, dass die Übergangsregelung des § 10 Abs. 2 GEHV jedenfalls eine hinreichend bestimmte und normenklare Regelung des Umlagesatzes für den Übergangszeitraum des Wechsels vom Beitragsklassensystem zur neuen und zugleich alten, vor dem Beitragsklassensystem geltenden Art und Weise der Finanzierung darstellt.

Mit der Bezugnahme auf die „die Summe der Beitragseinnahmen für das Beitragsjahr 1. Juli 2015 bis 30. Juni 2016“ wird hinreichend deutlich, dass auch die Honorare aus Selektivverträgen in die Beitragserhebung eingeflossen sind und bei der Anwendung des § 10 Abs. 2 GEHV in gleicher Weise zu berücksichtigen sind. § 3 Abs. 1 GEHV a.F. in der ab 1. Juli 2012 geltenden Fassung bezieht bei der Zuordnung zu Beitragsklassen das Honorar aus Selektivverträgen miteinbezieht: Die Höhe des zu leistenden Beitrags ist abhängig von dem erzielten Honorar aus ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Vorvorjahr des Beitragsjahres, das heißt aller für das herangezogene Kalenderjahr durch die KV Hessen vergüteten ärztlichen Honorare sowie der Honorare aus Selektivverträgen, die in dem entsprechenden Jahr zugeflossen sind. Damit beruhen die zugrundzulegenden Beitragssummen der Quartale III/2015 bis II/2016 auf der Zuordnung zu Beitragsklassen unter Berücksichtigung der Einnahmen aus Selektivverträgen der Jahre 2013 bzw. 2014 (Vor-Vorjahr gemäß § 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV a.F.). Für die erstmalige Ermittlung des Umlagesatzes an der Gesamtheit der durch das Beitragsklassensystem erwirtschafteten Beitragseinnahmen anzuknüpfen, soweit sie bei Inkrafttreten praktisch beziffert werden können (daher wohl das Abstellen auf den 30. Juni 2016) erscheint sachgerecht, den nach Auffassung des Senats zielt sie zusammen mit § 3 Abs. 3 GEHV darauf, dass allein der Systemwechsel nicht zu einer Erhöhung der Einnahmeseite im Sinne einer Mehrbelastung der Gesamtheit aller aktiven Vertragsärzte führt.

Der Senat ist hinreichend davon überzeugt, dass die Beklagte § 10 Abs. 2 GEHV in dieser Weise angewandt hat.

Die Summe der maßgeblichen Beitragseinnahmen wurde mit 131.310.044,43 € nachvollziehbar entsprechend der Norm ermittelt.

Hierzu gab die Beklagte zuletzt an, dass die Beitragseinnahmen der Quartale III/15 bis II/16 Einnahmen aus Selektivverträgen enthielten, nämlich diejenigen aus dem Jahr 2013. Die Einstufung aller Ärzte in die jeweilige Beitragsklasse in den Quartalen III/15 bis II/16 sei logischerweise nach Berücksichtigung auch der Selektivvertragseinnahmen erfolgt. Es handele sich danach um reelle Einnahmen i.H.v. 131.310.044,43 €. Bei der erstmaligen Festsetzung des Umlagesatzes nach § 10 Abs. 2 GEHV werde „die Summe der Beitragseinnahmen für das Beitragsjahr 1. Juli 2015 bis 30. Juni 2016 dem in diesem Zeitraum EHV-relevanten Gesamthonorar der an der EHV teilnehmenden Ärzte gegenübergestellt. Daher sei es konsequent, hier den um die Einnahmen der Selektivvertragshonorare um 44.498.979,13 € erhöhten Wert des EHV-relevanten Gesamthonorars i.H.v. 2.289.669.438,45 € gegenüberzustellen. Folglich enthielten beide Werte Selektivvertragseinnahmen, die Beitragsseite diejenigen aus dem Jahre 2013, das EHV-relevante Gesamthonorar diejenigen aus dem Jahr 2015.

Der Senat hält dies für zutreffend: Wegen der pauschalierten Beitragserhebung im bis 31. Dezember 2016 geltenden Beitragsklassensystem, bei der Spannweiten von Gesamthonoraren konkreten Beitragssätzen in € zugeordnet werden, konnten Anteile aus berücksichtigten Einnahmen aus Selektivverträgen nicht ausgewiesen werden. Daher enthält die Anlage B 2 Seite 2 auf der Seite der Beitragseinnahmen konsequent keine ausgewiesenen Beitragsanteile des Honorars aus Selektivverträgen, berücksichtigt aber Einnahmen aus Selektivverträgen aus dem Jahr 2013. Dass es sich dabei um Honorare aus Selektivverträgen gerade aus dem Jahr 2013 handelt, ergibt sich dabei bereits aus § 4 Abs. 5 Satz 4 i. V. m. § 3 Abs. 1 Satz 2 GEHV; die EHV-Umlage knüpft insoweit an das Vor-Vorjahr an. Der Senat hat daher keinen Zweifel an der Richtigkeit der Bezifferung der Beitragseinnahmen mit 131.310.044,43 €.

Weiterhin kann der Senat die Summe des EHV-relevanten Gesamthonorars mit 2.289.669.438,45 € nachvollziehen, wobei hier – wie von der Beklagten in Anlage B 2 Seite 3 ausgewiesen – Honorare aus Selektivverträge in Höhe von 44.498.979,13 € in den Betrag einfließen mussten. Dies ergibt sich in bereits aus der Legaldefinition des EHV-relevanten Gesamthonorars in § 4 Abs. 5 Satz 4 GEHV, welches ausdrücklich Honorare aus Selektivverträgen umfasst. Auch § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV erfasst für die Ermittlung des Umlagevolumens für Folgejahre (ab 2018) Selektivvertragshonorare, nämlich des Vor-Vorjahres, was für das streitgegenständliche Jahr 2017 die Heranziehung der Honorare aus Selektivverträgen des Jahres 2015 durch die Beklagte rechtfertigt.

Werden die Summe der Beitragseinnahmen und das EHV-relevante Gesamthonorar, wie in § 10 Abs. 2 GEHV vorgesehen und von der Beklagten in Anlage B 2 Seite 3 dargestellt, gegenübergestellt ergibt sich ein Umlagesatz von 5,73.

Auch weitere Anwendung des § 5 Abs. 1 Satz 2 begegnet keinen Bedenken. Die Multiplikation muss erfolgen mit dem für das kommende Bezugsjahr zu erwartende EHV-relevante Gesamthonorar nach § 4 Abs. 5 GEHV, geschätzt auf Basis der letzten vier vollständigen Abrechnungsquartale sowie der Selektivvertragshonorare des Vor-Vorjahres. Dabei zielt die ausdrückliche Verweisung auf § 4 Abs. 5 GEHV auf die Legaldefinition des EHV-relevanten Gesamthonorars; die Formulierung der „zu erwartende“ Veränderung und „geschätzt“ ermächtigt gleichermaßen zur Schätzung. Soweit die Bezugnahme auf § 4 Abs. 5 GEHV die Heranziehung der Honorardynamik als Steigerungsfaktor auch für das zu schätzende EHV-relevante Gesamthonorar naheulegen scheint, ergibt sich aus § 4 Abs. 5 Satz 2 GEHV indessen, dass dieser Wert die Steigerung des Punktwerts nur vergangenheitsbezogen – im Verhältnis des Vor-Vorjahres zum Vor-Vor-Vorjahr – beschreibt. Damit ist die Heranziehung der Honorardynamik zur Ermittlung des in der Zukunft (hier: 2017) zu erwartenden Gesamthonorars auf der Einnahmenseite aber ungeeignet. Zweck der Festlegung des Umlagevolumens nach § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV ist die Beantwortung der Frage, ob die zu erwartenden Einnahmen und Ausgaben der EHV bei Anwendung des bisherigen Umlageprozentsatzes auskömmlich oder

defizitär sind. Allein auf die Honorarentwicklung vom vorvorvergangenen zum vorvergangenen Jahr abzustellen, reicht nicht aus, da die Honorardynamik, offenkundig die – wenn auch zeitverzögerte - Angleichung der Entwicklung der EHV-Honorare an die Honorarentwicklung der aktiven Ärzte zum Ziel hat, bereits zur Berechnung der zu erwartenden Summe der EHV-Ansprüche – also der Ausgabenseite - herangezogen wird. Dynamisiert man Einnahmen- und Ausgabenseite (normativ bestimmt) mit dem gleichen Wert, ergibt sich denklogisch kein Defizit.

Damit gibt § 5 GEHV neben den letzten vier vollständigen Abrechnungsquartelen und den Selektivvertragshonoraren des Vor-Vorjahres keine weiteren Kriterien vor, die der Schätzung des Umlagevolumens zugrunde gelegt werden müssen. Indessen bilden die in § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV genannten Schätzgrundlagen wesentliche Elemente der Schätzung vor. Dem Normadressaten verbleibt ein Schätzungsermessen lediglich hinsichtlich der Ermittlung der Steigerungsrate.

Dieses Schätzungsermessen hat die Beklagte nach Auffassung des Senats sachgerecht unter Anwendung nachvollziehbarer Kriterien ausgeübt, denn sie hat dargelegt, dass die in Anlage B 2 Seite 3 „Steigerung laut Haushalt 2017“ von 2,80% ein sachlich auf der Grundlage der Entwicklung der Gesamtvergütung im Rahmen der Gesamtvertragsverhandlungen mit den Verbänden der Krankenkassen (vgl. § 82 Abs. 2 SGB V) fußender Wert ist, dem u. a. die Steigerung des Orientierungspunktwerts (OPW) und die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Simulationsrechnungen zur Planung des Haushaltsvolumens 2017 zugrunde gelegt wurden. Aus Sicht des Senats ist bei der Anwendung des § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV eine nach dem Haushalt prognostisch erwartbare Steigerung zwingend in die Schätzung einzustellen, denn es wäre widersprüchlich mit einem gesteigerten Haushaltsvolumen zu rechnen, diese Prognose aber beim EHV-relevante Gesamthonorar auszublenden. Der Kläger ist darauf hinzuweisen, dass anderenfalls die Relation zum Finanzbedarf zwangsläufig defizitverstärkend ausfallen würde. Zweifel daran, dass dies tatsächlich die Haushaltsprognose ist, hegt der Senat nicht und werden vom Kläger auch insoweit nicht substantiiert erhoben. Dem Kläger fehlt vielmehr die

normative Grundlage für die Einstellung dieses ihn tendenziell begünstigenden Faktors in die Rechnung.

Es ergibt sich folglich ein zu erwartendes Gesamthonorar nach Anlage B 2 Seite 2 in Höhe von 2.353.780.182,73 € und, multipliziert mit dem Umlagesatz von 0,0573 nach § 10 Abs. 2 GEHV, ein Umlagevolumen in Höhe von 134.871.604,47 €.

(b) Das so ermittelte Umlagevolumen wird sodann gem. § 5 Abs. 1 Satz 3 GEHV ins Verhältnis gesetzt zu dem aus der für das kommende Bezugsjahr zu erwartenden Summe der EHV-Ansprüche multipliziert mit dem aktuell gültigen Punktwert unter Berücksichtigung der sich aus § 4 Abs. 5 GEHV ergebenden Anpassung und dem sich ggf. aus § 6 Abs. 2 GEHV ergebenden zusätzlichen Finanzbedarf (Schwankungsreserve).

Für die Ermittlung der für das kommende Bezugsjahr zu erwartenden Summe der EHV-Ansprüche (Finanzbedarf der Ausgabenseite) enthalten die GEHV keine normativen Vorgaben hinsichtlich des streitgegenständlichen Jahres 2017. Allerdings legt die Vorgabe der Multiplikation mit dem aktuell gültigen Punktwert nahe, dass es sich um eine Punktzahlsumme handeln muss. Soweit die Beklagte zur Ermittlung des Finanzbedarfs 2017 daher den Gesamtpunktzahlbedarf aller EHV-Anspruch für die Monate Juli 2013 bis November 2016 heranzieht, eine durchschnittliche Veränderungsrate für die Zeit ab August 2013 ermittelt, um ausgehend vom Punktzahlbedarf des Monats November 2016 (dem Monat, in dem die Bedarfsermittlung erfolgte) anhand der durchschnittlichen Veränderungsrate eine Hochrechnung für das Jahr 2017 vorzunehmen, erscheint dies sachgerecht. Soweit die Beklagte vorträgt, sie betrachte gegenwärtig nicht mehr wie für den streitgegenständlichen Zeitraum erfolgt 40 Monate, sondern einen Dreijahreszeitraum, stellt sich das dem Senat im Hinblick auf die Vor-Vor-Vorjahresanknüpfung auch bei der Ermittlung der Honorardynamik nach § 4 Abs. 4 Satz 2 GEHV als plausibel dar. Jedenfalls sind den GEHV die statistische Auswertung solcher Zeiträume nicht fremd. Dass die Beklagte für die erstmalige Schätzung auf einen noch längeren Zeitraum abgestellt hat, erhöht demgegenüber die Validität der statistischen Auswertung und ist in Ermangelung entgegenstehender normativer Vorgaben nicht zu beanstanden. Zwar werden

hierdurch Schwankungen im Finanzbedarf, insbesondere stark abweichende Werte, stärker nivelliert. Dies stellt sich dem Senat aber als unproblematisch dar, da kurzfristige (unterjährige) stark erhöhte Finanzbedarfe über die Schwankungsreserve nach § 6 GEHV aufgefangen werden.

Nach dem die Beklagte die Berechnung B 1 vorgelegt hat, ist die Schätzung des Finanzbedarfs für den Senat nachvollziehbar; insbesondere liegen die vom Sozialgericht in seinen Urteilsgründen am Ende der Entscheidungsgründe angeführten Mängel nicht vor.

Multipliziert mit dem um den Steigerungsfaktor von 1,0453 (§ 4 Abs. 5 GEHV) erhöhten Auszahlungspunktwert in Höhe von 0,2447 € (vgl. insoweit auch Rundschreiben der Beklagten vom 19. Dezember 2016) errechnet sich ein Finanzbedarf für das Jahr 2017 in Höhe von 150.877.753,57 €.

Die Schätzung des Umlagevolumens ebenso wie die jährliche Festsetzung des Punktwerts und die Anpassung nach § 4 Abs. 5 GEHV obliegt nach § 5 Abs. 4 Satz 1 GEHV dem Vorstand der Beklagten. Dies ist nicht zu beanstanden. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann der Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung zu konkretisierenden Regelungen und Einzelfallentscheidungen, insbesondere zur Beurteilung der Voraussetzungen für eine ausnahmsweise Freistellung von Obergrenzen, ermächtigt werden (vgl. zur Ermächtigung zu Sonderregelungen zum RLV: BSG, Urteil vom 29. Juni 2011 – B 6 KA 20/10 R –, Rn. 14, juris; s. auch BSG, Urteil vom 3. März 1999 – B 6 KA 15/98 R –, SozR 3-2500 § 85 Nr. 31, juris Rn 35. m. w. N.). Um solche konkretisierenden Festlegungen handelt es sich hier, die jährlich wiederholt nach den Vorgaben der satzungsrechtlichen Regelungen getroffen werden müssen.

Dies ist mit höherrangigem Recht vereinbar. Die Verleihung von Schätzungsbefugnissen im Sinne einer dem Vorbehalt des Gesetzes genügende Schätzungsermächtigung aufgrund eines Gesetzes (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 5. März 2013 – L 4 R 4381/12 ER-B –, juris Rn. 29) ist im Grundrechtsbereich nicht schlechthin ausgeschlossen (aus der Perspektive der nach Art. 19 Abs. 4 GG gebotenen gerichtlicher Kontrolle: BVerfG, Beschluss

vom 23. Oktober 2018 – 1 BvR 2523/13 –, BVerfGE 149, 407). Der Wesentlichkeitsgrundsatz erfordert zwar im Zusammenhang mit der Ausfüllung wissenschaftlicher Erkenntnislücken, für eine zumindest untergesetzliche Maßstabsbildung z.B. durch Einsetzung fachkundiger Gremien zur Festlegung einheitlicher Maßstäbe und Methoden zu sorgen oder wenigstens genauere Regeln für die behördliche Entscheidung zwischen mehreren vertretbaren Auffassungen vorzugeben (BVerfG, Beschluss vom 23. Oktober 2018 – 1 BvR 2523/13 –, juris Rn. 24). Vorliegend handelt es sich aber nicht um ein wissenschaftlich begründetes Erkenntnisdefizit, sondern um eine aus der Notwendigkeit der Prognose folgende Pflicht zur Schätzung, die zudem durch § 5 GEHV begrenzt wird.

Bezogen auf das Demokratieprinzip sind die Besonderheiten der Rechtssetzung der funktionalen Selbstverwaltung zu beachten (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2023 – B 6 KA 16/22 R –, juris Rn. 47 ff.). Insoweit ist die verfassungskonforme gesetzgeberische Grundentscheidung zu respektieren, die Erweiterte Honorarverteilung in funktionaler Selbstverwaltung auszugestalten und damit dem Satzungsgeber zu überantworten. Soweit der Senat und das Bundessozialgericht aus unterschiedlichen Gründen die satzungsrechtliche Regelung der Beiträge zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst beanstandet haben und sich der Kläger hierauf beruft (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2023 – B 6 KA 17/22 R –, juris Rn. 23 ff.), sind die dortigen Erwägungen nicht auf die hiesige Problematik übertragbar, denn die dortige Beitragsregelung verfehlte bereits die verfassungsrechtlich erforderlichen Mindestregelungen an einen Beitragstatbestand. Insgesamt ist festzustellen, dass Bundessozialgericht und Bundesverfassungsgericht dem Normgeber in Ansehung des kollektivvertraglichen Modells der Normgebung im Vertragsarztrecht insbesondere im Vergleich zu Art. 80 Grundgesetz (GG) größere Spielräume gewähren (vgl. Wenner, in: Schreiber/Kießling/Spiecker gen. Döhmman, Das Vertragsarztrecht – ein „Systemsprenger“?, 2024, S. 79 (89)).

(3) Da das geschätzte Umlagevolumen nach § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV in Höhe von in Höhe von 134.871.604,47 € die zu erwartenden EHV-Ansprüchen nach § 5 Abs. 1 Satz 3 GEHV um 16.006.149,10 € unterschritt (vgl. hierzu Anlage B 2 Seite

6), hatte nach § 5 Abs. 1 Satz 5 GEHV der sog. Paritätische Defizitausgleich gem. § 5 Abs. 2 GEHV zu erfolgen.

Bei Anwendung des sog. Paritätischen Defizitausgleichs ist nach § 5 Abs. 2 GEHV das sich bei der Schätzung nach § 5 Abs. 1 ergebende Defizit zu gleichen Teilen durch die Umlagezahler und die EHV-Empfänger zu tragen. § 5 Abs. 2 Satz 2 GEHV bestimmt, dass der Umlagesatz ergänzend zur Regelung in § 5 Abs. 1 Satz 2 GEHV so erhöht wird, dass die Hälfte der Differenz durch erhöhte Umlage gedeckt wird. Weiterhin wird der errechnete Punktwert ergänzend zu § 4 Abs. 5 GEHV soweit abgesenkt, dass dadurch die verbleibende Hälfte des Defizits abgedeckt ist (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GEHV). Abweichend hiervon sind diese Veränderungsmaßnahmen insoweit nicht anzuwenden, als der sich aus diesen Bestimmungen ergebende neue Punktwert niedriger ist als der Punktwert von 0,1966 € (§ 5 Abs. 3 Satz 1 GEHV). Ein sich hierdurch ergebender verbleibender Fehlbetrag wird abweichend von § 5 Abs. 2 GEHV durch eine diesen Fehlbetrag ausgleichende weitere Erhöhung des Umlagesatzes ausgeglichen (§ 5 Abs. 3 Satz 2 GEHV).

Die Beklagte hat den sog. Paritätischen Defizitausgleich ausweislich Anlage B 2 Seite 6 entsprechend dieser normativen Vorgaben angewandt, wodurch sich ein Punktwert von 0,2317 bzw. ein Umlagesatz von 6,07% ergibt.

Soweit der Kläger beanstandet, dass dies zu einer relativ höheren Belastung der EHV-Empfänger führe, da diese die zahlenmäßig kleinere Gruppe gegenüber der größeren Gruppe der aktiven Ärzte (EHV-Umlagezahler) sind, ist dies zunächst richtig. Die Regelung in § 5 Abs. 2 GEHV sieht nämlich vor, dass der Defizitbetrag in Euro „zu gleichen Teilen“ zwischen EHV-Empfängern und EHV-Umlagezahlern zu tragen ist. Der Ausgleich erfolgt nach dem eindeutigen Wortlaut so, dass auf der Seite der Umlagezahler der Umlagesatz erhöht und auf der Seite der EHV-Empfänger der Punktwert abgesenkt wird, bis jeweils die Hälfte Defizits gedeckt ist. Damit nimmt der Normgeber die relativ höhere Belastung der kleineren Gruppe in Kauf.

(4) Die vorgenannten Normen über die Punktwertanpassung bzw. Punktwertabsenkung sind auch in der hier vorgenommenen Auslegung bzw. Anwendung durch die Beklagte mit höherrangigem Recht vereinbar.

(a) Die Regelungen zur Ermittlung des Punktwertes unter Einbeziehung des Defizitausgleichs verletzen den Kläger nicht in den Rechten aus der Richtlinie 2000/78/EG des Rates vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf (RL 2000/78/EG).

Zwar wird die Situation des Klägers vom Geltungsbereich gemäß Art. 3 RL 2000/78/EG erfasst. In Abgrenzung zur Ausschlussregelung des Art. 3 Abs. 3 RL 2000/78/EG, wonach die Richtlinie nicht für Leistungen jeder Art seitens der staatlichen Systeme einschließlich der staatlichen Systeme der sozialen Sicherheit oder des sozialen Schutzes gelte, herrscht Einigkeit dahingehend, dass Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen selbständiger Leistungserbringer nach dem SGB V von Art. 3 Abs. 1 lit. c) RL 2000/78/EG erfasst werden (EuGH, Urteil vom 12. Januar 2010. Rs. C-341/08 – Domnica Petersen, Slg 2010, I-47, Rn. 32, 52–53; Oppermann, ZESAR 2006, 432 (434); Schreiber, in: Ruland/Becker/Axer, SRH, 7. Aufl. 2022, § 34 Rn. 64). Konsequenterhandelt es sich bei der EHV nicht um eine Sozialleistung, sondern um Vergütungsansprüche für erbrachte Leistungen aus selbständiger Tätigkeit, die gleichermaßen wie Ansprüche aus abhängiger Beschäftigung geschützt sind.

Es fehlt aber an der mittelbaren Diskriminierung. Eine mittelbare Diskriminierung wegen des Alters im Sinne der Richtlinie liegt gemäß ihrem Art. 2 Abs. 2 Buchst. b vor, wenn dem Anschein nach neutrale Vorschriften, Kriterien oder Verfahren Personen eines bestimmten Alters gegenüber anderen Personen in besonderer Weise benachteiligen können, es sei denn, diese Vorschriften, Kriterien oder Verfahren sind durch ein rechtmäßiges Ziel sachlich gerechtfertigt und die Mittel sind zur Erreichung dieses Ziels angemessen und erforderlich. Der Vergleich, aus dem sich die Benachteiligung ergeben kann, die „vergleichbare Situation“ (vgl. Art. 2 Abs. 2 lit. a RL 2000/78/EG) bzw. die betroffene Personengruppe eines bestimmten Alters mit einer anderen Vergleichsgruppe

(Baumgärtner, in: BeckOGK, § 3 AGG Rn. 72; vgl. zur Kürzung von Bezügen EuGH, Urteil vom 7. Februar 2019, Rs. C-49/18 – Carlos Escibano Vindel./Ministerio de Justicia, Rn. 46 ff.), lässt sich hier nicht in einer Weise bilden, dass eine mittelbare Diskriminierung zu Tage tritt. So sind keine Personengruppen unterschiedlichen Alters zu definieren, die auf der EHV-Empfängerseite Benachteiligungen ausgesetzt sind. Die vom Kläger behauptete Asymmetrie des Defizitenausgleichs wird durch die Kategorie der mittelbaren Diskriminierung nach Auffassung des Senats nicht erfasst, denn es werden unterschiedliche Personen unterschiedlichen Alters unterschiedlichen Normensystemen (als Beitragszahler oder EHV-Empfänger) zugeordnet. Insoweit schützt nach Auffassung des Senats die RL 2000/78/EG auch nicht vor Veränderungen in der Zeit. Auch der Kläger benennt nicht präzise, welche Vergleichsgruppe eines bestimmten Alters zu einer anderen ohne ausdrückliche Anknüpfung an das Alter in besonderer Weise benachteiligt wird.

(b) Auch eine Verletzung der Eigentumsgarantie aus Art. 14 Abs. 1 Grundgesetz (GG) ist nicht gegeben.

Ansprüche und unverfallbare Anwartschaften aus der EHV unterfallen dem Schutz der Eigentumsgarantie aus Art. 14 Abs. 1 GG; das Bundessozialgericht hat insofern eine Parallele zu den Betriebsrenten gezogen (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – B 6 KA 10/13 R –, SozR 4-2500 § 85 Nr. 79, juris Rn. 47 ff. m. w. N. aus seiner früheren Rechtsprechung; siehe zum Folgenden auch Senatsurteile vom 10. Juni 2020 – L 4 KA 45/17 –, juris Rn. 44 ff. und vom 16. Februar 2022 – L 4 KA 56/21 –, juris Rn. 67 - 70). Zudem ist in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts anerkannt, dass hinsichtlich der verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen der EHV in einem gewissen Rahmen Parallelen zur Gesetzlichen Rentenversicherung gezogen werden können. Die EHV ist zwar kein Teil der Sozialversicherung, sie basiert jedoch auf dem auch eine solche Versicherung tragenden Gedanken einer kollektiven Pflichtversicherung zur Absicherung der Risiken von Invalidität und Alter. Diese Annäherung an den Charakter einer solidarischen Pflichtversicherung rechtfertigt es, die seitens des BVerfG für den Bereich der Sozialversicherung aufgestellten Grundsätze sinngemäß auch auf die EHV zu übertragen (so ausdrücklich BSG, Urteil vom 19.

Februar 2014 - B 6 KA 8/13 R -, SozR 4-2500 § 85 Nr. 80, Rn. 43; siehe auch Senatsurteile vom 11. April 2018 – L 4 KA 2/15 –, juris Rn. 72 und vom 16. Februar 2022 – L 4 KA 56/21 –, juris Rn. 67 - 70). Der verfassungsrechtliche Eigentumsschutz des Art. 14 GG für Rentenanwartschaften schließt deren Umgestaltung durch eine Änderung des Rentenversicherungsrechts nicht schlechthin aus. Unverfallbare Anwartschaften werden nicht in einer konkreten Höhe geschützt (vgl. BVerfGE 131, 66 <80>; BVerfG, Beschluss vom 17. Dezember 2012 – 1 BvR 488/10, 1 BvR 1047/10 – juris Rn. 22). Bei der eigentumsrechtlichen Prüfung gesetzlicher Regelungen, die die Höhe von Leistungen beeinflussen, muss dem Gesetzgeber – bzw. hier dem Satzungsgeber – eine ausreichende Flexibilität erhalten bleiben, um das Versorgungssystem und insbesondere dessen Finanzierung zu gewährleisten (BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 – B 6 KA 10/13 R –, juris Rn. 47). Insbesondere eine Anpassung an veränderte Bedingungen und im Zuge einer solchen Umgestaltung auch eine wertmäßige Verminderung von Anwartschaften lässt die Eigentumsgarantie grundsätzlich zu (BVerfG, Beschluss vom 27. Februar 2007 – 1 BvL 10/00 –, BVerfGE 117, 272, juris Rn. 53; vgl. BVerfGE 100, 1 <37f.>). Die konkrete Reichweite des Eigentumsschutzes ergibt sich erst aus der Bestimmung von Inhalt und Schranken des Eigentums nach Art. 14 Abs. 1 Satz 2 GG durch den Gesetzgeber (vgl. BVerfGE 53, 257 <292>; 70, 101 <110>; 75, 78 <97>; 100, 1 <37>, stRspr.). Soweit in schon bestehende Anwartschaften eingegriffen wird, ist zu berücksichtigen, dass in ihnen von vornherein die Möglichkeit von Änderungen in gewissen Grenzen angelegt ist. Eine Unabänderlichkeit der bei ihrer Begründung bestehenden Bedingungen widerspricht dem Rentenversicherungsverhältnis, das im Unterschied zum Privatversicherungsverhältnis von Anfang an nicht auf dem reinen Versicherungsprinzip, sondern wesentlich auch auf dem Gedanken der Solidarität und des sozialen Ausgleichs beruht (BVerfG, Beschluss vom 27. Februar 2007 – 1 BvL 10/00 –, BVerfGE 117, 272, juris Rn. 53). Eingriffe in rentenrechtliche wie rentenähnliche Anwartschaften müssen allerdings einem Gemeinwohlzweck dienen und verhältnismäßig sein (vgl. BVerfG, Beschluss vom 27. Februar 2007 – 1 BvL 10/00 –, BVerfGE 117, 272, juris Rn. 54 f. m. w. N.).

Aus der Natur von Art. 14 Abs. 1 GG als ausgestaltungsbedürftiges Grundrechts folgt, dass nicht jede Veränderung der Leistungsseite der Erweiterten Honorarverteilung für die Zukunft eine am Vertrauensschutzgedanken und Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu messende Inhalts- und Schrankenbestimmung ist; dies folgt schon aus der Zukunftsgerichtetheit der Inhaltsbestimmung. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Rechtsprechung zur Rentenanpassung bislang offen gelassen, wann eine unterlassene oder vermeintlich zu geringfügige Leistungserhöhung nach Art. 14 Abs. 1 GG einen Rechtfertigungsbedarf auslöst und welcher Maßstab hierfür gilt (Senger, in: Modrzejewski/Naumann, Linien der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, Bd. 5 [2019], S. 231 <240>). So würde einerseits eine Ausklammerung aus dem Grundrechtsschutz mit einer Beschränkung der Eigentumsgarantie auf den bereits bewilligten Zahlbetrag den Eigentumsschutz faktisch leerlaufen lassen, andererseits kann das Unterlassen einer Leistungserhöhung auch bei geschützten Anwartschaften gerade wegen des selbst verfassungsrechtliche Legitimation genießenden Belanges einer nachhaltigen Stabilität des Systems ein gerechtfertigte Inhaltsbestimmung darstellen (vgl. zum erstgenannten Aspekt BVerfGE 64, 87 <97 f.>; zum letztgenannten Gedanken BVerfG, Beschluss vom 3. Juni 2014 – 1 BvR 79/09 –, juris Rn. 54).

Der Schutzbereich von Art. 14 Abs. 1 GG ist vorliegend eröffnet. Denn die Anpassung des Auszahlungspunktwerts unter Anwendung des sog. Paritätischen Defizitausgleichs gem. § 5 Abs. 3 GEHV zum 1. Januar 2017 auf 0,2317 € führt zu einer Senkung des monatlichen EHV-Zahlbetrags beim Kläger. Bis 31. Dezember 2016 belief sich der Auszahlungspunktwert noch auf 0,2341 €.

Eine Rechtsstellungsgarantie, die Art. 14 Abs. 1 GG grundrechtlich vermittelt, steht nach Art. 14 Abs. 2 GG unter dem Vorbehalt einer gesetzlichen Regelung über Inhalt und Schranken der als Eigentum anzusehenden Rechtsposition. Bei der Bestimmung des Inhalts und der Schranken rentenversicherungsrechtlicher Positionen kommt dem Normgeber grundsätzlich eine weite Gestaltungsfreiheit zu. Dies gilt im Besonderen für Regelungen, die dazu dienen, die Funktions- und Leistungsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Rentenversicherungen im Interesse aller zu erhalten, zu verbessern oder veränderten wirtschaftlichen

Bedingungen anzupassen. Insoweit umfasst Art 14 Abs. 1 S. 2 GG auch die Befugnis, Rentenansprüche und Rentenanwartschaften zu beschränken; sofern dies einem Zweck des Gemeinwohls dient und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entspricht, ist es dem Gesetzgeber grundsätzlich nicht verwehrt, Leistungen zu kürzen, den Umfang von Ansprüchen oder Anwartschaften zu vermindern oder diese umzugestalten (BVerfG, Urteil vom 28. Februar 1980 – 1 BvL 17/77 –, BVerfGE 53, 257 <293>). Das Bundesverfassungsgericht hat bei der eigentumsrechtlichen Prüfung von auf die Höhe von Rentenleistungen bezogenen gesetzlichen Regelungen anerkannt, dass dem Gesetzgeber eine ausreichende Flexibilität erhalten bleiben muss, um das Rentenversicherungssystem und insbesondere dessen Finanzierung zu gewährleisten. Daher verfestigt die Eigentumsgarantie das Rentenversicherungssystem nicht so, dass es starr wird und den Anforderungen unter veränderten Umständen nicht mehr genügen kann (vgl. BVerfGE 53, 257 <293>; 58, 81 <110>; 69, 272 <304>; 100, 1 <37>).

Gesetzliche Maßnahmen, die der Erhaltung der Funktions- und Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung dienen, müssen allerdings von einem gewichtigen öffentlichen Interesse getragen und verhältnismäßig sein (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 3. Juni 2014 – 1 BvR 79/09 –, juris Rn. 55).

Unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe ist der Eingriff in den Eigentumsschutz, der seine formell-gesetzliche Grundlage in der Satzungsermächtigung des § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (KVHG) hat, gerechtfertigt, insbesondere verhältnismäßig.

§ 5 Abs. 3 GEHV dient einem hinreichend legitimen Zweck, d.h. im oben genannten Sinne: gewichtigen öffentlichen Interessen. Der in § 5 Abs. 3 GEHV normierte, sog. Paritätische Defizitenausgleich dient dem Ausgleich der Belastungen von EHV-Umlagezahlern und EHV-Leistungsempfängern Fällen, in denen wie im streitgegenständlichen Leistungsjahr 2017, das für die Finanzierung der EHV-Leistungsansprüche zu erwartenden Umlagevolumen auf der Einnahmeseite nicht ausreicht, um das zu erwartende Volumen der Gesamtheit von EHV-Ansprüchen

der Leistungsempfänger im Leistungsjahr zu befriedigen. Die Möglichkeit eines Defizits ist dabei der Dynamisierung des Auszahlungspunktwerts in Anknüpfung an die Honorarentwicklung in den Vorjahren (Honorardynamik, vgl. § 4 Abs. 5 Satz 2 GEHV) einerseits geschuldet, die den EHV-Leistungsempfängern zugutekommt. Andererseits dem Schutz der der EHV-Umlagezahler vor überproportionalen Steigerungen der Umlagesätze wegen gestiegener Anzahl von Zulassungsumfängen. Damit dient der sog. Paritätische Defizitenausgleich sowohl der Funktionsfähigkeit und Leistungsfähigkeit als auch der Akzeptanz und damit der Erhalt des EHV als solcher. Dies stellt vor dem Hintergrund der „von niemanden geleugneten strukturellen Probleme der EHV“ (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2018 – B 6 KA 53/17 R –, juris Rn. 38) gewichtige öffentliche Interessen dar.

Soweit der Kläger einwendet, dass die Ursachen für das von der Beklagten für das Leistungsjahr 2017 ermittelte Defizit nicht allein in der demografischen Entwicklung liegen, sondern auch in zusätzlichen Leistungen für Ärzte, die zwar bereits Leistungen aus der EHV beziehen und aufgrund der Fortführung ihrer Tätigkeit über die Altersgrenze hinaus weitere Anwartschaften bzw. EHV-Ansprüche erwerben, vermag das der Senat nicht zu negieren. Indessen stellt auch dies einen gewichtiges Gemeinwohlinteresse dar, wenn vor dem Hintergrund von – auch demografisch bedingtem - (Land-)Ärztemangel Ärzten im EHV-Bezug nicht nur die Möglichkeit gegeben wird, weiter zu praktizieren, sondern darüber hinaus auch eine (weitere) Altersvorsorge aufzubauen. Die Finanzierung der sich hieraus ergebenden Ansprüche stellt ein legitimes Ziel dar, zumal diese Gruppe zunächst auch durch ihre Umlage die EHV finanziert.

Der Defizitenausgleich ist auch erforderlich; ein milderer Mittel, dass in gleichem Maße effektiv und effizient einen Defizitenausgleich bewirkt, ist nicht erkennbar. Zwar wäre es denkbar, die aktiven Ärzte stärker zu belasten, indem die Pro-Kopf-Belastung in gleichem Umfang erfolgt. Diese Mehrbelastung der aktiven Ärzte wäre aber ohne Abschaffung der „unteren Haltelinie“ in § 5 Abs. 3 Satz 1 GEHV, die im Falle des rechnerischen Unterschreitens ohnehin allein von den aktiven Ärzten zu sichern wäre, ihrerseits mit Verhältnismäßigkeitsbedenken behaftet. Ein Defizitenausgleich ohne „untere Haltelinie“ wäre aber kein milderer Mittel. Eine wie

auch immer geartete Defizitumlage, die die Belastung in zeitlicher Hinsicht verlagert, wäre in der Zielverwirklichung nicht gleichwertig.

Der sog. Paritätische Defizitausgleich stellt sich weiterhin auch als angemessen, d.h. verhältnismäßig im engeren Sinne dar, denn der Defizitausgleich erfolgt nicht einseitig zu Lasten der EHV-Leistungsempfänger, sondern wird nach § 5 Abs. 2 GEHV – allerdings betragsmäßig – „zu gleichen Teilen“ auf beide Gruppen, die Leistungsempfänger und die EHV-Umlagezahler, also passive und aktive Ärzte hälftig verteilt. Auch vor dem Hintergrund, dass die hälftige Aufteilung des Defizitbetrags – wie ausgeführt – zu einer relativ höheren Belastung der EHV-Empfänger führen, weil sie die zahlenmäßig kleinere Gruppe darstellt, führt dies nicht zu einer unverhältnismäßig hohen Belastung der Gruppe der EHV-Empfänger, da in § 5 Abs. 3 Satz 1 GEHV mit dem Punktwert von 0,1966 € eine „untere Haltlinie“ normiert ist, die durch die Anwendung des sog. Paritätischen Defizitausgleichs nicht unterschritten werden darf. Die EHV-Zahlungen werden auf dem Niveau dieses Punktwertes von 0,1966 € nach § 5 Abs. 3 GEHV auch dann garantiert, wenn der Punktwert nach den allgemeinen Vorgaben niedriger wäre. Den dazu erforderlichen Geldbetrag müssen nach S. 2 der Vorschrift allein die aktiven Vertragsärzte durch die Zahlung eines erhöhten Umlagesatzes aufbringen. Der Defizitausgleich unterliegt nach Auffassung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 12. Dezember 2018 - B 6 KA 53/17 R -, juris Rn. 69 f.) deshalb keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, vielmehr hat es ihn als verhältnismäßig gebilligt.

§ 5 GEHV genügt auch den übrigen Schranken-Schranken eines Eingriffs in Art. 14 Abs. 1 GG. Die Verbindung des Defizitausgleichs ist mit den Anforderungen des Demokratieprinzips an die funktionale Selbstverwaltung und mit dem Wesentlichkeitsgrundsatz vereinbar. Insoweit wird auf die Ausführungen unter (2) am Ende verwiesen

Soweit der Kläger eine Verletzung von Art. 14 Abs. 1 GG durch die Perpetuierung der Auswirkungen der GEHV-Reform vom 1. Juli 2012 rügt, verweist der Senat auf seine Urteile vom 16. Februar 2022 – L 4 KA 56/21 – und vom 25. Januar 2023 – L 4 KA 58/21 – sowie die Beschlüsse des Bundessozialgerichts vom 6.

März 2024 – B 6 KA 20/22 B und B 6 KA 3/23 B. Der sog. Paritätische Defizitausgleich selbst perpetuiert keine Absenkung, denn nach seinen Berechnungsgrundlagen wirkt er nur für ein Jahr. Insbesondere die Honorardynamik nach § 4 Abs. 5 GEHV knüpft nicht an einen durch den Defizitausgleich abgesenkten Punktwert an.

Die Kostengrundentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor. Die Möglichkeit der Einräumung einer satzungsförmigen Schätzungsbefugnis zugunsten des Vorstandes einer KAV ist in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geklärt; hier handelt es sich bei der Übertragung dieser Grundsätze auf § 5 GEHV um eine Einzelfallproblematik. Die einmal mehr aufgeworfenen verfassungsrechtlichen Fragen sieht der Senat als abschließend geklärt an.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen

zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Die Beschwerde in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte), Telefax-Nr. 0561/3107 475.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zu Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse (oder durch eine Person, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Abs. 4 Nr. 2 SGG zur Verfügung steht) eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu übermitteln. Ist dies aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich, bleibt die Übermittlung nach den allgemeinen Vorschriften zulässig. Die vorübergehende Unmöglichkeit ist bei der Ersatzeinreichung oder unverzüglich danach glaubhaft zu machen; auf Anforderung ist ein elektronisches Dokument nachzureichen (vgl. § 65d SGG in der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung).

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem Sozialen Entschädigungsrecht oder der Menschen mit Behinderungen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen. Auch für die Begründung gilt ab 1. Januar 2022, dass sie - abgesehen von dem Fall einer vorübergehenden technischen

Unmöglichkeit - als elektronisches Dokument zu übermitteln ist, wenn sie von Rechtsanwälten, Behörden oder einer der anderen oben genannten und von § 65d Satz 2 erfassten Personen eingereicht wird (§ 65d SGG; s.o.).

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form (s.o.) einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Ab dem 1. Januar 2022 gilt ergänzend:

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen.** Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln (s.o.).

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Dr. Schreiber

Weihrauch

Vogl

Die Übereinstimmung der Abschrift
mit dem Original wird hiermit beglaubigt.

Darmstadt, 11.02.2025

Susann, Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle