

**Überlegungen und Vorschläge zur Reform  
der Erweiterten Honorarverteilung  
der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**

vorgelegt auf Wunsch des Beratenden Fachausschusses EHV  
der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

von Prof. Dr. Franz Ruland, München\*

(Stand: 4. 11. 2010)

\* Vorsitzender des Sozialbeirats der Bundesregierung; Geschäftsführer des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) a.D.; Honorarprofessor an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt a.M.

## Übersicht

|  | Ziffer  |
|--|---------|
| I. Die aktuelle Rechtslage und ihre Probleme                                       | 1 - 17  |
| 1. Der rechtliche Rahmen der Erweiterten Honorarverteilung                         | 1 - 5   |
| 2. Die Höhe der für die EHV zur Verfügung gestellten Mittel                        | 6 - 10  |
| 3. Die Probleme  | 11 - 16 |
| 4. Fazit   | 17      |
| II. Fortbestehen der Erweiterten Honorarverteilung<br>im Wege des Umlageverfahrens | 18 - 21 |
| III. Die Höhe der Erweiterten Honorarverteilung                                    | 22 - 31 |
| 1. Die verfassungsrechtlichen Vorgaben   | 22 - 28 |
| 2. Grundsätze für die Reform der Erweiterten Umverteilung                          | 29 - 31 |
| IV. Die für das künftige Leistungsvolumen maßgeblichen Faktoren                    | 32 - 61 |
| 1. Die Berechnung der Leistungen aus der EHV                                       | 33 - 40 |
| 1.1 Die geltende Rechtslage  | 33 - 34 |
| 1.2 Die Neuausrichtung der Leistungen  | 35      |
| 1.3 Der Prozentsatz der Leistungen   | 36 - 39 |
| 1.4 Vorschläge   | 40      |
| 2. Die künftige Anpassung der Leistungen   | 41 - 51 |
| 2.1 Die Anpassung entsprechend der Bezugsgröße (§ 18 I SGB IV)                     | 41 - 46 |
| 2.2 Die Einführung eines „Mengenfaktors“   | 47 - 50 |
| 2.3 Vorschlag  | 51      |
| 3. Die Umschreibung der abgesicherten Risiken                                      | 52 - 61 |
| 3.1 Die Absicherung des Risikos des Alters – Die Anhebung<br>der Regelaltersgrenze | 52 - 58 |
| 3.2 Die Absicherung des Risikos der Berufsunfähigkeit                              | 59      |
| 3.3 Die Absicherung bei Tod zugunsten der Hinterbliebenen                          | 60      |
| 3.4 Vorschläge   | 61      |

|       |   |           |
|-------|---|-----------|
| V.    | Die Bestimmung des Anteils des einzelnen Vertragsarztes an der Aufbringung der Mittel für die EHV | 62 - 67   |
| 1.    | Die jetzige Rechtslage  | 62        |
| 2.    | Die Einführung eines Regelbeitrags  | 63 - 66   |
| 3.    | Vorschläge  | 67        |
| VI.   | Die künftigen „Leitplanken“ des Systems der EHV   | 68 - 79   |
| 1.    | Die Absenkung des Leistungsniveaus  | 69 - 72   |
| 2.    | Die Höchstbelastung der aktiven Ärzte   | 73 - 77   |
| 3.    | Handlungsbedarf   | 78        |
| 4.    | Vorschläge  | 79        |
| VII.  | Jährliche Festsetzung der Leistungen  | 80 - 81   |
| VIII. | Regelung in verschiedenen Normebenen  | 82 - 88   |
| 1.    | Regelung durch Gesetz   | 82 - 84   |
| 2.    | Regelung durch die Satzung  | 85 - 88   |
| IX.   | Schlussbemerkungen  | 89 – 93c  |
| 1.    | Zur Notwendigkeit einer mathematischen Validierung der Vorschläge                                 | 89 – 93   |
| 2.    | Die Ermittlung der Kosten eines möglichen Kompromisses  | 93a – 93c |
| X.    | Zusammenfassung – alle Vorschläge im Überblick  | 94 - 98   |
| 1.    | Die Vorschläge  | 95 – 97a  |
| 2.    | Die vorgeschlagenen Größen im Überblick   | 98        |

## I. Die aktuelle Rechtslage und ihre Probleme

### 1. Der rechtliche Rahmen der Erweiterten Honorarverteilung

(1) Die aktuelle Rechtslage der Versorgung der Vertragsärzte in Hessen ist geprägt durch ein Zusammenspiel von Bundes- und Landesrecht. Der Bundesgesetzgeber hat die Verteilung der von den Krankenkassen zu zahlenden Gesamtvergütungen in § 85 IV Sozialgesetzbuch (SGB) V abschließend und in einer der ergänzenden Gesetzgebung durch die Länder nicht zugänglichen Weise umfassend geregelt. Deshalb bleibt, so das Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung (BSGE 101, 106 [110]; 95, 50 [86]; 28, 9 [12]; 25, 123 [125]), für abweichende landesgesetzliche Regelungen zur Honorarverteilung kein Raum. Durch Art. 4 § 1 II 2 des „Gesetzes über Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und der Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes – Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR)“ v. 17.8.1955 (Bundesgesetzblatt [BGBl.] I, 513) ist eine Ausnahme für die landesrechtlichen Versorgungssysteme für Kassenärzte geschaffen worden, die bei Inkrafttreten des GKAR bereits bestanden. Dies war (allein) für die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessens der Fall, die durch das Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (KVHG) vom 22.12.1953 (Hessisches Gesetz- und Verordnungsblatt [GVBl.] S. 206) eingerichtet worden war. § 8 dieses Gesetzes lautete:

*„Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen sorgt im Rahmen ihrer Satzung für eine wirtschaftliche Sicherung der invaliden und alten Kassenärzte und der Hinterbliebenen von Kassenärzten. Diese Sicherung kann auch durch besondere Honorarverteilungsgrundsätze geregelt werden.“*

(2) Art. 4 § 1 GKAR schreibt den bei seinem Inkrafttreten vorgefundenen Rechtszustand der landesrechtlichen Versorgungssysteme für Kassenärzte nicht in der Weise fest, dass dieser nicht mehr geändert werden könnte (Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts [BVerfGE] 11, 192 [200]; BSGE 28, 9 [12]; BSG, SozR Nr. 1, 3

zu Art. 4 § 1 GKAR; BSG, Urteilssammlung für die gesetzliche Krankenversicherung [USK] 6999; Ebsen, Rechtliche Spielräume und Verfassungsfragen einer Anpassung der Erweiterten Honorarverteilung, 2004, [maschinenschriftlich] S. 9). Der Landesgesetzgeber kann daher die rechtlichen Änderungen vornehmen, die notwendig sind, um das System auch langfristig finanziell abzusichern.

(3) Auf Grund der Ermächtigung in § 8 KVHG hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen mit Wirkung ab 1954 „Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung“ beschlossen, die Bestandteil ihrer Satzung wurden. Diese Bestimmungen sind mehrfach geändert worden, 2006 grundlegend; die aktuelle Satzung hat den Stand vom Mai 2010. Satzungsänderungen werden nach der Neufassung des § 77 III SGB V durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 (BGBl. I, 2190) nur noch durch die aktiven Ärzte beschlossen, die allein Mitglieder der KV sind.

(4) Die Versorgung der hessischen Vertragsärzte beruht auf zwei Säulen. Soweit sie an der EHV teilnehmen, sind sie zwar auch Mitglieder der hessischen Ärzteversorgung; sie brauchen aber (maximal) nur die Hälfte der Beiträge zu zahlen (§ 8 I der Satzung der hess. Ärzteversorgung); das ist derzeit ein Betrag von  $(1.080 : 2 =) 540$  Euro im Monat. Die Leistungen aus der Ärzteversorgung sind entsprechend gemindert. Da die hess. Ärzteversorgung aber später eingeführt wurde, sind für viele Vertragsärzte die Leistungen aus der EHV wesentlicher Bestandteil ihrer Alterssicherung, in Einzelfällen sogar die einzige Einnahmequelle im Alter.

(5) Im zweiten Quartal 2010 gab es 9.104 aktive Vertragsärzte, die die Mittel für die EHV aufbrachten. Ihre durchschnittliche Belastung betrug 2.368,29 Euro im Quartal. Sie ist durch die Begrenzung der Ausgaben auf 5% von 2.903,51 Euro um 18,4% gesunken. Dem standen 5.933 EHV-Empfänger gegenüber, von denen 3.775 als inaktive Ärzte eine Rente bezogen, der durchschnittlich ein Prozentsatz von 11,290% zugrunde lag und die im Quartal 4.361,71,- Euro ausmachte. Außerdem wurden u.a. 1.758 Witwenrenten gezahlt mit einem Durchschnittsbetrag von 2.714,13 Euro im Quartal.

## 2. Die Höhe der für die EHV zur Verfügung gestellten Mittel

(6) Nach geltendem Satzungsrecht hängt die Höhe der für die EHV zur Verfügung stehenden Mittel – ohne hier in Einzelheiten gehen zu wollen - von der Höhe der Honorare der aktiven Vertragsärzte ab. Die für die Finanzierung der EHV-Ansprüche notwendigen Mittel werden durch Quotierung der im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte bereitgestellt (§ 8 I 1 GEHV). Die Quote darf seit 2006 einen Wert von 5% nicht überschreiten (§ 8 I 2 GEHV). Die festgestellten Ansprüche beziehen sich dabei auf das jeweils anerkannte durchschnittliche Honorar aus der Behandlung von Versicherten der Primär- und Ersatzkassen. Sollten die bereitgestellten Mittel nicht ausreichen, um alle Ansprüche aus der EHV zu finanzieren, sind alle Ansprüche so zu quotieren, dass die Gesamtsumme die Obergrenze von 5% nicht überschreitet (§ 8 I 5 GEHV). Die Quotierung erfolgt durch den „Nachhaltigkeitsfaktor“. Er führt nach den Berechnungen der KV dazu, dass der Höchstanspruchsatz von 18% (§ 3 I lit. c, dd GEHV) bis 2030 auf 8,4% abgesenkt und damit um über 53% abgewertet wird.

(7) Die Gesamtuweisungen zur EHV betragen (bis 2008 Sozialgericht [SG] Marburg):

Tabelle 1:

| Jahr    | EHV-relevante Gesamtvergütung | % (bezogen auf 2005) | Gesamtuweisung zur EHV | % (bezogen auf 2005) | Gesamtuweisung zur EHV in % zur EHV-relevanten Gesamtvergütung |
|---------|-------------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|--|
| 2003    | 1.411.917.546,19              | 99,8                 | 73.635.557,78          | 94,3                 | 5,2  |
| 2004    | 1.411.017.339,32              | 99,8                 | 75.203.393,20          | 96,3                 | 5,3  |
| 2005    | 1.414.278.309,32              | 100,0                | 78.119.817,12          | 100,0                | 5,5  |
| 2006    | 1.453.564.060,09              | 102,8                | 76.678.189,39          | 98,2                 | 5,3  |
| 2007    | 1.524.198.405,85              | 107,8                | 76.208.920,30          | 97,6                 | 5,0  |
| 2008    | 1.579.182.073,03              | 111,7                | 78.959.103,65          | 101,1                | 5,0  |
| 2009    | 1.645.222.517,30              | 116,3                | 82.261.125,87          | 105,3                | 5,0  |
| 2010 I  | 431.883.621,08                | 118,1                | 21.594.181,05          | 110,6                | 5,0  |
| 2010 II | 431.218.478,01                | 117,9                | 21.560.923,90          | 110,4                | 5,0  |

(8) Das maximal erreichbare Quartalshonorar (= Leistung bei 12.000 Punkten und 18%) betrug in Euro:

Tabelle 2:

|                |           |                |           |
|----------------|-----------|----------------|-----------|
| 2007 I         | 6.787,43  | 2008 insgesamt | 26.838,72 |
| 2007 II        | 6.742,46  | 2009 I         | 7.164,99  |
| 2007 III       | 6.366,79  | 2009 II        | 6.728,66  |
| 2007 IV        | 6.974,55  | 2009 III       | 6.584,63  |
| 2007 insgesamt | 26.871,23 | 2009 IV        | 6.795,46  |
| 2008 I         | 6.775,54  | 2009 insgesamt | 27.273,74 |
| 2008 II        | 6.804,67  | 2010 I         | 7.124,52  |
| 2008 III       | 6.332,35  | 2010 II        | 6.954,25  |

|         |          |             |           |
|---------|----------|-------------|-----------|
| 2008 IV | 6.927,16 | 2010 I + II | 14.078,77 |
|---------|----------|-------------|-----------|

(9) Die durchschnittliche Belastung des Vertragsarztes betrug in Euro:

Tabelle 3:

|          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| 2007 I   | 2.167,32 | 2008 IV  | 2.300,67 |
| 2007 II  | 2.202,10 | 2009 I   | 2.408,91 |
| 2007 III | 2.072,77 | 2009 II  | 2.266,57 |
| 2007 IV  | 2.272,78 | 2009 III | 2.218,57 |
| 2008 I   | 2.223,44 | 2009 IV  | 2.284,21 |
| 2008 II  | 2.258,09 | 2010 I   | 2.386,36 |
| 2008 III | 2.093,59 | 2010 II  | 2.358,96 |

(10) Das Leistungsvolumen der EHV hat sich – ausgedrückt in den Prozentansprüchen der EHV-Empfänger – in den Jahren 2006 – 2009 jeweils im 4. Quartal wie folgt entwickelt:

Tabelle 4:

| Jahr                        | 2006         | 2007         | 2008         | 2009         | 2010*       |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Ansprüche der EHV-Empfänger | 49.377,8559% | 51.476,7181% | 53.720,1832% | 54.430,0289% | 55.807,1796 |
| Veränderung                 |              | + 4,25%      | + 4,36%      | + 1,32%      | + 2,53%     |

\* Zweites Quartal

### 3. Die Probleme

(11) Die EHV steht vor erheblichen Problemen. Sie sind teils allgemeiner Natur und betreffen nahezu alle Alterssicherungssysteme, teils ergeben sie sich aus den Besonderheiten gerade dieses Systems. Wie alle Alterssicherungssysteme steht auch die im Umlageverfahren finanzierte EHV vor demographischen Problemen. Nach den von der ABV in Auftrag gegebenen Sterbetafeln für die Mitglieder der berufsständischen Versorgungswerke von Heubeck aus dem Jahre 2007 liegt die Lebenserwartung von Mitgliedern dieser Versorgungswerke um mehrere Jahre über der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung und steigt mit jedem Geburtsjahr um je einen Monat an. Daher wird sich die Bezugszeit von Leistungen aus der EHV weiter verlängern. Für den Durchschnitt der Bevölkerung beträgt die fernere Lebenserwartung der 65-Jährigen 17,1 Jahre (Männer) und 20,4 Jahre (Frauen). Deshalb wird sich die Rentenbezugsdauer bis 2030 um rund 2,5 Jahre verlängern (BT-Dr. 17/2271, S. 61).

(12) Die Zahl der Ärzte, die sich an der EHV aktiv beteiligen, ist von 2004 8.490 auf 9.104 im zweiten Quartal 2010 angestiegen, das ist ein Zuwachs von 7,2%. Dies entspricht auch anderen Zahlen. So ist die Zahl der berufstätigen Ärzte von 306.435 im

Jahr 2004 auf 319.697 im Jahr 2008 angestiegen, ein Zuwachs in den vier Jahren von 4,3% (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, 2009, S. 10). Seit 1960 hat sich die Zahl um 347,4% erhöht. Aus dem Internetauftritt der Ärztekammer Nordrhein lässt sich entnehmen, dass auch für ihren Zuständigkeitsbereich die Zahl der Ärzte stetig zunimmt. Sie ist von 45.596 im Jahr 2000 auf 52.131 im Jahr 2009 kontinuierlich angestiegen, eine Veränderung von 14,3% in dem Zeitraum. Dieser Anstieg lässt sich bis 1940 (6.700 Ärzte) zurück verfolgen. Nach einer Untersuchung von Frank von dem DB-Research aus dem Jahre 2007 wird die demographische Entwicklung Mediziner begünstigen. Ihre Zahl wird – wenn auch langsamer – weiter steigen. Je älter eine Bevölkerung wird, umso mehr Ärzte werden benötigt. Davon geht auch die KBV aus (vgl. KBV, Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus, 5. Aufl., 2010, S. 132, 142).

(13) Spezifische Probleme betreffen die EHV. Kaum noch praktikabel lösbare Probleme bereitet die in dem auf die Umsätze der Vertragsärzte bezogenen System notwendige Berücksichtigung der Kostenbelastung der Vertragsarztpraxen (§ 5 GEHV). Sie zielt auf mehr Gleichheit bei den aktiven Ärzten. Vor der Änderung 2001 hatten Vertragsärzte, die 100.000,- DM Umsatz erzielten, ca. 5% davon, d.h. rund 5.000,- DM als Vorwegabzug hinzunehmen. Der Vorwegabzug entspricht, so das BSG (BSGE 101, 106 [116]) zu Recht, einer „Beitragsleistung“. Dieser Vorwegabzug war aber unabhängig von der Höhe der Kosten, die mit der ärztlichen Tätigkeit verbunden waren. Auch bei 70.000,- DM oder 50.000,- DM Kosten war der gleiche Vorwegabzug hinzunehmen. Diese Ungerechtigkeit sollte mit der 2001 beschlossenen verstärkten Berücksichtigung der Kosten beseitigt, jedenfalls gemindert werden. Die entsprechenden Bestimmungen der GEHV sind aber zu unbestimmt, so dass das SG Marburg deswegen in einem noch nicht rechtskräftigen Urteil vom 24.2.2010 (Az. S 12 KA 350/09) die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung beanstandet und der KV Hessen aufgegeben hat, ihre Satzung insoweit zu konkretisieren.

(14) Die Begrenzung der Belastung der Vertragsärzte durch die EHV in Höhe von 5% (§ 8 I 2 GEHV) sieht sich erheblichen juristischen Problemen gegenüber. Die bis 2002 vorgenommenen Kürzungen in Höhe von 5 – 6 % sind von dem BSG in seiner für die EHV grundlegenden Entscheidung vom 16.7.2008 (BSGE 101, 106 ff. = SozR



4- 2500 § 85 Nr. 3 = USK 2008 – 65) als rechtmäßig anerkannt worden. Das SG Marburg hat in dem noch nicht rechtskräftigen Urteil vom 24.2.2010 die Einführung des Nachhaltigkeitsfaktors, soweit er die Zeit bis Ende 2006 betraf und Ende 2006 89,0956 (= - 10,9%) betrug, als „noch nicht rechtswidrig“ beurteilt. „Eine Verletzung der eigentumsrechtlichen Anwartschaften könne aber für die Zukunft aufgrund der bestehenden Regelungssystematik nicht ausgeschlossen werden.“ Die Obergrenze der EHV-Quote von 5% bedeute eine „für die im EHV-Bezug stehenden Anspruchsberechtigten eine zunehmende Entwertung ihrer Anwartschaft, ohne dass sie noch in der Lage sind, sich auf die veränderte Situation einzustellen.“ Es fehle nicht nur ein Übergangsrecht, zudem würden die EHV-Bezieher immer stärker von der Entwicklung der Ärzteneinkommen abgekoppelt.

(15) Durch Entscheidungen des Bundesgesetzgebers kommt es vor allem seit 2009 wegen §§ 73b VII, VIII, 73c VII, 140d I SGB V zu immer größeren Honorarsummen, die an der Kassenärztlichen Vereinigung vorbeilaufen und damit für die EHV nicht mehr zur Verfügung stehen. Der Hessische Gesetzgeber hat zwar durch die Neufassung des § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen durch das Gesetz vom 14.12.2009 (GVBl. S. 662) auf diese Situation reagiert und neben der Gesamtvergütung auch sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erbringen und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ausgezahlt werden, der EHV unterworfen (§ 8 II 1 KVHG). Die betreffenden Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, diese Leistungen offenzulegen, andernfalls sie geschätzt werden können (§ 8 III KVHG). Dieses Verfahren ist missbrauchsanfällig und verwaltungsmäßig sehr schwer zu handhaben. Der Wunsch ist, es abzulösen.

(16) Alle am Gesetzgebungsverfahren Beteiligten waren sich zudem einig darin, dass die Neufassung des § 8 KVHG nur eine „Zwischenlösung (Hess. Landtag-Drucksache 18/767, S. 3), eine „Übergangsregelung“ sei, weil sie „nicht wirklich nachhaltig sei“ (Abg. Bartelt, Schulz-Asche). Die hessische Landesregierung, die den Gesetzentwurf auch nur als „halbe Arbeit“ wertete (Minister Banzer), ist aufgefordert worden, „eine umfassende Gesetzesanpassung“ vorzunehmen, „um die EHV dauerhaft zu sichern“. Auch der beratende Fachausschuss EHV der KV Hessens hat sich

am 4.8.2010 für einen „kompletten Systemwechsel“ und gegen Zwischenlösungen ausgesprochen.

4. Fazit:

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

## II. Fortbestehen der Erweiterten Honorarverteilung im Wege des Umlageverfahrens

(18) Trotz aller Reformbedürftigkeit: Zum Fortbestehen der EHV im Wege des seit Anbeginn (1954) praktizierten Umlageverfahrens (vgl. BSGE 94, 50 [87]) gibt es keine zu empfehlende Alternative. Eine Überführung der Anrechte aus der Honorarverteilung in das Hessische Ärzteversorgungswerk scheidet schon deshalb aus, weil die dafür notwendigen Mittel nicht zur Verfügung stehen. Das Hessische Ärzteversorgungswerk wird ganz überwiegend im Wege des Kapitaldeckungsverfahrens finanziert. Um die Anrechte aus der EHV in das Versorgungswerk zu überführen, müsste der Barwert dieser Anrechte ermittelt und in das Versorgungswerk eingezahlt werden. Bei Anrechten aus der EHV in Höhe von rund 80 Mio. Euro im Jahr ergäbe sich ein Barwert von über einer Milliarde Euro, der von den Mitgliedern der EHV auch nicht sukzessive aufzubringen ist. Die dafür notwendigen Mittel müssten zusätzlich zu der daneben fortbestehenden Umlage zur EHV finanziert werden; es wäre eine weder zumutbare, noch rechtlich zulässige zweifache Belastung der Aktiven. Eine Überführung der Anrechte aus der EHV in das Hessische Ärzteversorgungswerk ohne eine entsprechende Kapitalzahlung würde die Anrechte der Mitglieder dieses Versorgungswerks in einer Weise mindern, dass deren Eigentumsschutz (Art. 14 I Grundgesetz [GG]; dazu Bundesverwaltungsgericht [BVerwG], Neue Juristische Wochenschrift [NJW] 2006, 711 ff.; Papier, in: Becker/Kaufmann/v.Maydell/Schmähl/Zacher [Hrsg.], Alterssicherung in Deutschland, Festschrift [FS] Ruland, 2007, S. 470) verletzt wäre. Ein Umlageverfahren ist im Prinzip „ein Weg ohne Umkehr“ (Ruland, Neue Zeitschrift für Sozialrecht [NZS] 2010, 121 [123]).

(19) Eine Überlegenheit kapitalgedeckter Systeme gegenüber umlagefinanzierten Systemen besteht nicht und wird auch nicht mehr ernsthaft behauptet (zur Diskussion: Ruland, in: Kommentar zur gesetzlichen Rentenversicherung [KomGRV], 2009, § 153 Anm. 9 m.w.Nachw.). Beide Finanzierungssysteme haben ihre Vor- und Nachteile, daher ist es ein Vorzug des hessischen Systems, dass die meisten Ärzte eine Versorgung haben, die sich aus Anrechten des kapitalgedeckten Versorgungswerks und aus Anrechten der umlagefinanzierten EHV zusammensetzt.

(20) Schon deshalb besteht kein Grund, auch noch innerhalb der EHV eine Mischung der beiden Finanzierungsarten herbeizuführen. Der Aufbau eines „Ausgleichsfonds“ (= Kapitalstock) mit rund 60 Mio. Euro ist zwischen 2002 und 2006 versucht worden (dazu BSGE 101, 106 [118]). Der Versuch ist aufgegeben und die Gelder sind bis auf einen Betrag von rund 6 Mio. Euro zurückgezahlt worden. Selbst der (erneute) Aufbau eines so hohen Teilkapitalstocks würde, soll er mittel- und langfristig die Kosten nennenswert mindern, zu einer aktuellen erheblichen Mehrbelastung der Aktiven bzw. zu einer noch weitergehenden Minderung der Leistungen für die Inaktiven führen. Auch dieser Weg ist daher nicht erfolgversprechend.

Vorschlag:

*(21) Es bleibt bei dem umlagefinanzierten System der Erweiterten Honorarverteilung, ohne dass (erneut) versucht wird, innerhalb dieses Systems einen Teilkapitalstock, wie er bis 2006 bestand, aufzubauen.*

### III. Die Grundsätze für die Neuorientierung der Erweiterten Honorarverteilung

#### 1. Die verfassungsrechtlichen Vorgaben

(22) Die Summe der für die EHV zur Verfügung gestellten Mittel bestimmt zugleich die Summe der Mittel, die bei der Honorarverteilung auf die aktiven Vertragsärzte nicht verteilt werden können. Die entgangene Honorarverteilung ist die Summe ihrer Belastung; andere Finanzierungsmittel (etwa Staatszuschüsse) gibt es nicht. Für die inaktiven Vertragsärzte ist die Summe der Mittel der Betrag, in den sich ihre gesamten Ansprüche teilen müssen. Die Summe der Mittel ist daher so zu bestimmen, dass sie einen sachgerechten Ausgleich zwischen den aktiven und pensionierten Ärzten schafft. Dabei ist immer auch zu berücksichtigen, dass im Zeitablauf die jetzt aktiven Ärzte bei Erreichen der Altersgrenze zu Pensionären und damit zu Leistungsempfängern werden. Sie sind über die Zeit sowohl Gebensbetroffene als auch Nehmensbetroffene.

(23) Den Kassenärztlichen Vereinigungen steht bei der Ausgestaltung der Honorarverteilung ein weiter Gestaltungsspielraum zu (BVerfGE 33, 171 [189]; 51, 74 [87]; BSGE 94, 50 [58]; Bayerischer Verfassungsgerichtshof [BayVerfGH], NZS 2004, 264 [267]). Dennoch hat sich die Neuregelung zwingend an den verfassungsrechtlichen Vorgaben zu orientieren, um vor den Gerichten bestehen zu können. Der Schutz der aktiven Ärzte ist durch Art. 2 I GG, die allgemeine Handlungsfreiheit, gewährleistet. Sie schützt zwar nicht vor der Einbeziehung in öffentlich-rechtliche Versorgungssysteme (zuletzt BVerfGE 113, 167 [220]); die sich daraus ergebende Belastung muss aber zumutbar und verhältnismäßig sein. Die Höhe der Beitragsverpflichtung muss den „Anforderungen der Proportionalität oder Angemessenheit im Verhältnis der öffentlichen Zwecke und der eingesetzten Mittel genügen“ (Papier, in: v. Maydell/Ruland/Becker [Hrsg.], Sozialrechtshandbuch [SRH], 4. Aufl., 2008, Rn. 3/127). Die Beiträge dürfen auch nicht zu einem verfassungswidrigen Sonderopfer führen. Dies wäre dann der Fall, wenn bei einem in jeder Beziehung (Einkommenshöhe, Lebenserwartung etc.) durchschnittlichen Beitragszahler die Summe der aufgebrauchten Beiträge deutlich höher ist als die Summe der ihm später zufließenden Leistungen,

d.h. wenn sich für ihn eine deutlich negative Rendite ergibt (vgl. Papier, a.a.O., Rn. 56; Ruland, Deutsche Rentenversicherung [DRV] 1997, 94 [100]). Dementsprechend haben das BVerfG (BVerfGE 108, 1[19]), das BVerwG (BVerwGE 109, 97 [111]; 108, 169 [180]) und das BSG (BSGE 94, 50 [84]; ähnlich auch das Hessische Landessozialgericht [HessLSG], Betriebliche Altersversorgung [BetrAV] 2010, 481 ff.) darauf hingewiesen, dass die Höhe der Beiträge gemäß dem Äquivalenzprinzip nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil bzw. der Vorteilsmöglichkeit stehen darf, der (die) sie abgelten soll. Der Grundsatz der Beitragsäquivalenz ist auch ein Ausfluss des allgemeinen Gleichheitssatzes (Art. 3 I GG).

(24) Das BSG (BSGE 101, 106 [116]) hat unter zutreffender Anwendung der Grundsätze des BVerfG (BVerfGE 53, 257 ff.; 117, 272 [292]) den Anrechten aus der EHV den Schutz der Eigentumsgarantie des Art. 14 I GG zugesprochen. In Systemen, die wie die EHV im Umlageverfahren finanziert werden, kann die Eigentumsgarantie der Leistungen keine Beträge sichern. Sie garantiert mit dem Ziel der größtmöglichen Anteilsgerechtigkeit die Gleichbehandlung der Rentner untereinander und – soweit erreichbar – die von Versicherten und Rentnern in der zeitlichen Dimension (Ruland, in: SRH, S. 874). Daher verfestigt die Eigentumsgarantie die Anrechte aus der EHV und ihre Grundsätze nicht so, dass sie starr werden und den Anforderungen unter veränderten Umständen nicht mehr gerecht werden können (vgl. BVerfGE 100, 1 [37 f.]). Trotzdem können eigentumsrechtlich geschützte Positionen nicht beliebig umgestaltet werden. „Regelungen, die zu Eingriffen in solche Positionen führen, sind nur zulässig, wenn sie durch Gründe des öffentlichen Interesses unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit gerechtfertigt sind. ... Dabei müssen die Eingriffe zur Erreichung des angestrebten Zieles geeignet und erforderlich sein, insbesondere dürfen sie den Betroffenen nicht übermäßig belasten und für ihn deswegen unzumutbar sein“ (BVerfGE 75, 78 [97]).

(25) Außerdem muss dem besonderen Vertrauen von Rentnern und rentennahen Jahrgängen Rechnung getragen werden (BVerfGE 116, 96 [131]; 97, 378 [388]; 58, 81 [121 ff.]). Das Vertrauen der Betroffenen in den Fortbestand einer Regelung darf umso weniger enttäuscht werden, je mehr diese z.B. wegen ihres Alters durch die Änderungen gegenüber den Risiken des Lebens in eine ungünstige Lage geraten

(BVerfGE 40, 65 [76]). Dies gilt besonders dann, wenn bereits gezahlte Renten gekürzt werden (vgl. BVerfG, NZS 2008, 254 [255]).

(26) Das BVerfG hat andererseits stets anerkannt, dass die Rücksicht auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des sozialen Sicherungssystems Eingriffe in dessen Leistungssystem rechtfertigt (BVerfGE 116, 96 [125]; 58, 81 [110, 118]; 40, 65 [79]). Bei aller dem Gesetzgeber damit verfassungsrechtlich zugestandenen Flexibilität hat er jedoch die existenzsichernde Funktion bereits erworbener Rentenansprüche zu berücksichtigen. Er darf die mit Beiträgen erkaufte Gegenleistung modifizieren, er kann für die Existenz des Einzelnen unbedeutende Ansprüche streichen, aber die wesentlichen Leistungen des Systems darf er in ihrer Funktion nicht aushöhlen (Ruland, NZS 2010, 121 [126]).

(27) Von dem Eigentumsschutz wird grundsätzlich auch eine Anpassung der Leistungen mitumfasst (ausf.: Ruland, NZS 2009, 121 [124 ff.]). Aus der Verfassung wird eine „Rechtspflicht zur Koppelung der Renten an das Lohnniveau und damit zur Anpassung von Zugangs- und Bestandsrenten an das jeweilige Maß des Volkseinkommens“ als rechtsstaatliche Kontinuitätsverpflichtung hergeleitet (Papier, Sozialgerichtsbarkeit [SGb] 1984, 211 [212]). Diese Auffassung hat sich 2007 auch das BVerfG in einer (Kammer-)Entscheidung zu Eigen gemacht (NZS 2008, 254 ff.). Daher muss angepasst werden, wenn die Aktiven Einkommensfortschritte erzielen. Wie im Einzelnen und wann die Anpassung erfolgt, hat jedoch der Gesetz- bzw. Satzungsgeber zu entscheiden. Er stößt erst dann an verfassungsrechtliche Grenzen, wenn die Rente ihre Funktion als Freiheits- und Existenzsicherung zu verlieren droht (BVerfGE 64, 87 [97 f.]; BVerfG, NZS 2008, 254 [256]).

(28) Aus dem Eigentumsschutz der Renten lässt sich auch ihre Laufzeit nicht herausrechnen. Dies gilt daher auch für ihren Beginnzeitpunkt: die Altersgrenze (vgl. ausf.: Ruland, NZS 2010, 121 [126 f.]; ders., in: Manssen/Jachmann/Gröpl [Hrsg.], Nach geltendem Verfassungsrecht, FS Steiner, 2009, S. 663 ff.). Das schließt jedoch ihre Änderung verfassungsrechtlich nicht aus. Der Gesetz- bzw. Satzungsgeber kann auch insoweit Inhalt und Schranken des Eigentums bestimmen (BVerfGE 75, 78 [97]; 58, 81 [110]; 53, 257 [203]) und Altersgrenzen im Rahmen des Notwendigen und Verhältnismäßigen neu festsetzen.

## 2. Grundsätze für die Reform der Erweiterten Umverteilung

(29) Aus diesen Vorgaben folgt, dass eine einseitige Lösung der auf die EHV zukommenden Probleme nur zulasten einer Gruppe (Aktive, Inaktive) nicht angeht. Es muss eine Lösung gefunden werden, die einen für beide Gruppen akzeptablen Kompromiss darstellt. Die jetzigen Grundsätze der EHV gewährleisten dies nicht. Die Obergrenze der Quote von 5% und der Nachhaltigkeitsfaktor (§ 8 I GEHV) führen nach den Berechnungen der KV dazu, dass der Höchstsatz von 18% bis 2030 auf 8,4% absinkt. Das sind über 53%. Dies bedeutet zweierlei:

- Die Ansprüche der vorhandenen Pensionäre und vor allem der pensionsnahen Jahrgänge werden über die Hälfte entwertet. Dies ist nicht nur wegen des Ausmaßes der Kürzung im Hinblick auf den Eigentumsschutz der Leistung problematisch; das SG Marburg hat in seiner bereits zitierten Entscheidung vom 24.2.2010 darauf bereits eindringlich hingewiesen. Die sehr starke Kürzung der Leistungen ist auch deshalb jedenfalls für eine lange Übergangszeit besonders zu hinterfragen, weil die jetzigen Inaktiven während der Zeit ihres Berufslebens höhere Beiträge zahlen mussten als die jetzt Aktiven. Grund hierfür ist, dass seinerzeit ihre „Beiträge“ zur EHV ohne die seit 2001 verstärkte Berücksichtigung der Praxiskosten ermittelt wurden.
- Die Halbierung des Leistungsniveaus führt – auch wenn die Lebenserwartung weiter steigt – dazu, dass die jetzt Aktiven aufgrund staatlicher Regelung Beiträge zahlen müssen, denen keine entsprechende Gegenleistung mehr gegenüber steht. Auch wenn es seit der Gründung der EHV deren Ziel auch war, einen sozialen Ausgleich zwischen den Vertragsärzten herbeizuführen, mutiert der Beitrag zur EHV zur unzulässigen Sondersteuer, da erkennbar ist, dass zwischen Beitrag und Leistung auf Dauer keinerlei Äquivalenz mehr besteht. Die Gefahr ist groß, dass Vertragsärzte sich unter Berufung auf Art. 2 I GG künftig weigern werden, solche „Beiträge“ zu entrichten.

(30) Das Ziel der „Quadratur des Kreises“ besteht darin, eine Leistungsberechnung zu finden, die dem Eigentumsschutz und dem Vertrauensschutz der Inaktiven noch Rechnung trägt und von der Höhe her so ausgestaltet ist, dass sie in etwa eine Gegenleistung für die gezahlten „Beiträge“ darstellt. Um dieses Ziel zu erreichen, müs-



sen die notwendigen Einsparungen so früh wie möglich vorgenommen, damit der Anstieg der Beitragsbelastung der jetzt Aktiven gemindert werden kann, was die Relation Beitrag/Leistung in Zukunft verbessern wird. Die bis Ende 2002 in der EHV vorgenommene Minderung des Leistungsniveaus um etwa 5 – 6% ist von dem BSG (BSGE 101, 106 [127 ff.]) und die Minderung bis Ende 2006 ist von dem SG Marburg bestätigt worden. Insoweit soll sie in diesem Gutachten nicht erneut zur Diskussion gestellt werden. Betrachtet und bewertet werden daher die Veränderungen, die seit 2007 eingetreten sind.

(31) Der Bundesgesetzgeber stand in der gesetzlichen Rentenversicherung vor vergleichbaren Aufgaben. Er hat über mehrfache Änderungen der Anpassungsformel (§§ 68, 255e SGB VI; dazu ausf.: Ruland, in: Ruland/Försterling [Hrsg.], Gemeinschaftskommentar [GK]-SGB VI, 2010, Anm. zu §§ 68 und 255e) eine Lösung gefunden, die nach allgemeiner Einschätzung einen ausgewogenen Ausgleich zwischen den Beteiligten darstellt. Das Rentenniveau vor Steuern wird über eine Änderung der Anpassungsformel von 52,6% im Jahr 2005 bis 2020 voraussichtlich auf 46% und bis 2030 auf 42% absinken; es soll bei Wahrung der Beitragssatzziele möglichst bei 46% gehalten werden (§ 154 III SGB VI). Der Beitragssatz soll bis 2020 die 20%-Grenze und bis 2030 die 22%-Grenze nicht überschreiten. Das BVerfG hat es als zulässig angesehen, dass die entsprechenden Maßnahmen systementsprechend auch in der Beamtenversorgung umgesetzt werden (BVerfGE 114, 158 [292]; BVerfG, Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht [NVwZ] 2007, 679 [682]; Hase, in: FS Ruland, S. 501 ff.; Ruland, NZS 2010, 121 [127]). Dies spricht dafür, dass entsprechende Maßnahmen auch in der EHV verfassungsrechtlich zulässig wären.

#### IV. Die für das künftige Leistungsvolumen maßgeblichen Faktoren

(32) Für das künftige Leistungsvolumen sind vor allem vier Faktoren maßgeblich:

- die Berechnung der Leistungen,
- ihr Ausgangsbetrag zu Beginn der Reform,
- die Höhe der Anpassung der Leistungen und
- die Umschreibung der abgesicherten Risiken.

1. Die Berechnung der Leistungen aus der EHV

1.1 Die geltende Rechtslage

(33) Nach geltendem Recht erwirbt der aktive Vertragsarzt durch seine Mitfinanzierung der EHV nach Eintritt des Versicherungsfalles einen Anspruch auf Leistungen, dessen Höhe sich nach der von dem Arzt jeweils erzielten Summe der Punkte richtet (§ 3 GEHV). Für ein Jahr, in dem sein EHV-relevantes Honorar (d.h. nach Abzug der Kosten) dem Durchschnittshonorar entspricht, erhält er 400 Punkte gutgeschrieben; hat er die Hälfte des Durchschnittshonorars erzielt, sind es 200 Punkte. Diese Punkte werden bei der Leistungsberechnung aufaddiert. Der Summe der Punkte entspricht nach der Normalstaffel ein Anspruch in Prozent des jeweiligen Durchschnittshonorars aus der Kassenärztlichen Tätigkeit in Hessen. Er ist auf 18% begrenzt (§ 3 I lit.c, dd GEHV). Ein „Durchschnittsverdiener“ erreicht diesen Prozentsatz nach 30 Jahren mit 12.000 Punkten. Derjenige, der nur halb soviel verdient hat, erreicht mit 6.000 Punkten einen Prozentsatz von 9%. Die Berechnungen erfolgen jeweils durch Bescheid quartalsweise.

(34) Überschreitet die Punktzahl im Jahr 400 Punkte, erhöht sich der Prozentsatz je Jahr von 0,6% um je 100 Punkte bis zur Obergrenze von 800 Punkten um 0,075 Prozentpunkte. Dies ändert aber nichts an der Begrenzung des Anspruchs auf 18%. Diese können daher schon früher als nach 30 Jahren erreicht werden. Eine darüber hinausgehende Mitfinanzierung der EHV bleibt ohne Auswirkungen auf die Leistungshöhe.

## 1.2 Die Neuausrichtung der Leistungen

(35) Ziel der Neuausrichtung der Leistungen soll entsprechend diesen Vorgaben sein, dass

- die Leistungen auch über die Zeit ihre eigentumsgeschützte existenzsichernde Funktion wahren,
- dem Grundsatz der Beitragsäquivalenz mehr Gewicht zukommt, was auch die Akzeptanz der Beitragsbelastung bei den Aktiven fördert,
- Bestands- und Zugangsrenten gleich behandelt und
- Übergangsprobleme möglichst vermieden werden,
- künftige Veränderungen berücksichtigt werden können und
- eine Überforderung der Beitragszahler vermieden wird.

Die finanzielle Gesamtsituation der EHV erlaubt nicht, die Neuausrichtung der Leistungen mit ihrer Erhöhung zu verbinden.

## 1.3 Der Prozentsatz der Leistungen

(36) Nach den geltenden GEHV wird ein Regelbeitrag pro Quartal doppelt bewertet:

- (1.) er erhält 100 Punkte, die
- (2.) zu einem Anspruch in Höhe von 0,15% führen.

Diese doppelte Bewertung ist nicht notwendig. Die Begrenzung des Anspruchs bislang auf höchstens 18% lässt sich auch dadurch erreichen, dass maximal 12.000 Punkte bewertet werden. Darüber hinausgehende Punkte bleiben unberücksichtigt. Es kann aber grundsätzlich dabei bleiben, dass derjenige, der den Regelbeitrag entrichtet, pro Quartal 100 Punkte gutgeschrieben bekommt, im Jahr 400. Wer nur die Hälfte erzielt, bekommt 50 bzw. 200 Punkte. Es ist eine eher „kosmetische“ Frage, ob man durchgehend die Zahl der Punkte in der Normalstaffel durch 10, 100 oder 400 teilt. Notwendig sind die vielen Nullen nicht. Da man aber letztlich nur die Stellen vor dem Komma mit Stellen hinter dem Komma austauscht, sollte es, auch um den Änderungsaufwand in Grenzen zu halten, grundsätzlich bei der vertrauten – gleichwohl noch zu ändernden (vgl. Ziff. 58) - Punktstaffel bleiben.

(37) Die Prozentsätze sind bislang nach der Normalstaffel bezogen auf das Netto-Durchschnittshonorar der Vertragsärzte im jeweiligen Quartal. So machte im 1. Quar-

tal 2010 bei einem Durchschnittshonorar in Höhe von 39.580,65 Euro ein Prozent 395,81 Euro aus. Ein Prozent wird mit 666,666 Punkten erreicht. Ein Punkt hat im ersten Quartal 2010 mithin den Wert von  $(395,81 : 666,666 =) 0,5937$  Euro im Quartal, im Monat sind es 0,1979 Euro. 12.000 Punkte ergeben den Betrag von 2.374,80 Euro im Monat, im Quartal sind es 7.124,40 Euro. Dies entspricht von der Rundungsdifferenz abgesehen dem Betrag von 7.124,52 Euro.

(38) Diese Sicht eröffnet neue Optionen. Es kann und sollte mit Inkrafttreten der Reform ein (neuer) Punktwert als Euro-Betrag festgeschrieben werden, mit dem die nach der Staffel erzielten Punkte bei der Berechnung der Leistungen multipliziert werden. Die Umstellung der Bestandsrenten erfolgt entsprechend. Dabei wird es allenfalls Rundungsdifferenzen geben. Der Punktwert wird jährlich angepasst und gilt für die Bestands- und Zugangsrenten einheitlich. Um die bestehenden quartalsmäßigen Verzerrungen auszugleichen, sollte als Ausgangswert der Jahresbetrag des Durchschnittshonorars des Jahres zugrunde gelegt werden, das dem Jahr, in dem die Reform wirksam wird, vorangeht. Unterstellt, die Reform träte 2010 in Kraft, wäre dies der Wert von 2009. Der Jahresbetrag des Honorars belief sich 2009 auf 151.520,81 Euro. Der Punktwert betrüge dann  $(151.520,81 : [100 \times 666,666 \times 12 =] 800.000 =) 0,1894$  Euro im Monat. Für die im Jahr 2010 zu gewährenden Leistungen wäre er mit dem Anpassungssatz für 2010 zu multiplizieren (vgl. Ziff. 49 f.). Eine höhenmäßige Begrenzung der Leistungen lässt sich nach diesem Vorschlag dadurch erreichen, dass nur eine bestimmte Anzahl von Punkten bewertet wird.

(39) Dass auf den Punktwert des Jahres vor Inkrafttreten der Reform abgestellt wird, ist sachgerecht. Es soll mit diesen Vorschlägen nicht darum gehen, die in der EHV vorgenommenen Maßnahmen, soweit sie sich bereits realisiert haben, wieder rückgängig zu machen. Sie sind insoweit auch sowohl von dem BSG (bis Ende 2002) als auch von dem SG Marburg (bis Ende 2006) bestätigt worden. Allerdings ist das Urteil des SG Marburg nicht rechtskräftig. Betrachtet man die Entwicklung seit 2007 bis Mitte 2010, muss man, bis alle Werte für das Jahr 2010 vorliegen, um trotz der unterschiedlichen Quartalergebnisse einen angemessenen Vergleich erzielen zu können, jeweils die Ergebnisse der beiden ersten Quartale des jeweiligen Jahres und die beiden letzten Quartale des jeweiligen Vorjahres addieren. Dies führt zu folgenden Ergebnissen:

Tabelle 5:

| Zeitraum        | <b>Bereinigtes Honorar für Landesdurchschnitt</b> | Veränderung gegenüber dem Zeitraum zuvor | Veränderung gegenüber 2006/2007 | <b>Durchschnittliches Honorar je Vertragsarzt</b> | Veränderung gegenüber dem Zeitraum zuvor | Veränderung gegenüber 2006/2007 |
|-----------------|---|--|---------------------------------|---|--|---------------------------------|
| 3/2006 - 2/2007 | 1.512.776.857 Euro                                |  |                                 | 173.165,80 Euro                                   |  |                                 |
| 3/2007 – 2/2008 | 1.551.102.061 Euro                                | + 2,53%                                  |                                 | 176.562,54 Euro                                   | + 1,96%                                  |                                 |
| 3/2008 – 2/2009 | 1.625.770.440 Euro                                | + 4,81%                                  | + 7,47%                         | 181.386,85 Euro                                   | + 2,73%                                  | + 4,75%                         |
| 3/2009 – 2/2010 | 1.671.955.794 Euro                                | + 2,84%                                  | +10,52%                         | 185.176,18 Euro                                   | + 2,09%                                  | + 6,94%                         |

| Zeitraum        | <b>Gesamtzweisung zur EHV</b> | Veränderung gegenüber dem Zeitraum zuvor | Veränderung gegenüber 2006/2007 | <b>Quartalshonorar bei 18%-Anspruch</b> | Veränderung gegenüber dem Zeitraum zuvor | Veränderung gegenüber 2006/2007 |
|-----------------|-------------------------------|--|---------------------------------|---|--|---------------------------------|
| 3/2006 - 2/2007 | 75.671.595 Euro               | -  |                                 | 27.245,67 Euro                          |  |                                 |
| 3/2007 – 2/2008 | 77.555.102 Euro               | + 2,49%                                  |                                 | 26.921,55 Euro                          | - 1,19%                                  |                                 |
| 3/2008 – 2/2009 | 81.288.537 Euro               | + 4,81%                                  | + 7,42%                         | 27.153,16 Euro                          | + 0,86%                                  | - 0,34%                         |
| 3/2009 – 2/2010 | 83.597.789 Euro               | + 2,84%                                  | + 10,47%                        | 27.458,86 Euro                          | + 1,13%                                  | + 0,78%                         |

| Zeitraum        | <b>Durchschnittliche Beitragsbelastung im Quartal</b> | Veränderung gegenüber dem Zeitraum zuvor | Veränderung gegenüber 2006/2007 |
|-----------------|---|--|---------------------------------|
| 3/2006 - 2/2007 | 8.662,04  |  |                                 |
| 3/2007 – 2/2008 | 8.828,13  | + 1,92%                                  |                                 |
| 3/2008 – 2/2009 | 9.069,34  | + 2,73%                                  | + 4,70%                         |
| 3/2009 – 2/2010 | 9.258,81  | + 2,09%                                  | + 6,89%                         |

Das bereinigte Honorar im Landesdurchschnitt ist im Zeitraum 3/2006 – 2/2010 um 10,52% gestiegen. Da aber auch die Zahl der Ärzte gestiegen ist, fällt der Honoraranstieg je Arzt in diesem Zeitraum niedriger aus, beträgt aber immer noch 6,94%. Die Gesamtzweisungen zur EHV sind bis 2/2010 um 10,47% gestiegen. Das Quartalshonorar der Pensionäre bei einem 18%-igen Anspruch ist demgegenüber bis 2/2009 gesunken, erst danach ist es um weniger als 1% angestiegen. Die durchschnittliche

Beitragsbelastung der aktiven Ärzte ist um 6,89% angestiegen. Die meisten dieser Zahlen liegen deutlich oberhalb der Entwicklung in anderen Alterssicherungssystemen. Allerdings bleibt der Anstieg der Leistungen an die Pensionäre in diesem Zeitraum deutlich hinter der Anpassung anderer Leistungen zur Alterssicherung (Renten/Pensionen/Betriebsrenten) zurück. Dies ist der Hintergrund von Kompensationsforderung der pensionierten Ärzte (vgl. Ziff. 93a f.). Ohne diesen Gesprächen vorgreifen zu wollen und vorbehaltlich ihrer Ergebnisse wird vorgeschlagen, für die Reform als Ausgangsbetrag der Leistungen von dem Netto-Durchschnittshonorar der Vertragsärzte im Jahr vor dem Inkrafttreten der Reform auszugehen und diesen Betrag dann – wie noch vorzuschlagen ist (Ziff. 49 f.) – zu dynamisieren.

#### 1.4 Vorschläge:

(40) Es wird vorgeschlagen:

1. *Es bleibt grundsätzlich bei der bisherigen Normalstaffel (Anlage 1 zu § 3 Abs. 1b GEHV), soweit sie sich auf die Zuordnung von Punkten bezieht. Die Staffelung nach Prozenten entfällt.*
2. *Die erreichten Punkte werden mit einem Punktwert bewertet.*
3. *Der Punktwert ist ein auf die monatliche Leistung bezogener Euro-Betrag. Er ergibt sich aus der Division des jährlichen Netto-Durchschnittshonorars der Vertragsärzte in Hessen im Jahr vor Inkrafttreten der Reform durch den Wert von 800.000.*

#### 2. Die künftige Anpassung der Leistungen

##### 2.1 Die Anpassung entsprechend der Bezugsgröße (§ 18 I SGB IV)

(41) Ohne eine Anpassung der Leistungen an die Preis- oder Lohnentwicklung verlieren Leistungen der Alterssicherung ihren Sicherungswert. Die Alterseinkommen würden zunehmend von den Einkommensfortschritten der Aktiven abgekoppelt und ohne Ausgleich der Preisentwicklung ausgesetzt. Um dies zu verhindern, ist auch aus verfassungsrechtlichen Gründen eine Anpassung der Leistungen vorzusehen. Dies ist im geltenden System der EHV dadurch gewährleistet, dass die EHV grundsätzlich an

den Umsatz der Vertragsärzte und damit an ihre Einkommensentwicklung gebunden ist. Auch diese Bindung soll wegen der eingangs geschilderten Probleme aufgegeben werden. Deshalb muss ein neuer Ansatz gefunden werden, der die umgestellte Berechnung der Leistungen anhand eines monatlichen Punktwerts berücksichtigt. Um die Gleichbehandlung von Zugangs- und Bestandsrenten zu sichern, ist Gegenstand der Anpassung der (monatliche) Punktwert.

(42) In der deutschen Alterssicherung gibt es bei der Dynamisierung (Anpassung) der Leistungen je nach System beträchtliche Unterschiede (vgl. Ruland, in: Ruland/Rürup [Hrsg.], Alterssicherung und Besteuerung, 2008, S. 27 f.). Eine Anpassung ist dem Grundsatz nach in allen Systemen vorgesehen, doch ist ihr Modus sehr unterschiedlich. In der Rentenversicherung gibt es eine überaus komplizierte Formel (§§ 68, 255e SGB VI), nach der die Renten dem Grundsatz nach jährlich angepasst werden sollen, wovon der Gesetzgeber nicht nur in der letzten Zeit (zu) häufig abgewichen ist. Als Folge der häufigen Änderungen der Anpassungsformel wird die Entwicklung der Renten hinter der der versicherten Bruttolöhne und -gehälter deutlich zurückbleiben. Das Rentenniveau vor Steuern wird von 52,6% (2005) bis wohl auf 42% (2030) absinken. Die Beamtenpensionen werden grundsätzlich wie die Bezüge der aktiven Beamten angepasst (§ 70 I BeamtVG), allerdings gibt es auch insoweit Einschränkungen (§ 69e BeamtVG). Einen Überblick über die Anpassungen in der gesetzlichen Rentenversicherung und in der Versorgung der Bundesbeamten gibt die nachfolgende Tabelle, bei der aber bezüglich der Beamtenversorgung die Kürzungen in § 69e BeamtVG zu beachten sind.

Tabelle 6:

| Jahr | Ges. RV | Beamtenversorgung* |
|------|---------|--------------------|
| 1996 | 0,95 %  | 0,00 %             |
| 1997 | 1,65 %  | 1,30 %             |
| 1998 | 0,44 %  | 1,50 %             |
| 1999 | 1,34 %  | 2,80 %             |
| 2000 | 0,60 %  | 0,00 %             |
| 2001 | 1,91 %  | 1,70 %             |
| 2002 | 2,16 %  | 2,10 %             |
| 2003 | 1,04 %  | 1,74 %             |
| 2004 | 0,00 %  | 1,25 %             |
| 2005 | 0,00 %  | 0,00 %             |
| 2006 | 0,00 %  | 0,00 %             |
| 2007 | 0,54 %  | 0,00 %             |
| 2008 | 1,10 %  | 50 Euro + 3,1 %    |
| 2009 | 2,41 %  | 2,8 %              |
| 2010 | 0,00 %  | 1,2 %              |

\* Die ersten acht Anpassungen, die auf den 31.12.2002 folgen, führen gem. § 69 III BeamtVG über den Anpassungsfaktor zu einer Niveauminderung in der Beamtenversorgung (dazu Ruland, in Ruland/Rürup, S. 107), die gegengerechnet werden müsste.

(43) Bei den laufenden Betriebsrenten hat der Arbeitgeber alle drei Jahre eine Anpassung zu prüfen, woraus die Gerichte eine grundsätzliche Anpassungspflicht gefolgert haben. Um sie zu Gunsten der Arbeitgeber zu begrenzen, reicht es, wenn die Leistungen – wie z.B. bei der VBL – jährlich um 1% angepasst werden oder wenn die Anpassung nicht geringer ist als der Anstieg des Verbraucherpreisindex oder der Nettolöhne vergleichbarer Arbeitnehmer (§ 16 Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung [BetrAVG]). Bei den berufsständischen Systemen gibt es ganz unterschiedliche Anpassungsverfahren, maßgeblich ist bei den kapitalgedeckten Systemen vor allem der Anlageerfolg der Versorgungswerke.

(44) Für die EHV kommen noch folgende Möglichkeiten in Betracht:

- Die Leistungen verändern sich wie die Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV. Die Bezugsgröße ist das Durchschnittsentgelt der gesetzlich Rentenversicherten im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren durch 420 teilbaren Betrag. Sie wird Ende des Jahres für das folgende Jahr durch die jeweilige Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung festgesetzt (zuletzt: § 2 I Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2010 v. 7.12.2009 [BGBl. I, 3846]).

Tabelle 7:

| Jahr | Jährl. Bezugsgröße in Euro | Prozentuale Veränderung |
|------|----------------------------|-------------------------|
| 2002 | 28.140                     |                         |
| 2003 | 28.560                     | 1,49                    |
| 2004 | 28.980                     | 1,47                    |
| 2005 | 28.980                     | 0                       |
| 2006 | 29.400                     | 1,45                    |
| 2007 | 29.400                     | 0                       |
| 2008 | 29.820                     | 1,43                    |
| 2009 | 30.240                     | 1,41                    |
| 2010 | 30.660                     | 1,39                    |
| 2011 | 30.660                     | 0                       |

- Maßstab könnte auch die für Hessen maßgebliche, am Prinzip der Beitragsatzstabilität orientierte Veränderungsrate der kassenärztlichen Vergütung i.S. des § 71 II SGB V sein, die u.a. auch davon abhängig ist, wie sich die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen entwickeln (s.a. § 87c I 3 SGB V).



(45) Von den geschilderten Anpassungsmodellen kommen für die EHV nur wenige tatsächlich in Betracht.

- Die Anpassung der gesetzlichen Renten hat zwar für eine Reihe von Sozialleistungen Modellcharakter (vgl. Ruland, in: Ruland/Försterling [Hrsg.], GK-SGB VI, § 65 Rn. 18 ff.), doch wird eine Anlehnung der EHV an die Anpassungssätze der gesetzlichen Renten nicht befürwortet. Sie spiegeln zwar auch sowohl die Einkommensentwicklung der Versicherten als auch die gesamtgesellschaftlichen demographischen Belastungen wider; doch sind die Anpassungen der Renten in den nächsten Jahren geprägt durch zahlreiche Faktoren, wie den Altersvorsorgeanteil (§ 255e III SGB VI) und den Anpassungsfaktor (§ 68a III SGB VI), die in der Vergangenheit auch wegen der „Rentengarantie“ (§ 68a I SGB VI) nicht realisierte Niveauminderungen nachholen sollen. Dieser Prozess wird wohl bis in die Mitte dieses Jahrzehnts hinein dauern. Mit diesen Problemen kann die EHV nicht belastet werden.
- Die Anpassung in der Beamtenversorgung ist zu sehr auf die Besonderheiten dieses Systems bezogen, wie sich aus § 69e BeamtVG ergibt, zudem möglicherweise für jedes Land unterschiedlich und damit nur schwer zu kalkulieren, so dass sie als Vorbild ebenfalls nicht taugt.
- Die Veränderungsrate der kassenärztlichen Vergütung ist zwar eine dem System der EHV nahe, kassenbezogene Größe, doch – wie schon die §§ 87a ff. SGB V zeigen – stark vom politischen Einfluss abhängig, ebenfalls nur schwer vorherzusagen und zu berechnen, so dass sie als Vorbild ebenfalls nicht empfohlen werden soll.
- Die Mindesthöhe der jährlichen Anpassung in der betrieblichen Altersversorgung von einem Prozent erleichtert in hohem Maße die versicherungstechnische Kalkulation, ist aber, weil sie von der tatsächlichen Einkommensentwicklung völlig unabhängig ist, keine für ein letztlich von der Entwicklung der Ärzteteinkommen abhängiges Umlagerverfahren geeignete Größe.

(46) Es wird daher eine Anbindung an die Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV empfohlen. Sie ist ein von systemspezifischen Besonderheiten unabhängiger, „neutraler“ Wert. Sie orientiert sich zwar nicht unmittelbar an der Entwicklung der Ärzteteinkommen, doch hängt die Veränderungsrate der kassenärztlichen Vergütung, wie in §§ 71 III, 87c I SGB V beschrieben, (auch) von der Veränderungsrate der beitragspflichti-

gen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen ab. Damit gibt es einen deutlichen, die Entscheidung zugunsten der Bezugsgröße legitimierenden Zusammenhang. Sie hat sich seit 2002 bis 2011 um insgesamt knapp 9% erhöht. Das ist für jedes der 10 Jahre eine Erhöhung um 0,9%.

## 2.2 Die Einführung eines „Mengenfaktors“

(47) Um nachhaltig zu sein, muss die EHV auch darauf reagieren können, dass sich die Zahl der aktiven und/oder die Zahl der inaktiven Vertragsärzte einschließlich ihrer Hinterbliebenen verändert. Um diese Veränderungen berücksichtigen zu können, sollte ein „Mengenfaktor“ eingeführt werden. Sein Vorbild ist – allerdings stark verändert – der „Nachhaltigkeitsfaktor“ bei der Rentenanpassung gem. § 68 IV SGB VI (zu ihm ausf. Ruland, in: Kommentar zur gesetzlichen Rentenversicherung [KomGRV], § 68 SGB VI Anm. 11). Da der Begriff „Nachhaltigkeitsfaktor“ im Recht der EHV schon besetzt ist (§ 8 I 5 GEHV), wird mit „Mengenfaktor“ eine andere Bezeichnung vorgeschlagen.

(48) Da das Leistungsvolumen der EHV künftig ansteigen wird, führt der Mengenfaktor tendenziell zu niedrigeren Anpassungen, die deswegen mit der Entwicklung der Durchschnittseinkommen nicht mehr gleichziehen werden. Das aber ist unumgänglich. Um das Ziel eines gerechten Ausgleichs auch in der EHV zu erreichen, müssen – wie bei den Maßnahmen in der Rentenversicherung oder der Beamtenversorgung – auch die jetzigen Rentner Kürzungen hinnehmen, selbst wenn sich das Problem in seiner ganzen Schärfe erst nach 2015 oder 2020 stellen sollte. Lässt sich der Preis für die Anpassung eines Alterssicherungssystems an geänderte Alterslastquotienten auf mehrere Generationen verteilen, fallen die Kosten jeweils niedriger aus. Die Probleme in den kommenden Jahrzehnten lassen sich daher entschärfen, wenn es gelingt, bereits die Beitragsbelastung der heutigen Erwerbstätigengeneration zu mindern. Dies ist nur möglich, wenn auch die heutige Rentnergeneration Leistungseinschränkungen hinnimmt, z.B. in Form niedrigerer Anpassungen. Damit trägt auch sie einen Teil der Kosten. Dies legitimiert die Einführung eines „Mengenfaktors“.

(49) Der „Mengenfaktor“ orientiert sich daran, wie sich die prozentuale Zu- oder Abnahme der Zahl der aktiven Ärzte zur prozentualen Zu- oder Abnahme der Zahl der

inaktiven Ärzte und ihrer Hinterbliebenen Ende des vorvergangenen Jahres ( $t_2$ ) im Vergleich zum Ende des vergangenen Jahres ( $t_1$ ) verhält. Steigt die Zahl der aktiven Vertragsärzte wirkt sich das positiv auf die Anpassung aus; fällt sie, mindert sich die Anpassung. Spiegelbildlich wirkt sich eine Veränderung der Zahl der Leistungsempfänger aus. Um Verzerrungen durch niedrigere oder höhere Beiträge auszuschließen, ist ab der Reform die Gesamtzuweisung zur EHV durch den Regelbeitrag zu teilen, das Ergebnis ist die Zahl der „Normalbeitragszahler“. Um Verzerrungen durch niedrigere Leistungen auszuschließen, ist unmittelbar von der Veränderung der Gesamtforderung der EHV-Empfänger in Prozent auszugehen (vgl. Tabelle 4, Ziff. 10). Sie betrug:

- Ende 2006 gegenüber 2007 95,92%,
- Ende 2007 gegenüber 2008 95,82%,
- Ende 2008 gegenüber 2009 98,70%.

Die Zahl der aktiven Ärzte (Regelbeitrag wird unterstellt) veränderte sich wie folgt:

- Ende 2006 gegenüber 2007 99,67%,
- Ende 2007 gegenüber 2008 98,22%,
- Ende 2008 gegenüber 2009 99,67%.

Der Mengenfaktor hätte betragen:

- 2008 ( $95,92 : 99,67 =$ ) 96,24%,
- 2009 ( $95,82 : 98,22 =$ ) 97,56%,
- 2010 ( $98,70 : 99,67 =$ ) 99,03%.

Die Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV (Tabelle 7, Ziff. 44) wird nun mit dem für das jeweiligen Jahr ( $t$ ) maßgeblichen Mengenfaktor multipliziert. Die Anpassung hätte daher betragen im Jahr

- 2008 ( $1,43 \times 96,24\% =$ ) 1,38%,
- 2009 ( $1,41 \times 97,56\% =$ ) 1,38%,
- 2010 ( $1,39 \times 99,03\% =$ ) 1,38%.

2007 hätte es, da sich in diesem Jahr die Bezugsgröße nicht verändert hat, keine Anpassung gegeben. Das gleiche würde für 2011 gelten.

(50) Ausgehend von diesen Zahlen hätte sich der für 2009 errechnete monatliche Punktwert in Höhe von 0,1894 Euro für 2010 um 1,38% erhöht auf 0,1920 Euro. Die monatliche Rente bei 12.000 Punkten würde 2.304 Euro betragen. Im Quartal wären es 6.912 Euro. Das ist zwar weniger als der Betrag für das 1. Quartal 2010 in Höhe

von 7.124,50 Euro. Dabei ist aber zu bedenken, dass es sich künftig um einen aus dem Jahresdurchschnitt errechneten gleichbleibenden Monatsbetrag handelt, während in der Vergangenheit die Beträge für das 1. Quartal stets höher waren als der Durchschnittswert für alle Quartale eines Jahres.

### 2.3 Vorschlag:

(51) Es wird daher vorgeschlagen:

*Der Punktwert für die Leistungen aus der EHV wird jährlich wie die Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV angepasst, wobei diese Anpassung durch einen Mengenfaktor verändert wird, der die Veränderungen in den Zahlen der aktiven Ärzte und der Leistungsempfänger widerspiegelt.*

## 3. Die Umschreibung der abgesicherten Risiken

### 3.1 Die Absicherung des Risikos des Alters – Die Anhebung der Regelaltersgrenze

(52) Auch in der EHV wird es notwendig werden, die Regelaltersgrenze von 65 auf 67 Jahre anzuheben. Eine wichtige Ursache für die Verteuerung der Alterssicherung in allen deutschen Systemen liegt in der Zunahme der Leistungsbezugsdauer. Die Rentenlaufzeiten haben sich seit 1960 von im Durchschnitt 9,9 Jahren auf im Jahr 2009 18,2 Jahre verlängert (vgl. Deutsche Rentenversicherung, Rentenversicherung in Zahlen 2010, 2010, S. 67), das ist ein Anstieg um fast 84%. Der erwartete weitere Anstieg der ferneren Lebenserwartung der 65 Jährigen um 2,5 Jahre wird das Problem noch vergrößern. Deshalb ist in der Rentenversicherung die Regelaltersgrenze von 65 auf 67 Jahre angehoben worden (§ 35 SGB VI) und dabei wird es trotz aller aktueller Diskussionen bleiben. Die Anhebung erfolgt in einem langen Prozess, der 2012 beginnt und 2029 enden soll (§ 235 SGB VI). Versicherte, die vor dem 1.1.1947 geboren sind, erreichen die Regelaltersgrenze nach wie vor mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Für die ab 1947 Geborenen erhöht sie je Jahr sich um 1 Monat, für die nach 1958 Geborenen um je Jahr 2 Monate. Für die nach 1964 Geborenen beträgt die Regelaltersgrenze 67 Jahre.

(53) Eine Anhebung der Regelaltersgrenze auf das 67. Lebensjahr ist für die Beamten des Bundes in § 51 II BBG vorgesehen. Auch diese Anhebung vollzieht sich in einem entsprechend langen Übergangsprozess. Für Beamte, die vor 1947 geboren sind, bleibt es bei der Regelaltersgrenze 65. Dies gilt für Richter entsprechend (§ 48 DRiG). Entsprechende Änderungen sind auch für die meisten Länder angekündigt, aber – mit Ausnahme Hamburgs (§ 35 HmbBG) und Nordrhein-Westfalens (§ 31 NWBBG) – noch nicht durchgesetzt worden. In Bayern ist ein entsprechendes Gesetzesvorhaben eingebracht (vgl. den „Gesetzentwurf der Staatsregierung zum Neuen Dienstrecht in Bayern“, BayLT-Dr. 16/3200). Auch die meisten berufsständischen Versorgungswerke haben inzwischen die Altersgrenze für den Bezug eines Altersruhegeldes von 65 auf 67 Jahre angehoben (vgl. § 17 Satzung des Versorgungswerks der Anwälte in Berlin; § 10 der Satzung des Versorgungswerks der Architektenkammer NRW [für Mitglieder ab 2007]; §§ 35 Nr. 1, 91i Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung; § 20 I der Satzung des Versorgungswerks der Anwälte Baden-Württemberg; § 15 I der Satzung des Versorgungswerks der Rechtsanwälte im Lande Hessen; § 13 Ziff. 1 und 2 des Versorgungswerks der Rechtsanwaltskammer des Saarlandes; §§ 28, 48a der Satzung der Bayerischen Rechtsanwalts- und Steuerberaterversorgung; § 25 Satzung der Ingenieurversorgung Baden-Württemberg). Für die hessische Ärzteversorgung fehlt ein solcher Beschluss noch (vgl. § 2 der Versorgungsordnung der Landesärztekammer Hessen). Nachdem er in der hessischen Anwaltsversorgung aber bereits gefasst worden ist, ist mit einem Nachziehen der hessischen Ärzteversorgung zu rechnen. Dies entspricht nicht nur der generellen Tendenz der Alterssicherung in Deutschland; es ist auch deshalb naheliegend, da die Altersgrenze für Kassenärzte bei Vollendung des 68. Lebensjahres durch eine Änderung des § 95 VII SGB V aufgehoben worden ist. Hinzukommt, dass die Lebenserwartung der Ärzte im Durchschnitt über der der Gesamtbevölkerung liegt (vgl. Ziff. 11).

(54) Eine solche Anhebung der Regelaltersgrenze ist zwar – wie ausgeführt – grundsätzlich verfassungsmäßig, sie ist aber als Eingriff in die Lebensplanung der Betroffenen mit einer Vertrauensschutzregelung zu verbinden, die es ihnen ermöglicht, sich der neuen Rechtslage anzupassen. Eine Übernahme der Übergangsregelung in § 235 SGB VI empfiehlt sich nicht, weil der Zeitraum zwischen dem Beschluss für die EHV (frühestens 2011) und dem Beginnzeitraum in § 235 SGB VI mit dem Jahr 2012 zu kurz ist. Vorgeschlagen wird, dass die Altersgrenze ab 2015 stufenweise ansteigt

und zwar je Jahr um 2 Monate. Der Prozess wäre dann bereits 2027 abgeschlossen – 2 Jahre früher als in der Rentenversicherung. Dieser Vorschlag gilt – um die notwendige Einheitlichkeit zu gewährleisten – vorbehaltlich einer abweichenden Regelung im Versorgungswerk der hessischen Ärztekammer.

(55) Eine Anhebung der Regelaltersgrenze mindert den notwendigen Anstieg der Beitragsbelastung und das notwendige Ausmaß der Leistungsniveausenkung. Sie ist, wenn der Anstieg der Beitragsbelastung und die Minderung des Leistungsniveaus begrenzt werden sollen, die dritte und allein verbleibende „Stellschraube“ zur finanziellen Justierung des Systems und kann dazu beitragen, dass das Äquivalenzziel zwischen Beitrag und Leistung erreichbar wird. Allerdings dürfen die finanziellen Auswirkungen nicht überschätzt werden. Die Beitragseinnahmen werden zwar steigen, doch wird die Zahl der Invaliditätsrenten zunehmen; die Versicherten erzielen zudem aufgrund der längeren Beitragszahlung grundsätzlich auch höhere Leistungen, die dann aber auch die notwendige Absenkung des Leistungsniveaus finanziell erträglicher machen. Gleichwohl sind die finanziellen Auswirkungen mittel- und langfristig so beträchtlich, dass auf die Maßnahme nicht verzichtet werden sollte.

(56) Zusammen mit der Anhebung der Regelaltersgrenze sollte die vorhandene Flexibilisierung der Altersgrenzen auch in der EHV ausgebaut werden. Wer vorzeitig die Altersrente in Anspruch nimmt, muss mit Abschlägen rechnen, ansonsten geht die längere Laufzeit zu Lasten der Solidargemeinschaft. Die Abschläge betragen in der EHV bei einem zweijährigen vorzeitigen Bezug 15% und bei einem einjährigen Bezug 7% (§ 3 I lit. c, cc GEHV). Wird die Altersgrenze auf 67 Jahre angehoben, müssen die Altersgrenzen für den vorzeitigen Bezug angepasst und auf das 65. bzw. 66. Lebensjahr angehoben werden. Hingewiesen sei darauf, dass die Abschlagssätze für ein umlagefinanziertes Alterssicherungssystem sehr hoch sind (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung [BMGS, Hrsg.], Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, 2003, S. 86). Um einen vorzeitigen Rentenbeginn flexibel gestalten zu können, sollte der Abschlagssatz nach Monaten vorzeitigen Rentenbeginns gestaffelt werden. Üblich sind in der kapitalgedeckt finanzierten berufsständischen Versorgung Abschläge in Höhe von 0,3% - 0,7% je Monat (vgl. Ruland, in: Ruland/Rürup, S. 26 m. w. Nachw.). Es wird auch im

Hinblick darauf, dass die EHV im Umlageverfahren finanziert wird, ein Mittelwert von 0,5% je Monat empfohlen; im Jahr wären dies 6%, um den sich die Rente mindert.

(57) Bislang gibt es keine Zuschläge, wenn der Beginn der Altersrente über die Regelaltersgrenze hinaus verschoben wird. Da die Altersgrenze für Vertragsärzte aufgehoben wurde, wäre es sinnvoll, wenn dementsprechend auch die Möglichkeit eingeräumt würde, die Altersrente erst später in Anspruch zu nehmen und sie damit auch steigern zu können. Die Zuschläge müssten dann geschätzt bei 0,7% je Monat liegen. Eine Begrenzung der Zuschläge nach oben sollte nicht eingeführt werden.

(58) Die Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre erlaubt es aber nicht, den für die Leistungen bislang maßgeblichen Höchstsatz von 12.000 Punkten beizubehalten. Er müsste wegen der um zwei Jahre längeren Lebensarbeitszeit mindestens auf 12.800 Punkte angehoben werden. Um die Attraktivität der EHV zu erhöhen, sollte der Höchstsatz auch wegen der noch anzusprechenden Möglichkeit, Aufstockungsbeiträge zu zahlen (Ziff. 64), auf 14.000 Punkte angehoben werden. Da sich 2010 der durchschnittliche Anspruch der pensionierten Ärzte auf 11,579% belief, was rund 7.650 Punkten entsprach, wird sich die Erhöhung der Punktzahl nur in Ausnahmefällen auswirken.

### 3.2 Die Absicherung des Risikos der Berufsunfähigkeit

(59) Bei Berufsunfähigkeit § 2 Ziff. 3 GEHV erfolgt eine normale Berechnung der Leistungen aus den zuvor erworbenen Punkten. Eine Zurechnungszeit, wie in der Rentenversicherung (§ 59 SGB VI), gibt es nicht. Sie soll im Falle Erwerbsminderung oder des Todes, dann zugunsten der Hinterbliebenen, das Versicherungsverhältnis bis zum 60. Lebensjahr verlängern. Die Zurechnungszeit in der Rentenversicherung ist ein wichtiges Versicherungselement. Erst sie führt z.B. bei einem Unfall oder bei Eintritt einer Erwerbsminderung in frühen Jahren zu einer auskömmlichen Sicherung. Damit trägt sie viel dazu bei, dass die Beitragszahlung gerade auch bei jüngeren Versicherten Akzeptanz finden. Es wird daher aus den gleichen Gründen vorgeschlagen, auch in der EHV eine Zurechnungszeit einzuführen. Sie müsste dem System der EHV angepasst werden. Die bei Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielte Punkte/Zeit-Relation sollte, wenn der Versicherungsfall vorher eingetreten ist, bis zum 60.

Lebensjahr fortgeschrieben werden. Wer mit Alter 45 berufsunfähig wird und in den 10 Jahren seiner Tätigkeit als Vertragsarzt im Durchschnitt je Jahr 350 Punkte erzielt hat, bekommt  $[(60 - 45) \times 350 =]$  5.250 Punkte gutgeschrieben. Kann er nach 5 Jahren seinen Arztberuf wieder ausüben, wird diese Gutschrift auf  $(5 \times 350 =)$  1.750 Punkte begrenzt. Nicht die Rentengewährung, wohl aber die Berücksichtigung der Zurechnungszeit sollte von einer Wartezeit von 5 Jahren abhängig sein. Es bleibt zu prüfen, ob auch im System der EHV – wie auch in der Rentenversicherung – Abschläge bei Bezug einer Erwerbsminderungsrente vor Vollendung des 60. Lebensjahres notwendig sind.

### 3.3 Die Absicherung bei Tod zugunsten der Hinterbliebenen

(60) Diese Zurechnungszeit käme bei Tod auch den Hinterbliebenen zugute. Vorgeschlagen wird, die subsidiäre Berechtigung der Erben nach § 3 II GEHV zu streichen. Sie mag in kapitalgedeckten Systemen eine Berechtigung finden; in umlagefinanzierten Systemen ist sie unüblich. Diese vermutlich geringe Kosteneinsparung sollte realisiert werden.

### 3.4 Vorschläge:

(61) Es wird daher vorgeschlagen:

1. *Die Altersgrenze für den Eintritt in den Ruhestand wird auf die Regelaltersgrenze 67 angehoben. Zwischen 2015 und 2027 steigt die Altersgrenze je Jahr um zwei Monate. Dieser Vorschlag gilt vorbehaltlich einer abweichenden Regelung im Versorgungswerk der hessischen Ärztekammer.*
2. *Da die Altersgrenze auf 67 Jahre angehoben werden soll, müssen die Altersgrenzen für den vorzeitigen Bezug in § 3 I lit. c, cc GEHV angepasst und auf das 65. bzw. 66. Lebensjahr angehoben werden.*
3. *Der Abschlagssatz sollte nach Monaten vorzeitigen Rentenbeginns gestaffelt werden. Es wird auch im Hinblick darauf, dass die EHV im Umlageverfahren finanziert wird, ein Mittelwert von 0,5% je Monat empfohlen; im Jahr wären dies 6%, um die sich die Rente mindert.*



4. *Es sollten Zuschläge für den Fall eingeführt werden, dass der Beginn der Altersrente über die Regelaltersgrenze hinaus verschoben wird.*
5. *Die Punktestaffel in der Anlage 1 zu § 3 GEHV wird bis zu 35 Jahren mit 14.000 Punkten fortgeschrieben.*
6. *Es sollte auch in der EHV eine Zurechnungszeit eingeführt werden. Die bei Eintritt von Berufsunfähigkeit/Tod vor Vollendung des 60. Lebensjahres erzielte Punkte/Zeit-Relation sollte, wenn der Versicherungsfall vorher eingetreten ist, bis zum 60. Lebensjahr fortgeschrieben werden. Die Berücksichtigung der Zurechnungszeit sollte von einer Wartezeit von 5 Jahren abhängig sein.*
7. *Die subsidiäre Berechtigung der Erben nach § 3 II GEHV sollte gestrichen werden.*

## V. Die Bestimmung des Anteils des einzelnen Vertragsarztes an der Aufbringung der Mittel für die EHV

### 1. Die jetzige Rechtslage

(62) Nach geltendem Satzungsrecht wird die Honorarforderung jedes an der EHV teilnehmenden Vertragsarztes um die Quote (§ 8 GEHV) gekürzt, um die die EHV relevante Gesamtvergütung einschließlich der Beträge nach § 8 II KHVG wegen der für die EHV benötigten Mittel gemindert wird. Die Honorarforderung stellt (insoweit) den Umsatz des Vertragsarztes dar. Den Umsatz voll der EHV zu unterwerfen, wäre ungerecht (vgl. Ziff. 15). Da die Praxiskosten je nach Fachrichtung des Arztes sehr unterschiedlich sind, würde der „Beitrag“ des einzelnen Vertragsarztes zur EHV dessen „Gewinn“ aus seiner vertragsärztlichen Tätigkeit sehr unterschiedlich belasten, wenn nicht die Praxiskosten herausgerechnet würden (vgl. BSGE 101, 106 [125 f.]; 94, 50 [84 ff.]). Daher muss der Umsatz des Vertragsarztes, bevor der Abzug zur EHV vorgenommen wird, um die Praxiskosten bereinigt werden. Dies geschieht nach Maßgabe des § 5 GEHV. Diese Bestimmung ist, weil die Definition der abzuziehenden Kosten satzungsmäßig nicht hinreichend bestimmt ist, von dem SG Marburg in dem schon angesprochenen Urteil beanstandet worden. Eine Neufassung des § 5 GEHV ist in Vorbereitung, die die jetzige Praxis aber im Wesentlichen bestätigen soll.

### 2. Die Einführung eines Regelbeitrags

(63) Da die Berücksichtigung der je nach Fachrichtung sehr unterschiedlich hohen Kosten mit sehr großen Ermittlungsschwierigkeiten verbunden ist, bietet es sich an, diese ganze Problematik durch die Bestimmung eines Einheitsbeitrages zu umgehen, verbunden mit der Möglichkeit, bei entsprechend niedrigerem Einkommen eine Reduzierung des Beitrages beantragen zu können. Bei einem Leistungsvolumen der EHV von geschätzt rund 86.000.000 Euro im Jahr 2010 ergibt sich bei rund 9.100 an der EHV teilnehmenden Vertragsärzten ein rechnerischer Durchschnittsbeitrag von 9.450 Euro im Jahr, im Monat in Höhe von 787,50 Euro. Um die Minderung auszugleichen, die sich daraus ergibt, dass eine noch unbekannte Zahl von Vertragsärzten nicht in der Lage sein wird, den Regelbeitrag zu zahlen, muss dieser entspre-

chend höher angesetzt werden. Unterstellt, dass 25% der Vertragsärzte nur den halben Regelbeitrag entrichten können, müsste sich dieser um 14,3% erhöhen und beliefe sich monatlich auf rund 900,- Euro; wären es nur 10%, die den halben Regelbeitrag entrichten, müsste sich der Regelbeitrag „nur“ um 5,26% auf rund 830,- Euro jeweils im Monat erhöhen. Der halbe Regelbeitrag würde dementsprechend monatlich 450,- Euro bzw. 415,- Euro betragen. Der Regelbeitrag machte im ersten Fall rund 2,95% der jährlichen Bezugsgröße i.S. des § 18 I SGB IV aus; im zweiten Fall 2,71% der Bezugsgröße. Es empfiehlt sich zum einen wegen der dann im Recht der EHV einheitlichen Grundgröße, zum andern wegen der noch zu diskutierenden Grenze für die Höchstbelastung der Aktiven (dazu Ziff. 73), den Regelbeitrag jährlich ebenfalls in einem Vielfachen der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV zu bestimmen. Er steigt dann entsprechend wie die Leistungen.

(64) Um die Beitragshöhe trotz des Regelbeitrags einkommensgerecht auszugestalten, sollte je nach Höhe des erzielten und dann auch nachzuweisenden bereinigten Honorars aus der vertragsärztlichen Tätigkeit auf Antrag eine Absenkung des Beitrags möglich sein. Um die Gleichbehandlung der antragstellenden Ärzte zu gewährleisten, sollten die Bestimmungen der Satzung des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen (§§ 8, 9) entsprechend gelten. Aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität sollte die von dem Versorgungswerk getroffene Entscheidung auch für die EHV maßgeblich sein. Denkbar wäre es auch, einen höheren Beitrag als den Regelbeitrag zuzulassen, der dann auch zu entsprechend höheren Leistungen führen müsste. Dies könnte den Regelbeitrag etwas absenken. Dabei ist aber das Risiko zu bedenken, dass „schlechte Risiken“ versucht sein könnten, von dieser höheren Absicherung Gebrauch zu machen, da sie ansonsten Schwierigkeiten haben, sich zu sichern. Um dieses Risiko zu begrenzen, sollte der Höchstbeitrag auf das 1,5fache des Regelbeitrags begrenzt werden. Abgestuft könnten auch 125% des Regelbeitrags gezahlt werden. Wer den Höchstbeitrag von 150% aufgewandt hat, erhält im Jahr 600 Punkte. Dementsprechend war schon vorgeschlagen worden (Ziff. 58), den Höchstsatz in der Normalstaffel von 12.000 Punkten auf 14.000 Punkte zu erhöhen.

(65) Um – im Hinblick auf die noch vorzuschlagende jährliche Berechnung der Leistungen (vgl. Ziff. 80) – Schwankungen bei den Beiträgen oder den Leistungen ausgleichen zu können, sollte eine Schwankungsreserve vorgehalten werden. In der

Rentenversicherung beträgt sie derzeit rund eine Monatsausgabe. Eine solche Reserve muss aber nicht aufgebaut werden. Aus dem bis 2006 gebildeten und zum großen Teil bereits zurückgezahlten Ausgleichsfonds stehen noch rund 6 Mio. Euro zur Verfügung (vgl. Ziff. 20). Sie sollten – möglichst einschließlich der Zinsen – die Schwankungsreserve bilden.

(66) Bei der Höhe des „Beitrags“ ist zu berücksichtigen, dass es sich der Sache nach um eine Kürzung der individuellen Honorarforderung handelt, die insoweit nicht besteuert wird. Die Vorsorge mindert mithin das steuerpflichtige Einkommen, so dass die Steuerentlastung gegenzurechnen ist. Deshalb sollte es bei dem Prinzip der Kürzung der für die Honorarverteilung zugunsten der aktiven Ärzte zur Verfügung stehenden Mittel bleiben und nicht auf eine „offene“ Beitragszahlung übergegangen werden. Die Leistungen sind allerdings – wie bisher – nachgelagert als zufließendes Einkommen voll zu versteuern. Andererseits können die betroffenen Ärzte daneben die Grenzen für die Vorsorgeaufwendungen in § 10 III Einkommensteuergesetz (EStG) (20.000 bzw. 40.000 Euro) voll ausschöpfen.

### 3. Vorschläge:

(67) Es wird daher vorgeschlagen:

1. *Die am Umsatz minus Praxiskosten des jeweiligen Vertragsarztes orientierte Finanzierung der EHV soll durch den Abzug eines „Regelbeitrages“ ersetzt werden.*
2. *Um die Beitragshöhe einkommensgerecht auszugestalten, ist je nach Höhe des erzielten und dann auch nachzuweisenden bereinigten Honorars aus der vertragsärztlichen Tätigkeit auf Antrag eine Absenkung des Beitrags möglich. Um die Gleichbehandlung der antragstellenden Ärzte zu gewährleisten, sollten die Bestimmungen der Satzung des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen (§§ 8, 9) entsprechend gelten. Aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität sollte die von dem Versorgungswerk getroffene Entscheidung auch für die EHV maßgeblich sein.*
3. *Eine Aufstockung des Regelbeitrags auf 125 % oder 150% ist möglich.*

4. *Der Regelbeitrag ist in Prozent der jährlichen Bezugsgröße i.S. des § 18 I SGB IV anzugeben (im Monat z.B. 2,7% – 3%).*
5. *Es wird aus den Restbeträgen des „Ausgleichsfonds“ eine Schwankungsreserve in Höhe von rund einer Monatsausgabe gebildet.*

## VI. Die künftigen „Leitplanken“ des Systems der EHV

(68) Ob sich in der EHV wie in der gesetzlichen Rentenversicherung der Alterslastquotient verdoppeln wird, ist ungewiss. Schon wegen der steigenden Lebenserwartung ist damit zu rechnen, dass sich die Zahl der Leistungsempfänger erhöhen wird. Ob sich vergleichbar auch die Zahl der aktiven Vertragsärzte erhöhen wird, kann ebenfalls nicht vorausgesagt werden. Viel hängt auch von den künftigen Reformen im Gesundheitswesen ab. Der vorgeschlagene Mengenfaktor soll diese Veränderungen berücksichtigen. Um aber sicherzugehen, dass Veränderungen nicht einseitig zu Lasten der „Beitragszahler“ oder der „Rentner“ verlaufen und damit entweder eine Überforderung der Beitragszahler oder aber eine Entwertung der Leistungen auslösen, sollten – ähnlich wie in der gesetzlichen Rentenversicherung in § 154 III SGB VI – auch in der EHV im Interesse ihrer langfristigen und nachhaltigen Finanzierbarkeit Vorgaben gesetzt werden, um sicherzustellen, dass

- die absehbare Absenkung der Leistungen und
- die Belastung der aktiven Ärzte

zumindest bis 2030 bestimmte Grenzen nicht überschreiten.

### 1. Die Absenkung des Leistungsniveaus

(69) Die Rentner in der gesetzlichen Rentenversicherung haben wegen der mehrfach geänderten Anpassungsformel erhebliche Einschnitte hinzunehmen. Ihre zumutbare Belastung ist im Rentenversicherungsrecht aber begrenzt worden. Das Rentenniveau vor Steuern darf bis 2020 46% und bis 2030 42% nicht unterschreiten, es soll bei Wahrung der Beitragssatzziele möglichst bei 46% gehalten werden (§ 154 III SGB VI). Dies ist gegenüber dem entsprechenden Niveau von 2005 in Höhe von 52,6% (vgl. Rentenversicherung in Zeitreihen, DRV-Schriften Bd. 22, 2009, S. 232) eine Absenkung bis 2020 um 12,5% und bis 2030 eine um maximal 20,2%.

(70) Die durch den Mengenfaktor mitgeprägte Anpassung in der EHV führt dazu, dass je nach Veränderung der Zahlen die Anpassung der Leistungen höher oder niedriger ausfallen kann, als sich die Bezugsgröße ändert. Tendenziell wird sie – wie

die vergangenen Jahre gezeigt haben – eher niedriger ausfallen. Dies ist gewollt und Ziel des Mengenfaktors. Doch muss seine Wirkung, wie in der Rentenversicherung, begrenzt werden. Die Niveauziele der Rentenversicherung auf den Anspruch aus der EHV übertragen ergeben eine Minderung bis 2020 um maximal 12,5% und bis 2030 eine um maximal 20,2%.

(71) Auch wenn, wie ausgeführt (Ziff. 30), die Wirkungen der in der EHV durchgeführten Veränderungen durch die neue Reform nicht rückgängig gemacht werden sollen, müssen die seit 2006 eingetretenen Wirkungen aber bei der Frage der maximalen Verschlechterung miteinbezogen werden. Die Prozentsätze von 12,5% bzw. 20,2% werden daher beispielhaft bezogen auf den Verhältniswert der monatlichen Regelleistung (12.000 Punkte) z.B. im 4. Quartal 2006 in Höhe von (= 7.150,55 Euro : 3 =) 2.283,52 Euro zur Bezugsgröße gem. § 18 I SGB IV des (gleichen) Jahres 2006 (= 29.400,- Euro). Der Verhältniswert würde 7,77% betragen.

(72) Dieser Wert dürfte sich bis 2020 um maximal 12,5% und bis 2030 um maximal 20,2% verschlechtern. Die Grenzwerte beliefen sich auf 6,80% (2020) bzw. 6,20% (2030). Betragen im Jahr x die monatliche Regelleistung 2.800,- Euro und die Bezugsgröße 38.000,- Euro, beläuft sich der Verhältniswert auf 7,37%. Er hat sich gegenüber dem Ausgangswert für 2006 um etwas über 5% verringert. Das Ergebnis hält sich aber im Rahmen der Vorgaben. Erst wenn vor 2020 der Verhältniswert des Jahres x den Wert von 6,80% unterschreitet, ist die 12,5%-Grenze unterschritten. In diesem Jahr wäre die Anpassung der Leistungen (dazu Ziff. 41 ff.) so zu korrigieren, dass der Mindestwert von 6,80% wieder eingehalten wird.

## 2. Die Höchstbelastung der aktiven Ärzte

(73) Auch die „Beitrags“zahler, die aktiven Ärzte, brauchen zum Schutz vor finanzieller Überforderung eine Obergrenze ihrer Belastung. Die Altersvorsorge darf ihre berufliche Tätigkeit nicht zu sehr einschränken. Es muss, da es die EHV nur in Hessen gibt, auch sichergestellt werden, dass Hessen trotz der EHV für Ärzte attraktiv bleibt. Die Belastung ist heute in § 8 I 2 GEHV in Höhe von 5% begrenzt. Bezogen ist diese Prozentzahl auf das bereinigte Honorar im Landesdurchschnitt. Übersteigen die Ansprüche der EHV-Empfänger diese 5%-Grenze, werden sie durch den Nachhaltig-

keitsfaktor (§ 8 I 5 GEHV) entsprechend gemindert. Diese Methode kann im Prinzip beibehalten werden, muss aber an die Neukonzeption der EHV angepasst werden.

(74) Daher kann die maximale Beitragsbelastung der Aktiven nicht wie in § 8 I 2 GEHV bestimmt auf die Höchstquote von 5% beschränkt bleiben. Im Jahr 2005 lag die Quote vor ihrer Begrenzung 2006 bei 5,5%. In der gesetzlichen Rentenversicherung wird den Beitragszahlern ein Anstieg des Beitragssatzes bis 2030 von 2005 19,5% auf 22% zugemutet (§ 154 III SGB VI). Das ist ein Anstieg um 11,36%. Bis 2020 soll in der Rentenversicherung der Beitragssatz die 20%-Grenze nicht übersteigen (§ 154 III SGB VI). Dies ist gegenüber 19,5% im Jahr 2005 ein Anstieg um 2,5%.

(75) Diese Höchstquote ist zurzeit bezogen auf das bereinigte Honorar im Landesdurchschnitt aus der Behandlung von Versicherten der Primär- und Ersatzkassen (§ 8 I 2 GEHV). Die Grenzwerte der Rentenversicherung von 2,5% bzw. 11,36% auf die Höchstquote der EHV von 2005 mit 5,5% übertragen, bedeutete einen zumutbaren Anstieg der Belastung auf 5,64% bis 2020 bzw. auf 6,12% im Jahr 2030. Blicke es bei diesem Bezug, stellte sich aber auch in Zukunft das Problem der Berücksichtigung der Praxiskosten, das jedoch wegen seiner Komplikation nach Möglichkeit vermieden werden soll. Auch hier bietet sich für den Maßstab der Veränderung die Relation des Regelbeitrags zur Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV an. Unterstellt, dass – ausgehend von den Zahlen des letzten Quartals des Jahres 2006 – der Regelbeitrag der 8.747 Ärzte bezogen auf die Gesamtforderung der EHV-Empfänger von 21.016.242.87 Euro 2.402,68 Euro, im Monat 800,90 Euro betragen hätte, wäre das Verhältnis dieses Monatsbeitrages zur Bezugsgröße für 2006 in Höhe von 29.400 Euro der Wert von 2,72%. Dieser Prozentsatz dürfte bis 2020 den Wert von  $(2,72 + 2,5\% =) 2,79\%$  nicht übersteigen. Für 2030 läge der Grenzwert bei  $(2,72 + 11,36\% =) 3,03\%$ .

(76) Steigt der in Prozent der Bezugsgröße festzusetzende monatliche Regelbeitrag wie die Bezugsgröße, bleibt der Verhältniswert unverändert. Würde hingegen der Regelbeitrag (vgl. Ziff. 63 ff.) im Jahr x auf einen Wert von 850 Euro bei einer Bezugsgröße von 32.000 Euro ansteigen, beliefe sich der Verhältniswert auf 2,66%. Er hätte sich gegenüber 2006 verringert, ohne dass dies Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen hätte. Würde der monatliche Regelbeitrag im Jahr x bei 904 Euro



liegen, ergäbe dies bei einer Bezugsgröße von 32.000 Euro einen Verhältniswert von 2,83%. Der Wert hätte sich gegenüber dem Ausgangswert von 2006 um rund 4,04% erhöht und läge deutlich über dem Grenzwert von 2,79%. Die Anpassung der Leistungen müsste für dieses Jahr entsprechend gemindert werden.

(77) Um es nochmals zu verdeutlichen: Diese Höchstquoten bis 2020 bzw. 2030 von 2,79% bzw. 3,03% bedeuten nicht, dass diese erhöhten Beträge jeden Monat gezahlt werden müssen. Das, was jeden Monat gezahlt werden muss, ergibt sich aus der Summe aller einzelnen Leistungen unter Einschluss ihrer Anpassung. Erst wenn diese Summe die jeweilige Höchstquote überschreitet, sind der monatliche Punktwert und dementsprechend die einzelnen Leistungen zu mindern. Die Höchstquoten stellen – wie die Vorgaben zum Leistungsniveau – somit nur „Leitplanken“ dar, innerhalb derer sich das System der EHV zu bewegen hat. Stößt es, sowohl was die Finanzierung als auch was die Leistungen und ihre Anpassung betrifft, nicht an diese Leitplanken, wirken sie nicht. Sie sollen letztlich eine langfristige Veränderung immer nur in eine Richtung – entweder zu Lasten der Beitragszahler oder der Rentner – begrenzen.

### 3. Handlungsbedarf

(78) Ist durch Vorausberechnungen absehbar, dass die Höchstgrenzen in beiden Richtungen überschritten werden, hat die KV der Vertreterversammlung unverzüglich Maßnahmen vorzuschlagen, die diese Ziele wieder realisieren oder sie jeweils angemessen verändern.

### 4. Vorschläge

(79) Es wird daher vorgeschlagen:

- 1. Die monatliche Regelleistung aus der EHV darf ausgehend von dem Wert für 2005 von 7,77% bis 2020 den Grenzwert von 6,80% und bis 2030 den Grenzwert von 6,20% der jährlichen Bezugsgröße gem. § 18 I SGB IV des gleichen Jahres nicht unterschreiten. Dies ist eine zulässige Minderung der Regelleistung um 12,5% bis 2020 bzw. 20,2% bis 2030.*

2. *Der monatliche Regelbeitrag der aktiven Vertragsärzte darf ausgehend von der Quote für 2005 von 2,72% bis zum Jahr 2020 die Höchstquote von 2,79%, bis zum Jahr 2030 die Höchstquote von 3,03% der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV nicht überschreiten. Dies ist ein zulässiger Anstieg des Regelbeitrags von 2,5% bis 2020 bzw. 11,36% bis 2030.*
3. *Ist durch jährlich anzustellende Vorausberechnungen der KV erkennbar, dass die in Nr. 1 und 2 genannten Grenzwerte über- bzw. unterschritten werden, hat die KV der Vertreterversammlung unverzüglich Vorschläge zu unterbreiten, wie diese Grenzwerte künftig wieder eingehalten werden können oder wie sie jeweils angemessen verändert werden sollten.*

## VII. Jährliche Festsetzung der Leistungen

(80) Bisher werden die Leistungen jeweils für das Quartal durch Bescheid festgestellt. Das ist bei der Anbindung der Höhe der Leistungen an die aktuellen Honorare der Vertragsärzte unvermeidlich, bedingt aber bei über 5.700 Leistungsempfängern viermal im Jahr einen erheblichen Verwaltungsaufwand. Entfällt – wie vorgeschlagen – die Bindung der Leistungshöhe an die aktuellen Honorare und wird diese ersetzt durch die Bindung an die jährliche Bezugsgröße gem. § 18 I SGB IV, entfällt auch der Grund für die vierteljährliche Festsetzung der Leistungen. Sie können jeweils für das ganze kommende Jahr bestimmt werden. Der Entwurf der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung liegt als Bundesrats-Drucksache zumeist bereits Ende Oktober des Vorjahres vor, so dass ausreichend Zeit für die Anpassung der Leistungen bis Anfang des Jahres bleibt. Um allen Problem aus dem Weg zu gehen, wird vorgeschlagen, dass die Anpassung der Leistungen aus der EHV wie die Anpassung der Renten zum 1.7. eines Jahres erfolgt.

(81) Vorschläge:

- 1. Die Leistungen der EHV werden für das gesamte Jahr (nicht mehr für ein Quartal) festgesetzt.*
- 2. Dies erfolgt zusammen mit ihrer Anpassung zum 1.7. des Jahres.*

## VIII. Regelung in verschiedenen Normebenen

### 1. Regelung durch Gesetz

(82) Der Gesetzgeber kann – wie er es in § 8 KVHG getan hat – Kassenärztliche Vereinigungen ermächtigen, durch Satzung die Honorarverteilung zu regeln. So unbestritten die Satzungsautonomie der Kassenärztlichen Vereinigungen ist (vgl. nur BVerfGE 33, 125 [156 ff.]; 38, 373 [381]; 97, 332 [343]; 107, 59 [91 ff.]), so unbestritten folgt aus dem Demokratieprinzip auch, dass der Gesetzgeber gehalten ist, wesentliche Entscheidungen eines Rechtsbereichs selbst zu treffen (vgl. BVerfGE 33, 1 [11 ff.]; 34, 165 [192]; 41, 251 [259 f.]; 57, 295 [327]; 83, 130 [152]; 84, 212 [226]). Dabei nehmen die Anforderungen an die Ermächtigung zur satzungsmäßigen Regelung mit der Intensität des Eingriffs zu; insbesondere die Eingriffe in Grundrechte müssen umso deutlicher in der gesetzlichen Ermächtigung bestimmt werden, je empfindlicher in das Grundrecht eingegriffen werden soll (BVerfGE 12, 319 [325]; 33, 125 [160]; BVerwGE 87, 324 [327 ff.]) und je mehr statusbildenden Charakter sie haben (BVerfGE 38,373 [381]). Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat in einer Entscheidung zu einem Anwaltsversorgungswerk Fragen wie die Wahl des Versicherungssystems, die Entscheidung über die Dynamisierung von Renten und die Relation von Beiträgen und Renten für so wesentlich gehalten, dass sie der Gesetzgeber in der Ermächtigung selbst vorgeben muss (BVerwGE 87, 324 [327]; Ebsen, S. 20).

(83) Dem trägt die Ermächtigung in § 8 KVHG nicht Rechnung. Inhaltlich bestimmt sie lediglich, dass die Versorgung der inaktiven Ärzte auch „durch besondere Honorarverteilungsgrundsätze geregelt werden kann“. Wie sie inhaltlich zu erfolgen hat, bleibt völlig offen. Deshalb ist mit gutem Grund die Verfassungsmäßigkeit des § 8 KVHG in Zweifel gezogen worden (Ebsen, S. 13 ff.). Das BSG hat demgegenüber zwar § 8 KVHG noch als hinreichend bestimmt angesehen (BSGE 101, 106 [115 ff.]), dies vor allem jedoch nur deshalb, weil bei einer Nichtigerklärung die Versorgung der Ärzte aus der EHV „in hohem Maße gefährdet wäre“ (S. 111). Das Gericht hat aber zugleich deutlich gemacht, dass bei einer grundlegenden Reform der EHV die wesentlichen Entscheidungen durch den Gesetzgeber selbst getroffen werden müssen

(S. 121). Der hessische Gesetzgeber hat in diesem Verfahren seine Verpflichtung bekräftigt, entsprechende gesetzliche Regelungen zu erlassen (S. 120).

(84) Wegen ihrer finanziellen Auswirkungen für die aktiven und passiven Ärzte muss der hessische Gesetzgeber die Grundfragen der Reform des Beitrags- und Leistungsrechts der von ihm geschaffenen Erweiterten Honorarverteilung selbst entscheiden. Er darf sie der ärztlichen Selbstverwaltung nicht mehr zur Regelung überlassen. Bei der Ausgestaltung dieses Rahmens hat der Gesetzgeber aber zu berücksichtigen, dass das Honorarverteilungssystem von hoher Komplexität ist und eine hinreichende Flexibilität aufweisen muss (vgl. BayVerfGH, NZS 2004, 264 [265]), um der Aufgabe gerecht zu werden, die Versorgung der inaktiven Ärzte über Jahre zu sichern. Zu den wesentlichen Entscheidungen durch den Gesetzgeber gehören gleichwohl die Grundentscheidungen über

- das Finanzierungsverfahren (Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren);
- die Höhe der Beitragsbelastung der Vertragsärzte und die Begrenzung ihres Anstiegs;
- die abgesicherten Risiken;
- die Berechnung und die Dynamisierung der Leistungen;
- die Bestimmung eines Sicherungsziels für das Leistungsniveau.

## 2. Regelung durch die Satzung

(85) Innerhalb dieses gesetzlichen Rahmens ist die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen ihrer Satzungsautonomie frei, die EHV auszugestalten. In engen Grenzen kann die EHV den Vorstand der KV ermächtigen, die Regelungen zu konkretisieren und Einzelfallentscheidungen zu treffen (vgl. BSGE 83, 52 [60 f.]; BSG, Medizinrecht [MedR] 2000, 153 [156]; BayVerfGH, NZS 2004, 264).

(86) Nach der Neuregelung des § 77 III SGB V entscheiden über die Honorarverteilung nur noch die aktiven Vertragsärzte; die Leistungsempfänger wären von jeder Mitsprache und Mitentscheidung ausgeschlossen. Das führt institutionell zu der Gefahr einer Einseitigkeit der Interessenwahrnehmung, auch wenn nach der Entscheidung des BSG sich die KV gleichwohl in der Verpflichtung sieht, auf einen sachgerechten Ausgleich der Interessen hinzuwirken (BSGE 101, 106 [122]). Die jetzige

Regelung widerspricht aber der Entscheidung des BVerfG vom 5. 12. 2002 (BVerfGE 107, 59 ff.). Es hat darin vorgegeben, dass, „wählt der parlamentarische Gesetzgeber für bestimmte öffentliche Aufgaben die Organisationsform der Selbstverwaltung, er keine Ausgestaltung vorschreiben darf, die mit dem Grundgedanken autonomer interessengerechter Selbstverwaltung einerseits und effektiver öffentlicher Aufgabewahrnehmung andererseits unvereinbar wäre. Deshalb müssen die Regelungen über die Organisationsstruktur der Selbstverwaltungseinheiten auch ausreichende institutionelle Vorkehrungen dafür enthalten, dass die betroffenen Interessen angemessen berücksichtigt und nicht einzelne Interessen bevorzugt werden (vgl. BVerfGE 37, 1 [27 f.]; Groß, Das Kollegialprinzip in der Verwaltungsorganisation, 1999, S. 251 f.)“. Diesen Vorgaben wird § 77 III SGB V wegen des Ausschlusses der Inaktiven aus der Mitsprache über ihre Versorgung nicht gerecht. Es ist nicht sicher gestellt, dass nicht einseitige Interessen, hier: die der Aktiven, bevorzugt werden. Ob dies geschehen ist oder nicht, ist zweitrangig. Entscheidend ist, dass die gegenwärtige Situation einseitige Entscheidungen nicht ausschließt.

(87) § 77 III SGB V bedarf daher wegen Art. 4 § 1 GKAR der verfassungskonformen Auslegung. § 77 III SGB V hat nur die Regelungskomplexe als Hintergrund, über die die KV nach Bundesrecht zu entscheiden haben. Insofern ist die Begrenzung des Stimmrechts auf die aktiven Ärzte sachgerecht. Sie ist aber sachwidrig, soweit die KV als Folge des Übergangsrechts in Art. 4 § 1 GKAR über die Ausgestaltung der EVH entscheidet, die elementar nicht nur die Interessen der aktiven, sondern auch die der inaktiven Vertragsärzte betrifft. Daher steht § 77 III SGB V aus Verfassungsgründen landesrechtlichen Regelungen nicht entgegen, die gestützt und in Ergänzung der Ausnahmeregelung in Art. 4 § 1 GKAR bestimmen, wie die Grundsätze der EHV zustande kommen und wie auch die inaktiven Ärzte zur Wahrung ihrer Interessen an diesem Entscheidungsprozess zu beteiligen sind. Ein Vorbild, wie eine entsprechende Regelung ausgestaltet werden könnte, enthält z.B. § 137e SGB VI über den bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See einzurichtenden Beirat für die Angelegenheiten der Seemannskasse, der die Vertreterversammlung dieses Rentenversicherungsträgers berät (dazu Ruland, in: Kommentar zum Recht der gesetzlichen Rentenversicherung, § 137e Anm. 3). Eine solche Beteiligung der inaktiven Ärzte würde erheblich zum Rechtsfrieden innerhalb der EHV beitragen.

(88) Vorschlag:

*Es sollte im Rahmen der gesetzlichen Neuregelung bei der KV Hessen unter Beteiligung der inaktiven Ärzte ein Beirat für Fragen der EHV eingerichtet werden, dessen Einzelheiten (Zusammensetzung [anders als in § 137e SGB VI!], Bedeutung der Entscheidungen) mit den Beteiligten und dem Gesetzgeber abzustimmen wären.*

## IX. Schlussbemerkungen

### 1. Zur Notwendigkeit einer mathematischen Validierung der Vorschläge

(89) Der Verfasser ist von dem Beratenden Fachausschuss EHV der KV Hessen Anfang August 2010 gebeten worden, Vorschläge und Überlegungen zu einer grundlegenden Reform der EHV vorzulegen. Er hat dies am 20. August 2010 mit der Vorlage der ersten Fassung dieses Papiers getan. Es ist aufgrund der Beratungen im Fachausschuss EHV am 20. September 2010 geringfügig überarbeitet worden. Aufgrund der Diskussionen im Fachausschuss EHV am 2. November 2010, an denen auch Vertreter der Interessengemeinschaft EHV teilnahmen, hat nochmals eine Überarbeitung stattgefunden. Die nun vorliegenden Zahlen für das zweite Quartal 2010 wurden eingearbeitet. Die Feststellungen in Ziffer 39 wurden – um eine bessere Basis für Konsensgespräche zu bieten – erweitert. Ergänzt wurden die nachfolgenden Ziff. 93a und 93b und die Ziff. 97a, die als Ergebnis der Beratungen vom 2. November 2010 eine Kompromisslinie aufzeigen. – Die Vorschläge dieses Papiers, über die zunächst der Beratende Fachausschuss der EHV zu entscheiden hat, sind der juristische Aspekt zur Vorbereitung der notwendigen, grundlegenden Reform. Sie bedürfen, soweit sich der Fachausschuss ihnen anschließt, der mathematischen Überprüfung. Die Vorschläge sind wunschgemäß insoweit auch als „Pflichtenheft“ für den Auftrag an den Versicherungsmathematiker zu verstehen.

(90) Auch die hier vorgelegten Vorschläge kommen zu ihrer Begründung und zur Verdeutlichung des Gewollten bereits ohne Berechnungen nicht aus. Die Ergebnisse dieser Berechnungen sind aber – schon wegen des unterstellten Inkrafttretens der Reform im Jahr 2010 – nur als Beispiele zu verstehen. Steht der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Reform fest, müssen diese Größen selbstverständlich überprüft und aktualisiert werden.

(91) Jeder noch so gute Vorschlag scheitert bei einer atypischen Entwicklung der für eine Vorausberechnung relevanten Daten. Deshalb kann mittel- oder langfristig eine „Reform der Reform“ nicht ausgeschlossen werden. Dem tragen die Vorschläge



Rechnung (vgl. Ziff. 78). Allerdings besteht die Erwartung, dass mit dem Mengenfaktor bei der Anpassung (Ziff. 47 ff.) und den „Leitplanken des Systems“ (Ziff. 68 ff.) Vorkehrungen getroffen wurden, um künftige Entwicklungen möglichst ausgewogen aufzufangen. Ob das tatsächlich gelingt, hängt ganz entscheidend von dem zukünftigen Verhältnis zwischen der Zahl der aktiven Ärzte als Beitragszahlern und der Zahl der Leistungsempfänger ab.

(92) Eine mathematische Validierung der Vorschläge ist unverzichtbar und auch vorgesehen. Als Ergebnis dieses mathematischen Gutachtens kann es sich als notwendig herausstellen, die Vorschläge anzupassen. Zur Vorbereitung dieses Gutachtens ist es daher wesentlich, dass möglichst belastbare Annahmen über die künftigen Ärztezahlen vorliegen. Die Zahl der aktiven Ärzte gleich zulassen und nur die Zahl der pensionierten Leistungsempfänger ansteigen zu lassen, wie in dem Heubeck-Gutachten von 2003 geschehen, wird nicht angehen (vgl. Ziff. 12). Notwendig scheint eine Berechnung mit mehreren alternativen Entwicklungen. Das müssen nicht wie im Rentenversicherungsbericht 9 Varianten (vgl. zuletzt BT-Dr. 17/52, S. 24) sein. Es sollten aber zumindest zwei Varianten sein, die im Rahmen des Wahrscheinlichen einen Korridor möglicher Entwicklungen aufzeigen. Deshalb sollte die eine („obere“) Variante eher günstigere Annahmen bündeln, insbesondere was die Zahl der aktiven Ärzte, die der Leistungsempfänger und die Rentenbezugsdauer betrifft. Die andere („untere“) Variante sollte eher ungünstigere Annahmen bündeln. Die Erwartung ist, dass sich die tatsächliche Entwicklung innerhalb dieses Korridors bewegt.

(93) Vorschlag:

*Eine mathematische Validierung der Vorschläge zur Umgestaltung der EHV ist unverzichtbar und auch vorgesehen. Als Ergebnis dieses mathematischen Gutachtens kann es sich als notwendig herausstellen, die Vorschläge anzupassen. Notwendig scheint eine Berechnung mit zumindest zwei alternativen Entwicklungen – einer günstigeren und einer ungünstigeren Variante.*

## 2. Die Ermittlung der Kosten eines möglichen Kompromisses

(93a) Bei den Gesprächen am 2. November 2010 im auch um pensionierte Ärzte der Interessengemeinschaft EHV erweiterten Fachausschuss EHV hat sich herausgestellt, dass das vorgeschlagene Modell einer „neuen“ EHV für beide Seiten grundsätzlich konsensfähig ist. Streitig war die Höhe des Ausgangsbetrages für den Punktwert. Die Interessengemeinschaft EHV besteht darauf, dass der Nachhaltigkeitsfaktor nur bis zu seiner Höhe Ende 2006 berücksichtigt werden darf – insoweit sei er durch das SG Marburg „abgesegnet“ worden. Die weitere Steigerung sei Gegenstand zahlreicher Verfahren. Die Interessengemeinschaft EHV schlägt vor, dass – um bei dem Beispiel 2009 zu bleiben – der für 2009 ermittelte Punktwert von 0,1894 sich um den Prozentsatz erhöht, der sich ergibt, wenn man von dem Nachhaltigkeitsfaktor Ende 2006 (89,0956%) den Nachhaltigkeitsfaktor Ende 2009 (82,6382%) abzieht; es wären dies 6,4574%. Der Punktwert von 0,1894 erhöhte sich um 0,1223 auf 0,2016 Euro. Eine Leistung, der 12.000 Punkte zugrunde liegen, erhöhte sich von 2.272,80 Euro um 146,40 Euro auf 2.419,20 Euro – nach Steuern ein Zuwachs von rund 100,- Euro monatlich. Dadurch vergrößerte sich auch das Leistungsvolumen insgesamt von Ende 2009/2010 mit 83.597.789,- Euro um 5.398.244 Euro auf 88.996.032 Euro. Als Folge davon müsste der (monatliche) Regelbeitrag um  $(5.398.244 : 9.100 : 12 =)$  49,43 Euro erhöht werden. Er betrüge dann nicht mehr 900,- bzw. 830,- Euro im Monat (vgl. Ziff. 63), sondern 949,43 Euro bzw. 879,43 Euro. Nach Abzug der Steuern wäre dies eine Erhöhung der monatlichen Nettobelastung von rund 35 Euro.

(93b) Der Fachausschuss EHV hat über diesen Vorschlag der Interessengemeinschaft EHV nicht entschieden. Um seine Entscheidung vorzubereiten, hat er beschlossen, dass auch die Kosten dieser Variante in dem versicherungsmathematischen Gutachten ermittelt werden sollen. Für die beiden Modellrechnungen gibt es somit zwei Ausgangsvarianten. Da die Vorschläge dieses Papiers zugleich auch das „Pflichtenheft“ für das versicherungsmathematische Gutachten sein sollen, wird dieser Beschluss des Fachausschusses in die abschließenden Vorschläge mitaufgenommen.

(93c) Beschluss des Fachausschusses EHV:

*Das versicherungsmathematische Gutachten soll auch berechnen, welche finanziellen Auswirkungen es hat, wenn der (erste) Punktwert zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Reform um den Prozentsatz erhöht wird, sich ergibt, wenn man von dem Nachhaltigkeitsfaktor Ende 2006 (89,0956%) den Nachhaltigkeitsfaktor zum Ende des Jahres, das dem Inkrafttreten der Reform vorangeht, abzieht.*

## **X. Zusammenfassung – alle Vorschläge im Überblick**

(94) Eine grundlegende und nachhaltige Reform der EHV ist angesichts der großen Probleme und der zahlreichen Prozesse und verwaltungsmäßigen Schwierigkeiten unumgänglich. Zwischenlösungen helfen nicht mehr wesentlich weiter. Es muss in diesem Bereich auch wieder Rechtsfrieden einkehren. Die Beteiligten – auch die aktiven Vertragsärzte – müssen außerdem, was ihre Alterssicherung anbetrifft, wieder Planungssicherheit bekommen.

### **1. Die Vorschläge**

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

1. *Es bleibt bei dem umlagefinanzierten System der Erweiterten Honorarverteilung, ohne dass (erneut) versucht wird, innerhalb dieses Systems einen Teilkapitalstock, wie er bis 2006 bestand, aufzubauen.*
2. *Es bleibt grundsätzlich bei der bisherigen Normalstaffel (Anlage 1 zu § 3 Abs. 1b GEHV), soweit sie sich auf die Zuordnung von Punkten bezieht. Die Staffelung nach Prozenten entfällt.*
3. *Die erreichten Punkte werden mit einem Punktwert bewertet.*
4. *Der Punktwert ist ein auf die monatliche Leistung bezogener Euro-Betrag. Er ergibt sich aus der Division des jährlichen Netto-Durchschnittshonorars der Vertragsärzte in Hessen im Jahr vor Inkrafttreten der Reform durch den Wert von 800.000.*
5. *Der Punktwert für die Leistungen aus der EHV wird jährlich wie die Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV angepasst, wobei diese Anpassung durch einen Mengenfaktor verändert wird, der die Veränderungen in den Zahlen der aktiven Ärzte und der Leistungsempfänger widerspiegelt.*
6. *Die Altersgrenze für den Eintritt in den Ruhestand wird auf die Regelaltersgrenze 67 angehoben. Zwischen 2015 und 2027 steigt die Altersgrenze je Jahr um*

*zwei Monate. Dieser Vorschlag gilt vorbehaltlich einer abweichenden Regelung im Versorgungswerk der hessischen Ärztekammer.*

- 7. Da die Altersgrenze auf 67 Jahre angehoben werden soll, müssen die Altersgrenzen für den vorzeitigen Bezug in § 3 I lit. c, cc GEHV angepasst und auf das 65. bzw. 66. Lebensjahr angehoben werden.*
- 8. Bei vorzeitigem Rentenbeginn sollte der Abschlagssatz nach der Zahl der Monate vorzeitigen Rentenbeginns gestaffelt werden. Es wird ein Mittelwert von 0,5% je Monat empfohlen, um die sich die Rente mindert.*
- 9. Es sollten Zuschläge für den Fall eingeführt werden, dass der Beginn der Altersrente über die Regelaltersgrenze hinaus verschoben wird.*
- 10. Die Normalstaffel (Anlage 1 zu § 3 GEHV) wird bis zu 35 Jahren mit 14.000 Punkten fortgeschrieben.*
- 11. Es sollte auch in der EHV eine Zurechnungszeit eingeführt werden. Die bei Eintritt von Berufsunfähigkeit/Tod vor Vollendung des 60. Lebensjahres erzielte Punkte/Zeit-Relation sollte, wenn der Versicherungsfall vorher eingetreten ist, bis zum 60. Lebensjahr fortgeschrieben werden. Die Berücksichtigung der Zurechnungszeit sollte von einer Wartezeit von 5 Jahren abhängig sein.*
- 12. Die subsidiäre Berechtigung der Erben nach § 3 II GEHV sollte gestrichen werden.*
- 13. Die am Umsatz minus Praxiskosten des jeweiligen Vertragsarztes orientierte Finanzierung der EHV soll durch den Abzug eines „Regelbeitrages“ ersetzt werden.*
- 14. Um die Beitragshöhe einkommensgerecht auszugestalten, ist je nach Höhe des erzielten und dann nachzuweisenden Gewinns aus der vertragsärztlichen Tätigkeit auf Antrag eine Absenkung des Regelbeitrags möglich. Um die Gleichbehandlung der antragstellenden Ärzte zu gewährleisten, sollten die Bestimmungen der Satzung des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen (§§ 8, 9) entsprechend gelten. Aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität sollte die von dem Versorgungswerk getroffene Entscheidung auch für die EHV maßgeblich sein.*
- 15. Eine Aufstockung des Regelbeitrags auf 125% oder 150% ist möglich.*
- 16. Der Regelbeitrag ist in Prozent der jährlichen Bezugsgröße i.S. des § 18 I SGB IV anzugeben (im Monat z.B. rund 2,7% – 3%).*

17. *Es wird aus den Restbeträgen des „Ausgleichsfonds“ eine Schwankungsreserve in Höhe von rund einer Monatsausgabe gebildet.*
18. *Die monatliche Regelleistung aus der EHV darf ausgehend von dem Wert für 2005 von 7,77% bis 2020 den Grenzwert von 6,80% und bis 2030 den Grenzwert von 6,20% der jährlichen Bezugsgröße gem. § 18 I SGB IV des gleichen Jahres nicht unterschreiten. Dies ist eine zulässige Minderung der Regelleistung um 12,5% bis 2020 bzw. 20,2% bis 2030.*
19. *Der monatliche Regelbeitrag der aktiven Vertragsärzte (vgl. Nr.16) darf ausgehend von der Quote für 2005 von 2,72% bis zum Jahr 2020 die Höchstquote von 2,79%, bis zum Jahr 2030 die Höchstquote von 3,03% der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV nicht überschreiten. Dies ist ein zulässiger Anstieg des Regelbeitrags von 2,5% bis 2020 bzw. 11,36% bis 2030.*
20. *Ist durch jährlich anzustellende Vorausberechnungen der KV erkennbar, dass die in Nrn. 18 und 19 genannten Grenzwerte über- bzw. unterschritten werden, hat die KV der Vertreterversammlung unverzüglich Vorschläge zu unterbreiten, wie diese Grenzwerte künftig wieder eingehalten werden können oder wie sie jeweils angemessen verändert sollten.*
21. *Die Leistungen der EHV werden für das gesamte Jahr (nicht mehr für ein Quartal) festgesetzt.*
22. *Dies erfolgt zusammen mit ihrer Anpassung zum 1.7. des Jahres.*
23. *Eine mathematische Validierung der Vorschläge zur Umgestaltung der EHV ist unverzichtbar und auch vorgesehen. Als Ergebnis dieses mathematischen Gutachtens kann es sich als notwendig herausstellen, die Vorschläge anzupassen. Notwendig scheint eine Berechnung mit zumindest zwei alternativen Entwicklungen – einer günstigeren und einer ungünstigeren Variante.*

(96) Die Grundentscheidungen einer solchen Reform hat der hessische Gesetzgeber zu treffen. Dazu gehören die Grundentscheidungen über

- das Finanzierungsverfahren (Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren);
- die Höhe der Beitragsbelastung der Vertragsärzte und die Begrenzung ihres Anstiegs;
- die abgesicherten Risiken;
- die Berechnung und die Dynamisierung der Leistungen;
- die Bestimmung eines Sicherungsziels für das Leistungsniveau.

(97) Innerhalb dieser Grundsätze ist die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen ihrer Satzungsautonomie frei, die EHV auszugestalten. Es wird vorgeschlagen,

24. *bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unter Beteiligung der inaktiven Ärzte einen Beirat für Fragen der EHV einzurichten, dessen Rechte im Einzelnen noch zu klären wären.*

(97a) Der Fachausschuss EHV hat am 2. November 2010 beschlossen:

*Das versicherungsmathematische Gutachten soll auch berechnen, welche finanziellen Auswirkungen es hat, wenn der (erste) Punktwert zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Reform um den Prozentsatz erhöht wird, der sich ergibt, wenn man von dem Nachhaltigkeitsfaktor Ende 2006 (89,0956%) den Nachhaltigkeitsfaktor zum Ende des Jahres, das dem Inkrafttreten der Reform vorangeht, abzieht.*

## 2. Die vorgeschlagenen Größen im Überblick

(98) Regel„beitrag“ zur EHV:

- im Monat zwischen 2,7% und 3% der jährlichen Bezugsgröße (2010/2011: rund 830 bzw. 900 Euro)
- jährlicher Anstieg wie die Bezugsgröße nach § 18 I SGB IV

Maximaler Anstieg der Höchstquote für den monatlichen Regelbeitrag zur EHV um:

- bis 2020      2,5%
- bis 2030      11,36%

Gegenleistung für den Regelbeitrag:

- 400 Punkte im Jahr

Maximal erreichbare Punktzahl:

- 14.000 Punkte in 35 Jahren

Ausgangsbetrag für den Punktwert für die Bewertung der Punkte

- 0,1920 Euro im Monat (Wert für 2010/2011)

Anpassung des Punktwerts und damit der Leistungen:

- entsprechend der Anpassung der Bezugsgröße (= Veränderung des Durchschnittsentgelts in der gesetzlichen Rentenversicherung, § 18 I SGB IV)

- verändert durch einen Mengenfaktor, der die Veränderungen in den Zahlen der aktiven Ärzte und der Leistungsempfänger widerspiegelt
- (am Beispiel der Jahre 2007 – 2010) 2007: 0%, danach je Jahr 1,38%

Anstieg der jährlichen Regelleistung als Beispiel:

- von 26.871,23 Euro im Jahr 2007 auf 27.242,05 Euro im Jahr 2008
- von 27.242,05 Euro im Jahr 2008 auf 27.617,99 Euro im Jahr 2009
- von 27.617,99 Euro im Jahr 2009 auf 27.999,12 Euro im Jahr 2010

zulässige Niveauminderung der monatlichen Regelleistung um:

- bis 2020 12,5%
- bis 2030 20,2%

Regelaltersgrenze:

- Anhebung auf 67 Jahre im Zeitraum zwischen 2015 und 2027 je Jahr zwei Monate

Abschläge bei vorzeitigem Rentenbeginn:

- 0,5% des Rentenbetrages je Monat vorgezogenen Rentenbeginns

Zuschläge bei hinausgeschobenem Rentenbeginn:

- (geschätzt) 0,7% je Monat hinausgeschobenen Rentenbeginns

Schwankungsreserve:

- eine Monatsausgabe (finanziert durch den Rest des „Ausgleichsfonds“)

München, den 20. August/4. November 2010

gez. Ruland

(Prof. Dr. Franz Ruland)