

S 12 KA 245/16

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 245/16
Datum
21.11.2018
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 46/18
Datum
-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Beiträge für den ärztlichen Bereitschaftsdienst können in Abhängigkeit vom Honorarumsatz festgesetzt werden. Sie müssen auch dann nicht eine hälftige Obergrenze in Abhängigkeit vom Umfang des Versorgungsauftrags vorsehen, wenn dies für die Untergrenze vorgesehen ist.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Beiträge für den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Beklagten für das Quartal I/14, nachdem sie für die Quartale II/14 bis III/15 das Ruhen des Verfahrens beantragt haben, und hierbei insb. um die Frage, ob die Umlage anhand des Brutto-Umsatzes bemessen werden kann und ob eine Begrenzung des Höchstbetrags unter Berücksichtigung des Umfangs des Versorgungsauftrags des einzelnen Arztes geboten ist.

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft mit Praxissitz in C-Stadt. Ihr gehörten im streitbefangenen Zeitraum bis zum Quartal IV/14 zehn Ärzte an, davon vier angestellte Ärzte im Umfang jeweils eines halben Versorgungsauftrags und sechs Vertragsärzte, von denen einer einen ganzen, die übrigen fünf nur einen hälftigen Vertragsarztsitz inne hatten. Sechs der zehn Ärzte waren als Fachärzte für Radiologie (jeweils drei Ärzte nach der alten und der neuen WBO) tätig, vier Ärzte als Fachärzte für Diagnostische Radiologie. Ab dem Quartal I/15 war ferner ein weiterer Facharzt für Diagnostische Radiologie als angestellter Arzt mit einem halben Versorgungsauftrag tätig.

Die Beklagte setze jeweils mit Honorarbescheid das Honorar der Klägerin, mit dem Kontoauszug die Beiträge zum ärztlichen Bereitschaftsdienst wie folgt fest.

Quartal I/14 II/14 III/14 IV/14
Honorarbescheid v. 16.07.2014 06.10.2014 05.01.2015 02.04.2015
Widerspruch vom 05.09.2014 11.11.2014 17.02.2015q 26.05.2015
Nettohonorar gesamt in EUR 658.728,18 758.570,98 742.986,00 738.136,75
Bruttohonorar PK+EK in EUR 645.413,22 753.801,39 735.530,58 733.348,29
ÄBD-Umlage in EUR 5.893,77 6.000,00 6.000,00 6.000,00
ÄBD-Sonderumlage in EUR 1.473,44 1.500,00 1.500,00 1.500,00
Anteil ÄBD am Bruttohonorar in %* 1,14 0,99 1,0 1,0

Quartal I/15 II/15 III/15 IV/15
Honorarbescheid v. 03.07.2015 16.09.2015 30.09.2015
Widerspruch vom 25.08.2015 16.12.2015 19.01.2015
Nettohonorar gesamt in EUR 812.427,42 813.349,01 876.830,42
Bruttohonorar PK+EK in EUR 804.298,91 805.246,36 872.318,18
ÄBD-Umlage in EUR 6.497,61 6.600,00 6.000,00 6.000,00
ÄBD-Sonderumlage in EUR
Anteil ÄBD am Bruttohonorar in %* 0,81 0,76

* Berechnung der Kammer

Gegen die Honorarbescheide legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein. Zur Begründung ihrer Widersprüche für die Quartale I und II/14 trug die Klägerin vor, Bemessungsgrundlage für die Beiträge und Sonderbeiträge für den ärztlichen Bereitschaftsdienst sei jeweils das Brutto-Honorar je LANR. Für die Radiologen in ihrer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ergebe sich pro Arzt pro Quartal der Höchstsatz von 600,00 EUR Beitrag und 150,00 EUR Sonderbeitrag pro Quartal. Der Höchstsatz komme aufgrund der vergleichsweise hohen Umsätze in radiologischen Praxen schon für Radiologen mit hälftigem Sitz zum Tragen, da nur der Mindestbeitrag (Untergrenze) an den Sitzanteil gekoppelt sei. Als Obergrenze gelte für alle – unabhängig vom Sitzanteil – der Höchstsatz von 600,00 EUR. Für sie ergebe sich mit 10 Radiologen pro Quartal eine Gesamtbelastung in Höhe von 6.000,00 EUR für Beiträge und 1.500,00 EUR für Sonderbeiträge. Extrapoliert bedeutet dies eine zusätzliche Kostenbelastung in Höhe von 30.000,00 EUR pro Jahr, die nicht kompensiert werden könne. Schon aufgrund der unterschiedlichen Bemessungsgrundlage für den ÄBD-Mindestbeitrag und den Höchstsatz lasse sich eine Ungleichbehandlung ableiten: Der Mindestsatz sei an den Zulassungsumfang gebunden, der Höchstbetrag nicht. Radiologen hätten relativ zu anderen Arzt- und Facharztgruppen zwar einen höheren Umsatz je LANR, jedoch auch erheblich höhere Kosten (Investitionskosten und Wartung für Geräte und Großgeräte, Personal, Energie, Räume, Archivierung). Daraus folge, dass der Honorarumsatz je LANR keine geeignete Bemessungsgrundlage für die Beiträge zum ÄBD sei, da auch hieraus eine Ungleichbehandlung resultiere. Es sei fraglich, ob die Bemessung der Umlage an dem Brutto-Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes überhaupt sachgerecht sei, da hier eine offensichtliche Benachteiligung aller Fachgruppen stattfinde, die naturgemäß höheren Belastungen für Unkosten ausgesetzt seien. Die Bruttoeinnahmen ließen keinen Rückschluss über die tatsächlichen, den betroffenen Arzt zur Verfügung stehenden Einkünfte und seine Leistungsfähigkeit zu. Die Beitragsbemessung müsse grundsätzlich unter Beachtung der allgemein für die Erhebung von Beiträgen geltenden Grundsätze, insb. des Äquivalenzprinzips und des Gleichheitsgrundsatzes erfolgen. Am ärztlichen Bereitschaftsdienst müssten alle Arztsitze im Umfang ihres Versorgungsauftrages teilnehmen. Das heißt im Umkehrschluss, dass auch die Umlage entsprechend der tatsächlichen Teilnahme am ÄBD im Sinne des Versorgungsauftrages erfolgen müsse, da sonst die Ärzte über ihre eigentliche Teilnahmeverpflichtung hinaus belastet würden, was die ganze Systematik der ÄBD gänzlich unterlaufen lasse.

Die Beklagte verband alle Widerspruchverfahren bezüglich der Quartale I/14 bis II/15 und wies die Widersprüche bezüglich der Heranziehung zu den Beiträgen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst mit Widerspruchsbescheid vom 01.06.2016 als unbegründet zurück. Diesbezüglich führte sie aus, zum 01.01.2014 sei eine neue Bereitschaftsdienstordnung in Kraft getreten. Gemäß dieser sei von allen Ärzten ein Beitrag zur Finanzierung zu erheben. Hierzu erfolge vom Honorar je Quartal ein prozentualer, einheitlicher Abzug mit einem festgelegten Mindest- bzw. Höchstbeitrag. Wie dem Rundschreiben vom 25.05.2013 sowie dem Nachweis zur ÄBD-Umlage zu entnehmen sei, betrage der Mindestbeitrag 100,00 EUR und der Höchstbeitrag 600,00 EUR je Quartal. Die Höhe des Abzugs sei dem Kontoauszug unter dem Belegtext "ÄBD-Umlage" zu entnehmen. Um den Finanzbedarf für die ÄBD-Reform solidarisch zu finanzieren, werde entsprechend eines Beschlusses der Vertreterversammlung zusätzlich im Jahr 2014 ein Zusatzbeitrag erhoben. Die "ÄBD-Sonderumlage" ergebe sich aus dem Bruttohonorar je LANR nach Abzug EHV und vor Abzug Verwaltungskosten, multipliziert mit 2 %, dividiert durch 4. Der Höchstbetrag betrage 150,00 EUR und der Mindestbetrag 25,00 EUR. Dieser sei im Kontoauszug unter dem Belegtext "ÄBD-Sonderumlage" dargestellt. Ferner könnten die Beträge den Nachweisen entnommen werden. Eine Anpassung der "ÄBD-Umlage" bzw. der "ÄBD-Sonderumlage" an den Umfang des Arztsitzes sehe § 8 Abs. 2 Bereitschaftsdienstordnung lediglich für den zu zahlenden Mindestbeitrag vor. Hierbei entspreche die Minderung dem entsprechenden prozentualen Zulassungs- bzw. Tätigkeitsumfang und reduziere sich auf 50 % bzw. 25 %. Die Höhe des Abzugssatzes und der Beitragsgrenze werden durch ihren Vorstand festgelegt. Ein reduzierter Tätigkeitsumfang oder Zulassungsumfang habe somit keine Auswirkung auf den Höchstbeitrag und den prozentualen Abzug des Honorars jedes abrechnenden Arztes. Die Vertreterversammlung habe im Rahmen des ihr zustehenden, weiten Gestaltungsspielraumes beschlossen, dass vom Honorar ein prozentualer, einheitlicher Abzug je Quartal als ÄBD-Beitrag abzuführen sei und das Mindestbeiträge sowie Höchstgrenzen bestünden. Diese Vorgaben bedeuteten weder eine rechtswidrige Ungleichbehandlung bei der Beitragsbemessung noch verstieße sie gegen eine sachgerechte finanzielle Belastung.

Hiergegen hat die Klägerin am 21.06.2016 zum Aktenzeichen S 11 KA 245/16 die Klage erhoben. Die 11. Kammer hat mit Beschluss vom 18.07.2016 die Verfahren bzgl. der Quartale II/14 bis II/15 unter den Az.: S 11 KA 371 bis 375/16 abgetrennt und mit Verfügung vom 23.01.2017 die Verfahren an die entscheidende Kammer abgegeben. Die Klägerin hat mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten vom 08.11.2016 den Streitgegenstand ausschließlich auf die Rechtmäßigkeit des Umlagesystems für den ärztlichen Bereitschaftsdienst beschränkt. Die Klägerin bzw. der Träger des späteren MVZ hat ferner entsprechende Klagen für die Quartale III/15 (S 12 KA 402/16), IV/15 (S 12 KA 635/16), II/16 (S 12 KA 526/17) und III/16 (S 12 KA 4/18) erhoben. Die Kammer hat diese Verfahren auf Antrag der Beteiligten zum Ruhen gebracht (die Verfahren S 12 KA 371 bis 375/16, S 12 KA 402/16 und S 12 KA 635/16 mit Beschluss vom 21.11.2018, das Verfahren S 12 KA 526/17 mit Beschluss vom 18.09.2017 und das Verfahren S 12 KA 4/18 mit Beschluss vom 19.03.2018).

Die Klägerin trägt vor, der Widerspruchsbescheid sei bereits unzulässig, da dieser an den falschen Adressaten versandt worden sei. Sie habe den Widerspruchsbescheid an die sechs Gesellschafter adressiert, obwohl die Berufsausübungsgemeinschaft der richtige Adressat gewesen wäre. Im Übrigen ist sie weiterhin der Auffassung, dass das derzeitige Umlagesystem, welches sich anhand des jeweiligen Brutto-Honorars des Vertragsarztes bemesse, letztlich zu einer erheblichen Benachteiligung aller Facharztgruppen, die naturgemäß zwar höhere Umsätze als andere Fachgruppen erzielen könnten, jedoch auch erhebliche höhere Kostenbelastungen zu tragen hätten. Ergänzend trägt sie vor, der Gestaltungsspielraum der Beklagten finde seine Grenzen in dem verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz sowie den allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts. Maßgeblich gehe es darum, weshalb der Höchstbetrag, anders als der Mindestbetrag nicht den Umfang des Versorgungsauftrags berücksichtige. Es sei nicht zu erkennen, warum ein Arzt mit einer hälftigen Zulassung im Rahmen der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einmal schutzbedürftig (Mindestbetrag) und einmal nicht schutzbedürftig sein solle (Höchstbetrag). Diesen Umstand scheine die Beklagte ab dem Quartal IV/15 selbst erkannt zu haben, da sie ab diesem Zeitpunkt die Regelung zum Mindestbetrag gänzlich aus § 8 Abs. 2 Bereitschaftsdienstordnung gestrichen habe. Ärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag müssten faktisch die doppelten ÄBD-Beiträge entrichten.

Die Klägerin beantragt, den Honorarbescheid für das Quartal I/14 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.06.2016 hinsichtlich der ÄBD-Umlage aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts die Umlage sowie die Sonderumlage für die bei ihr tätigen Vertragsärzte neu zu berechnen und sie entsprechend zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, der Widerspruchsbescheid beziehe sich auf die Widerspruchsschreiben. Diese seien im Namen von Dres. A. und Kollegen eingelegt worden. Rechtsgrundlage für die Festsetzung der Umlage sei § 3 Abs. 7 ihrer Satzung. Danach erhebe sie zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben Beiträge, die in einem einheitlichen Hundertsatz der Vergütungen für ärztliche Tätigkeiten bestünden und/oder Gebühren, die in einem einheitlichen festen Satz oder der Vergütungen für ärztliche Tätigkeiten bestehen könnten. Diese Satzungsregelung basiere wiederum auf der Ermächtigungsgrundlage in [§ 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#). Nach Bundessozialgericht, Urteil vom 17.08.2011 - [B 6 KA 2/11 R](#) - sei es mit dem Gleichheitssatz und dem Äquivalenzprinzip vereinbar, den gesamten Umsatz aus der vertragsärztlichen Tätigkeit als Bemessungsgrundlage für die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen durch eine Kassenärztliche Vereinigung zugrunde zu legen. Demnach werde der Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) durch die Heranziehung der gesamten Honorarsätze als Bemessungsgrundlage für die Beitragserhebung nicht verletzt. Dies bedeute im Rahmen einer vorteilsbezogenen Beitragsbemessung nach Bundessozialgericht, Urteil vom 28.11.2007 - [B 6 KA 1/07 R](#) -, dass Beiträge im Verhältnis der Beitragspflichtigen zueinander vorteilsgerecht zu bemessen seien. Der Zweck der Anpassung der "ÄBD-Umlage" an den Umfang des Arztsitzes in Bezug auf die Mindestumlage bestehe darin, den jeweiligen Arzt nicht über seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit hinaus zu belasten. Es sei auch zulässig, im Rahmen der Ausgestaltung einer Beitragserhebung entsprechend dem Gedanken der Solidargemeinschaft wirtschaftlich schwächere Mitglieder auf Kosten der leistungsstärkeren durch eine gewisse Abstufung der Beitragsleistungen nach Maßgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu entlasten. Auch im Hinblick auf höhere Kostenbelastungen führe die Heranziehung der abgerechneten Umsätze nicht zu einer Ungleichbehandlung. Ärzte mit hohen Honoraren würden durch den Höchstbetrag besser gestellt gegenüber Konstellationen ohne Höchstbetrag. So würde sich für Frau Dr. D. bei einem Honorar von 82.691,39 EUR ohne Höchstbetrag eine ÄBD-Umlage von 1.653,83 EUR ergeben. Die Sonderumlage sei zur Finanzierung des besonderen Bedarfs des Übergangs von der alten Organisationsform des Bereitschaftsdienstes zur neuen in den Quartalen I bis IV/14 erhoben worden. Zum Quartal III/15 sei die Höchstgrenze auf 750 EUR angehoben worden. Zum Quartal IV/15 sei der Mindestbetrag aufgehoben worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insb. form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Das Vorverfahren ist mit Erlass des Widerspruchsbescheides vom 01.06.2016 abschließend durchgeführt worden. Soweit die Beklagte den Widerspruchsbescheid an die sechs Gesellschafter adressiert hat, hat sie damit den Widerspruchsbescheid an die Berufsausübungsgemeinschaft adressiert und den Widerspruchsbescheid dieser gegenüber erlassen. Die Klägerin besteht als Berufsausübungsgemeinschaft in der Gesellschaftsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts, die nicht wie ein Kaufmann unter ihrem Namen firmiert ([§ 17 HGB](#)), wenn ihr auch zugestanden wird, wegen der Einheitlichkeit des Auftretens der Gesellschaft im Rechtsverkehr einen Gesamtnamen zu bilden (vgl. Westermann in: Erman, BGB, 15. Aufl. 2017, [§ 705 BGB](#), Rdnr. 68). Von daher ist die Bezeichnung einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts durch Auflistung ihrer Gesellschafter naheliegend und hinreichend bestimmt.

Die Klage ist aber unbegründet. Der Honorarbescheid für das Quartal I/14 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.06.2016 ist hinsichtlich der allein angefochtenen ÄBD-Umlage rechtmäßig und nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Verpflichtung der Beklagten, unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts die Umlage sowie die Sonderumlage für die bei ihr tätigen Vertragsärzte neu zu berechnen und sie entsprechend zu bescheiden.

Rechtsgrundlage für die Erhebung der ÄBD-Umlage ist § 8 (Finanzierung des ÄBD) der Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der von der Vertreterversammlung am 25.05.2013 beschlossenen Fassung, in Kraft getreten am 01.10.2013, geändert durch den Beschluss der Vertreterversammlung vom 14.12.2013 (im Folgenden: BDO).

Nach § 8 der ab dem 01.10.2013 geltenden BDO erfolgt die Finanzierung des ÄBD auf der Grundlage der im ÄBD abgerechneten Leistungen nach § 7 Abs. 3. Im ÄBD und im gebietsärztlichen Bereitschaftsdienst, sofern dieser in ÄBD-Zentralen, die nach Maßgabe § 6 Abs. 3 finanziert werden, durchgeführt wird, erhebt die KVH einen allgemeinen einheitlichen Abzug (Betriebskostenabzug) von 35 % des Anteils des ordnungsgemäß abgerechneten, anerkannten und beregelten Honorars, der in einem Quartal die Summe der Stundenpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Buchstabe a) übersteigt (§ 8 Abs. 1 BDO). Reichen die Erträge nach Abs. 1 nicht zur Deckung des Gesamtaufwandes nach Abs. 3 aus, wird zusätzlich eine einheitliche Umlage (Mitgliederumlage) unter allen Inhabern von Arzt- und Psychotherapeutenstellen sowie ermächtigten Krankenhausärzten nach folgender Regel erhoben: Prozentualer, einheitlicher Abzug je Quartal vom Honorar jedes Inhabers von Arzt- und Psychotherapeutenstellen und jedes ermächtigten Krankenhausarztes mit einem festgelegten Mindestbeitrag und einem festgelegten Höchstbeitrag. Die Höhe des Abzugssatzes und des Höchstbetrages wird durch den Vorstand der KVH festgelegt (§ 8 Abs. 2 BDO).

Die KVH finanziert aus den Erträgen der Umlagen nach den Absätzen 1 und 2 den gesamten Aufwand des ÄBD, einschließlich der Zahlungen an ÄBD-Ärzte gemäß § 7 BDO. In diesem Zusammenhang stellt die KVH jeder ÄBD-Gemeinschaft zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben Mittel zur Verfügung (Regionalbudget), soweit der Betrieb der ÄBD-Zentrale dies erfordert, insb. zur eigenständigen Beschaffung von Dienstleistungen und Material unterhalb der Abschreibungsgrenze des Schwellenwertes für den Direktkauf nach der Beschaffungsrichtlinie der KVH. Näheres regeln die §§ 5 und 6. Der Vorstand kann ergänzende Regelungen treffen (§ 8 Abs. 3 BDO). Darüber hinaus gehenden Finanzbedarf nach § 5 Abs. 6 finanziert die ÄBD-Gemeinschaft durch Beschluss der Mitgliederversammlung und Genehmigung durch die KVH. Der Abzug erfolgt analog der Regel der Mitgliederumlage nach Abs. 2 (§ 8 Abs. 4 BDO).

Zum 01.01.2014 wurde die Zahlung von Wegepauschalen eingeführt (§ 7 Abs. 1 Buchst. c BDO) und als Folge hiervon in § 8 Abs. 1 Satz 1 BDO der Zusatz aufgenommen "mit Ausnahme der (hessischen) Wegepauschalen", mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 12.12.2015 abgeändert in den Zusatz "mit Ausnahme der Wegepauschalen im ÄBD". Mit Beschluss vom 12.12.2015 wurde ferner in § 8 Abs. 1 Satz 2 BDO der Halbsatz ",die nach Maßgabe § 6 Abs. 3 finanziert werden," gestrichen. § 8 Abs. 2 Satz 1 BDO wurde zum 01.01.2014 sprachlich verändert, neu aufgenommen wurden die Sätze 2 und 3, Satz 2 wurde zu Satz 4. § 8 Abs. 2 BDO erhielt folgende, im

streitgegenständlichen Zeitraum geltende Fassung (die Regelung wurde erst zum Quartal IV/15 gestrichen): Reichen die Erträge nach Abs. 1 nicht zur Deckung des Gesamtaufwandes nach Abs. 3 aus, wird zusätzlich eine einheitliche Umlage (Mitgliederumlage) unter allen abrechnenden Ärzten und Psychotherapeuten sowie ermächtigten Krankenhausärzten nach folgender Regel erhoben: Prozentualer, einheitlicher Abzug je Quartal vom Honorar jedes abrechnenden Arztes und Psychotherapeuten sowie jedes ermächtigten Krankenhausarztes mit einem festgelegten Mindestbeitrag und einem festgelegten Höchstbeitrag. Bei Ärzten, deren Zulassung- oder Anstellungsumfang nicht einem vollen Versorgungsauftrag entspricht, reduziert sich der Mindestbeitrag entsprechend dem prozentualen Zulassungs- bzw. Tätigkeitsumfang auf 50% bzw. 25%. Für ermächtigte Krankenhausärzte entspricht der Mindestbeitrag 50% des Mindestbeitrages eines voll zugelassenen Vertragsarztes. Die Höhe des Abzugssatzes und des Höchstbetrages wird durch den Vorstand der KVH festgelegt (§ 8 Abs. 2 BDO).

§ 8 Abs. 3 BDO wurde erst mit Beschluss vom 12.12.2015 ab dem Quartal I/16 geändert.

§ 8 Abs. 4 Satz 1 BDO wurde zum 01.01.2014 durch die Bezugnahme auf Abs. 7 erweitert und sprachlich verändert. Es galt folgende, bis zum Quartal IV/15 - eine Änderung bzw. Streichung erfolgte erst mit Beschluss vom 12.12.2015 ab dem Quartal I/16 - geltende Fassung: Darüber hinaus gehenden Finanzbedarf nach § 5 Abs. 6 und Abs. 7 finanziert die ÄBD-Gemeinschaft durch Beschluss der Mitgliederversammlung und Genehmigung durch den Vorstand der KVH. Der Abzug erfolgt analog der Regel der Mitgliederumlage nach Abs. 2.

Damit galt nach § 8 Abs. 2 BDO im streitgegenständlichen Zeitraum für die Umlage zum ÄBD ein prozentualer, einheitlicher Abzug je Quartal vom Honorar jedes abrechnenden Arztes und Psychotherapeuten mit einem festgelegten Mindestbeitrag, der sich entsprechend dem prozentualen Zulassungs- bzw. Tätigkeitsumfang reduzierte, und einem festgelegten Höchstbeitrag, unabhängig vom Zulassungs- bzw. Tätigkeitsumfang. Die Klägerin bestreitet nicht die Richtigkeit der Anwendung dieser Regelung und die Berechnung der ÄBD-Umlage. Fehler bei der Festsetzung der ÄBD-Umlage der Klägerin im streitbefangenen Quartal sind der Kammer nicht ersichtlich.

Soweit die Klägerin der Auffassung ist, das Umlagesystem nach § 8 Abs. 2 BDO führe zu einer erheblichen Benachteiligung aller Facharztgruppen, die naturgemäß zwar höhere Umsätze als andere Fachgruppen erzielen könnten, jedoch auch erhebliche höhere Kostenbelastungen zu tragen hätten, und verstoße damit gegen den Gleichheitsgrundsatz sowie die allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts, war dem nicht zu folgen.

Zur vertragsärztlichen Versorgung gehört auch der Notfalldienst (§ 75 Abs. 1b Satz 1) (vgl. BSG, Urte. v. 12.10.1994 - [6 RKa 29/93](#) - USK 94139, juris Rdnr. 10). Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notdienst ist Folge der aus der Zulassung resultierenden Teilnahmeverpflichtung. Der Umfang und die Durchführung des Notdienstes obliegt der KV im Rahmen ihrer Satzungshoheit (vgl. BSG, Urte. v. 11.06.1986 - [6 RKa 5/85](#) - [MedR 1987, 122](#), juris Rdnr. 12; BSG, Urte. v. 15.04.1980 - [6 RKa 8/78](#) - USK 8055 m.w.N., juris Rdnr. 11; LSG Baden-Württemberg, Urte. v. 16.07.2003 - [L 5 KA 3081/02](#) - juris Rdnr. 18; SG Dresden, Urte. v. 10.02.2005 - [S 11 KA 260/04](#) - juris Rdnr. 18). Die KV kann alle Vertragsärzte zur Finanzierung heranziehen (vgl. BSG, Urte. v. 03.09.1987 - [6 RKa 1/87](#) - [SozR 2200 § 368m Nr. 4](#), juris Rdnr. 17) (vgl. bereits Urteil der Kammer v. 30.08.2006 S [12 KA 261/05](#) - bestätigt durch LSG Hessen, Beschl. v. 20.06.2007 L [4 KA 67/06](#) - beide in [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris).

Die BDO ist als gültige Satzung der Beklagten ergangen, sie ist auch veröffentlicht worden. Rechtsgrundlage für die Erhebung von Gebühren für den Notdienst ist [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V](#). Hiernach müssen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthalten, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer keine Veranlassung hier sieht, reicht es aus, wenn die Satzung die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthält. Eine Satzungsvorschrift auch für den Betrag der Kostenumlage ist nicht erforderlich. Diese kann die Vertreterversammlung vielmehr in anderer Weise normativ regeln (vgl. BSG, Urte. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [GesR 2005, 307](#) ff., juris, Rdnr. 102). Durch Beschluss der Vertreterversammlung kann die Erhebung einer Umlage delegiert werden (vgl. LSG Schleswig-Holstein, Urte. v. 04.11.2008 - [L 4 KA 2/06](#) - juris Rdnr. 45; LSG Hessen, Urte. v. 18.06.2008 - [L 4 KA 59/06](#) und [L 4 KA 64/06](#) - juris Rdnr. 26). § 8 Abs. 2 Satz 4 BDO ermächtigt den Vorstand der Beklagten zur Festlegung der Höhe des Abzugssatzes und der Beitragsgrenzen. Die Höhe der Beiträge muss nicht zwingend bereits durch die Satzung geregelt werden (vgl. BSG, Urte. v. 30.10.2013 [B 6 KA 1/13 R](#) - [SozR 4-2500 § 81 Nr. 8](#), juris Rdnr. 19).

Ein Verstoß gegen das Kostendeckungsprinzip, wonach keine Beiträge verlangt werden dürfen, die zur Finanzierung der (speziellen) Verwaltungsaufgaben nach Grund oder Höhe nicht erforderlich sind, ist nicht ersichtlich und wird auch seitens der Klägerin nicht geltend gemacht.

Die Erhebung eines prozentualen Beitragssatzes ist nicht zu beanstanden.

Der Umstand, dass jeder Vertragsarzt mit seinem Verwaltungskostenbeitrag bereits die allgemeine Tätigkeit der KV wie etwa die Honorarabrechnung finanziert, schließt nicht aus, dass für besondere Tätigkeiten, die vom Vertragsarzt veranlasst werden und erhöhten Aufwand und Mehrkosten verursachen, Gebühren erhoben werden. Aus der allgemeinen Finanzierungsregelung des [§ 81 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#) kann vielmehr auch die Berechtigung zur Erhebung von Gebühren abgeleitet werden (vgl. BSG, Urte. v. 06.02.2013 - [B 6 KA 2/12 R](#) - [SozR 4-2500 § 81 Nr. 5](#), juris Rdnr. 21).

Bei der Erhebung von Gebühren sind insb. das Äquivalenzprinzip und der Gleichheitssatz zu beachten. Das Äquivalenzprinzip - als Ausdruck des rechtsstaatlichen Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes - erfordert, dass zwischen der Höhe des Beitrags und dem Nutzen des Beitragspflichtigen ein Zusammenhang besteht. Hierfür genügt, dass die Beitragshöhe nicht in einem groben Missverhältnis zu den Vorteilen steht, die der Beitrag abgelten soll (vgl. BSG, Urte. v. 14.05.2014 - [B 6 KA 27/13 R](#) - [SozR 4-2500 § 34 Nr. 15](#), juris Rdnr. 33; BSG, Urte. v. 19.12.1984 - [6 RKa 8/83](#) - [MedR 1985, 283](#) = juris Rdnr. 23 jeweils m. w. N.). Der Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) verbietet, wesentlich Gleiches ohne zureichende sachliche Gründe ungleich oder wesentlich Ungleiches willkürlich gleich zu behandeln; im Rahmen einer vorteilsbezogenen Bemessung der Abgaben bedeutet dies, dass die Beiträge auch im Verhältnis der Beitragspflichtigen zueinander grundsätzlich vorteilsgerecht zu bemessen sind (vgl. BSG, Urte. v. 19.12.1984 - [6 RKa 8/83](#) - [MedR 1985, 283](#) = juris Rdnr. 23 m.w.N.; zur Abgrenzung von Äquivalenzprinzip und Gleichheitssatz vgl. BSG, Urte. v. 30.10.2013 - [B 6 KA 1/13 R](#) - [SozR 4-2500 § 81 Nr. 8](#), juris Rdnr. 30

f.). Der allgemeine Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletzt aber das Gleichheitsgrundrecht, wenn er bei Regelungen, die Personengruppen betreffen, eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu einer anderen Gruppe anders behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten. Dabei sind dem Gesetzgeber bei der Ausgestaltung der jeweiligen Regelung umso engere Grenzen gesetzt, je stärker sich die Ungleichbehandlung auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten, etwa auf die durch [Art. 12 Abs. 1 GG](#) garantierte Freiheit der beruflichen Tätigkeit nachteilig auswirken kann (BVerfG, Urt. v. 28.01.2003 - [1 BvR 487/01](#) - [BVerfGE 107, 133](#) = [NJW 2003, 737](#), juris Rdnr. 25; BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 38/12 R](#) - juris Rdnr. 35 jeweils m.w.N.).

Auch bei der Umlage handelt es sich insoweit um eine Abgabe an die Beklagte. Mit der Umlage werden die Kosten für den Notdienst mitfinanziert. Die Umlage fließt in das Verwaltungsvermögen der Beklagten, auch wenn insofern ein abgegrenzter Verwaltungsbereich in Form der Notdienstgemeinschaft mit z. T. eigenen Verwaltungsstrukturen über die Erhebung der Umlage und Verwaltung der Mittel entscheidet. Es ist nicht zu beanstanden, wenn nach der Satzung als Sicherstellungs- und Verwaltungskostenumlagen einheitliche, für alle Vertragsärzte in derselben Höhe geltende Prozentsätze des jeweiligen Honorars erhoben werden. Bei einer Sicherstellungsumlage ist von Bedeutung, dass die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung Aufgabe aller Vertragsärzte ist. Es kann daher nicht von Willkür gesprochen werden, wenn jeder Vertragsarzt entsprechend dem Umfang seiner Vertragsarztpraxis an dem Sicherstellungsaufwand beteiligt wird (vgl. BSG, Urt. v. 19.12.1984 - [6 RKA 8/83](#) - [MedR 1985, 283](#) = juris Rdnr. 18). Damit werden alle Kosten nach einem einheitlichen Maßstab auf alle Vertragsärzte umgelegt (vgl. BSG, Urt. v. 19.12.1984 - [6 RKA 8/83](#) - [MedR 1985, 283](#) = juris Rdnr. 24 m.w.N.). Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gehört aber gerade auch die Bereitstellung eines ärztlichen Notdienstes in den sprechstundenfreien Zeiten.

Die Vertragsärzte sind alle zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ([§ 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V](#)). Ein ausreichender Not- und Bereitschaftsdienst, um dessen Kosten es im vorliegenden Fall geht, ist eine allgemeine Aufgabe der KV ([§ 75 Abs. 1b SGB V](#)). Wird ein solcher Dienst, weil nicht anderweitig bereitgestellt, von der KV eingerichtet, so erstreckt sich die Berechtigung und Verpflichtung des Vertragsarztes, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, auch auf diesen Dienst. Allerdings muss die KV auf Erfüllung der Verpflichtung nicht bestehen, wenn genügend Vertragsärzte freiwillig teilnehmen. Das bedeutet jedoch nicht, dass die nicht teilnehmenden Vertragsärzte auch von den finanziellen Aufwendungen für diesen Dienst freizustellen wären. Bei Einrichtungen der KV, die der Gewährleistung und Verbesserung der Notfallversorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen dienen, handelt es sich um Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Die finanziellen Aufwendungen für solche Maßnahmen sind grundsätzlich von allen Vertragsärzten zu tragen, also auf diese nach dem einheitlich geltenden Maßstab umzulegen. Eine Beschränkung der Umlage auf die am NFD teilnehmenden Kassenärzte ist nur in Bezug auf solche Aufwendungen zulässig, die diesen Ärzten zum Vorteil gereichen (vgl. BSG, Urt. v. 03.09.1987 - [6 RKA 1/87](#) - [SozR 2200 § 368m Nr. 4](#), juris Rdnr. 16). Für Beiträge zu einer berufsständischen Versorgungseinrichtung gilt jedenfalls, dass Beiträge an den Honorarumsatz gekoppelt werden können. Es besteht keine Pflicht zur Schaffung von Beitragsbemessungsgrenzen (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), juris Rdnr. 123 f.; BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 79](#), juris Rdnr. 33). Für die Erhebung von Verwaltungskosten stellt das Bundessozialgericht wesentlich darauf ab, dass bei einer gebotenen typisierenden Betrachtung die Annahme, dass mit höheren Umsätzen aus vertragsärztlicher Tätigkeit regelmäßig auch der Umfang des materiellen und immateriellen Nutzens steigt, den ein Vertragsarzt aus der Existenz und der gesamten Aufgabenerfüllung - nicht lediglich der Honorarabrechnung - einer KV zieht, weder als grob fehlerhaft noch als mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise unvereinbar angesehen werden kann und dass allein die abstrakte Nutzungsmöglichkeit maßgeblich ist (vgl. BSG, Urt. v. 17.08.2011 - [B 6 KA 2/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 81 Nr. 4](#), juris Rdnr. 22). Maßstab ist daher nicht zwingend der Umfang des Versorgungsauftrags und der Umfang der sich hieraus ergebenden Verpflichtung zur Teilnahme am ÄBD. Im Übrigen nehmen gerade bei einem geringeren Umfang des Versorgungsauftrags tendenziell die sprechstundenfreien Zeiten zu, die durch den ÄBD abgedeckt werden müssen, jedenfalls werden diese Zeiten nicht geringer.

Ausgehend von diesen rechtlichen Vorgaben ist ein lineares Anknüpfen an die Honorarumsätze für die Erhebung der Beiträge zum ärztlichen Bereitschaftsdienst nicht zu beanstanden. Mit der Begrenzung auf einen Höchstsatz von 600,00 EUR im Quartal werden die umsatzstarken Praxen bevorzugt. Der Höchstsatz von 600,00 EUR entspricht bei 2 %iger Beitragserhebung einem Quartalsumsatz von 30.000,00 EUR, der weit unter dem Durchschnitt aller Praxen liegt. Es liegt im Gestaltungsspielraum des Normgebers, ob er eine weitere Differenzierung nach dem Zulassungsstatus bzw. nach dem Umfang des Versorgungsauftrags vorsieht. Das Anknüpfen an den Honorarumsatz knüpft jedenfalls hinreichend am Nutzen der vertragsärztlichen Tätigkeit an. Soweit ein Mindestbetrag von 100 EUR festgesetzt wird, entspricht dies einem Quartalsumsatz von 5.000 EUR, d. h. bei einem Umsatz bis zu diesem Betrag wird ein einheitlicher Beitrag gefordert. Angesichts des geringen Umsatzes kann der Normgeber pauschalierend unterstellen, dass in diesen Umsatzbereichen im Regelfall bei einem hälftigen Versorgungsauftrag geringere Umsätze und ein geringerer Nutzen besteht. Eine Benachteiligung mit den umsatzstarken Praxen, die im Vergleich zu einer linearen Beitragserhebung ohne Obergrenze wesentlich stärker geschützt werden, kann darin nicht gesehen werden.

Die Abrechnung der Ärzte der Klägerin zeigt gerade die Begünstigung umsatzstarker Leistungserbringer durch die Obergrenze. Insgesamt würde im Quartal I/14 eine rein lineare Umlage von 2 % zu einem Betrag der Klägerin insgesamt von 12.908,26 EUR ohne die Sonderumlage - bei ebf. rein linearer Umlage von nochmals 3.227,07 EUR - führen, wobei bis auf Frau Dr. E. der Beitrag aller Ärzte mit einem nur hälftigen Versorgungsauftrag über der Obergrenze von 600,00 EUR liegen würde, nämlich zwischen 867,34 EUR (Dr. F.) und 1.845,01 EUR (Dr. G.). Nach dem Honorarbescheid v. 16.07.2014 für das Quartal I/14 erfolgte die arztbezogene Honorarfestsetzung (Summe Primär-/Ersatzkassen) wie folgt:

Arzt Versorgungsumfang Honorar in EUR

Dr. H. 1,0 99.819,29

Dr. G. 0,5 92.700,60

Dr. I. 0,5 83.534,86

Dr. D. 0,5 78.632,87

J. 0,5 64.807,53

Dr. K. 0,5 60.003,29

L. 0,5 51.405,17

Dr. A. 0,5 48.359,05

Dr. F. 0,5 43.367,19

Dr. E. 0,5 22.783,37
Summe 645.413,22

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-02-07