L 4 KA 46/18

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
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
28.10.2020
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 21. November 2018 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Beiträge für den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Beklagten für das Quartal I/14, und hierbei insbesondere über 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 setzte mit Honorarbescheid vom 16. Juli 2014 (Bl. 106 VA) das Honorar der Klägerin für das Quartal I/14, mit dem Kontoauszug (Bl. 1 VA) die Beiträge zum ärztlichen Bereitschaftsdienst, sowie dem „Nachweis zur ÄBD-Umlage“ (Bl. 8 VA) bzw. „Nachweis zur ÄBD-Sonderumlage“ (Bl. 9 VA) fest. Für das streitgegenständliche und die Quartale bis IV/15 ergeben sich folgende Werte:

Quartal	I/14	II/14	IIII/14	IV/14
Honorarbescheid v.	16.07.2014	06.10.2014	05.01.2015	02.04.2015
Nettohonorar gesamt in €	658.728,18	758.570,98	742.986,00	738.136,75
Bruttohonorar PK+EK in €	645.413,22	753.801,39	735.530,58	733.348,29
ÄBD-Umlage in €	5.893,77	6.000,00	6.000,00	6.000,00
ÄBD-Sonderumlage in €	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	IIII/15	IV/15
Honorarbescheid v.	03.07.2015 16.09.2015	30.09.2015		
Nettohonorar gesamt in €	812.427,42 813.349,01	876.830,42		
Bruttohonorar PK+EK in €	804.298,91 805.246,36	872.318,18		
ÄBD-Umlage in €	6.497,61	6.600,00	6.000,00	6.000,00
ÄBD-Sonderumlage in €				
Anteil ÄBD am Bruttohonorar in %*	0,81	0,76		

* Berechnung des Sozialgerichts.

Gegen den Honorarbescheid für das Quartal I/14 legte die Klägerin am 5. September 2014 (Bl. 147 VA) Widerspruch ein. Zur Begründung trug sie vor (Bl. 150 - 151, 154 - 157), Bemessungsrundlage 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 Euro Beitrag und 150,00 Euro 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 Euro. Für sie ergebe sich mit 10 Radiologen pro Quartal eine Gesamtbelastung in Höhe von 6.000,00 Euro für Beiträge und 1.500,00 Euro für Sonderbeiträge. Extrapoliert bedeutet dies eine zusätzliche Kostenbelastung in Höhe von 30.000,00 Euro pro Jahr, die nicht kompensiert werden könne. Schon aufgrund der unterschiedlichen Bemessungsrundlage 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 Bemessungsrundlage 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 Bruttoeinahmen 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, insbesondere des Äquivalenzprinzips und des Gleichheitsgrundsatzes erfolgen. Am ärztlichen Bereitschaftsdienst müssten alle Arztsitze im Umfang ihres Versorgungsauftrages teilnehmen. Das heiße 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 1. Juni 2016 (Bl. 1008 ff, 112f VA) als unbegründet zurück. Diesbezüglich führte sie aus, zum 1. Januar 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. Mai 2013 sowie dem Nachweis zur ÄBD-Umlage zu entnehmen sei, betrage der Mindestbeitrag 100,00 Euro und der Höchstbeitrag 600,00 Euro 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 Euro und der Mindestbetrag 25,00 Euro. 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 haben die Klägerin sowie die sechs Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft am 21. Juni 2016 Klagen zum Sozialgericht Marburg (Az.: S 11 KA 245/16) erhoben. Die 11. Kammer des Sozialgerichts hat mit Beschluss vom 18. Juli 2016 die Verfahren bzgl. der Quartale II/14 bis II/15 unter den Az.: S 11 KA 371 bis 375/16 abgetrennt. Mit Verfügung vom 23. Juni 2017 hat sie das Verfahren S 11 KA 245/16 an die 12. Kammer des Sozialgerichts abgegeben. Die Klägerin hat mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten vom 8. November 2016 den Streitgegenstand ausschließlich auf die Rechtmäßigkeit des Umlagesystems für den ärztlichen Bereitschaftsdienst beschränkt. Mit Schriftsatz vom 1. März 2018 (Bl. 55 GA) haben die sechs Gesellschafter die Klagen zurückgenommen.

Die Klägerin hat vorgetragen, der Widerspruchsbescheid sei bereits unzulässig, da dieser an den falschen Adressaten versandt worden sei. Die Beklagte 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. Dadurch wurden sowohl das Äquivalenz- als auch das Adäquanzprinzip verletzt. Ausweislich von § 3 Abs. 1 BDO müssten am ärztlichen Bereitschaftsdienst alle Arztsitze im Umfang ihres Versorgungsauftrages am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen. Dies bedeute, 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.
Ergänzend hat sie vorgetragen, 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 BDO gestrichen habe. Ärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag müssten faktisch die doppelten ÄBD-Beiträge entrichten.

Die Beklagte hat vorgetragen, 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 Vomhundertsatz der Vergütungen für ärztliche Tätigkeiten bestünden und/oder Gebühren, die in einem einheitlichen festen Satz oder der Vergütungen für ärztliche Tätigkeiten bestehen könnten. Diese Satzungsreglung basiere wiederum auf der Ermächtigungsgrundlage in § 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V. Nach Bundessozialgericht, Urteil vom 17. August 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. November 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 € ohne Höchstbetrag eine ÄBD-Umlage von 1.653,83 Euro 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 € angehoben worden. Zum Quartal IV/15 sei der Mindestbetrag aufgehoben worden.

Mit Urteil vom 21. November 2018 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, das Vorverfahren sei mit Erlass des Widerspruchsbescheides vom 1. Juni .2016 abschließend durchgeführt worden. Der Honorarbescheid für das Quartal I/14 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Juni 2016 sei hinsichtlich der allein angefochtenen ÄBD-Umlage rechtmäßig und nicht aufzuheben. Die Klägerin habe 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. Soweit die Klägerin der Auffassung sei, 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 Grundsätze des Beitragsrechts, sei dem nicht zu folgen. Die Erhebung eines prozentualen Beitragssatzes sei nicht zu beanstanden. Bei der Umlage handele es sich insoweit um eine Abgabe an die Beklagte. Mit der Umlage würden die Kosten für den Notdienst mitfinanziert. Es sei 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. Ein lineares Anknüpfen an die Honorarumsätze sei für die Erhebung der Beiträge zum ärztlichen Bereitschaftsdienst nicht zu beanstanden. Mit der Begrenzung auf einen Höchstsatz von 600,00 Euro im Quartal würden die umsatzstarken Praxen bevorzugt. Der Höchstsatz von 600,00 Euro entspreche bei 2 %iger Beitragserhebung einem Quartalsumsatz von 30.000,00 Euro, der weit unter dem Durchschnitt aller Praxen liege. Es liege im Gestaltungsspielraum des Normgebers, ob er eine weitere Differenzierung nach dem Zulassungsstatus bzw. nach dem Umfang des Versorgungsauftrags vorsehe. Das Anknüpfen an den Honorarumsatz knüpfe jedenfalls hinreichend am Nutzen der vertragsärztlichen Tätigkeit an. Soweit ein Mindestbetrag von 100 Euro festgesetzt werde, entspreche dies einem Quartalsumsatz von 5.000 Euro, d. h. bei einem Umsatz bis zu diesem Betrag werde ein einheitlicher Beitrag gefordert. Angesichts des geringen Umsatzes könne der Normgeber pauschalierend unterstellen, dass in diesen Umsatzbereichen im Regelfall bei einem hälftigen Versorgungsauftrag geringere Umsätze und ein geringerer Nutzen bestehe. Eine Benachteiligung mit den umsatzstarken Praxen, die im Vergleich zu einer linearen Beitragserhebung ohne Obergrenze wesentlich stärker geschützt würden, könne darin nicht gesehen werden. Die Abrechnung der Ärzte der Klägerin zeige 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 Euro ohne die Sonderumlage - bei ebf. rein linearer Umlage von nochmals 3.227,07 Euro - führen, wobei bis auf Frau Dr. E. der Beitrag aller Ärzte mit einem nur hälftigen Versorgungsauftrag über der Obergrenze von 600,00 Euro liegen würde, nämlich zwischen 867,34 Euro (Dr. F.) und 1.845,01 Euro (Dr. G.).

Gegen das ihr am 30. November 2018 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 21. Dezember 2018 Berufung eingelegt.

Die Klägerin trägt vor, das Sozialgericht sei auf ihren Vortrag zu den Grundsätzen des Beitragsrechts und insbesondere des Äquivalenzprinzips nur unzureichend eingegangen. Insbesondere sei fraglich, warum bei höheren Umsätzen aus vertragsärztlicher Tätigkeit regelmäßig auch der Umfang des materiellen und immateriellen Nutzens steigen solle, den ein Vertragsarzt aus der Existenz und der Aufgabenerfüllung einer Kassenärztlichen Vereinigung ziehe. Unklar bleibe, worin der Vorteil einer höheren Beitragsbelastung für die ÄBD-Umlage für umsatzstarke Fachgruppen im Vergleich zu umsatzschwächeren Fachgruppen liegen solle. Die Differenzierung bei der Bemessung der Umlage sei willkürlich und nicht nachvollziehbar. Richtigerweise müsse auch die Umlage entsprechend der tatsächlichen Teilnahme am ÄBD im Sinne des Versorgungsauftrages erfolgen, da sonst die Ärzte über ihre eigentliche Teilnahmeverpflichtung hinaus belastet würden. Nach dem Äquivalenzprinzip dürfe die Höhe der Umlage nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil stehen, den sie abgelten solle. Ein angemessenes Verhältnis zwischen Nutzen und Kosten sei bei dem rein umsatzorientierten Umlagesystem des ÄBD unabhängig von dem tatsächlichen Umfang der Teilnahmeverpflichtung gerade nicht gegeben. § 8 Abs. 2 BDO, der seit dem Quartal IV/2015 gestrichen worden sei, benachteilige sämtliche Facharztgruppen mit höheren Brutto-Einkommen, die keine vollen Versorgungsauftrag besäßen, ohne sachlichen Grund. Dass umsatzschwächere Fachgruppen auch einen geringeren Nutzen hätten, könne sachlich nicht nachvollzogen werden, da die Kostenquoten zwischen den unterschiedlichen Fachgruppen deutlich divergierten. Insbesondere bleibe der zwingende größere Nutzen umsatzstärkerer Fachgruppen bei bruttoumsatzbezogener Beitragszahlung zur ÄBD unklar, wenn dies nach Versorgungsumfang zur Teilnahme am ÄBD herangezogen würden. Der Vorteil einer höheren Gewinnerwartung könne allein aus dem Umsatz der Praxen nicht hergeleitet werden. Die Bruttoeinnahmen ließen keinen Rückschluss auf die tatsächlichem, dem betroffenen Arzt zur Verfügung stehenden liquiden Mittel und damit seiner Leistungsfähigkeit zu. Bei anderen Facharztgruppen stunden kaum nennenswerte oder zumindest nicht vergleichbare Kosten den Bruttoeinnahmen gegenüber, gleichwohl würden dies aufgrund der geringeren Bruttoeinnahmen von vorherein niedriger eingestuft, obwohl sie ggf. sogar höhere Gewinne erwirtschaften könnten. Die Ausführungen des Sozialgerichts, dass die Beitragsobergrenze umsatzstarke Fachgruppen sogar begünstige, trage im Verhältnis der Gesamtheit der Vertragsärzte untereinander deshalb nicht.
Bei den Beiträgen zum ÄBD handele es sich nicht – wie bei den Mitgliederbeiträgen der kassenärztlichen Vereinigung um Verwaltungsgebühren. Es werde nicht darauf eingegangen, warum sich bei dem Umlagemindestbeitrag bei Ärzten, deren Zulassung oder Anstellungsumfang nicht einem vollen Versorgungsauftrag entspreche, der Beitrag entsprechend des prozentualen Zulassungs- bzw. Tätigkeitsumfanges auf 50% bzw. 25 % reduziere, es an einer entsprechenden Regelung auch für den Höchstbeitrag indes fehle.
Die Berücksichtigung der Kostensätze als notwendige Voraussetzung im Rahmen der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) müsse auch bei den Kosten des ÄBD erfolgen, zumal im Gegensatz zur EHV ein unmittelbarer individueller Vorteil aus der Beteiligung an den ÄBD-Kosten nicht folge.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 21. November 2018 aufzuheben und den Honorarbescheid für das Quartal I/14 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Juni 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 Ärzte neu zu berechnen und sie entsprechend neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte bezieht sich zur Begründung auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils und wiederholt ihren erstinstanzlichen Vortrag. Durch die Begrenzung des Beitrags auf einen Höchstsatz von 600 Euro im Quartal würden umsatzstarke Praxen sogar bevorzugt. Da der Höchstsatz von 600 Euro bei 2%-iger Beitragserhebung einem Quartalsumsatz von 30.000 Euro entspreche, der weit unter dem Durchschnitt aller Praxen liege, knüpfe das Anknüpfen an den Honorarumsatz hinreichend an den Nutzen der vertragsärztlichen Tätigkeit an. Eine Benachteiligung umsatzstarker Praxen könne nicht erkannt werden. Komme ein Arzt mit seiner hälftigen Zulassung auf die Umsätze eines vollzugelassenen Arztes, sei er aufgrund seiner vorliegenden wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit nicht vergleichbar schutzwürdig.
Bei der ÄBD-Umlage handele es sich um eine Abgabe an die Beklagte. Mit ihr würden die Kosten für den Notdienst mitfinanziert. Die Umlage fließ in das Verwaltungsvermögen der Beklagten, wenn auch in einen insofern abgegrenzten Bereich der Notdienstgemeinschaften. Es sei somit nicht zu beanstanden, wenn nach der Satzung als Sicherstellungs- und Verwaltungskostenumlagen einheitliche, für alle Vertragsärzte in derselben Höhe geltende Prozentsätze des jeweiligen Honorars erhoben würden. Bei typisierender Betrachtung steige mit höheren Umsätzen aus vertragsärztlicher Tätigkeit regelmäßig auch der Umfang des materiellen und immateriellen Nutzens des Vertragsarztes. Maßstab sei daher nicht zwingend der Umfang des Versorgungsauftrages und der Umfang der sich hieraus ergebenden Verpflichtung zur Teilnahme am ÄBD.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen wird auf den Inhalt der Gerichts- und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.
Das Urteil des Sozialgerichts vom 21. November 2018 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Zutreffend hat das Sozialgericht entschieden, dass der Honorarbescheid für das Quartal I/14 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Juni 2016 rechtmäßig ist und die Klägerin nicht in ihren Rechten verletzt. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung

Gegenstand des Berufungs- wie auch schon des Klageverfahrens ist dabei allein die Festsetzung der ÄBD-Umlage im streitgegenständlichen Verwaltungsakt, weil die Klägerin den Streitgegenstand bereits erstinstanzlich wirksam hierauf beschränkt hat. Eine derartige Beschränkung auf abtrennbare Regelungsteile des einheitlichen Honorarbescheides ist rechtlich zulässig (vgl. BSG, Urteile vom 23. Februar 2005 – B 6 KA 77/03 R –, SozR 4-1500 § 92 Nr. 2, Rn. 15 und vom 13. November 1985 - 6 RKa 15/84 - BSGE 59, 137, LSG Baden-Württemberg, Urteile vom 20. November 2019 – L 5 KA 2858/17 –, Rn. 24, juris und vom 26. Oktober 2014 - L 5 KA 760/14 – Rn. 33 juris).

Die Klage ist zulässig.

Insbesondere ist das nach § 78 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erforderliche Vorverfahren durchgeführt und mit dem Widerspruchsbescheid vom 1. Juni 2016 abgeschlossen worden. Der Widerspruchsbescheid ist - wie das Sozialgericht zutreffend festgestellt hat – auch wirksam bekannt gegeben. Zunächst ergeben sich keine Zustellungsmängel daraus, dass die Bekanntgabe des Widerspruchsbescheids nicht an den bereits im Vorverfahren bestellten Verfahrensbevollmächtigten erfolgt ist, da eine Bekanntgabe an diesen nicht zwingend ist (Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Auflage 2020, § 85 Rn. 8a). Auch soweit die Klägerin rügt, dass der Widerspruchsbescheid an die sechs Gesellschafter adressiert ist, obwohl die Berufsausübungsgemeinschaft richtige Adressatin gewesen wäre, liegen Mängel in der Bekanntgabe nach § 85 Abs. 3 Satz 1 SGG nicht vor. Denn zwar ist eine Berufsausübungsgemeinschaft in der Rechtsform einer GbR rechtsfähig und beteiligtenfähig i. S. v. § 70 Nr. 1 SGG (vgl. BSG, Urteil vom 13. Mai 2015 – B 6 KA 27/14 R , SozR 4-5540 § 25 Nr. 1, Rn. 11), mit der Bezeichnung der sechs Gesellschafter der Klägerin im Widerspruchsbescheid erfolgte aber gerade eine Bekanntgabe an die beteiligte GbR im Sinne von § 85 Abs. 3 Satz 1 SGG, denn trotz des Zusatzes „persönlich/vertraulich“ im Adressfeld ergibt sich aus der Beschränkung der namentlich aufgeführten Ärzte auf die Gesellschafter der Klägerin und dem Inhalt des Widerspruchsbescheids, dass die Gesellschafter in dieser Eigenschaft gemeinschaftlich angeschrieben wurden. Ferner kann aufgrund der Verwendung der Praxisanschrift ausgeschlossen werden, dass den Gesellschaftern der Klägerin als Privatpersonen der Widerspruchsbescheid bekannt gegeben wurde. Die Adressierung an die GbR in ihrer Zusammensetzung in dem betroffenen Quartal ist zulässig (vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 13. Februar 2008 – L 11 KA 35/06 –, Rn. 24, juris).

Die Klage ist nicht begründet.

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. Mai 2013 beschlossenen Fassung, in Kraft getreten am 1. Oktober 2013, geändert durch den Beschluss der Vertreterversammlung vom 14. Dezember 2013 (im Folgenden: BDO).

Nach § 8 Abs. 1 BDO erfolgt die Finanzierung des ÄBD auf der Grundlage der im ÄBD abgerechneten Leistungen nach § 7 Abs. 3, mit Ausnahme der (hessischen) Wegepauschale. 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. Reichen die Erträge nach Abs. 1 nicht zur Deckung des Gesamtaufwandes nach Abs. 3 aus, wird nach § 8 Abs. 2 BDO 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. 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).

Im streitgegenständlichen Quartal wurde aufgrund des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 25. Mai 2013 (Bl. 99 - 101 GA) die quartalsbezogene Umlage in Höhe von 2% des Honorars erhoben, wobei ein Mindestbetrag in Höhe von 100 Euro vorgesehen war und die Höhe der Umlage auf höchsten 600 Euro begrenzt war. Zusätzlich wurde aufgrund des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 14. Dezember 2013 (Bl. 104 – 106) eine einmalige quartalsbezogene Sonderumlage in Höhe eines Viertels der regulären Umlage (befristet bis zum Quartal IV/14) erhoben.

Da normativ keine besonderen Anforderungen an die Bestimmtheit der satzungsrechtlichen Regelungen geknüpft sind (vgl. insoweit aber BVerwG, Urteil vom 9. März 1990, 8 C 20/88, NVwZ 1990, 867ff; OVG Münster, Beschluss vom 16. Juli 2018, 11 A 226/17 NVwZ-RR 2018, 945 ff zu kommunalen Abgabensatzungen), ist die Regelung der konkreten Höhe der Kostenumlage durch einfachen Beschluss der Vertreterversammlung, die auch das satzungsgebende Gremium ist, nach der Rechtsprechung des BSG rechtlich unbedenklich. Danach reicht es aus, wenn die Satzung – wie hier - die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthält. Eine Satzungsvorschrift auch für den Betrag der Kostenumlage ist nicht erforderlich. Dies kann die Vertreterversammlung vielmehr in anderer Weise normativ regeln (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 44/03 R –, BSGE 94, 50, Rn. 102; BSG, Urteil vom 12. Mai 1993 – 6 RKa 33/92 -, SozR 3-2500 § 81 Nr. 5, juris Rn. 12; BSG, Urteil vom 3. September 1987 – 6 RKa 1/87 -, SozR 2200 § 368m Nr. 4, juris Rn. 13).

Damit galt nach § 8 Abs. 2 BDO im streitgegenständlichen Quartal für die Umlage zum ÄBD ein prozentualer, einheitlicher Abzug je Quartal in Höhe von 2 % vom Honorar jedes abrechnenden Arztes und Psychotherapeuten mit einem festgelegten Mindestbeitrag in Höhe von 100 Euro, der sich entsprechend dem prozentualen Zulassungs- bzw. Tätigkeitsumfang reduzierte, und einem festgelegten Höchstbeitrag in Höhe von 600 Euro, unabhängig vom Zulassungs- bzw. Tätigkeitsumfang.

Die Erhebung der Umlage ist nicht zu beanstanden.

Die Regelung zur „Finanzierung des ÄBD“ in § 8 Abs. 2 BDO steht mit höherrangigem Recht in Einklang.

Zunächst war die Beklagte nach § 81 Abs. 1 Satz 1 SGB V berechtigt, den ärztlichen Notdienst im Sinne von § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der bis zum 22. Juli 2015 (a. F.) geltenden Fassung in ihrem Bezirk durch Satzung zu regeln. Nach § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V a.F. obliegt es den Kassenärztlichen Vereinigungen, die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) sicherzustellen. Zur Ausgestaltung des vertragsärztlichen Notdienstes erlassen sie Not- bzw. Bereitschaftsdienstordnungen. Aufgrund ihres Sicherstellungsauftrages sind sie berechtigt, im Rahmen ihrer Satzungsautonomie den Notdienst selbstständig zu regeln (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 20. November 2019 – L 5 KA 2858/17 –, Rn. 29, juris). Nach § 81 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V hat sie insbesondere die Aufbringung und Verwaltung der Mittel in ihrer Satzung zu regeln. Enthalten sein müssen die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthalten, wie etwa eine vom Honoraranspruch des Vertragsarztes einbehaltene Verwaltungskostenpauschale (Scholz in: Becker/Kingreen, 7. Aufl. 2020, SGB V § 81 Rn. 4). Da der Beitragsbegriff in einer auf der Grundlage der Ermächtigung in § 81 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V erlassenen Satzungsregelung weit auszulegen ist, erfasst er auch die Kostenumlage für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (vgl. BSG, Urteil vom 3. September 1987 – 6 RKa 1/87 –, SozR 2200 § 368m Nr. 4, juris Rn. 11, 12; Schleswig-Holsteinisches LSG; Urteil vom 4. November 2008, L 4 KA 2/06, juris Rn. 46; Steinmann-Munzinger in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 81 SGB V [Stand: 15. Juni 2020], Rn. 29; i.E. ebenso Scholz in: Becker/Kingreen, 7. Aufl. 2020, SGB V § 81 Rn. 4).

In der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist geklärt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der ihnen zukommenden Satzungsautonomie die für das öffentliche Beitrags- und Gebührenrecht geltenden verfassungsrechtlichen Maßstäbe, insbesondere das Äquivalenzprinzip, beachten müssen. Dies 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, Urteil vom 17. Juli 2013 – B 6 KA 34/12 R -, SozR 4-2500 § 81 Nr. 6, Rn. 20 m. w. N.; Urteil vom 17. August 2011 – B 6 KA 2/11 R -, SozR 4-2500 § 81 Nr. 4 Rn. 16 m. w. N.). Der allgemeine Gleichheitssatz des Art 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) verbietet, wesentlich Gleiches ohne zureichende sachliche Gründe ungleich oder wesentlich Ungleiches willkürlich gleich zu behandeln. Im Rahmen einer vorteilsbezogenen Beitragsbemessung bedeutet dies, dass die Beiträge auch im Verhältnis der Beitragspflichtigen zueinander grundsätzlich vorteilsgerecht zu bemessen sind (BSG, Urteil vom 28. November 2007 – B 6 KA 1/07 R -, SozR 4-2500 § 81 Nr. 3 Rn. 21 unter Hinweis auf BVerwGE 92, 24, 26; 125, 384 jeweils Rn. 21).

Für Verwaltungskostenbeiträge, die Vertragsärzte an ihre KÄV zur Deckung von deren allgemeinem Finanzbedarf für die Erfüllung ihrer Aufgaben zu entrichten haben, hat das BSG entschieden, dass eine Beitragserhebung unter Heranziehung der abgerechneten Umsätze aus vertragsärztlicher Tätigkeit als Bemessungsgrundlage grundsätzlich nicht gegen das Äquivalenzprinzip (BSG, Urteil vom 17. August 2011 – B 6 KA 2/11 R –, SozR 4-2500 § 81 Nr 4, Rn. 17 – 23; BSG, Urteil vom 28. November 2007 – B 6 KA 1/07 R -, SozR 4-2500 § 81 Nr. 3 Rn. 19) verstößt. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Vorteile, die den Vertragsärzten aus ihrer Mitgliedschaft in der KÄV und aus der Inanspruchnahme ihrer Verwaltungstätigkeit erwachsen können, vielfältiger Art sind. Sie bestehen vor allem in der Möglichkeit zu ärztlicher Berufsausübung im Rahmen der Versorgung der überwiegend der gesetzlichen Krankenversicherung angehörenden Bevölkerung. Dabei können die Vertragsärzte auf die von der KÄV zur Verfügung gestellten organisatorischen Strukturen und Einrichtungen zurückgreifen, welche die ärztliche Tätigkeit wesentlich erleichtern. Hierzu gehört auch (BSG, Urteil vom 17. August 2011 B 6 KA 2/11 R –, SozR 4-2500 § 81 Nr. 4, Rn. 17 – 23; BSG SozR 4-2500 § 75 Nr. 2 Rn. 9; BSG , Urteil vom 28. November 2007 – B 6 KA 1/07 R -,SozR 4-2500 § 81 Nr. 3 Rn. 19) die gesammelte und vom Risiko eines Forderungsausfalls befreite Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen mit den jeweiligen Krankenkassen der Patienten im Rahmen des Dienst- und Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 2 Abs. 2 Satz 1

SGB V). Wenn für all diese Vorteile aus der Mitgliedschaft in der KÄV ein Beitrag erhoben wird, der lediglich wenige Prozentpunkte und damit nur einen geringen Bruchteil der insgesamt vom Vertragsarzt über die KÄV abgerechneten Honorare ausmacht, ist ein grobes Missverhältnis zwischen dem Ausmaß dieser Vorteile und der Beitragshöhe grundsätzlich - nicht gegeben (BSG, Urteil vom 17. August 2011 – B 6 KA 2/11 R –, SozR 4-2500 § 81 Nr. 4, Rn. 17 – 23; BSG, Urteil vom 28. November 2007 B 6 KA 1/07 R -, SozR 4-2500 § 81 Nr. 3 Rn. 19). Ein Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip folgt dabei nach höchstrichterlicher Rechtsprechung auch nicht daraus, dass von den in den Honorarzahlungen enthaltenen Beträgen, die der Abgeltung der im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Tätigkeit anfallenden Kosten dienen, ebenfalls Beiträge abzuführen sind. Denn die Abrechnung und Auszahlung (Refinanzierung) dieser Kostenanteile durch die KÄV bringt für den Vertragsarzt gleichfalls einen erheblichen Vorteil mit sich (BSG, Urteil vom 17. August 2011 – B 6 KA 2/11 R –, SozR 4-2500 § 81 Nr. 4, Rn. 20; BSG, Urteil vom 28. November 2007 – B 6 KA 1/07 R -, SozR 4-2500 § 81 Nr. 3 Rn. 19 unter Hinweis auf BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr. 2, Rn. 92).

Die Erhebung der ÄBD-Umlage rechtfertigt sich dabei konkret aus dem sich aus der Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten durch die Kassenärztliche Vereinigung nach § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V a. F. ergebenden Vorteil, denn ohne den organisierten allgemeinen Ärztlichen Bereitschaftsdienst wäre jeder Vertragsarzt verpflichtet, im Rahmen seiner Präsenzpflicht auch außerhalb der angebotenen Sprechstunde für seine Patienten erreichbar zu sein oder individuell für eine qualifizierte Vertretung zu sorgen, vgl. § 1 Abs. 1 BDO.

Auch aus der Erhebung der ÄBD-Umlage aus den in den Honorarzahlungen enthaltenen Kostenanteilen ergibt sich unter Berücksichtigung der vorgenannten Aspekte kein Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip, denn es setzt nicht voraus, dass der Beitrag einen unmittelbaren wirtschaftlichen Vorteil des einzelnen ausgleicht oder dass dieser den gebotenen Vorteil tatsächlich nutzt (BSG, Urteil vom 17. August 2011 – B 6 KA 2/11 R –, SozR 4-2500 § 81 Nr. 4, Rn. 22; unter Hinweis auf BVerwGE 109, 97, 111; zuletzt BVerwG, Urteil vom 25.8.2010 - 8 C 40/09 - ZIP 2010, 2363 ff; vgl. auch BVerfGE 92, 91, 115). Der Normgeber der Beitragssatzung überschreitet deshalb mit einer solchen Anknüpfung den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum nicht (BSG, Urteil vom 28. November 2007 – B 6 KA 1/07 R -, SozR 4-2500 § 81 Nr. 3 Rn. 22 unter Hinweis auf: BVerwG NVwZ-RR 1992, 175, 176 zu Innungszusatzbeiträgen; BVerfGE 111, 191, 214, 222 zu Beiträgen an eine Notarkasse; BVerfGK 4, 349, 353 = NVwZ-RR 2005, 297, 298 zu Beiträgen für das Zusatzversorgungswerk einer Apothekerkammer). Bei der gebotenen typisierenden Betrachtung kann 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 – hier der Organisation des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes - einer KÄV zieht, weder als grob fehlerhaft noch als mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise unvereinbar angesehen werden (vgl. BSG, Urteil vom 17. August 2011 – B 6 KA 2/11 R , SozR 4-2500 § 81 Nr. 4, Rn. 22 m. w. N.).

Im Übrigen ist es jedoch nach höchstrichterlicher Rechtsprechung unbeachtlich, in welchem Umfang ein Vertragsarzt die genannten Vorteile nutzt, da nicht die konkrete Nutzung, sondern die abstrakte Nutzungsmöglichkeit maßgeblich ist (BSG, Urteil vom 17. August 2011 – B 6 KA 2/11 R –, SozR 4-2500 § 81 Nr. 4, Rn. 22).

Entgegen der Auffassung der Klägerin müssen die Kostensätze auch nicht wie bei der Bemessung der Beiträge zur Erweiterten Honorarverteilung (vgl. BSG, Urteil vom 11. Dezember 2019 – B 6 KA 12/18 R –, SozR 4-2500 § 87b Nr.) bei der Bemessung der ÄBD-Umlage berücksichtigt werden. Nach der Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 11. April 2018 – L 4 KA 2/15 –, Rn. 92, juris) sollen – anders als bei der ÄBD-Umlage - bei der EHV die Beiträge der Finanzierung einer umlagefinanzierten Alterssicherung dienen, die zudem den Zweck hat, „wirtschaftlich sichernde“ Ansprüche zu generieren, also zur Lebensstandardsicherung beizutragen, was wiederum von der (vorherigen) wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abhängt. Eine Vermutung, dass höhere Umsätze einen höheren Gewinn und damit eine höhere wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zur Folge haben, mit dem Ziel, dass diesen Personen auch höhere Anwartschaften zukommen sollten, gibt es bei der Alterssicherung der Vertragsärzte durch die Erweiterte Honorarverteilung nicht, während – wie ausgeführt – bei der ÄBD-Umlage mit höheren Umsätzen aus vertragsärztlicher Tätigkeit regelmäßig auch ein höherer Umfang des materiellen und immateriellen Nutzens angenommen werden kann. Daher reichen die in der bundesverfassungsgerichtlichen Rechtsprechung anerkannten Rechtfertigungsgründe (vgl. BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 28. September 2010 1 BvR 1660/08 -, juris, Rn. 10; BVerfGE 84, 348 <360>; 87, 234 <255 f.>; stRspr; BVerfGE 63, 119 <128>; 84, 348 <360; BVerfG, Urteil vom 28. Januar 2003 - 1 BvR 487/01 - = BVerfGE 107, 133, zitiert nach juris Rn. 25; BSG, Urteil vom 19. Februar 2014 - B 6 KA 38/12 R -, juris Rn. 35 jeweils m.w.N.; vgl. hierzu auch Senatsurteil vom 11. April 2018 – L 4 KA 2/15 –, Rn. 84, juris) bei Generalisierung, Typisierung und Pauschalierung hier aus, weil bei einer grundsätzlichen Belastung von 2% des Bruttohonorars nur eine geringe Eingriffsintensität vorliegt.

Auch soweit die ÄBD-Umlage oberhalb des Mindestbeitrags nicht entsprechend dem prozentualen Zulassungs- bzw. Tätigkeitsumfang auf 50% bzw. 25% reduziert wird, verstößt § 8 Abs. 2 BDO nicht gegen höherrangiges Recht. Die Berücksichtigung des Umfangs des Versorgungsauftrags für alle Beitragszahler wäre zwar wegen der Pflicht zur Teilnahme am ÄBD entsprechend des Umfangs ihres Versorgungsauftrages nach § 3 Abs. 1 BDO ein sachliches Kriterium auch den Umfang des Finanzierungsbeitrags zu bestimmen, der Satzungsgeber war aber unter Berücksichtigung seines Gestaltungsspielraums nicht gehindert einen reduzierten Tätigkeitsumfang lediglich bei der Bemessung des Mindestbeitrags zu berücksichtigen, jedenfalls war es nach dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG nicht geboten, die prozentuale ÄBD-Umlage auch bei umsatzstärkeren Praxen beitragsmindernd zu berücksichtigen. Denn es ist im Rahmen der Ausgestaltung einer Beitragserhebung zulässig, entsprechend dem Gedanken der Solidargemeinschaft wirtschaftlich schwächere Mitglieder auf Kosten der leistungsstärkeren durch eine gewisse Abstufung der Beitragslast nach Maßgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu entlasten (BSG, Urteil vom 28. November 2007 B 6 KA 1/07 R –, SozR 4-2500 § 81 Nr. 3, Rn. 21 unter Hinweis auf: BVerwGE 92, 24, 26 Rn 92; BVerfGE 108, 1, 18). Ob der Normgeber diese Möglichkeit nutzt, obliegt vielmehr seinem Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum, der von der Rechtsprechung zu respektieren ist (BSG, Urteil vom 28. November 2007 – B 6 KA 1/07 R –, SozR 4-2500 § 81 Nr. 3, Rn. 21). Bei umsatzschwachen Praxen ist bei der gebotenen, typisierenden und generalisierenden Betrachtungsweise die Annahme jedenfalls gerechtfertigt, dass eine geringere wirtschaftliche Leistungsfähigkeit besteht, so dass wegen der Normierung eines Mindestbetrags für die ÄBD-Umlage ein Schutz vor unzumutbar hohen Beitragsbelastungen dieser Praxen zulässig ist, zumal besonders umsatzstarke Praxen wie die Klägerin - durch den Höchstbeitrag hinreichend vor einer wirtschaftlichen Überforderung geschützt und – wie das Sozialgericht zutreffend dargestellt hat – sogar gegenüber Praxen, die eine Umlage unterhalb des Höchstbeitrags aber oberhalb des Mindestbeitrags hinnehmen müssen, privilegiert werden, da durch die Deckelung der Umlage auf einen Höchstbetrag von 600 Euro der prozentuale Anteil der Umlage am Bruttohonorar unterhalb des Beitragssatzes von 2% liegt. So beträgt die tatsächliche Gesamtbelastung der Klägerin durch die ÄBD-Umlage (Umlage einschließlich Sonderumlage) im streitgegenständlichen Quartal lediglich 1,14% des Bruttohonorars und 0,76% bis 1,0% in den Folgequartalen II/14 bis II/15.

Weiterhin ist ein Verstoß gegen das Kostendeckungsprinzip, wonach keine Beiträge verlangt werden dürfen, die zur Finanzierung der erforderlichen Einrichtungen und sonstigen Aufwendungen nach Grund oder Höhe nicht erforderlich sind (BSG, Urteil vom 12. Mai 1993 – 6 RKa 33/92 –, SozR 3-2500 § 81 Nr. 5, Rn. 18) ist – wie das Sozialgericht zutreffend erkannt hat – weder von der Klägerin gerügt noch sonst ersichtlich. Vielmehr ergibt sich aus den von der Beklagten vorgelegten Unterlagen (Bl. 96 ff GA), dass die ÄBD-Umlage ebenso wie die Sonderumlage zur Deckung des Finanzierungsbedarfs des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes bzw. der damals vollzogenen Neustrukturierung des Bereitschafdiensts mit der Einrichtung von ÄBD-Zentralen erforderlich war.

Schließlich ist die konkrete Festsetzung der ÄBD-Umlage im streitgegenständlichen Verwaltungsakt nicht zu beanstanden. Fehler bei der Anwendung der Satzungsbestimmungen und der Berechnung der ÄBD-Umlage sind nicht ersichtlich und werden auch von der Klägerin nicht vorgetragen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), wonach der unterliegende Teil die Kosten des Verfahrens trägt.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-07