S 12 KA 245/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Hessisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 12 KA 245/16
Datum	21.11.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KA 46/18
Datum	28.10.2020

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 21. November 2018 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Die KlÃ¤gerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die BeitrÃ¤ge fÃ¼r den Ã¤rztlichen Bereitschaftsdienst der Beklagten fÃ¼r das Quartal I/14, und hierbei insbesondere Ã¼ber die Frage, ob die Umlage anhand des Brutto-Umsatzes bemessen werden kann und ob eine Begrenzung des HÃ¶chstbetrags unter BerÃ¼cksichtigung des Umfangs des Versorgungsauftrags des einzelnen Arztes geboten ist.Â

Die KlÃ¤gerin ist eine BerufsausÃ¼bungsgemeinschaft mit Praxissitz in C-Stadt. Ihr gehÃ¶rten im streitbefangenen Zeitraum bis zum Quartal IV/14 zehn Ãrzte an, davon vier angestellte Ãrzte im Umfang jeweils eines halben Versorgungsauftrags und sechs VertragsÃ¤rzte, von denen einer einen ganzen, die Ã¼brigen fÃ¼nf nur

einen hÃ¤lftigen Vertragsarztsitz inne hatten. Sechs der zehn Ãrzte waren als FachÃ¤rzte fÃ¼r Radiologie (jeweils drei Ãrzte nach der alten und der neuen WBO) tÃ¤tig, vier Ãrzte als FachÃ¤rzte fÃ¼r Diagnostische Radiologie. Ab dem Quartal I/15 war ferner ein weiterer Facharzt fÃ¼r Diagnostische Radiologie als angestellter Arzt mit einem halben Versorgungsauftrag tÃ¤tig.Â

Die Beklagte setzte mit Honorarbescheid vom 16. Juli 2014 (Bl. 106 VA) das Honorar der KlÃ¤gerin fÃ¼r das Quartal I/14, mit dem Kontoauszug (Bl. 1 VA) die BeitrÃ¤ge zum Ã¤rztlichen Bereitschaftsdienst, sowie dem â€Nachweis zur ÃBD-Umlageâ€ (Bl. 8 VA) bzw. â€Nachweis zur ÃBD-Sonderumlageâ€ (Bl. 9 VA) fest. FÃ¼r das streitgegenstÃ¤ndliche und die Quartale bis IV/15 ergeben sich folgende Werte:

QuartalÂ Â Â Â Â Â Â Â	Â I/14Â	II/14Â	Â IIII/14	Â IV/14
Honorarbescheid v.Â Â Â Â Â Â Â Â	16.07.2014Â Â	06.10.2014	Â 05.01.2015	02.04.2015
Nettohonorar gesamt in â¬	658.728,18	758.570,98Â Â Â	742.986,00	738.136,75
Bruttohonorar PK+EK in â¬	645.413,22Â Â Â	753.801,39Â Â Â	735.530,58Â Â Â	733.348,29
ÃBD-Umlage in â¬	5.893,77Â Â Â	6.000,00Â Â Â	6.000,00Â Â Â	6.000,00
ÃBD-Sonderumlage in â¬	1.473,44Â Â Â	1.500,00Â Â Â	1.500,00Â Â Â	1.500,00
Anteil ÃBD am Bruttohonorar in %*	Â 1,14	0,99Â Â Â	1,0Â Â Â	1,0

Quartal	I/15	II/15
Honorarbescheid v.Â	03.07.2015 16.09.2015	30.09.2
Nettohonorar gesamt in â¬	812.427,42 813.349,01	876.830
Bruttohonorar PK+EK in â¬	804.298,91 805.246,36	Â 872.3
ÃBD-Umlage in â¬	6.497,61Â Â Â	6.600,0
ÃBD-Sonderumlage in â¬	Â	Â
Anteil ÃBD am Bruttohonorar in %*	0,81	0,76

* Berechnung des Sozialgerichts.

Gegen den Honorarbescheid fÃ¼r das Quartal I/14 legte die KlÃ¤gerin am 5. September 2014 (Bl. 147 VA) Widerspruch ein. Zur BegrÃ¼ndung trug sie vor (Bl. 150 â€ 151, 154 â€ 157), Bemessungsrundlage fÃ¼r die BeitrÃ¤ge und SonderbeitrÃ¤ge fÃ¼r den Ã¤rztlichen Bereitschaftsdienst sei jeweils das Brutto-Honorar je LANR. FÃ¼r die Radiologen in ihrer Ã¼berÃ¶rtlichen BerufsausÃ¼bungsgemeinschaft ergebe sich pro Arzt pro Quartal der HÃ¶chstsatz

von 600,00 Euro Beitrag und 150,00 Euro Sonderbeitrag pro Quartal. Der HÃ¶chstsatz komme aufgrund der vergleichsweise hohen UmsÃ¤tze in radiologischen Praxen schon fÃ¼r Radiologen mit hÃ¤lftigem Sitz zum Tragen, da nur der Mindestbeitrag (Untergrenze) an den Sitzanteil gekoppelt sei. Als Obergrenze gelte fÃ¼r alle â unabhÃ¤ngig vom Sitzanteil â der HÃ¶chstsatz von 600,00 Euro. FÃ¼r sie ergebe sich mit 10 Radiologen pro Quartal eine Gesamtbelastung in HÃ¶he von 6.000,00 Euro fÃ¼r BeitrÃ¤ge und 1.500,00 Euro fÃ¼r SonderbeitrÃ¤ge. Extrapoliert bedeutet dies eine zusÃ¤tzliche Kostenbelastung in HÃ¶he von 30.000,00 Euro pro Jahr, die nicht kompensiert werden kÃ¶nne. Schon aufgrund der unterschiedlichen Bemessungsrundlage fÃ¼r den ÃBD-Mindestbeitrag und den HÃ¶chstsatz lasse sich eine Ungleichbehandlung ableiten: Der Mindestsatz sei an den Zulassungsumfang gebunden, der HÃ¶chstbetrag nicht. Radiologen hÃ¤tten relativ zu anderen Arzt- und Facharztgruppen zwar einen hÃ¶heren Umsatz je LANR, jedoch auch erheblich hÃ¶here Kosten (Investitionskosten und Wartung fÃ¼r GerÃ¤te und GroÃgerÃ¤te, Personal, Energie, RÃ¤ume, Archivierung â¦). Daraus folge, dass der Honorarumsatz je LANR keine geeignete Bemessungsrundlage fÃ¼r die BeitrÃ¤ge zum ÃBD sei, da auch hieraus eine Ungleichbehandlung resultiere. Es sei fraglich, ob die Bemessung der Umlage an dem Brutto-Umsatz des jeweiligen Vertragsarztes Ã¼berhaupt sachgerecht sei, da hier eine offensichtliche Benachteiligung aller Fachgruppen stattfinde, die naturgemÃ¤Ã hÃ¶heren Belastungen fÃ¼r Unkosten ausgesetzt seien. Die Bruttoeinahmen lieÃen keinen RÃ¼ckschluss Ã¼ber die tatsÃ¤chlichen, den betroffenen Arzt zur VerfÃ¼gung stehenden EinkÃ¼nfte und seine LeistungsfÃ¤higkeit zu. Die Beitragsbemessung mÃ¼sse grundsÃ¤tzlich unter Beachtung der allgemein fÃ¼r die Erhebung von BeitrÃ¤gen geltenden GrundsÃ¤tze, insbesondere des Ãquivalenzprinzips und des Gleichheitsgrundsatzes erfolgen. Am Ã¤rztlichen Bereitschaftsdienst mÃ¼ssten alle Arztsitze im Umfang ihres Versorgungsauftrages teilnehmen. Das heiÃe im Umkehrschluss, dass auch die Umlage entsprechend der tatsÃ¤chlichen Teilnahme am ÃBD im Sinne des Versorgungsauftrages erfolgen mÃ¼sse, da sonst die Ãrzte Ã¼ber ihre eigentliche Teilnahmeverpflichtung hinaus belastet wÃ¼rden, was die ganze Systematik der ÃBD gÃ¤nzlich unterlaufen lasse.Â

Die Beklagte verband alle Widerspruchverfahren bezÃ¼glich der Quartale I/14 bis II/15 und wies die WidersprÃ¼che bezÃ¼glich der Heranziehung zu den BeitrÃ¤gen fÃ¼r den Ã¤rztlichen Bereitschaftsdienst mit Widerspruchsbescheid vom 1. Juni 2016 (Bl. 1008 ff, 112f VA) als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck. DiesbezÃ¼glich fÃ¼hrte sie aus, zum 1. Januar 2014 sei eine neue Bereitschaftsdienstordnung in Kraft getreten. GemÃ¤Ã dieser sei von allen Ãrzten ein Beitrag zur Finanzierung zu erheben. Hierzu erfolge vom Honorar je Quartal ein prozentualer, einheitlicher Abzug mit einem festgelegten Mindest- bzw. HÃ¶chstbeitrag. Wie dem Rundschreiben vom 25. Mai 2013 sowie dem Nachweis zur ÃBD-Umlage zu entnehmen sei, betrage der Mindestbeitrag 100,00 Euro und der HÃ¶chstbeitrag 600,00 Euro je Quartal. Die HÃ¶he des Abzugs sei dem Kontoauszug unter dem Belegtext âÃBD-Umlageâ zu entnehmen. Um den Finanzbedarf fÃ¼r die ÃBD-Reform solidarisch zu finanzieren, werde entsprechend eines Beschlusses der Vertreterversammlung zusÃ¤tzlich im Jahr 2014 ein Zusatzbeitrag erhoben. Die âÃBD-Sonderumlageâ ergebe sich aus dem Bruttohonorar je LANR nach Abzug EHV und

vor Abzug Verwaltungskosten, multipliziert mit 2 %, dividiert durch 4. Der HÃ¶chstbetrag betrage 150,00 Euro und der Mindestbetrag 25,00 Euro. Dieser sei im Kontoauszug unter dem Belegtext â□□Ã□BD-Sonderumlageâ□□ dargestellt. Ferner kÃ¶nnten die BetrÃ¤ge den Nachweisen entnommen werden. Eine Anpassung der â□□Ã□BD-Umlageâ□□ bzw. der â□□Ã□BD-Sonderumlageâ□□ an den Umfang des Arztsitzes sehe Â§ 8 Abs. 2 Bereitschaftsdienstordnung lediglich fÃ¼r den zu zahlenden Mindestbeitrag vor. Hierbei entspreche die Minderung dem entsprechenden prozentualen Zulassungs- bzw. TÃ¤tigkeitsumfang und reduziere sich auf 50 % bzw. 25 %. Die HÃ¶he des Abzugssatzes und der Beitragsgrenze werden durch ihren Vorstand festgelegt. Ein reduzierter TÃ¤tigkeitsumfang oder Zulassungsumfang habe somit keine Auswirkung auf den HÃ¶chstbeitrag 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 Ã□BD-Beitrag abzufÃ¼hren sei und das MindestbeitrÃ¤ge sowie HÃ¶chstgrenzen bestÃ¼nden. Diese Vorgaben bedeuteten weder eine rechtswidrige Ungleichbehandlung bei der Beitragsbemessung noch verstieÃ□e sie gegen eine sachgerechte finanzielle Belastung.

Hiergegen haben die KlÃ¤gerin sowie die sechs Gesellschafter der BerufsausÃ¼bungsgemeinschaft 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 VerfÃ¼gung vom 23. Juni 2017 hat sie das Verfahren S 11 KA 245/16 an die 12. Kammer des Sozialgerichts abgegeben. Die KlÃ¤gerin hat mit Schreiben ihres ProzessbevollmÃ¤chtigten vom 8. November 2016 den Streitgegenstand ausschlieÃ□lich auf die RechtmÃ¤Ã□igkeit des Umlagesystems fÃ¼r den Ã¤rztlichen Bereitschaftsdienst beschrÃ¤nkt. Mit Schriftsatz vom 1. MÃ¤rz 2018 (Bl. 55 GA) haben die sechs Gesellschafter die Klagen zurÃ¼ckgenommen.

Die KlÃ¤gerin hat vorgetragen, der Widerspruchsbescheid sei bereits unzulÃ¤ssig, da dieser an den falschen Adressaten versandt worden sei. Die Beklagte habe den Widerspruchsbescheid an die sechs Gesellschafter adressiert, obwohl die BerufsausÃ¼bungsgemeinschaft der richtige Adressat gewesen wÃ¤re. Im Ã□brigen 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 naturgemÃ¤Ã□ zwar hÃ¶here UmsÃ¤tze als andere Fachgruppen erzielen kÃ¶nnten, jedoch auch erhebliche hÃ¶here Kostenbelastungen zu tragen hÃ¤tten. Dadurch wurden sowohl das Ã□quivalenz- als auch das AdÃ¤quanzprinzip verletzt. Ausweislich von Â§ 3 Abs. 1 BDO mÃ¼ssten am Ã¤rztlichen Bereitschaftsdienst alle Arztsitze im Umfang ihres Versorgungsauftrages am Ã¤rztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen. Dies bedeute, dass auch die Umlage entsprechend der tatsÃ¤chlichen Teilnahme am Ã□BD im Sinne des Versorgungsauftrages erfolgen mÃ¼sse, da sonst die Ã□rzte Ã¼ber ihre eigentliche Teilnahmeverpflichtung hinaus belastet wÃ¼rden.
ErgÃ¤nzend hat sie vorgetragen, der Gestaltungsspielraum der Beklagten finde seine Grenzen in dem verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz sowie den

allgemeinen GrundsÃ¤tzen des Beitragsrechts. MaÃgeblich gehe es darum, weshalb der HÃ¶chstbetrag, anders als der Mindestbetrag nicht den Umfang des Versorgungsauftrags berÃ¼cksichtige. Es sei nicht zu erkennen, warum ein Arzt mit einer hÃ¤lftigen Zulassung im Rahmen der wirtschaftlichen LeistungsfÃ¤higkeit einmal schutzbedÃ¼rftig (Mindestbetrag) und einmal nicht schutzbedÃ¼rftig sein solle (HÃ¶chstbetrag). Diesen Umstand scheine die Beklagte ab dem Quartal IV/15 selbst erkannt zu haben, da sie ab diesem Zeitpunkt die Regelung zum Mindestbetrag gÃ¤nzlich aus Â§ 8 Abs. 2 BDO gestrichen habe. ÃrzTe mit einem hÃ¤lftigen Versorgungsauftrag mÃ¼ssten faktisch die doppelten ÃBD-BeitrÃ¤ge entrichten.Â

Die Beklagte hat vorgetragen, der Widerspruchsbescheid beziehe sich auf die Widerspruchsschreiben. Diese seien im Namen von Dres. A. und Kollegen eingelegt worden. Rechtsgrundlage fÃ¼r die Festsetzung der Umlage sei Â§ 3 Abs. 7 ihrer Satzung. Danach erhebe sie zur DurchfÃ¼hrung ihrer gesetzlichen Aufgaben BeitrÃ¤ge, die in einem einheitlichen Vomhundertsatz der VergÃ¼tungen fÃ¼r Ã¤rztliche TÃ¤tigkeiten bestÃ¼nden und/oder GebÃ¼hren, die in einem einheitlichen festen Satz oder der VergÃ¼tungen fÃ¼r Ã¤rztliche TÃ¤tigkeiten bestehen kÃ¶nnten. Diese Satzungsreglung basiere wiederum auf der ErmÃ¤chtigungsgrundlage in Â§ 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V. Nach Bundessozialgericht, Urteil vom 17. August 2011 â B 6 KA 2/11 R -, sei es mit dem Gleichheitssatz und dem Ãquivalenzprinzip vereinbar, den gesamten Umsatz aus der vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit als Bemessungsgrundlage fÃ¼r die Erhebung von MitgliedsbeitrÃ¤gen durch eine KassenÃ¤rztliche Vereinigung zugrunde zu legen. Demnach werde der Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG durch die Heranziehung der gesamten HonorarsÃ¤tze als Bemessungsgrundlage fÃ¼r die Beitragserhebung nicht verletzt. Dies bedeute im Rahmen einer vorteilsbezogenen Beitragsbemessung nach Bundessozialgericht, Urteil vom 28. November 2007 â B 6 KA 1/07 R -, dass BeitrÃ¤ge im VerhÃ¤ltnis der Beitragspflichtigen zueinander vorteilsgerecht zu bemessen seien. Der Zweck der Anpassung der âÃBD-Umlageâ an den Umfang des Arztsitzes in Bezug auf die Mindestumlage bestehe darin, den jeweiligen Arzt nicht Ã¼ber seine wirtschaftliche LeistungsfÃ¤higkeit hinaus zu belasten. Es sei auch zulÃ¤ssig, im Rahmen der Ausgestaltung einer Beitragserhebung entsprechend dem Gedanken der Solidargemeinschaft wirtschaftlich schwÃ¤chere Mitglieder auf Kosten der leistungsstÃ¤rkeren durch eine gewisse Abstufung der Beitragsleistungen nach MaÃgabe der wirtschaftlichen LeistungsfÃ¤higkeit zu entlasten. Auch im Hinblick auf hÃ¶here Kostenbelastungen fÃ¼hre die Heranziehung der abgerechneten UmsÃ¤tze nicht zu einer Ungleichbehandlung. ÃrzTe mit hohen Honoraren wÃ¼rden durch den HÃ¶chstbetrag besser gestellt gegenÃ¼ber Konstellationen ohne HÃ¶chstbetrag. So wÃ¼rde sich fÃ¼r Frau Dr. D. bei einem Honorar von 82.691,39 â¬ ohne HÃ¶chstbetrag eine ÃBD-Umlage von 1.653,83 Euro ergeben. Die Sonderumlage sei zur Finanzierung des besonderen Bedarfs des Ãbergangs von der alten Organisationsform des Bereitschaftsdienstes zur neuen in den Quartalen I bis IV/14 erhoben worden. Zum Quartal III/15 sei die HÃ¶chstgrenze auf 750 â¬ angehoben worden. Zum Quartal IV/15 sei der Mindestbetrag aufgehoben worden.Â

Mit Urteil vom 21. November 2018 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und

zur BegrÃ¼ndung ausgefÃ¼hrt, das Vorverfahren sei mit Erlass des Widerspruchsbescheides vom 1. Juni .2016 abschlieÃ□end durchgefÃ¼hrt worden. Der Honorarbescheid fÃ¼r das Quartal I/14 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Juni 2016 sei hinsichtlich der allein angefochtenen Ã□BD-Umlage rechtmÃ¤Ã□ig und nicht aufzuheben. Die KlÃ¤gerin habe keinen Anspruch auf Verpflichtung der Beklagten, unter BerÃ¼cksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts die Umlage sowie die Sonderumlage fÃ¼r die bei ihr tÃ¤tigen VertragsÃ¤rzte neu zu berechnen und sie entsprechend zu bescheiden. Soweit die KlÃ¤gerin der Auffassung sei, das Umlagesystem nach Â§ 8 Abs. 2 BDO fÃ¼hre zu einer erheblichen Benachteiligung aller Facharztgruppen, die naturgemÃ¤Ã□ zwar hÃ¶here UmsÃ¤tze als andere Fachgruppen erzielen kÃ¶nnten, jedoch auch erhebliche hÃ¶here Kostenbelastungen zu tragen hÃ¤tten, und verstoÃ□e damit gegen den Gleichheitsgrundsatz sowie die allgemeinen GrundsÃ¤tze 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 wÃ¼rden die Kosten fÃ¼r den Notdienst mitfinanziert. Es sei nicht zu beanstanden, wenn nach der Satzung als Sicherstellungs- und Verwaltungskostenumlagen einheitliche, fÃ¼r alle VertragsÃ¤rzte in derselben HÃ¶he geltende ProzentsÃ¤tze des jeweiligen Honorars erhoben werden. Ein lineares AnknÃ¼pfen an die HonorarumsÃ¤tze sei fÃ¼r die Erhebung der BeitrÃ¤ge zum Ã¤rztlichen Bereitschaftsdienst nicht zu beanstanden. Mit der Begrenzung auf einen HÃ¶chstsatz von 600,00 Euro im Quartal wÃ¼rden die umsatzstarken Praxen bevorzugt. Der HÃ¶chstsatz 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 AnknÃ¼pfen an den Honorarumsatz knÃ¼pfe jedenfalls hinreichend am Nutzen der vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit 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 kÃ¶nne der Normgeber pauschalierend unterstellen, dass in diesen Umsatzbereichen im Regelfall bei einem hÃ¤lftigen Versorgungsauftrag geringere UmsÃ¤tze und ein geringerer Nutzen bestehe. Eine Benachteiligung mit den umsatzstarken Praxen, die im Vergleich zu einer linearen Beitragserhebung ohne Obergrenze wesentlich stÃ¤rker geschÃ¼tzt wÃ¼rden, kÃ¶nne darin nicht gesehen werden. Die Abrechnung der Ã□rzte der KlÃ¤gerin zeige gerade die BegÃ¼nstigung umsatzstarker Leistungserbringer durch die Obergrenze. Insgesamt wÃ¼rde im Quartal I/14 eine rein lineare Umlage von 2 % zu einem Betrag der KlÃ¤gerin insgesamt von 12.908,26 Euro ohne die Sonderumlage â□□ bei ebf. rein linearer Umlage von nochmals 3.227,07 Euro â□□ fÃ¼hren, wobei bis auf Frau Dr. E. der Beitrag aller Ã□rzte mit einem nur hÃ¤lftigen Versorgungsauftrag Ã¼ber der Obergrenze von 600,00 Euro liegen wÃ¼rde, nÃ¤mlich zwischen 867,34 Euro (Dr. F.) und 1.845,01 Euro (Dr. G.).Â

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

Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt vor, das Sozialgericht sei auf ihren Vortrag zu den GrundsÃ¤tzen des Beitragsrechts und insbesondere des Ãquivalenzprinzips nur unzureichend eingegangen. Insbesondere sei fraglich, warum bei hÃ¶heren UmsÃ¤tzen aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit regelmÃ¤Ãig auch der Umfang des materiellen und immateriellen Nutzens steigen solle, den ein Vertragsarzt aus der Existenz und der AufgabenerfÃ¼llung einer KassenÃ¤rztlichen Vereinigung ziehe. Unklar bleibe, worin der Vorteil einer hÃ¶heren Beitragsbelastung fÃ¼r die ÃBD-Umlage fÃ¼r umsatzstarke Fachgruppen im Vergleich zu umsatzschwÃ¤cheren Fachgruppen liegen solle. Die Differenzierung bei der Bemessung der Umlage sei willkÃ¼rlich und nicht nachvollziehbar. Richtigerweise mÃ¼sse auch die Umlage entsprechend der tatsÃ¤chlichen Teilnahme am ÃBD im Sinne des Versorgungsauftrages erfolgen, da sonst die Ãrzte Ã¼ber ihre eigentliche Teilnahmeverpflichtung hinaus belastet wÃ¼rden. Nach dem Ãquivalenzprinzip dÃ¼rfe die HÃ¶he der Umlage nicht im MissverhÃ¤ltnis zu dem Vorteil stehen, den sie abgelten solle. Ein angemessenes VerhÃ¤ltnis zwischen Nutzen und Kosten sei bei dem rein umsatzorientierten Umlagesystem des ÃBD unabhÃ¤ngig von dem tatsÃ¤chlichen Umfang der Teilnahmeverpflichtung gerade nicht gegeben. Â§ 8 Abs. 2 BDO, der seit dem Quartal IV/2015 gestrichen worden sei, benachteilige sÃ¤mtliche Facharztgruppen mit hÃ¶heren Brutto-Einkommen, die keine vollen Versorgungsauftrag besÃ¤Ãen, ohne sachlichen Grund. Dass umsatzschwÃ¤chere Fachgruppen auch einen geringeren Nutzen hÃ¤tten, kÃ¶nne sachlich nicht nachvollzogen werden, da die Kostenquoten zwischen den unterschiedlichen Fachgruppen deutlich divergierten. Insbesondere bleibe der zwingende grÃ¶Ãere Nutzen umsatzstÃ¤rkerer Fachgruppen bei bruttoumsatzbezogener Beitragszahlung zur ÃBD unklar, wenn dies nach Versorgungsumfang zur Teilnahme am ÃBD herangezogen wÃ¼rden. Der Vorteil einer hÃ¶heren Gewinnerwartung kÃ¶nne allein aus dem Umsatz der Praxen nicht hergeleitet werden. Die Bruttoeinnahmen lieÃen keinen RÃ¼ckschluss auf die tatsÃ¤chlichem, dem betroffenen Arzt zur VerfÃ¼gung stehenden liquiden Mittel und damit seiner LeistungsfÃ¤higkeit zu. Bei anderen Facharztgruppen stunden kaum nennenswerte oder zumindest nicht vergleichbare Kosten den Bruttoeinnahmen gegenÃ¼ber, gleichwohl wÃ¼rden dies aufgrund der geringeren Bruttoeinnahmen von vorherein niedriger eingestuft, obwohl sie ggf. sogar hÃ¶here Gewinne erwirtschaften kÃ¶nnten. Die AusfÃ¼hrungen des Sozialgerichts, dass die Beitragsobergrenze umsatzstarke Fachgruppen sogar begÃ¼nstige, trage im VerhÃ¤ltnis der Gesamtheit der VertragsÃ¤rzte untereinander deshalb nicht.
Bei den BeitrÃ¤gen zum ÃBD handele es sich nicht â wie bei den MitgliederbeitrÃ¤gen der kassenÃ¤rztlichen Vereinigung um VerwaltungsgebÃ¼hren. Es werde nicht darauf eingegangen, warum sich bei dem Umlagemindestbeitrag bei Ãrzten, deren Zulassung oder Anstellungsumfang nicht einem vollen Versorgungsauftrag entspreche, der Beitrag entsprechend des prozentualen Zulassungs- bzw. TÃ¤tigkeitsumfanges auf 50% bzw. 25 % reduziere, es an einer entsprechenden Regelung auch fÃ¼r den HÃ¶chstbeitrag indes fehle. Die BerÃ¼cksichtigung der KostensÃ¤tze als notwendige Voraussetzung im Rahmen der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) mÃ¼sse auch bei den Kosten des ÃBD erfolgen, zumal im Gegensatz zur EHV ein unmittelbarer individueller Vorteil aus der Beteiligung an den ÃBD-Kosten nicht folge.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 21. November 2018 aufzuheben und den Honorarbescheid fÃ¼r das Quartal I/14 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Juni 2016 hinsichtlich der Ãâ€BD-Umlage aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, unter BerÃ¼cksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts die Umlage sowie die Sonderumlage fÃ¼r die bei ihr tÃ¤tigen Ãâ€rzte neu zu berechnen und sie entsprechend neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Die Beklagte bezieht sich zur BegrÃ¼ndung auf die EntscheidungsgrÃ¼nde des erstinstanzlichen Urteils und wiederholt ihren erstinstanzlichen Vortrag. Durch die Begrenzung des Beitrags auf einen HÃ¶chstsatz von 600 Euro im Quartal wÃ¼rden umsatzstarke Praxen sogar bevorzugt. Da der HÃ¶chstsatz von 600 Euro bei 2%-iger Beitragserhebung einem Quartalsumsatz von 30.000 Euro entspreche, der weit unter dem Durchschnitt aller Praxen liege, knÃ¼pfe das AnknÃ¼pfen an den Honorarumsatz hinreichend an den Nutzen der vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit an. Eine Benachteiligung umsatzstarker Praxen kÃ¶nne nicht erkannt werden. Komme ein Arzt mit seiner hÃ¤lftigen Zulassung auf die UmsÃ¤tze eines vollzugelassenen Arztes, sei er aufgrund seiner vorliegenden wirtschaftlichen LeistungsfÃ¤higkeit nicht vergleichbar schutzwÃ¼rdig.Â
Bei der Ãâ€BD-Umlage handele es sich um eine Abgabe an die Beklagte. Mit ihr wÃ¼rden die Kosten fÃ¼r den Notdienst mitfinanziert. Die Umlage flieÃâ€ in das VerwaltungsvermÃ¶gen 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, fÃ¼r alle VertragsÃ¤rzte in derselben HÃ¶he geltende ProzentsÃ¤tze des jeweiligen Honorars erhoben wÃ¼rden. Bei typisierender Betrachtung steige mit hÃ¶heren UmsÃ¤tzen aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit regelmÃ¤Ãâ€ig auch der Umfang des materiellen und immateriellen Nutzens des Vertragsarztes. MaÃâ€stab sei daher nicht zwingend der Umfang des Versorgungsauftrages und der Umfang der sich hieraus ergebenden Verpflichtung zur Teilnahme am Ãâ€BD.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen wird auf den Inhalt der Gerichts- und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung waren.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die zulÃ¤ssige Berufung der KlÃ¤gerin ist nicht begrÃ¼ndet.
Das Urteil des Sozialgerichts vom 21. November 2018 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Zutreffend hat das Sozialgericht entschieden, dass der Honorarbescheid fÃ¼r das Quartal I/14 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Juni 2016 rechtmÃ¤Ãâ€ig ist und die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten verletzt. Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf NeubescheidungÂ

Gegenstand des Berufungs- wie auch schon des Klageverfahrens ist dabei allein die Festsetzung der Ã□BD-Umlage im streitgegenstÃ¤ndlichen Verwaltungsakt, weil die KlÃ¤gerin den Streitgegenstand bereits erstinstanzlich wirksam hierauf beschrÃ¤nkt hat. Eine derartige BeschrÃ¤nkung auf abtrennbare Regelungsteile des einheitlichen Honorarbescheides ist rechtlich zulÃ¤ssig (vgl. BSG, Urteile vom 23. Februar 2005 â□□ B 6 KA 77/03 R â□□, SozR 4-1500 Â§ 92 Nr. 2, Rn. 15 und vom 13. November 1985 â□□ 6 RKa 15/84 â□□ BSGE 59, 137, LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteile vom 20. November 2019 â□□ L 5 KA 2858/17 â□□, Rn. 24, juris und vom 26. Oktober 2014 â□□ L 5 KA 760/14 â□□ Rn. 33 juris).Â

Die Klage ist zulÃ¤ssig.Â

Insbesondere ist das nach Â§ 78 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erforderliche Vorverfahren durchgefÃ¼hrt und mit dem Widerspruchsbescheid vom 1. Juni 2016 abgeschlossen worden. Der Widerspruchsbescheid ist â□□ wie das Sozialgericht zutreffend festgestellt hat â□□ auch wirksam bekannt gegeben. ZunÃ¤chst ergeben sich keine ZustellungsmÃ¤ngel 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, Â§ 85 Rn. 8a). Auch soweit die KlÃ¤gerin rÃ¼gt, dass der Widerspruchsbescheid an die sechs Gesellschafter adressiert ist, obwohl die BerufsausÃ¼bungsgemeinschaft richtige Adressatin gewesen wÃ¤re, liegen MÃ¤ngel in der Bekanntgabe nach Â§ 85 Abs. 3 Satz 1 SGG nicht vor. Denn zwar ist eine BerufsausÃ¼bungsgemeinschaft in der Rechtsform einer GbR rechtsfÃ¤hig und beteiligtenfÃ¤hig i. S. v. Â§ 70 Nr. 1 SGG (vgl. BSG, Urteil vom 13. Mai 2015 â□□ B 6 KA 27/14 R Â , SozR 4-5540 Â§ 25 Nr. 1, Rn. 11), mit der Bezeichnung der sechs Gesellschafter der KlÃ¤gerin im Widerspruchsbescheid erfolgte aber gerade eine Bekanntgabe an die beteiligte GbR im Sinne von Â§ 85 Abs. 3 Satz 1 SGG, denn trotz des Zusatzes â□□persÃ¶nlich/vertraulichâ□□ im Adressfeld ergibt sich aus der BeschrÃ¤nkung der namentlich aufgefÃ¼hrten Ã□rzte auf die Gesellschafter der KlÃ¤gerin 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 KlÃ¤gerin als Privatpersonen der Widerspruchsbescheid bekannt gegeben wurde. Die Adressierung an die GbR in ihrer Zusammensetzung in dem betroffenen Quartal ist zulÃ¤ssig (vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 13. Februar 2008 â□□ L 11 KA 35/06 â□□, Rn. 24, juris).

Die Klage ist nicht begrÃ¼ndet.

Rechtsgrundlage fÃ¼r die Erhebung der Ã□BD-Umlage ist Â§ 8 (Finanzierung des Ã□BD) der Bereitschaftsdienstordnung der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung Hessen in der von der Vertreterversammlung am 25. Mai 2013 beschlossenen Fassung, in Kraft getreten am 1. Oktober 2013, geÃ¤ndert durch den Beschluss der Vertreterversammlung vom 14. Dezember 2013 (im Folgenden: BDO).Â

Nach Â§ 8 Abs. 1 BDO erfolgt die Finanzierung des Ã□BD auf der Grundlage der im

ÃBD abgerechneten Leistungen nach Â§ 7 Abs. 3, mit Ausnahme der (hessischen) Wegepauschale. Im ÃBD und im gebietsÃ¤rztlichen Bereitschaftsdienst, sofern dieser in ÃBD-Zentralen, die nach MaÃgabe Â§ 6 Abs. 3 finanziert werden, durchgefÃ¼hrt wird, erhebt die KVH einen allgemeinen einheitlichen Abzug (Betriebskostenabzug) von 35 % des Anteils des ordnungsgemÃ¤Ã abgerechneten, anerkannten und beregelten Honorars, der in einem Quartal die Summe der Stundenpauschalen gemÃ¤Ã Â§ 7 Abs. 1 Buchstabe a) Ã¼bersteigt. Reichen die ErtrÃ¤ge nach Abs. 1 nicht zur Deckung des Gesamtaufwandes nach Abs. 3 aus, wird nach Â§ 8 Abs. 2 BDO zusÃ¤tzlich eine einheitliche Umlage (Mitgliederumlage) unter allen abrechnenden Ãrzten und Psychotherapeuten sowie ermÃ¤chtigten KrankenhausÃ¤rzten nach folgender Regel erhoben: Prozentualer, einheitlicher Abzug je Quartal vom Honorar jedes abrechnenden Arztes und Psychotherapeuten sowie jedes ermÃ¤chtigten Krankenhausarztes mit einem festgelegten Mindestbeitrag und einem festgelegten HÃ¶chstbeitrag. Bei Ãrzten, deren Zulassung- oder Anstellungsumfang nicht einem vollen Versorgungsauftrag entspricht, reduziert sich der Mindestbeitrag entsprechend dem prozentualen Zulassungs- bzw. TÃ¤tigkeitsumfang auf 50% bzw. 25%. FÃ¼r ermÃ¤chtigte KrankenhausÃ¤rzte entspricht der Mindestbeitrag 50% des Mindestbeitrages eines voll zugelassenen Vertragsarztes. Die HÃ¶he des Abzugssatzes und des HÃ¶chstbetrages wird durch den Vorstand der KVH festgelegt. Die KVH finanziert aus den ErtrÃ¤gen der Umlagen nach den AbsÃ¤tzen 1 und 2 den gesamten Aufwand des ÃBD, einschlieÃlich der Zahlungen an ÃBD-Ãrzte gemÃ¤Ã Â§ 7 BDO. In diesem Zusammenhang stellt die KVH jeder ÃBD-Gemeinschaft zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben Mittel zur VerfÃ¼gung (Regionalbudget), soweit der Betrieb der ÃBD-Zentrale dies erfordert, insb. zur eigenstÃ¤ndigen Beschaffung von Dienstleistungen und Material unterhalb der Abschreibungsgrenze des Schwellenwertes fÃ¼r den Direktkauf nach der Beschaffungsrichtlinie der KVH. NÃ¤heres regeln die Â§Â§ 5 und 6. Der Vorstand kann ergÃ¤nzende Regelungen treffen (Â§ 8 Abs. 3 BDO). DarÃ¼ber hinaus gehenden Finanzbedarf nach Â§ 5 Abs. 6 finanziert die ÃBD-Gemeinschaft durch Beschluss der Mitgliederversammlung und Genehmigung durch die KVH. Der Abzug erfolgt analog der Regel der Mitgliederumlage nach Abs. 2 (Â§ 8 Abs. 4 BDO).Â

Im streitgegenstÃ¤ndlichen Quartal wurde aufgrund des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 25. Mai 2013 (Bl. 99 â 101 GA) die quartalsbezogene Umlage in HÃ¶he von 2% des Honorars erhoben, wobei ein Mindestbetrag in HÃ¶he von 100 Euro vorgesehen war und die HÃ¶he der Umlage auf hÃ¶chsten 600 Euro begrenzt war. ZusÃ¤tzlich wurde aufgrund des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 14. Dezember 2013 (Bl. 104 â 106) eine einmalige quartalsbezogene Sonderumlage in HÃ¶he eines Viertels der regulÃ¤ren Umlage (befristet bis zum Quartal IV/14) erhoben.Â

Da normativ keine besonderen Anforderungen an die Bestimmtheit der satzungsrechtlichen Regelungen geknÃ¼pft sind (vgl. insoweit aber BVerwG, Urteil vom 9. MÃ¤rz 1990, 8 C 20/88, NVwZ 1990, 867ff; OVG MÃ¼nster, Beschluss vom 16. Juli 2018, 11 A 226/17 NVwZ-RR 2018, 945 ff zu kommunalen Abgabensatzungen), ist die Regelung der konkreten HÃ¶he 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 â□□ wie hier â□□ die grundlegenden Bestimmungen Ã¼ber die Aufbringung der Mittel enthÃ¤lt. Eine Satzungsvorschrift auch fÃ¼r den Betrag der Kostenumlage ist nicht erforderlich. Dies kann die Vertreterversammlung vielmehr in anderer Weise normativ regeln (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 â□□ B 6 KA 44/03 R â□□, BSGE 94, 50, Rn. 102; BSG, Urteil vom 12. Mai 1993 â□□ 6 RKa 33/92 -, SozR 3-2500 Â§ 81 Nr. 5, juris Rn. 12; BSG, Urteil vom 3. September 1987 â□□ 6 RKa 1/87 -, SozR 2200 Â§ 368m Nr. 4, juris Rn. 13).

Damit galt nach Â§ 8 Abs. 2 BDO im streitgegenstÃ¤ndlichen Quartal fÃ¼r die Umlage zum Ã□BD ein prozentualer, einheitlicher Abzug je Quartal in HÃ¶he von 2 % vom Honorar jedes abrechnenden Arztes und Psychotherapeuten mit einem festgelegten Mindestbeitrag in HÃ¶he von 100 Euro, der sich entsprechend dem prozentualen Zulassungs- bzw. TÃ¤tigkeitsumfang reduzierte, und einem festgelegten HÃ¶chstbeitrag in HÃ¶he von 600 Euro, unabhÃ¤ngig vom Zulassungs- bzw. TÃ¤tigkeitsumfang.Â

Die Erhebung der Umlage ist nicht zu beanstanden.Â

Die Regelung zur â□□Finanzierung des Ã□BDâ□□ in Â§ 8 Abs. 2 BDO steht mit hÃ¶herrangigem Recht in Einklang.Â

ZunÃ¤chst war die Beklagte nach Â§ 81 Abs. 1 Satz 1 SGB V berechtigt, den Ã¤rztlichen Notdienst im Sinne von Â§ 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 Â§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V a.F. obliegt es den KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen, die vertragsÃ¤rztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) sicherzustellen. Zur Ausgestaltung des vertragsÃ¤rztlichen Notdienstes erlassen sie Not- bzw. Bereitschaftsdienstordnungen. Aufgrund ihres Sicherstellungsauftrages sind sie berechtigt, im Rahmen ihrer Satzungsautonomie den Notdienst selbststÃ¤ndig zu regeln (LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 20. November 2019 â□□ L 5 KA 2858/17 â□□, Rn. 29, juris). Nach Â§ 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 mÃ¼ssen die grundlegenden Bestimmungen Ã¼ber die Aufbringung der Mittel enthalten, wie etwa eine vom Honoraranspruch des Vertragsarztes einbehaltene Verwaltungskostenpauschale (Scholz in: Becker/Kingreen, 7. Aufl. 2020, SGB V Â§ 81 Â Rn. 4). Da der Beitragsbegriff in einer auf der Grundlage der ErmÃ¤chtigung in Â§ 81 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V erlassenen Satzungsregelung weit auszulegen ist, erfasst er auch die Kostenumlage fÃ¼r den Ã□rztlichen Bereitschaftsdienst (vgl. BSG, Urteil vom 3. September 1987 â□□ 6 RKa 1/87 â□□, SozR 2200 Â§ 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., Â§ 81 SGB V [Stand: 15. Juni 2020], Rn. 29; i.E. ebenso Scholz in: Becker/Kingreen, 7. Aufl. 2020, SGB V Â§ 81 Rn. 4).

In der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung ist geklÃ¤rt, dass die KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen im Rahmen der ihnen zukommenden Satzungsautonomie die fÃ¼r das Ã¶ffentliche Beitrags- und GebÃ¼hrenrecht geltenden verfassungsrechtlichen

MaÃstÃ¤be, insbesondere das Ãquivalenzprinzip, beachten mÃ¼ssen. Dies erfordert, dass zwischen der HÃ¶he des Beitrags und dem Nutzen des Beitragspflichtigen ein Zusammenhang besteht. HierfÃ¼r genÃ¼gt, dass die BeitragshÃ¶he nicht in einem groben MissverhÃ¤ltnis zu den Vorteilen steht, die der Beitrag abgelten soll (vgl. BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 â B 6 KA 34/12 R -, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 6, Rn. 20 m. w. N.; Urteil vom 17. August 2011 â B 6 KA 2/11 R -, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 4 Rn. 16 m. w. N.). Der allgemeine Gleichheitssatz des Art 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) verbietet, wesentlich Gleiches ohne zureichende sachliche GrÃ¼nde ungleich oder wesentlich Ungleiches willkÃ¼rlich gleich zu behandeln. Im Rahmen einer vorteilsbezogenen Beitragsbemessung bedeutet dies, dass die BeitrÃ¤ge auch im VerhÃ¤ltnis der Beitragspflichtigen zueinander grundsÃ¤tzlich vorteilsgerecht zu bemessen sind (BSG, Urteil vom 28. November 2007 â B 6 KA 1/07 R -, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 3 Rn. 21 unter Hinweis auf BVerwGE 92, 24, 26; 125, 384 jeweils Rn. 21).

FÃ¼r Verwaltungskostenbeitrï¿½ge, die VertragsÃ¤rzte an ihre KÃV zur Deckung von deren allgemeinem Finanzbedarf fÃ¼r die ErfÃ¼llung ihrer Aufgaben zu entrichten haben, hat das BSG entschieden, dass eine Beitragserhebung unter Heranziehung der abgerechneten UmsÃ¤tze aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit als Bemessungsgrundlage grundsÃ¤tzlich nicht gegen das Ãquivalenzprinzip (BSG, Urteil vom 17. August 2011 â B 6 KA 2/11 R â, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr 4, Rn. 17 â 23; BSG, Urteil vom 28. November 2007 â B 6 KA 1/07 R -, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 3 Rn. 19) verstÃ¶Ãt. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Vorteile, die den VertragsÃ¤rzten aus ihrer Mitgliedschaft in der KÃV und aus der Inanspruchnahme ihrer VerwaltungstÃ¤tigkeit erwachsen kÃ¶nnen, vielfÃ¤ltiger Art sind. Sie bestehen vor allem in der MÃ¶glichkeit zu Ã¤rztlicher BerufsausÃ¼bung im Rahmen der Versorgung der Ã¼berwiegend der gesetzlichen Krankenversicherung angehÃ¶renden BevÃ¶lkerung. Dabei kÃ¶nnen die VertragsÃ¤rzte auf die von der KÃV zur VerfÃ¼gung gestellten organisatorischen Strukturen und Einrichtungen zurÃ¼ckgreifen, welche die Ã¤rztliche TÃ¤tigkeit wesentlich erleichtern. Hierzu gehÃ¶rt auch (BSG, Urteil vom 17. August 2011 Â B 6 KA 2/11 R â, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 4, Rn. 17 â 23; BSG SozR 4-2500 Â§ 75 Nr. 2 Rn. 9; BSG , Urteil vom 28. November 2007 â B 6 KA 1/07 R -,SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 3 Rn. 19) die gesammelte und vom Risiko eines Forderungsausfalls befreite Abrechnung der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen mit den jeweiligen Krankenkassen der Patienten im Rahmen des Dienst- und Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung (Â§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Wenn fÃ¼r all diese Vorteile aus der Mitgliedschaft in der KÃV ein Beitrag erhoben wird, der lediglich wenige Prozentpunkte und damit nur einen geringen Bruchteil der insgesamt vom Vertragsarzt Ã¼ber die KÃV abgerechneten Honorare ausmacht, ist ein grobes MissverhÃ¤ltnis zwischen dem AusmaÃ dieser Vorteile und der BeitragshÃ¶he Â grundsÃ¤tzlich â nicht gegeben (BSG, Urteil vom 17. August 2011 â B 6 KA 2/11 R â, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 4, Rn. 17 â 23; BSG, Urteil vom 28. November 2007 Â B 6 KA 1/07 R -, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 3 Rn. 19). Ein VerstoÃ gegen das Ãquivalenzprinzip folgt dabei nach hÃ¶chstrichterlicher Rechtsprechung auch nicht daraus, dass von den in den Honorarzahlungen enthaltenen BetrÃ¤gen, die der Abgeltung der im Zusammenhang mit der vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit anfallenden Kosten dienen, ebenfalls BeitrÃ¤ge abzufÃ¼hren sind. Denn die

Abrechnung und Auszahlung (Refinanzierung) dieser Kostenanteile durch die KÃV bringt fÃ¼r den Vertragsarzt gleichfalls einen erheblichen Vorteil mit sich (BSG, Urteil vom 17. August 2011 â B 6 KA 2/11 R â, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 4, Rn. 20; BSG, Urteil vom 28. November 2007 â B 6 KA 1/07 R -, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 3 Rn. 19 unter Hinweis auf BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 Â§ 72 Nr. 2, Rn. 92).Â

Die Erhebung der ÃBD-Umlage rechtfertigt sich dabei konkret aus dem sich aus der Sicherstellung der ambulanten vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten durch die KassenÃ¤rztliche Vereinigung nach Â§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V a. F. ergebenden Vorteil, denn ohne den organisierten allgemeinen Ãrztlichen Bereitschaftsdienst wÃ¤re jeder Vertragsarzt verpflichtet, im Rahmen seiner PrÃ¤senzpflicht auch auÃerhalb der angebotenen Sprechstunde fÃ¼r seine Patienten erreichbar zu sein oder individuell fÃ¼r eine qualifizierte Vertretung zu sorgen, vgl. Â§ 1 Abs. 1 BDO.

Auch aus der Erhebung der ÃBD-Umlage aus den in den Honorarzahlungen enthaltenen Kostenanteilen ergibt sich unter BerÃ¼cksichtigung der vorgenannten Aspekte kein VerstoÃ gegen das Ãquivalenzprinzip, denn es setzt nicht voraus, dass der Beitrag einen unmittelbaren wirtschaftlichen Vorteil des einzelnen ausgleicht oder dass dieser den gebotenen Vorteil tatsÃ¤chlich nutzt (BSG, Urteil vom 17. August 2011 â B 6 KA 2/11 R â, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 4, Rn. 22; unter Hinweis auf BVerwGE 109, 97, 111; zuletzt BVerwG, Urteil vom 25.8.2010 â 8 C 40/09 â ZIP 2010, 2363 ff; vgl. auch BVerfGE 92, 91, 115). Der Normgeber der Beitragssatzung Ã¼berschreitet deshalb mit einer solchen AnknÃ¼pfung den ihm erÃ¶ffneten Gestaltungsspielraum nicht (BSG, Urteil vom 28. November 2007 â B 6 KA 1/07 R -, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 3 Rn. 22 unter Hinweis auf: BVerwG NVwZ-RR 1992, 175, 176 zu InnungszusatzbeitrÃ¤gen; BVerfGE 111, 191, 214, 222 zu BeitrÃ¤gen an eine Notarkasse; BVerfGK 4, 349, 353 = NVwZ-RR 2005, 297, 298 zu BeitrÃ¤gen fÃ¼r das Zusatzversorgungswerk einer Apothekerkammer). Bei der gebotenen typisierenden Betrachtung kann die Annahme, dass mit hÃ¶heren UmsÃ¤tzen aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit regelmÃ¤Ãig auch der Umfang des materiellen und immateriellen Nutzens steigt, den ein Vertragsarzt aus der Existenz und der gesamten AufgabenerfÃ¼llung â hier der Organisation des Ãrztlichen Bereitschaftsdienstes â einer KÃV zieht, weder als grob fehlerhaft noch als mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise unvereinbar angesehen werden (vgl. BSG, Urteil vom 17. August 2011 â B 6 KA 2/11 R Â , SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 4, Rn. 22 m. w. N.).Â

Im Ãbrigen ist es jedoch nach hÃ¶chstrichterlicher Rechtsprechung unbeachtlich, in welchem Umfang ein Vertragsarzt die genannten Vorteile nutzt, da nicht die konkrete Nutzung, sondern die abstrakte NutzungsmÃ¶glichkeit maÃgeblich ist (BSG, Urteil vom 17. August 2011 â B 6 KA 2/11 R â, SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 4, Rn. 22).

Entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin mÃ¼ssen die KostensÃ¤tze auch nicht wie bei der Bemessung der BeitrÃ¤ge zur Erweiterten Honorarverteilung (vgl. BSG, Urteil vom 11. Dezember 2019 â B 6 KA 12/18 R â, SozR 4-2500 Â§ 87b Nr.) bei der Bemessung der ÃBD-Umlage berÃ¼cksichtigt werden. Nach der

Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 11. April 2018 â□□ L 4 KA 2/15 â□□, Rn. 92, juris) sollen â□□ anders als bei der Ã□BD-Umlage â□□ Â bei der EHV die BeitrÃ¤ge der Finanzierung einer umlagefinanzierten Alterssicherung dienen, die zudem den Zweck hat, â□□wirtschaftlich sicherndeâ□□ AnsprÃ¼che zu generieren, also zur Lebensstandardsicherung beizutragen, was wiederum von der (vorherigen) wirtschaftlichen LeistungsfÃ¤higkeit abhÃ¤ngt. Eine Vermutung, dass hÃ¶here UmsÃ¤tze einen hÃ¶heren Gewinn und damit eine hÃ¶here wirtschaftliche LeistungsfÃ¤higkeit zur Folge haben, mit dem Ziel, dass diesen Personen auch hÃ¶here Anwartschaften zukommen sollten, gibt es bei der Alterssicherung der VertragsÃ¤rzte durch die Erweiterte Honorarverteilung nicht, wÃ¤hrend â□□ wie ausgefÃ¼hrt â□□ bei der Ã□BD-Umlage mit hÃ¶heren UmsÃ¤tzen aus vertragsÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit regelmÃ¤Ã□ig auch ein hÃ¶herer Umfang des materiellen und immateriellen Nutzens angenommen werden kann. Daher reichen die in der bundesverfassungsgerichtlichen Rechtsprechung anerkannten RechtfertigungsgrÃ¼nde (vgl. BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 28. September 2010 Â 1 BvR 1660/08 -, juris, Rn. 10; BVerfGE 84, 348 ; 87, 234 ; stRspr; BVerfGE 63, 119 ; 84, 348