

---

## S 18 KA 420/20

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Marburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Gerichtsbescheid
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertragsarztrecht Kassenärztliche Vereinigung Notdienst Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD Beiträge Ärztlicher Bereitschaftsdienst Beiträge Privatärzte Einbeziehung Privatärzte Heranziehung Kostenbeteiligung Beitragshöhe Gleichheitsverstoß privatärztliche Tätigkeit
Leitsätze	Die Heranziehung und Kostenbeteiligung von Privatärzten zum bzw. am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist vom Gestaltungsspielraum des hessischen Landesgesetzgebers und der Ermächtigungsgrundlage des § 23 Nr. 2 HessHeilberG gedeckt.  Die von der Beklagten in ihrer Bereitschaftsdienstordnung aufgenommene Regelung zur Berechnung der Beitragshöhe für die Kostenbeteiligung am ÄBD verstößt jedoch gegen den allgemeinen Gleichheitssatz aus <a href="#">Art. 3 Abs. 1 GG</a> , da bei der Berechnung der Beitragshöhe ohne sachliche Gründe im Fall der Vertragsärzte auf eine Berücksichtigung der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit verzichtet wird, während im Fall der Privatärzte gerade das

---

	Jahresbruttoeinkommen als Bezugsgröße dient.
Normenkette	Hessisches Heilberufsgesetz, § 23 Nr. 2 Bereitschaftsdienstordnung, § 8 Grundgesetz, Art. 3 Abs. 1

### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 18 KA 420/20
Datum	28.01.2022

### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

1. Die Bescheide der Beklagten vom 18.09.2019 und 09.03.2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.08.2020 werden aufgehoben.

2. Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

3. Der Streitwert wird auf 4.500,00 € festgesetzt.

â€

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit der Heranziehung zur Kostenbeteiligung am Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) in den Quartalen III/19 bis IV/19 und I/20 bis IV/20 aufgrund ausschließlich privatärztlicher Tätigkeit.

Der Kläger ist als Facharzt für Allgemeinmedizin in eigener Praxis in A-Stadt niedergelassen und ausschließlich privatärztlich tätig.

Mit Schreiben vom 20.03.2019 (gemeinsam mit der Landesärztekammer Hessen) und vom 15.05.2019 versandte die Beklagte ein an alle Privatärzte gerichtetes Rundschreiben über die Einbeziehung der Privatärzte in den Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (kurz: ÄBD). In den Schreiben teilte die Beklagte mit, dass eine Einbeziehung der Privatärzte in den ÄBD ab dem 01.07.2019 geplant sei. Sie informierte über das Procedere zur Teilnahme und machte Ausführungen zu den bestehenden Teilnahmevoraussetzungen und die beizubringenden Nachweise und informierte über Befreiungsgründe. Weiter stellte sie die finanziellen Rahmenbedingungen dar und verwies auf zukünftig jährlich ergehende Beitragsbescheide. Das Schreiben schloss mit der Bitte, sich bei Bedarf rechtzeitig zu einem Seminar

---

anzumelden und die erforderlichen Unterlagen einzureichen, damit ein reibungsloser Beginn der Mitwirkung im  $\ddot{A}$ BD gew $\ddot{a}$ hrleistet werden k $\ddot{A}$ nnne.

Am 18.09.2019 erlie $\ddot{A}$  die Beklagte einen Bescheid  $\ddot{A}$ ber die H $\ddot{A}$ he des zur Finanzierung des  $\ddot{A}$ BD zu leistenden Betrages f $\ddot{A}$ r die Quartale III/19 und IV/19. Nach  $\ddot{A}$  23 Heilberufsgesetz seien in eigener Praxis niedergelassene Privat $\ddot{A}$ rzte verpflichtet, am  $\ddot{A}$ BD der Beklagten teilzunehmen und sich an den Kosten des  $\ddot{A}$ BD zu beteiligen. Dabei w $\ddot{A}$ rden Privat $\ddot{A}$ rzte gem $\ddot{A}$   $\ddot{A}$  8 Abs. 3 Bereitschaftsdienstordnung (BDO) einen pauschalen  $\ddot{A}$ BD-Beitrag zahlen, dessen H $\ddot{A}$ he sich pro Quartal auf die H $\ddot{A}$ lfte des von den Vertrags $\ddot{A}$ rzten zu leistenden H $\ddot{A}$ chstbetrages belaufe. Der H $\ddot{A}$ chstbetrag f $\ddot{A}$ r die Vertrags $\ddot{A}$ rzte sei vom Vorstand der Beklagten gem $\ddot{A}$   $\ddot{A}$  8 Abs. 2 BDO auf 1.500,00  $\ddot{A}$  je Quartal festgelegt worden. Der Betrag f $\ddot{A}$ r die Quartale III/19 und IV/19 belaufe sich f $\ddot{A}$ r den Kl $\ddot{A}$ xger auf jeweils 750,00  $\ddot{A}$ . F $\ddot{A}$ r die Quartale vor der Umsetzung der Regelung zum 01.07.2019 w $\ddot{A}$ rden hingegen keine Beitr $\ddot{A}$ ge erhoben, sodass sich der Beitrag f $\ddot{A}$ r das Beitragsjahr 2019 auf insgesamt 1.500,00  $\ddot{A}$  belaufe.

Der anwaltlich vertretene Kl $\ddot{A}$ xger legte mit Schriftsatz vom 26.09.2019 Widerspruch gegen den Beitragsbescheid vom 18.09.2019 ein. Die Widerspruchsbegr $\ddot{A}$ ndung erfolgte am 29.10.2019. Hierin f $\ddot{A}$ hrte der Kl $\ddot{A}$ xger aus, er unterliege in keiner Weise der Disziplinar- und Finanzgewalt der Beklagten, da er ausschlie $\ddot{A}$ lich als Privatarzt zugelassen und t $\ddot{A}$ tig sei. Die Vorschriften des SGB V w $\ddot{A}$ rden auf ihn keine Anwendung finden. Daneben sei er auch kein Mitglied der Beklagten, zwischen ihm und der Beklagten best $\ddot{A}$ nden keinerlei Rechtsbeziehungen, weshalb er auch nicht die geforderten Zahlungen schulden w $\ddot{A}$ rde. Die Zahlungsverpflichtung k $\ddot{A}$ nnne nicht auf  $\ddot{A}$  23 Nr. 3 Heilberufsgesetz gest $\ddot{A}$ tzt werden. Der Gesetzgeber k $\ddot{A}$ nnne eine Zuordnung der Notdienstt $\ddot{A}$ tigkeit eines Kammerangeh $\ddot{A}$ rigen zu einer anderen K $\ddot{A}$ rperschaft als der Kammer, der er selbst angeh $\ddot{A}$ rt, nicht rechtswirksam anordnen. Es fehle an einer Anordnungsbefugnis des Landes, im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz f $\ddot{A}$ r die Berufsaus $\ddot{A}$ bung der Heilberufe, Berufsangeh $\ddot{A}$ rige den Regelungen einer bundesrechtlich bestimmten K $\ddot{A}$ rperschaft zu unterwerfen. Mangels einer rechtm $\ddot{A}$ igen Aus $\ddot{A}$ bung der Gesetzgebungskompetenz k $\ddot{A}$ nnne sich die Beh $\ddot{A}$ rde daher nicht auf eine wirksame gesetzliche Erm $\ddot{A}$ chtigungsgrundlage st $\ddot{A}$ tzen, aufgrund derer Berufsangeh $\ddot{A}$ rige im Sinne des  $\ddot{A}$  2 Abs. 1 Satz 1 Heilberufsgesetz zum Notdienst verpflichtet seien, wenn sich diese Verpflichtung nicht unmittelbar aus  [\$\ddot{A}\$  75 SGB V](#) ergebe. Damit fehle es insgesamt an einer wirksamen gesetzlichen Erm $\ddot{A}$ chtigungsgrundlage, aufgrund derer ein Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit nach [Art. 12 Abs. 1](#) Grundgesetz gerechtfertigt sein k $\ddot{A}$ nnnte. Hinzu komme, dass die auf  $\ddot{A}$  23 Heilberufsgesetz gest $\ddot{A}$ tzte Anordnung als Ausfluss der Selbstverwaltungst $\ddot{A}$ tigkeit der  $\ddot{A}$ rzteschaft nur gegen $\ddot{A}$ ber  $\ddot{A}$ rzten Wirkung entfalten k $\ddot{A}$ nnne, die an der Gestaltung der Regelung mittelbar oder unmittelbar h $\ddot{A}$ tten mitwirken k $\ddot{A}$ nnen, was auf ihn nicht zutreffen w $\ddot{A}$ rde. Er unterfalle als Privatarzt nicht der Regelungsgewalt der Beklagten, so dass auch die Notdienstordnung auf ihn keine Anwendung finden k $\ddot{A}$ nnne.

Der Kl $\ddot{A}$ xger erhielt am 24.06.2020 eine Zahlungserinnerung hinsichtlich der

---

offenen ÃBD-BeitrÃge in HÃhe von 1.500,00 â.

Am 09.03.2020 erlieÃ die Beklagte einen weiteren Bescheid Ãber die HÃhe des zur Finanzierung des ÃBD zu leistenden Betrages fÃr die Quartale I/20 bis IV/20. Sie setzte einen Beitrag von insgesamt 3.000,00 â fÃr das Beitragsjahr 2020 fest.

Gegen den Bescheid vom 09.03.2020 legte der KlÃger mit Schriftsatz vom 18.03.2020 ebenfalls Widerspruch ein. Die anschlieÃende Widerspruchsbeurteilung erfolgte nahezu inhaltsgleich zur Widerspruchsbeurteilung vom 29.10.2019.

AnschlieÃend stellte er mit Schriftsatz vom 09.04.2020 (eingegangen am Sozialgericht Darmstadt am 10.07.2020) einen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der zuvor erhobenen WidersprÃche. Zur BegrÃndung trug er unter anderem vor, die angefochtenen Bescheide seien offensichtlich rechtswidrig. Es fehle an einer Anordnungsbefugnis des Landes. Mangels einer rechtmÃÃigen AusÃbung der Gesetzgebungskompetenz durch den Landesgesetzgeber kÃnne sich die Beklagte nicht auf eine wirksame gesetzliche ErmÃchtigungsgrundlage stÃtzen.

Das Sozialgericht Darmstadt erklÃrte sich fÃr Ãrtlich unzustÃndig und verwies den Rechtsstreit an das zustÃndige Sozialgericht Marburg. Dort gelangte das Verfahren in die 12. Kammer (Az. S 12 KA 292/20 ER). Der dortige Vorsitzende verfasste am 24.07.2020 einen umfassenden rechtlichen Hinweis, in dem er unter anderem auf das von ihm entschiedene Verfahren [S 12 KA 304/19](#) verwies, welches derzeit am LSG Hessen (Az. [L 4 KA 18/20](#)) anhÃngig sei. Dort habe er entschieden, dass ein niedergelassener Arzt, der ausschlieÃlich privatÃrztlich tÃtig sei, zur Kostenbeteiligung am ÃBD der Beklagten herangezogen werden kÃnne. Ebenfalls sei der Rechtsweg zu den Sozialgerichten erÃffnet. Im Hinblick auf den Eilantrag werde mitgeteilt, dass ein solcher vorliegend nur dann Erfolg haben kÃnnte, wenn die Vollziehung fÃr den Antragsteller eine unbillige, nicht durch Ãberwiegende Ãffentliche Interessen gebotene HÃrte zur Folge hÃtte. Von einer solchen offensichtlichen Rechtswidrigkeit der RÃckforderungsbescheide kÃnne nicht ausgegangen werden.

Aufgrund des Hinweises nahm der KlÃger den Eilantrag zurÃck.

Die Beklagte entschied mit Widerspruchsbescheid vom 31.08.2020 Ãber die WidersprÃche des KlÃgers und wies diese als unbegrÃndet zurÃck. Die Beitragsbescheide vom 18.09.2019 und 09.03.2020 seien rechtmÃÃig. Rechtsgrundlage fÃr die Verpflichtung zur Kostenbeteiligung am ÃBD sei Â§ 23 Nr. 2 Heilberufsgesetz i. V. m. Â§ 26 Berufsordnung fÃr Ãrztinnen und Ãrzte in Hessen (BO) i. V. m. Â§ 8 Abs. 3 BDO. Der KlÃger sei ihr seitens der LandesÃrztammer Hessen (kurz: LÃKH) als in eigener Praxis niedergelassener Privatarzt und KammerangehÃriger fÃr die Einbeziehung in den ÃBD gemeldet worden. Somit sei er Privatarzt im Sinne des Â§ 23 Nr. 2 Heilberufsgesetz. Als Privatarzt bestÃnde die Pflicht am ÃBD der Beklagten teilzunehmen und sich an den Kosten des ÃBD zu beteiligen. Eine BefreiungsmÃglichkeit sei nach dem Heilberufsgesetz und der Berufsordnung nur hinsichtlich der Pflicht zur Teilnahme

---

vorgesehen. Während bei den vertragsärztlichen Leistungserbringern der ÄBD-Beitrag als Honorarabzug ermittelt werde, werde bei Privatärzten die Beitragsfestsetzung abweichend vorgenommen. Grundsätzlich werde bei Privatärzten zur Deckung des Gesamtaufwandes des ÄBD zusätzlich zum Betriebskostenabzug als pauschaler ÄBD-Beitrag die Hälfte des in § 8 Abs. 2 BDO genannten Höchstbeitrages je Quartal erhoben. Auf Antrag könne bei der Beitragserhebung für das jeweilige Beitragsjahr der prozentuale Abzug, der für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und ermächtigte Krankenhausärzte zur Anwendung komme, zugrunde gelegt werden. Als Bezugsgröße für die prozentuale Beitragsberechnung werde dafür das Jahresbruttoeinkommen aus ärztlicher Tätigkeit aus dem Kalenderjahr herangezogen, das zum Zeitpunkt des aktuellen Beitragsjahres zwei Jahre zurückliege (Vor-Vorjahr). Vom Antragsteller sei dem Antrag als Nachweis grundsätzlich der entsprechende Einkommenssteuerbescheid beizufügen. Alternativ könne auch eine, durch einen Angehörigen der steuerberatenden Berufe erstellte, Bescheinigung über das im Rahmen der privatärztlichen Tätigkeit generierte Honorar nach GO und / oder der UV-GO eingereicht werden. Die Beklagte selber verfüge über keine Möglichkeit bei Privatärzten Kenntnis über die Höhe des jährlichen Bruttoeinkommens aus ärztlicher Tätigkeit zu erlangen, weswegen die Kostenbeteiligungspflicht bei Privatärzten anders als bei Beitragspflichtigen nach § 8 Abs. 2 BDO nicht generell als prozentualer Abzug vom Honorar ausgestaltet sei. Sie berücksichtige mit der Möglichkeit der prozentualen Beitragsbemessung die unterschiedlichen Lebens- und Praxisplanungen und damit die individuellen Einkommensverhältnisse der Privatärzte. Die Berechnungsweise entspräche dem Äquivalenzprinzip und dem Gleichheitsgrundsatz, da die Berechnung sich auf schriftlichen Antrag nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen richten würde. Zudem werde die finanzielle Last des einzelnen Arztes auf einen Höchstbetrag begrenzt. Aus den nach § 8 Abs. 1 bis 3 BDO erhobenen Beiträgen finanziere die Beklagte den gesamten Aufwand des ÄBD, was zum Beispiel die Miete der Räumlichkeiten, die Gestellung des nichtärztlichen Personals, Sachmittel, Unterstützungsleistungen und die Stundenpauschalen für die dienstverrichtenden Ärzte umfasse. Sie verweise daneben auf den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Marburg vom 08.06.2020, Az. [S 12 KA 304/19](#). Dort hätte das Gericht die grundsätzliche Rechtmäßigkeit der Regelungen betreffend die Kostenbeteiligungspflicht von Privatärzten am ÄBD festgestellt. Soweit der Kläger rüge, dass sie nicht für die Einbeziehung der Privatärzte in den ÄBD zuständig sei, weise sie darauf hin, dass sie durch die Einbeziehung der Privatärzte in den ÄBD den landesgesetzlichen Auftrag aus § 23 Nr. 2 Heilberufsgesetz erfülle. Ihr Handeln stehe im Einklang mit der Auffassung des Ministeriums für Soziales und Integration und sei mit der LKH abgestimmt. Zunächst hätte sie ihre BDO unter Abstimmung mit der LKH mit Beschluss der Vertreterversammlung vom 02.12.2017 geändert. Mit dieser Änderung sei die satzungsrechtliche Einbeziehung der Privatärzte in das System des ÄBD erfolgt. Die Änderung sei für die Vertragsärzte sowie für die Privatärzte als neue Normadressen gemeinsam im Hessischen Ärzteblatt veröffentlicht worden. Eine weitere Änderung der BDO sei mit Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten vom 27.10.2018 erfolgt. Im Anschluss hätte die LKH als die hierfür

---

---

zuständige Satzungsgeberin ihre BO durch einen Beschluss ihrer Delegiertenversammlung vom 24.11.2018 geändert. Die Veröffentlichung der Änderungen der BO sei im Hessischen Ärzteblatt 2/2019 erfolgt. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration hätte die Änderung der BO der LÄKH nach Â§ 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt. Deshalb sei weder von einer Unzuständigkeit der Beklagte noch von einer Verfassungswidrigkeit des Heilberufsgesetzes auszugehen.Â

Der anwaltlich vertretene Kläger hat hiergegen am 15.09.2020 (Eingangsdatum bei Gericht) Klage erhoben. Zur Begründung hat er auf das Vorbringen im Widerspruchsverfahren und auf das Vorbringen im Eilverfahren zum Aktenzeichen S 12 KA 292/20 ER verwiesen. Darüber hinaus teilt er mit, die angefochtenen Beitragsheraushebungsbescheide der Beklagten seien rechtswidrig, da sie nicht über eine wirksame, die von der Beklagten ausgesprochenen Rechtsfolge tragende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage verfügen würde. Die Beklagte stütze sich auf Â§ 23 Ziff. 2 Hessisches Heilberufsgesetz (HBG) i.V.m. Â§ 8 Abs. 3 BDO. Diese Begründung sei nicht haltbar, da der Normadressat des HBG in erster Linie die Landesärztekammer sei, keinesfalls aber die Beklagte. Die Formulierung in Â§ 23 Ziff. 2 HBG reiche nicht aus, um ihm gegenüber eine wirksame, hinreichend konkrete Ermächtigungsgrundlage zu begründen. Dazu bedürfte es einer genauen gesetzlichen oder untergesetzlichen Regelung, die zumindest den Rahmen der Kostenlast, genauere Umlegungsvoraussetzungen und das Veranlagungsverfahren normiere. An diesen Voraussetzungen fehle es vorliegend erkennbar. Eine hessische landesrechtliche Regelung, die eine Beitragspflicht dezidiert regelt, gebe es nicht. Die hessische Berufsordnung enthalte keine Regelungen über eine Beitragspflicht von Ärztinnen und Ärzten, die an dem Bereitschaftsdienst nicht teilnehmen wollen oder können; ein bloßer Hinweis in Â§ 26 Abs. 2 Satz 1 BO auf die Regelung in der Bereitschaftsdienstordnung der Beklagten reiche jedenfalls nicht aus, um sämtlichen Ärztinnen und Ärzte, die vom Regelungsgehalt des HBG erfasst würden, wozu natürlich auch er gehöre, der Regelung einer Beitragspflicht einer anderen Körperschaft des öffentlichen Rechts, bei der diese Ärztinnen und Ärzte nicht Mitglied seien, zu unterstellen und originäre Eingriffsbefugnisse zu übertragen. Die Regelungskompetenz der Beklagten als Körperschaft des öffentlichen Rechts könne sich nur auf die Angelegenheiten ihrer Mitglieder erstrecken, nicht hingegen gegenüber Nichtmitgliedern. [Â§ 75 SGB V](#) regelt die genaue Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung. Nach [Â§ 75 Abs. 1b](#) Sätze 3 und [4 SGB V](#) seien die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zwar zur Leistungserbringung berechtigt, nicht aber verpflichtet. An keiner Stelle des Gesetzes würde sich eine Ermächtigungsgrundlage für die Beklagte ergeben, um gegenüber Nichtmitgliedern irgendwelche Sanktionen zu verhängen. Aus [Â§ 81 Abs. 5 SGB V](#) gehe eindeutig und unmissverständlich hervor, dass sich die Regelungshoheit der Beklagten ausschließlich auf ihre Mitglieder beschränke, mithin auf Vertragsärzte. Dies trüfe auf Privatärzte unter keinen Umständen zu, so dass die Privatärzte der Regelungshoheit der Beklagten unter keinen Umständen unterworfen sein könnten. Eine gegenteilige Annahme widerspreche sämtlichen Rechtsgrundsätzen in Bezug auf die Rechtssetzungsbefugnis und Regelungsgewalt von Körperschaften des öffentlichen Rechts. Gegenüber

---

Körperschaftsfremden Personen dürfte eine Körperschaft grundsätzlich nicht tätig werden. Daraus folge, dass aufgrund der BDO gegenüber dem Kläger keinerlei belastende Verwaltungsakte durch die Beklagte erlassen werden dürften, da es sich bei der BDO um Satzungsrecht der Beklagten handele, das nur für den originären Rechtskreis der Beklagten gegenüber ihren Mitgliedern Rechtswirkungen zeitigen könne. Eine Regelungs- und Eingriffskompetenz der Beklagten könne aber auch nicht durch einen einfachen Verweis in einem Landesgesetz, welches allgemein die Rechtsverhältnisse der Ärztinnen und Ärzte regelt, oder durch einen Verweis in einer untergesetzlichen Rechtsnorm, hier der BO der Landesärztekammer, begründet werden. Dazu fehle dem Hessischen Landesgesetzgeber und auch dem Satzungsgeber der Berufsordnung die materielle Rechtssetzungsbefugnis. Dessen ungeachtet sei eine ausdrückliche Übertragung hoheitlicher Eingriffsbefugnisse auf die Beklagte für den Fall der Beitragspflicht im Rahmen der Finanzierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes nach Maßgabe des § 8 Abs. 3 BDO weder durch das Heilberufsgesetz (§ 23 Ziff. 1, 24 HBG) noch durch die Berufsordnung Hessen (§ 26 BO) wirksam erfolgt. Aber selbst wenn man eine Regelungsbefugnis der Beklagten bejahen wolle, so müssten die Bescheide aufgehoben werden, da in den Bescheiden die Normenkette, aus der sich eine angebliche Eingriffsbefugnis ergeben würde, nicht explizit aufgeführt seien.

Der Kläger beantragt,

die Heranziehungsbescheide der Beklagten vom 18.09.2019 und vom 09.03.2020 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 31.08.2020 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung führt sie aus, der Widerspruchsbescheid vom 31.08.2020 sei betreffend der Heranziehung des Klägers zur Beteiligung an der Finanzierung des ÄBD rechtmäßig. Es werde auf die zutreffende Begründung in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid Bezug genommen und diese ausdrücklich auch zum Gegenstand des Beklagtenvorbringens im hiesigen Verfahren gemacht. Rechtsgrundlage für die Heranziehung des Klägers zur Zahlung eines Finanzierungsbeitrags sei § 23 Abs. 2 Nr. 2, 24 Heilberufsgesetz i.V.m. § 26 Abs. 2 HBO-Ä i.V.m. § 8 Abs. 3 BDO. § 23 Nr. 2 Heilberufsgesetz erweitere den Teilnehmerkreis des von der Beklagten organisierten ÄBD. Der Landesgesetzgeber hätte die Privatärzte bewusst in eine bereits bestehende Versorgungsstruktur eingegliedert. Entgegen dem Vorbringen des Klägers sei der Norm nicht zu entnehmen, dass die Landesärztekammer Hessen der Normadressat sei. Aus der gesetzlichen Pflichtbeteiligung folge zugleich das Bestehen eines Subordinationsverhältnisses, dass die Beklagte zum Handeln durch Verwaltungsakt in dem eng umgrenzten Bereich der Teilnahme- und Kostenbeteiligungspflicht am vertragsrechtlichen Notdienst berechtigt sei. Soweit der Kläger rüge, dass die Pflicht zur Kostenbeteiligung nicht konkreter im Hessischen Heilberufsgesetz selbst geregelt sei, sei darauf hinzuweisen, dass die Kammern nach § 10 Hessisches Heilberufsgesetz die Erhebungsverfahren für ihre

---

Beiträge, Gebühren und Auslagen auch in separaten Satzungsregelungen beschließen würden. Auch hier würden keine näheren Vorgaben zu den Verfahren durch den Landesgesetzgeber bestimmt. Der Kläger verkenne zudem, dass die Beklagte gemäß [Â§ 77 Abs. 3 SGB V](#) eine Körperschaft des öffentlichen Rechts sei, deren Haushalt vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration entsprechend [Â§ 78 Abs. 1 SGB V](#) überwacht werde und die auch im übrigen der Rechtsaufsicht des Landes unterliegen würde. Es seien auch keine Gründe dargelegt worden, warum die Regelungen der BDO nicht spätestens über den Verweis in Â§ 26 Abs. 2 HBO-Geltung für den Kläger beanspruchen sollten. Der vom Kläger aufgeführte Verweis in Â§ 24 Hessisches Heilberufsgesetz sei wiederum nicht eindeutig. Sie gehe hier von einem Versehen des Gesetzgebers aus, da die Nummerierung in Â§ 24 Satz 2 Hessisches Heilberufsgesetz nicht an die Änderung des Â§ 23 Hessisches Heilberufsgesetz angepasst worden sei. Dieses Versehen könne auch dergestalt gedeutet werden, dass die nähere Ausgestaltung der Pflichten des Â§ 23 Nr. 2 Hessisches Heilberufsgesetz unmittelbar der Beklagten hätte übertragen werden sollen. Der gesetzgeberische Wille sei nur unvollständig zum Ausdruck gekommen. Jedoch würde bei einer Auslegung im Sinne des Klägers die Absicht des Landesgesetzgebers, die bislang bestehenden Parallelstrukturen eines privat- und eines vertragsärztlichen Notdienstes mit der Gesetzesänderung zu beseitigen, gerade keine Verwirklichung in der Realität finden. Es bestünde auch kein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Die Beitragspflichtigen seien verschieden, sodass eine vollständige Gleichbehandlung nicht möglich sei. Der Großteil der Versicherten in Deutschland sei gesetzlich krankenversichert, weshalb Vertragsärzte rein tatsächlich die Verantwortung für eine viel größere Anzahl von Versicherten hätten und den Löwenanteil des Finanzbedarfs des ÜBD tragen würden. Privatärzte wiederum würden weniger Einschränkungen und finanziellen Belastungen unterliegen. Sie seien eine sehr heterogene Gruppe. 83 % der privatärztlich niedergelassenen Ärzte in Hessen würden der Altersklasse 50-59 oder älter angehören, weshalb eine abweichende Beitragserhebung gerechtfertigt sei. Der Umstand, dass privatärztliche Honorare der Vertragsärzte unberücksichtigt bleiben würden, sei vom Gestaltungsspielraum der Beklagten gedeckt. Zum einem müsse berücksichtigt werden, dass sie in einem viel stärkeren Ausmaß mit Honorarabzügen belastet würden und der Großteil ihres Praxiseinkommens bereits zur Beitragserhebung herangezogen würde. So würden sie bereits einen Höchstbeitrag bis zu 1.500,00 € pro Quartal zahlen. Zudem sei auch der zusätzliche Verwaltungsaufwand zu berücksichtigen, der zusätzliche Kosten verursachen würde und damit den ÜBD für alle Beitragsverpflichteten zusätzlich verteuern würde. Angesichts eines Anteils von nur 8,73 % PKV-Versicherte, die sich auf die gesamte hessische Ärzteschaft verteilen würde, erscheine es abwegig, dass sich bei Berücksichtigung relevante Mehreinnahmen generieren lassen würden. Des Weiteren sei die Heranziehung privatärztlicher Honorare von Vertragsärzten zur Bemessung von Kostenbeiträgen für den ÜBD der Beklagten rechtlich nicht möglich. Abschließend werde noch darauf hingewiesen, dass der Kläger keinen Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) rügen könne. Er sei nicht beschwert, da er sich gegen die prozentuale Beitragsbemessung und für die Festsetzung eines Pauschalbeitrages entschieden

---

hÄtte.

Mit VerfÄgung vom 15.11.2021 hat das Gericht die Beteiligten zu einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid gemÄÄ [Ä 105 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) angeÄrt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen ist.

EntscheidungsgrÄnde

Die Kammer konnte ohne mÄndliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach [Ä 105 SGG](#) entscheiden. Die Sache weist keine Schwierigkeiten tatsÄchlicher oder rechtlicher Art auf und der Sachverhalt ist geklÄrt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit VerfÄgung vom 15.11.2021 angeÄrt.Ä

Der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist erÄffnet. Insoweit wird auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. nur BSG, Beschluss vom 05.05.2021, Az. [B 6 SF 1/20 R](#)) verwiesen, der sich die Kammer anschlieÄt. Danach ist fÄr Streitigkeiten Äber die Teilnahme am ÄBD der Beklagten einschlieÄlich der Verpflichtung zur Kostenbeteiligung der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit erÄffnet. Eine Verweisung des Rechtsstreits ist nur dann geboten und zulÄssig, wenn der beschrittene Rechtsweg schlechthin, d. h. fÄr den Klageanspruch mit allen in Betracht kommenden KlagegrÄnden, nicht erÄffnet ist. Ist das Ä wie hier Ä nicht der Fall, entscheidet das angegangene Gericht des zulÄssigen Rechtsweges nach [Ä 17 Abs. 2 Satz 1 GVG](#) den Rechtsstreit unter allen in Betracht kommenden rechtlichen Gesichtspunkten.

Die Klage auf Aufhebung der Beitragsbescheide der Beklagten ist zulÄssig (I.) und begrÄndet (II.)

I. Die Klage ist zulÄssig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zustÄndigen Sozialgericht erhoben worden.Ä

II. Die Klage ist weiterhin auch begrÄndet.

Die angegriffenen Bescheide vom 18.09.2019 und 09.03.2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.08.2020 sind rechtswidrig und verletzen den KlÄger in seinen Rechten. Sie sind deshalb aufzuheben.

Gegenstand der Bescheide vom 18.09.2019 und 09.03.2020 ist die Verpflichtung des KlÄgers zur Kostenbeteiligung am ÄBD der Beklagten einschlieÄlich der Festsetzung der konkreten HÄhe der Kostenbeteiligung fÄr die Quartale III/19 bis IV/19 und I/20 bis IV/20.

WÄhrend die Kammer die Heranziehung und Verpflichtung des KlÄgers als Privatarzt zur Kostenbeteiligung am ÄBD durch die Beklagte fÄr grundsÄtzlich

---

rechtmäßig erachtet (1.), verstößt die Satzungsregelung zur Berechnung der Beitragshöhe zur Überzeugung der Kammer gegen den allgemeinen Gleichheitssatz aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) (2.).

1. Rechtsgrundlage für die Heranziehung des Klägers zur Kostenbeteiligung am ÜBD der Beklagten ist Â§ 23 Nr. 2 des hessischen Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausbildung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003, zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes vom 3. Mai 2018 (GVBl. S. 82) (im Folgenden HessHeilberG) i. V. m. Â§ 8 Abs. 3 Bereitschaftsdienstordnung der Beklagten.

Nach Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG haben Berufsangehörige im Sinne des Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 HessHeilberG, also Ärzte, die in eigener Praxis tätig sind und zu denen auch der Kläger gehört, am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teilzunehmen und sich an den Kosten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu beteiligen. Danach ist für die Einrichtung und Durchführung des ÜBD im Einzelnen für alle nach Â§ 23 des Heilberufsgesetzes verpflichteten Berufsangehörigen die Bereitschaftsdienstordnung der Beklagten in der von der Vertreterversammlung am 25.05.2013 beschlossenen Fassung, in Kraft getreten am 01.10.2013, zuletzt geändert am 27.10.2018 und 30.03.2019 (im Folgenden BDO), maßgebend.

Die Vorschrift des Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG wurde durch Art. 1 Nr. 15 Zehntes Gesetz zur Änderung des Heilberufsgesetzes vom 19.12.2016 (GVBl. Nr. 23 vom 27.12.2016, S. 329) neu eingefügt und trat zum 28.12.2016 in Kraft (Art. 2 Zehntes Gesetz zur Änderung des Heilberufsgesetzes). Nach der Entwurfsbegründung soll mit der Änderung die Möglichkeit eröffnet werden, dass auch ausschließlich privatärztlich niedergelassene Ärzte verpflichtend am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teilnehmen und sich an den dabei entstehenden Kosten zu beteiligen haben (vgl. LTag-Drs. 19/3742, S. 5).

Mit der Vorschrift hat der hessische Landesgesetzgeber eine ausdrückliche Verpflichtung aller niedergelassenen Ärzte, auch soweit sie ausschließlich privatärztlich tätig sind, zur Teilnahme am ÜBD der Beklagten und zur Kostenbeteiligung geschaffen und insoweit die Satzungsbefugnis der Landesärztekammer eingeschränkt. Es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb dies vom Gestaltungsspielraum des hessischen Landesgesetzgebers nicht gedeckt sein sollte.

Entgegen der Auffassung des Klägers fällt die Ausgestaltung des ÜBD als Teil des ärztlichen Berufsrechts gemäß [Art. 30, 70 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) in die Gesetzgebungskompetenz der Länder (vgl. Bristle, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, Â§ 17 Rn. 83).

---

Die in Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG geregelte Konzentration des ÃBD bei der Beklagten unter Einbeziehung der PrivatÃrzte verstÃÃt nicht gegen Verfassungsrecht. Dies gilt insbesondere hinsichtlich des vorgebrachten VerstoÃes gegen die Berufsfreiheit aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#). Die Ausgestaltung des ÃBD stellt eine BerufsausÃbungsregelung dar. Innerhalb der BerufsausÃbungsregelungen nimmt das BSG die Zuordnungen danach vor, ob die IntensitÃt des Eingriffs derjenigen einer Berufswahlregelung nahekommt. Entscheidend ist, ob der Kernbereich des Berufsfeldes betroffen ist oder ob nur ein â nicht statusrelevanter â minder schwerer Eingriff gegeben ist (zu diesen MaÃstÃben vgl. z. B. BSG, Urteil vom 31.01.2001, Az. [B 6 KA 24/00 R](#), Juris Rn. 24 und BVerfG, Beschluss vom 16.07.2004, Az. [1 BvR 1127/01](#), Juris Rn. 21 ff.). Die hier streitgegenstÃndliche ordnungsrechtliche Umsetzung einer fÃr alle Ãrzte geltenden berufsrechtlichen Pflicht unterfÃllt dem Organisationsrecht und betrifft als solche weder den Kernbereich der Ãrztlichen TÃtigkeit noch stellt sie einen schweren Eingriff in den Beruf des Arztes dar. Vielmehr ist die Regelung von dem Gemeinwohlziel eines effektiven Bereitschaftsdienstes getragen und als solche von dem weiten Gestaltungsspielraum des Landesgesetzgebers umfasst. Der ÃBD bleibt weiterhin Aufgabe aller niedergelassenen Ãrzte, so dass auch der befreite Arzt zur Finanzierung herangezogen werden kann. Die Umlage ist dazu bestimmt, die Kosten des Vorteils zu decken, den der einzelne Arzt aus der DurchfÃhrung des Ãrztlichen Bereitschaftsdienstes hat (vgl. VG Gelsenkirchen, Urteil vom 20.11.2013, Az. [7 K 4877/11](#), Juris Rn. 59 ff.).

Im Hinblick auf das dargestellte Gemeinwohlziel stellt sich die Regelung auch als verhÃltnismÃÃig dar. GrundsÃtzlich gilt bei der ÃberprÃfung von Gesetzen auf ihre VerhÃltnismÃÃigkeit, dass die Gerichte nur dann eingreifen kÃnnen, wenn die normative Regelung bezogen auf das ihr zugrunde liegende Gemeinwohlziel schlechthin ungeeignet, eindeutig nicht erforderlich oder â auch bei Anerkennung eines Beurteilungsspielraums â unzumutbar ist, also insbesondere dann, wenn die der Rechtsnorm zugrunde liegenden EinschÃtzungen so offensichtlich fehlerhaft sind, dass sie vernÃftigerweise keine Grundlage fÃr normative MaÃnahmen abgeben kÃnnen (s. BSG, Urteil vom 09.04.2008, Az. [B 6 KA 40/07 R](#) unter Verweis auf BSG, Urteil vom 08.03.2000, Az. [B 6 KA 12/99 R](#) und m. w. N.). Das ist hier indessen nicht der Fall. Insofern hat die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass aufgrund der bereits bei ihr bestehenden Strukturen eine Konzentration des ÃBD bei ihr erfolgen sollte.

Die Heranziehung von PrivatÃrzten durch die genannte Vorschrift und die weitergehenden Konkretisierungen durch Berufsordnung und Bereitschaftsdienstordnung ist mit dem Gleichheitssatz nach [Art. 3 Abs. 1 GG](#) vereinbar und deshalb verfassungsrechtlich unbedenklich. Es ist kein sachlicher Grund dafÃr ersichtlich, die PrivatÃrzte von der Sicherstellung der ambulanten Ãrztlichen Versorgung auÃerhalb der regulÃren Praxiszeiten auszunehmen. Es ist nicht zu beanstanden, wenn alle niedergelassenen Ãrzte am allgemeinen Notfalldienst teilzunehmen haben (vgl. BVerwG, Beschluss vom 18.12.2013, Az. [3 B 35/13](#), Juris Rn. 3; VG DÃsseldorf, Gerichtsbescheid vom 21.11.2016, Az. [7 K 3288/16](#), Juris Rn. 24 jeweils m. w. N.).

---

Der einzelne niedergelassene Arzt ist grundsätzlichen verpflichtet, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert (vgl. § 26 Abs. 3 BO). Der niedergelassene Arzt muss daher ggf. auch in den stundenfreien Zeiten seine Patienten versorgen. Die ärztliche Versorgung ist nicht auf gewisse Zeiträume (z. B. Sprechstunden, Werktag) beschränkt, sondern muss auch in zeitlicher Hinsicht umfassend sein (rund um die Uhr). Die Erfüllung dieser Aufgabe macht es, wenn nicht anderweitig vorgesorgt wird, erforderlich, für bestimmte Zeiten (insb. für die Wochenenden) einen Notfallvertretungsdienst zu organisieren. Hierbei handelt es sich um eine gemeinsame Aufgabe aller Ärzte, weshalb § 23 Nr. 2 HessHeilberG und § 26 Abs. 1 Satz 1 BO alle niedergelassenen Ärzte verpflichten, am ABD der Beklagten teilzunehmen. Der ABD entlastet den einzelnen Arzt von der Versorgung seiner eigenen Patienten in den Zeiten, in denen er eingerichtet ist (vgl. VG Gelsenkirchen, Urteil vom 20.11.2013, Az. [7 K 4877/11](#), Juris Rn. 51 ff.). Der ABD ist grundsätzlichen Aufgabe aller Ärzte.

§ 24 Abs. 1 Satz 2 HessHeilberG sieht eine Befreiung eines Arztes vom ABD nur aus wichtigem Grund bzw. § 26 Abs. 1 Satz 2 BO nur aus schwerwiegenden Gründen vor. Dies schließt den einzelnen Arzt, wenn schwerwiegende Gründe einer Teilnahme am ABD entgegenstehen, er aber dennoch seine Praxis versorgen kann. Die Befreiung von der Teilnahme am ABD führt aber nur dazu, dass der befreite Arzt nicht selbst am ABD teilnehmen muss. Der ABD bleibt weiterhin Aufgabe aller niedergelassenen Ärzte, so dass auch der befreite Arzt zur Finanzierung herangezogen werden kann. Die Umlage ist dazu bestimmt, die Kosten des Vorteils zu decken, den der einzelne Arzt aus der Durchführung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes hat (vgl. VG Gelsenkirchen, Urteil vom 20.11.2013, Az. [7 K 4877/11](#), Juris Rn. 59 ff.). Gerade aufgrund des Umstandes, dass durch die Einbeziehung der Privatärzte in den ABD der Beklagten die Trennung des privaten und des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes aufgegeben wurde und es nun nur noch den einen (allgemeinen) Bereitschaftsdienst für alle Ärzte gibt, entlastet die erhobene Umlage auch die Privatärzte von der Verpflichtung der umfassenden zeitlichen Versorgung der Patienten.

Bedenken hinsichtlich des Bestimmtheitsgrundsatzes aus [Art. 20 Abs. 3 GG](#) bestehen ebenfalls nicht. Die Norm selbst regelt klar die Verpflichtung aller niedergelassenen Ärzte, auch soweit sie ausschließlich privatärztlich tätig sind, zur Teilnahme und Kostenbeteiligung am ABD der Beklagten. Nicht zu beanstanden ist es, dass die Finanzierung bzw. Ausgestaltung der Kostenbeteiligung am ABD nicht direkt in § 23 Nr. 2 HessHeilberG geregelt ist, sondern sich erst über den Verweis in § 24 HessHeilberG auf § 26 Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. März 2019, zuletzt geändert am 01.12.2020 (HBL 1/2021, S. 31) und von dort in § 7, 8 BDO ergibt. Eine unmittelbare Ausgestaltung in § 23 Nr. 2 HessHeilberG ist hier nicht erforderlich, da es sich wie bereits zuvor dargelegt nur um einen organisationsrechtlichen Bereich handelt. Die Verpflichtung des Gesetzgebers, wesentliche Entscheidungen selbst zu treffen und die Schrankenbestimmung nicht anderen Stellen zu überlassen, gilt nur bei hier nicht einschlägigen statusrelevanten Berufsausübungsregelungen (vgl.

---

BSG, Urteil vom 18.03.1998, Az. [B 6 KA 23/97 R](#); Schnapp/Nolden in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Aufl. 2017, Â§ 4 Rn. 18-20).

Der Gesetzgeber konnte die weitere Ausgestaltung auch der LandesÄrzttekammer bzw. im Ergebnis der Beklagten Ä¼berlassen. Die LandesÄrzttekammer hat ihren verbliebenen Satzungsspielraum im Rahmen von Â§ 24 HessHeilberG ausgestaltet. Danach regelt das NÄrhere zu Â§ 23 die Berufsordnung. Sie hat insbesondere zu Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG vorzusehen, dass die Teilnahmeverpflichtung nur fÄ¼r einen bestimmten regionalen Bereich gilt und von ihr aus wichtigem Grund, insbesondere wegen kÄrperlicher Behinderung oder auÄergewÄhnlicher familiÄrer Belastung sowie wegen Teilnahme an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung, auf Antrag ganz, teilweise oder vorÄbergehend befreit werden kann. Der Umstand, dass Â§ 24 HessHeilberG offensichtlich nicht an die Änderung durch Art. 1 Nr. 15 Zehntes Gesetz zur Änderung des Heilberufsgesetzes angepasst worden ist, sondern unverÄndert geblieben ist, ist vorliegend unbeachtlich, da hier weder Fragen der Teilnahmeverpflichtung noch der Befreiung vom ÄBD Gegenstand des Verfahrens sind. Mit Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG ist jedenfalls die Beitragspflicht und damit auch die Beitragsgestaltung auf die Beklagte Ä¼bertragen worden.

Es bedarf keiner Regelung der LandesÄrzttekammer zur Umsetzung dieser Beitragsverpflichtung, sondern dieser Gegenstand ist aufgrund des Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG weitgehend ihrer Satzungsgewalt entzogen. Letztlich kann dies dahinstehen, da Â§ 26 Abs. 2 Satz 1 BO ausdrÄcklich auf die BDO verweist. Ein solcher Verweis verstÄt jedenfalls nicht gegen Â§ 23 Nr. 2, 24 HessHeilberG.

Demzufolge kann die Beklagte den KlÄger grundsÄtzlich zur Kostenbeteiligung am ÄBD heranziehen.

2. Die angegriffenen Bescheide sind dennoch rechtswidrig, da die in Â§ 8 BDO getroffene Regelung zur Berechnung der BeitragshÄhe gegen den allgemeinen Gleichheitssatz aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) verstÄt.

Nach Â§ 8 Abs. 1 BDO erfolgt die Finanzierung des ÄBD auf der Grundlage der im ÄBD abgerechneten Leistungen nach Â§ 7 Abs. 3, mit Ausnahme der Wegepauschalen im ÄBD. Im ÄBD und im gebietsÄrztlichen Bereitschaftsdienst, sofern dieser in ÄBD-Zentralen durchgefÄhrt wird, erhebt die Beklagte einen allgemeinen einheitlichen Abzug (Betriebskostenabzug) von 35 % des Anteils des ordnungsgemÄ abgerechneten, anerkannten und beregelten Honorars, der in der Diensteinheit die Summe der Stundenpauschalen gemÄ Â§ 7 Abs. 1 Buchstabe a. BDO Ä¼bersteigt.

GemÄ Â§ 8 Abs. 2 BDO wird, wenn die ErtrÄge nach Abs. 1 nicht zur Deckung des Gesamtaufwandes nach Abs. 4 ausreichen, zusÄtzlich ein jeweils einheitlicher ÄBD-Beitrag unter allen abrechnenden Ärzten und Psychotherapeuten sowie ermÄchtigten KrankenhausÄrzten nach folgender Regel erhoben:  
Ä Prozentualer, jeweils einheitlicher Abzug je Quartal vom Honorar jedes abrechnenden Arztes und Psychotherapeuten sowie jedes ermÄchtigten

---

Krankenhausarztes mit einem festgelegten Höchstbeitrag. Die Höhe des Abzugssatzes und des Höchstbetrages wird durch den Vorstand der KVH festgelegt.

Nach Â§ 8 Abs. 3 BDO wird bei PrivatÄrzten grundsätzlich abweichend von Abs. 2 zur Deckung des Gesamtaufwandes nach Abs. 4 zusätzlich zu den Erträgen nach Abs. 1 als pauschaler ÄBD-Beitrag die Hälfte des in Abs. 2 genannten Höchstbeitrages je Quartal erhoben. Das Beitragsjahr beginnt jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres. Näheres regelt der Vorstand.

Auf Antrag kann für das jeweilige Beitragsjahr abweichend von Satz 1 bei der Beitragserhebung der prozentuale Abzug nach Abs. 2 zugrunde gelegt werden. Als Bezugsgröße für die prozentuale Beitragsberechnung wird das Jahresbruttoeinkommen aus ärztlicher Tätigkeit aus dem Kalenderjahr herangezogen, das zum Zeitpunkt des aktuellen Beitragsjahres zwei Jahre zurückliegt (Vor-Vorjahr). Vom Antragsteller ist dem Antrag als Nachweis der entsprechende Einkommensteuerbescheid beizufügen. In besonderen Fällen kann der Vorstand auf Antrag entscheiden, dass eine abweichende Bezugsgröße für den Einzelfall berücksichtigt wird. Der Widerspruch und die Klage gegen die Beitragsbescheide haben keine aufschiebende Wirkung. Der Beitrag wird nach Möglichkeit mit den Ansprüchen des Privatärztes gegen die Beklagte verrechnet.

Weiter regelt Â§ 8 Abs. 4 BDO, dass die Beklagte aus den Erträgen nach den Absätzen 1 bis 3 sowie des pauschalierten Aufwandsersatzes nach Â§ 4 Abs. 5 BDO den gesamten Aufwand des ÄBD finanziert, einschließlich der Zahlungen an ÄBD-Ärzte gemäss Â§ 7 BDO.

Die in Â§ 8 Abs. 3 BDO getroffene Regelung zur Berechnung der Beitragshöhe des Klägers verstößt gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#).

Zu den für das öffentliche Abgabenrecht geltenden Maßstäben gehören das Kostendeckungsprinzip, das Äquivalenzprinzip sowie der Gleichheitsgrundsatz. Diese Grundsätze beanspruchen für alle Formen der Abgabenerhebung gleichermaßen Geltung. 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 (BSG, Urteil vom 30.10.2013, Az. [B 6 KA 1/13 R](#), Juris Rn. 22 f.).

Nach dieser Maßgabe liegt vorliegend ein Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) vor, da taugliche Vergleichsgruppen existieren, die ungleich behandelt werden (a), und für deren Ungleichbehandlung es an einer Rechtfertigung fehlt (b).

a) Entgegen der Auffassung der Beklagten handelt es sich bei Vertrags- und PrivatÄrzten um vergleichbare Gruppen, die im Hinblick auf die streitgegenständliche Regelung als wesentlich gleich zu erachten sind und deshalb auch gleichbehandelt werden müssen. Es kommt nicht darauf an, ob die

---

Heranziehung zum Bereitschaftsdienst aufgrund von unterschiedlichen Rechtsgrundlagen erfolgt, sondern für die Bildung der Vergleichsgruppen ist entscheidend, dass sowohl die Vertrags- als auch die Privatärzte verpflichtet sind, für die Betreuung ihrer Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert. Folgerichtig werden beide Gruppen nun auch in den selben Bereitschaftsdienst einbezogen, um die umfassende ärztliche Versorgung sämtlicher Patienten (egal ob gesetzlich oder privat versichert) rund um die Uhr vorzunehmen. Zwar mag die Einbeziehung der Vertragsärzte bislang primär aufgrund ihres Status als Vertragsarzt erfolgt sein und deren Versorgungsauftrag entsprechen. Durch die Anpassung von § 23 Nr. 2 HessHeilberufG und die nunmehr geregelte Einbeziehung sämtlicher Ärzte in den Bereitschaftsdienst der Beklagten handelt es sich aber gerade nicht mehr nur um einen rein vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst. Vielmehr besteht ein gemeinsamer Notdienst, dessen Organisation auf die Beklagte übertragen wurde. Der Umstand, dass die Einbeziehung der Vertragsärzte weiterhin über [§ 75 SGB V](#) hergeleitet wird, kann im Hinblick auf die gemeinsame Ausübung des Notdienstes keine wesentliche Ungleichheit zu der Einbeziehung von Privatärzten begründen. Gemeinsamer Oberbegriff der Vergleichsgruppen ist die Eigenschaft als niedergelassener Arzt.

Die Ungleichbehandlung der Vergleichsgruppen ergibt sich vorliegend daraus, dass bei der Berechnung der Beitragshöhe ohne sachliche Gründe im Fall der Vertragsärzte auf eine Berücksichtigung der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit verzichtet wird, während im Fall der Privatärzte gerade das Jahresbruttoeinkommen als Bezugsgröße dient.

b) Die festgestellte Ungleichbehandlung ist nicht gerechtfertigt, da im Hinblick auf die streitgegenständliche Regelung zwischen den Vergleichsgruppen keine Unterschiede von besonderer Art oder besonderem Gewicht vorliegen.

Für die Kammer ist vielmehr kein sachlicher Grund ersichtlich, weshalb bei der Berechnung der Beitragshöhe im Fall der Vertragsärzte auf eine Berücksichtigung der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit verzichtet wird, während im Fall der Privatärzte gerade das Jahresbruttoeinkommen als Bezugsgröße dient. Die privatärztliche Tätigkeit der Vertragsärzte unterliegt grundsätzlich den gleichen Regeln wie die Tätigkeit der ausschließlich privatärztlich tätigen Ärzte. Rechtlich führen sie neben der vertragsärztlichen Praxis eine privatärztliche Praxis (SG Marburg, Gerichtsbescheid vom 08.06.2020, Az. [S 12 KA 304/19](#), Juris Rn. 49, vgl. weiter BSG, Urteil vom 28.05.2008, Az. [B 6 KA 9/07 R](#), Juris Rn. 35 u. 46; BSG, Urteil vom 14.05.1997, Az. [6 RKa 25/96](#), Juris Rn.33; [BT-Drs. 15/1525, S. 112](#)).

Nach § 8 Abs. 2 Satz 2 BDO erfolgt bei den Vertragsärzten eine vorteilsbezogene Bemessung des Beitrages zum AB. Eine Berücksichtigung der Einnahmen aus einer daneben geführten privatärztlichen Praxis erfolgt nicht. Bei den Privatärzten ist eine vorteilsbezogene Bemessung des Beitrages zum AB auf Antrag nach § 8 Abs. 3 Satz 4 BDO ebenfalls möglich. Es erfolgt dann ein prozentualer Abzug vom Jahresbruttoeinkommen.

---

Sachliche Gründe dafür, diese gleichartigen Einnahmen im einen Fall der Privatärzte als einzige Bezugsgröße festzulegen, im anderen Fall der Vertragsärzte hingegen überhaupt nicht zu berücksichtigen, sind für die Kammer nicht ersichtlich. Der Aspekt der Vereinfachung des Verwaltungsverfahrens kann einen derart tiefgreifenden Gleichheitsverstoß jedenfalls nicht rechtfertigen. Entsprechende Bedenken hatte auch bereits die 12. Kammer des Sozialgerichts Marburg in einer Entscheidung aus dem Jahr 2020 ausdrücklich geäußert (SG Marburg, Gerichtsbescheid vom 08.06.2020, Az. [S 12 KA 304/19](#), Juris Rn. 52).

Gleiches gilt, soweit die Beklagte behauptet, dass die Einnahmen aus einer neben der vertragsärztlichen Tätigkeit ausgeübten privatärztlichen Tätigkeit geringer sein müssten als die Einnahmen von ausschließlich privatärztlich tätigen Ärzten. Dies mag zwar vielfach zutreffen, zwingend ist dieser Schluss indes nicht. So gibt es eine Reihe von Privatärzten, die nur eine kleine Praxis führen und dabei wenig Einnahmen erzielen. Gerade im Vergleich mit diesen Privatärzten scheint eine Ausklammerung von sämtlichen privatärztlich erzielten Einnahmen von Vertragsärzten gleichheitswidrig. Hieran ändert auch die Möglichkeit der prozentualen Beitragsbemessung nichts, die diese die Ungleichbehandlung nicht vollkommen beseitigen kann. Für die Kammer überzeugt der Einwand der Beklagten auch deshalb nicht, weil die Argumentation, dass Privatärzte wesentlich höhere Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit erwirtschaften, die in der Höhe mit denen eines nur nebenbei privatärztlich tätigen Vertragsarztes nicht zu vergleichen seien, nicht mit dem Einwand harmoniert, auf die Einnahmen von Vertragsärzten außerhalb ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit könne grundsätzlich nicht zugegriffen werden. Der Kammer ist ein solcher Erfahrungssatz, dass Vertragsärzte nicht zumindest im Einzelfall auch hohe Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit erzielen können, nicht bekannt.

Ein anderes Ergebnis ergibt sich auch nicht unter Berücksichtigung des Gesichtspunktes, dass die Vertragsärzte bereits in einem viel stärkeren Ausmaß mit Honorarabzügen belastet sein könnten und sie schon einen Höchstbetrag von bis zu 1.500,00 € zahlen müssten, weshalb eine weitere Berücksichtigung der privatärztlichen Tätigkeit unangemessen sein könnte. Denn wenn sich ein Vertragsarzt dazu entscheidet, neben seiner vertragsärztlichen Tätigkeit auch noch privatärztlich tätig zu werden, so führt er im Ergebnis zwei Praxen. Im Rahmen seiner privatärztlichen Tätigkeit ist er als vollwertiger Privatarzt zu betrachten mit der Folge, dass er in dieser Tätigkeit zur Aufrechterhaltung und Finanzierung des AB herangezogen wird. Zu Unrecht geht die Beklagte davon aus, dass sie keine Möglichkeit hätte, dass privatärztliche Honorar von Vertragsärzten zu berücksichtigen. Vielmehr gelingt ihr dies über § 8 Abs. 3 BDO. Danach gilt auch für die privatärztliche Tätigkeit eines Vertragsarztes, dass über § 8 Abs. 3 BDO ein pauschalierter Betrag bzw. bei Vorlage von Einkommenssteuerbescheiden ein prozentualer Abzug festgesetzt werden kann. Dass § 8 BDO in seiner Gesamtheit für die Konstellation von Ärzten, die sowohl vertragsärztlich als auch privatärztlich tätig werden, keine passgenaue Regelung enthält, ändert nichts an der rechtlichen Möglichkeit, jede privatärztliche Tätigkeit zu berücksichtigen.

---

Weiterhin verfährt auch das Argument nicht, dass nicht mit wesentlichen Mehreinnahmen zu rechnen sei. Hierbei handelt es sich nur um eine Vermutung, die sich ergibt da die Beklagte selbst vorträgt, keinen Einblick in die privatärztliche Tätigkeit von Vertragsärzten zu haben nicht weiter belegen lässt. Dem Umstand, dass der Anteil von Privatpatienten bei unter 10 % liegt, kommt keine besondere Bedeutung zu, da der Gesetzgeber mit der grundsätzlichen Einbeziehung aller Ärzte in den BGD der Beklagten zu erkennen gegeben hat, dass er jeden Privatarzt heranziehen will. Auf die Höhe der Mehreinnahmen im Einzelfall kam es dem Gesetzgeber dabei nicht an, sonst hätte er bei den Privatärzten eine Einkommensuntergrenze eingeführt, um sicherzustellen, dass der Verwaltungsaufwand nicht die zu erwartenden Mehreinnahmen übersteigt. Eine solche Regelung weist aber weder § 23 Nr. 2 HessHeilberufG noch die BDO der Beklagten auf. Es wäre der Beklagten in der Zukunft möglich, eine Einkommensuntergrenze unter Beachtung des Gleichheitssatzes also zum Beispiel für alle Einkommen aus privatärztlicher Tätigkeit festzuschreiben, wenn der Verwaltungsaufwand ihr andernfalls zu groß erscheint. Hinsichtlich der aktuellen Regelung zeigt gerade § 3 Abs. 7 BDO (Befreiung von der Teilnahmepflicht am BGD), dass der Umfang der (privatärztlichen) Tätigkeit weder hinsichtlich der Teilnahmeverpflichtung noch hinsichtlich der Finanzierungspflicht von entscheidender Bedeutung ist. Vielmehr gilt, dass jeder Arzt im Rahmen seiner vertragsärztlichen und / oder privatärztlichen Tätigkeit zur Teilnahme und Finanzierung des BGD verpflichtet ist.

Die zuvor festgestellte gleichheitswidrige Berechnung des pauschalen BGD-Betrages für Privatärzte führt jedenfalls zur Nichtigkeit der maßgeblichen Norm des § 8 Abs. 3 BDO.

Darüber hinaus bestehen Bedenken der Kammer, dass von den Privatärzten nur die Hälfte des in Abs. 2 genannten Höchstbeitrages je Quartal erhoben wird. Sachliche Gründe, warum der pauschale BGD-Beitrag bei Privatärzten niedriger angesetzt wird als bei den Vertragsärzten (derzeit 750,00 € statt 1.500,00 €), sind für die Kammer nicht ersichtlich. Die pauschale Herabsetzung des BGD-Beitrags für Privatärzte unabhängig vom Versorgungsauftrag (oder im Falle der Privatärzte einer vergleichbaren Größe) oder vom Einkommen, dürfte sich nicht mit dem Grundsatz einer vorteilsgerechten Bemessung in Einklang bringen lassen.

Der Kläger ist durch den Verstoß gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#) vorliegend auch beschwert. Entscheidend ist, dass der Kläger gegenüber der Vergleichsgruppe (hier: privatärztlich tätige Vertragsärzte) wie dargestellt ungleich behandelt wird und diese Ungleichbehandlung nicht verfassungsrechtlich gerechtfertigt ist. Der Umstand, dass der Kläger selbst keinen Antrag auf prozentuale Beitragsbemessung gestellt hat, spielt vorliegend für die Frage des Gleichheitsverstosses keine Rolle, da ein entsprechender Antrag des Klägers nichts daran ändern würde, dass er zur Beitragszahlung herangezogen wird, während die Vergleichsgruppe gerade keiner Beitragspflicht unterliegt.

Infolgedessen besteht für die in den Bescheiden vom 18.09.2019 und 09.03.2020

---

gegenüber dem Kläger festgesetzten KVB-Beträgen keine Rechtsgrundlage. Die Bescheide sind rechtswidrig und ersatzlos aufzuheben.

Entgegen der Auffassung der Beklagten muss ihr im vorliegenden Fall auch keine Gelegenheit gegeben werden, den Gleichheitsverstoß im laufenden Verfahren zu beseitigen. Gegenstand ist hier alleine die Überprüfung der Bescheide vom 18.09.2019 und 09.03.2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.08.2020 im Rahmen einer isolierten Anfechtungsklage gemäß [Â§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 1 SGG. Es handelt sich also gerade nicht um die Konstellation einer notwendigen Neubescheidung, da der Kläger von der Beklagten keine Leistung begehrt, sondern sich alleine gegen die ihm von der Beklagten auferlegten Verpflichtung zur Zahlung eines Beitrages zum KVB wendet. Insoweit unterscheidet sich der vorliegende Fall auch von dem vom BSG entschiedenen Fall zum Aktenzeichen [B 6 KA 47/14 R](#) (Urteil vom 17.02.2016), den die Beklagte anführt. In der dortigen Entscheidung beehrte der Kläger als Psychologischer Psychotherapeut die Vergütung nach der GOP Nr. 01102, was sich als problematisch darstellte, da die GOP im für Psychologische Psychotherapeuten maßgeblichen Abschnitt nicht aufgeführt war. Daran änderte sich alleine durch die Feststellung der Gleichheitswidrigkeit der Nichtaufnahme der GOP in den maßgeblichen Leistungsabschnitt nichts, was die Beklagte hinsichtlich der erst- und zweitinstanzlichen Verurteilung zur Auszahlung der streitigen GOP vor Probleme stellte. Hierauf entschied das BSG, dass dem Normgeber Gelegenheit gegeben werden müsse, eine verfassungsgemäße Regelung zu schaffen, bevor die Verwaltung erneut durch Verwaltungsakt entscheidet (vgl. BSG, a.a.O. Rn. 37). Diese Konstellation ist mit dem vorliegenden Fall nicht vergleichbar, da sich hier der Gleichheitsverstoß nur auf die Satzung der Beklagten bezieht, die es selbst in der Hand hat, eine neue verfassungsgemäße Regelung zu erlassen und hierauf aufbauend den Kläger (zukünftig) zur Kostenbeteiligung heranzuziehen.

Aus diesem Grund bedurfte es auch keiner Beiordnung der Landesärztekammer. Mit der Entscheidung wird nicht in deren Rechte eingegriffen.

Nach alledem war der Klage stattzugeben.

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

IV. Die Streitwertentscheidung ergeht als Beschluss.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 € anzunehmen ([Â§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Auszugehen ist von einer Umlage in Höhe von 750 € im Quartal. Dieser Betrag ist für die hier streitigen sechs Quartale (III/19, IV/19, I/20 bis IV/20) entsprechend

---

[§ 42 Abs. 3 Satz 1 GKG](#) hochzurechnen und ergibt den Betrag von 4.500,00 €.

Ä

Erstellt am: 01.02.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024