

---

## S 12 KA 304/19

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

|               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| Land          | Hessen                      |
| Sozialgericht | Sozialgericht Marburg       |
| Sachgebiet    | Vertragsarztangelegenheiten |
| Abteilung     | -                           |
| Kategorie     | Urteil                      |
| Bemerkung     | -                           |
| Rechtskraft   | -                           |
| Deskriptoren  | -                           |
| Leitsätze     | -                           |
| Normenkette   | -                           |

#### 1. Instanz

|              |                |
|--------------|----------------|
| Aktenzeichen | S 12 KA 304/19 |
| Datum        | 08.06.2020     |

#### 2. Instanz

|              |              |
|--------------|--------------|
| Aktenzeichen | L 4 KA 36/21 |
| Datum        | 27.07.2022   |

#### 3. Instanz

|       |            |
|-------|------------|
| Datum | 25.10.2023 |
|-------|------------|

I.Â Â Â Auf die Berufung des KlÃ¤gers wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Marburg vom 8. Juni 2020 aufgehoben.Â

II.Â Â Â Der Bescheid der Beklagten vom 22. Mai 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Juli 2019 wird insoweit aufgehoben als darin eine Verpflichtung des KlÃ¤gers zur Kostenbeteiligung am Ã¤rztlichen Bereitschaftsdienst festgestellt wird.Â

III.Â Â Â Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des Klage- und des Berufungsverfahrens unter Einschluss der zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung entstandenen notwendigen auÃergerichtlichen Kosten des KlÃ¤gers.

IV.Â Â Â Die Revision wird zugelassen.Â

â  
Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die kostenmÃÃige Heranziehung des KlÃ¤gers zum Ã¤rztlichen Bereitschaftsdienst (ÃBD).

---

Der 1947 geborene und ausschließlich privatärztlich tätige Kläger wurde auf seinen Antrag mit Bescheid vom 22. Mai 2019 gemäß § 3 Abs. 7b) Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (BDO) aus Altersgründen ab dem 1. Juli 2019 von der Teilnahme am ÄBD befreit. Die Beklagte teilte dem Kläger im Rahmen des Bescheides mit, dass unabhängig von dieser Befreiung eine Kostenbeteiligung am ÄBD bestehen bleibe. Den von dem Kläger wegen der Kostenbeteiligung am ÄBD hiergegen erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 31. Juli 2019 als unbegründet zurück. Mit Bescheid vom 18. September 2019 setzte die Beklagte gegenüber dem Kläger die Höhe des zur Finanzierung des ÄBD zu leistenden Beitrages (Quartale 3/2019 und 4/2019) auf jeweils 750,00 € fest, wogegen der Kläger unter dem 20. September 2019 Widerspruch erhob. Gegen den Beitragsbescheid der Beklagten vom 9. März 2020 für das Jahr 2020 erhob der Kläger unter dem 18. März 2020 Widerspruch.

Am 21. August 2019 hat der Kläger bei dem Sozialgericht Marburg gegen den Bescheid der Beklagten vom 22. Mai 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Juli 2019 Klage erhoben. Da er vom ÄBD befreit sei, sei er auch nicht an dessen Kosten zu beteiligen. § 24 des Hessischen Heilberufsgesetzes (HeilbG) sehe gerade eine Kostenpflicht nicht vor, sondern regle lediglich die Teilnahmeverpflichtung und Ausnahmen hiervon. § 23 Nr. 2 des HeilbG regle zudem die Kostenbeteiligung von Berufsangehörigen i.S. des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, die am ÄBD teilnehmen, aber nicht derjenigen, die vom ÄBD befreit seien. Auch § 26 Abs. 2 Satz 1 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen bestimme zwar, dass für die Einrichtung und Durchführung des ÄBD im Einzelnen für alle nach § 23 des HeilbG verpflichteten Berufsangehörigen die BDO maßgebend sei. § 8 Abs. 3 BDO sehe insoweit jedoch eine Kostenbeteiligung der Privatärzte nur für diejenigen vor, die an dem ÄBD teilnehmen und nicht für diejenigen, die hiervon befreit seien. Zudem sei eine Erhebung von Kosten i.H.v. 750,00 € nicht rechens. Die Finanzierung des ÄBD erfolge grundsätzlich auf Basis eines Abzuges von den im ÄBD erbrachten Leistungen (Betriebskostenabzug). Erst wenn diese Finanzierung nicht ausreiche, werde zusätzlich ein pauschaler Betrag erhoben. Die Beklagte könne sich nicht darauf berufen, dass nach den bisherigen Erfahrungen davon ausgegangen werden könne, dass die Finanzierung auf Basis eines Abzugs von den ÄBD erbrachten Leistungen (Betriebskostenabzug) nicht ausreiche und dies der Regelfall sein werde. Mit der Festlegung einer Pauschale, die sich auf die Hälfte des für die niedergelassenen Ärzte je Arzt und Quartal festgelegten Höchstbeitragssatzes beziehe, welcher vom Vorstand festgelegt werde, sei diese jeglicher Äberprüfungsmöglichkeit entzogen. Im Rahmen des Bescheides vom 22. Mai 2019 werde zudem nicht lediglich der Gesetzeswortlaut des HeilbG wiederholt, da eindeutig festgestellt werde, dass die Kostenbeteiligung trotz der Befreiung von der Teilnahme am ÄBD bestehen bleibe. An der Verwaltungsaktsqualität der Entscheidung könne kein Zweifel bestehen. Sie enthalte auch zudem eine Rechtsmittelbelehrung. Die Beklagte hat im Klageverfahren an ihrer Rechtsauffassung, dass eine Heranziehung des Klägers zu den Kosten des ÄBD rechens sei, festgehalten. Es bestünden vorliegend zudem Zweifel an der Zulässigkeit des Widerspruchs des Klägers gegen den Bescheid vom 22. Mai

---

2019, da dieser keine festlegende Regelung im Einzelfall zur Kostenbeteiligung am  $\ddot{A}$ rzBD enthalte. Dieser gebe nur den Gesetzeswortlaut des HeilbG wieder, habe damit lediglich Informationsgehalt und betreffe im  $\ddot{A}$ brigen die Teilnahmepflicht am  $\ddot{A}$ rzBD. Der Widerspruchsausschuss m $\ddot{A}$ ge vielleicht durch die Zur $\ddot{A}$ ckweisung des Widerspruchs des Kl $\ddot{A}$ gers als  $\hat{=}$ unbegr $\ddot{A}$ ndet $\hat{=}$  einen falschen Anschein erweckt haben. Soweit er fehlerhaft einen Verwaltungsakt angenommen und eine Sachentscheidung getroffen habe, habe er seine Entscheidungskompetenz  $\ddot{A}$ berschritten.  $\ddot{A}$ ber die H $\ddot{A}$ he der Kostenbeteiligung sei in diesem Bescheid keine Regelung getroffen worden. Die Festlegung der H $\ddot{A}$ he des  $\ddot{A}$ rzBD-Beitrages des Kl $\ddot{A}$ gers sei in einem gesonderten Bescheid erfolgt. Die BDO sehe in  $\ddot{A}$ § 8 Abs. 3 zudem explizit eine Kostenbeteiligung aller Privat $\ddot{A}$ rzte vor. Die M $\ddot{A}$ glichkeit einer Befreiung von der Kostenbeteiligung bestehe nach den Vorgaben der genannten Regelungen nicht. Es werde zudem angeregt, die Hessische Landes $\ddot{A}$ rztekammer als Satzungsgeberin der Berufsordnung f $\ddot{A}$ r die  $\ddot{A}$ rztinnen und  $\ddot{A}$ rzte in Hessen zu dem Verfahren beizuladen. Sofern die finanzielle Heranziehung des Kl $\ddot{A}$ gers in der hier praktizierten Form unrechtm $\ddot{A}$ sig sein sollte, m $\ddot{A}$ sste die Landes $\ddot{A}$ rztekammer Hessen ihre Berufsordnung entsprechend  $\ddot{A}$ ndern. Das Sozialgericht hat unter dem 17. Januar 2020 einen rechtlichen Hinweis erteilt und im Einvernehmen mit den Beteiligten durch Gerichtsbescheid die Klage abgewiesen, dem Kl $\ddot{A}$ ger die notwendigen Verfahrenskosten auferlegt und den Streitwert auf 9.000,00  $\hat{=}$  festgesetzt. Im Einzelnen hat das Sozialgericht in seiner Entscheidung vom 8. Juni 2020 ausgef $\ddot{A}$ hrt:

$\hat{=}$ Die Klage ist zul $\ddot{A}$ ssig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zust $\ddot{A}$ ndigen Sozialgericht erhoben worden. $\hat{=}$   
Der Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit ist er $\ddot{A}$ ffnet (vgl. bereits SG Marburg, Beschl. v. 03.06.2020  $\hat{=}$  [S 12 KA 305/19](#)  $\hat{=}$  nicht rechtskr $\ddot{A}$ ftig).

Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden u. a.  $\ddot{A}$ ber  $\ddot{A}$ ffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegeversicherung (Elftes Buch Sozialgesetzbuch), auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden ( $\ddot{A}$ § 51 Abs. 1 Nr. 2 Halbsatz 1 Sozialgerichtsgesetz  $\hat{=}$  SGG). $\hat{=}$   
Eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenversicherung liegt vor, wenn die vom Kl $\ddot{A}$ ger hergeleitete Rechtsfolge in den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung hat. Es gen $\ddot{A}$ gt aber auch ein enger sachlicher Zusammenhang mit der Verwaltungst $\ddot{A}$ tigkeit des betreffenden Tr $\ddot{A}$ gers (vgl. BSG, Beschl. v. 29.07.2014  $\hat{=}$  [B 3 SF 1/14 R](#)  $\hat{=}$  SozR 4-1500  $\ddot{A}$ § 51 Nr. 13, juris Rdnr. 16; BSG, Beschl. v. 01.04.2009  $\hat{=}$  [B 14 SF 1/08 R](#)  $\hat{=}$  [SozR 4-1500  \$\ddot{A}\$ § 51 Nr. 6](#), juris Rdnr. 15; Keller in Meyer-Ladewig, SGG, Komm., 12. Aufl. 2017,  $\ddot{A}$ § 51 Rn. 14a). $\hat{=}$

Die Beteiligten streiten um eine Verpflichtung des Kl $\ddot{A}$ gers zur Kostenbeteiligung am  $\ddot{A}$ rzlichen Bereitschaftsdienst der Beklagten (im Folgenden:  $\ddot{A}$ rzBD). $\hat{=}$   
Rechtsgrundlage f $\ddot{A}$ r die Verpflichtung des Kl $\ddot{A}$ gers zur Kostenbeteiligung am  $\ddot{A}$ rzlichen Bereitschaftsdienst der Beklagten ist  $\ddot{A}$ § 23 Nr. 2 des hessischen Gesetzes  $\ddot{A}$ ber die Berufsvertretungen, die Berufsaus $\ddot{A}$ bung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der  $\ddot{A}$ rzte, Zahn $\ddot{A}$ rzte, Tier $\ddot{A}$ rzte, 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 KV Hessen (BDO).Â

Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG verpflichtet die Ärzte in eigener Praxis am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teilzunehmen und sich an den Kosten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu beteiligen. Mit Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG hat der hessische Landesgesetzgeber eine ausdrückliche Verpflichtung aller niedergelassenen Ärzte, auch soweit sie ausschließlich privatärztlich tätig sind, zur Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und zur Kostenbeteiligung geschaffen. Er hat damit alle Ärzte gleichermaßen, was für die vertragsärztliche Tätigkeit bereits aus dem Status als Vertragsarzt folgt (vgl. BSG v. 12.12.2018 - B 6 KA 50/17 R - juris Rn. BSGE = SozR 4-2500 Â§ 95 Nr. 35, juris Rdnr. 39), für den Bereich des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes dem Regime der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unterstellt und insoweit die Satzungsbefugnis der Landesärztekammer eingeschränkt.Â

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst beruht auf dem Sicherstellungsauftrag der Beklagten für die gesetzliche Krankenversicherung ([Â§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)), der auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) umfasst ([Â§ 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V](#)). Die Verpflichtung des Klägers zur Kostenbeteiligung am Ärztlichen Bereitschaftsdienst steht in engem Zusammenhang mit der sozialrechtlichen Organisationsbefugnis der Beklagten für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Der Landesgesetzgeber hat insoweit den Kläger als Privatarzt trotz fehlender Mitgliedschaft bei der Beklagten der Organisationsbefugnis der Beklagten unterworfen. Damit besteht ein enger Zusammenhang mit der sozialrechtlichen Organisationsbefugnis der Beklagten.Â Von daher ist der Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit eröffnet.Â

Der Kläger wird durch den angefochtenen Bescheid beschwert. Gegenstand der Klage ist der Bescheid der Beklagten vom 22.05.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2019. Der Kläger wird durch diesen Bescheid beschwert.Â

Soweit die Beklagte im Ausgangsbescheid den Kläger von der Teilnahmeverpflichtung am Ärztlichen Bereitschaftsdienst befreit hat und damit seinem Antrag stattgegeben hat, wird der Kläger nicht beschwert. Hiergegen wendet sich der Kläger auch nicht.Â

Die Beklagte führt darüber hinaus im Ausgangsbescheid folgendes aus:  
- Unabhängig von dieser Befreiung bleibt eine Kostenbeteiligung am Ärztlichen Bereitschaftsdienst bestehen. Es kann dahinstehen, ob mit dieser Formulierung nicht lediglich ein Hinweis auf die aus Sicht der Beklagten so gegebene Rechtslage erfolgte. Dagegen spricht aber bereits der Umstand, dass die Beklagte den Ausgangsbescheid mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen hat und dadurch zum Ausdruck gebracht hat, über die Stattgabe des Antrags hinaus rechtsverbindlich handeln zu wollen. Jedenfalls hat die Beklagte aber in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid eine entsprechende Rechtspflicht festgestellt. Andernfalls hätte sie den Widerspruch als unzulässig zurückweisen müssen. Ausdrücklich wird im Widerspruchsbescheid festgestellt, dass wegen der Rechtmäßigkeit des Ausgangsbescheids eine Rechtsverletzung nicht vorliegt

---

und dass die Feststellung der generellen Kostenbeteiligung im Ausgangsbescheid nicht zu beanstanden ist. Jedenfalls damit hat die Beklagte eine verbindliche Feststellung über die Verpflichtung des Klägers zur Kostenbeteiligung getroffen und eine Regelung i. S. d. [Â§ 31 Satz 1 SGB X](#) getroffen.

Für die Frage, ob ein feststellender Verwaltungsakt vorliegt, kommt es allein auf den Empfängerhorizont, und nicht auf die Kompetenz des Widerspruchsausschusses an. Zweifel gehen zu Lasten der erlassenden Behörde. Im Übrigen ist nicht ersichtlich, weshalb es dem Widerspruchsausschuss verwehrt sein sollte, die strittige Feststellung zu treffen.

Nicht Gegenstand des angefochtenen Bescheids ist aber eine Festsetzung der Höhe der Kostenbeteiligung. Weder im Ausgangsbescheid noch im Widerspruchsbescheid werden hierzu Regelungen getroffen. Es wird im Widerspruchsbescheid vielmehr ausdrücklich auf einen gesonderten Bescheid verwiesen. Der Bescheid vom 18.09.2019, welcher die Höhe des BDB-Beitrages festlegt, wird nicht nach [Â§ 96 SGG](#) Gegenstand des Klageverfahrens. Er ändert den hier angefochtenen Ausgangsbescheid nicht ab und ersetzt ihn auch nicht. Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 22.05.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2019 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Die Klage war abzuweisen. Die Beklagte war zuständig für die Verpflichtung des Klägers zur Kostenbeteiligung

Nach Â§ 23 Nr. 2 des hessischen Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, 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) haben Berufsangehörige im Sinne des Â§ 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 HessHeilberG, also Ärzte, die in eigener Praxis tätig sind, 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 ärztlichen Bereitschaftsdienstes im Einzelnen für alle nach Â§ 23 des Heilberufsgesetzes verpflichteten Berufsangehörigen die Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 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 BDB), maßgebend. Die Finanzierung des BDB erfolgt auf der Grundlage der im BDB abgerechneten Leistungen nach Â§ 7 Abs. 3, mit Ausnahme der Wegepauschalen im BDB. Im BDB und im gebietsärztlichen Bereitschaftsdienst, sofern dieser in BDB-Zentralen durchgeführt wird, erhebt die KVH einen allgemeinen einheitlichen Abzug (Betriebskostenabzug) von 35 % des Anteils des ordnungsgemäß abgerechneten, anerkannten und beregelten Honorars, der in der Dienst Einheit die Summe der Stundenpauschalen gemäß Â§ 7 Abs. 1 BDO Buchstabe a. übersteigt (Â§ 8 Abs. 1 BDO). Reichen die Erträge nach Â§ 8 Abs. 1 BDO nicht zur Deckung des Gesamtaufwandes aus, wird zusätzlich eine einheitliche Umlage (Mitgliederumlage) unter allen abrechnenden Ärzten und Psychotherapeuten auf der Grundlage eines prozentualen Honorarumsatzes erhoben (Â§ 8 Abs. 2 BDO). Bei

---

Privatärzten wird, wenn auch abweichend hiervon, ebf. ein KBD-Beitrag erhoben (Â§ 8 Abs. 3 BDO). Die KVH finanziert aus den Erträgen der Umlagen nach den Absätzen 1 bis 3 sowie des pauschalierten Aufwundersatzes nach Â§ 4 Abs. 5 BDO bei verschuldetem Nichtantritt des Dienstes und wenn ein Vertreter nicht bestellt wird, wird ein Pauschalbetrag von 500,00 € fällig den gesamten Aufwand des KBD, einschließlich der Zahlungen an KBD-Ärzte gem. Â§ 7 BDO. In diesem Zusammenhang stellt die KVH jeder KBD-Gemeinschaft zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben Mittel zur Verfügung (Regionalbudget), soweit der Betrieb der KBD-Zentrale dies erfordert, insbesondere zur eigenständigen Beschaffung von Dienstleistungen und Material unterhalb der Abschreibungsgrenze des Schwellenwertes für den Direktkauf nach der Beschaffungsrichtlinie der KVH. Näheres regeln die Â§ 5 und 6. Der Vorstand kann ergänzende Regelungen treffen (Â§ 8 Abs. 4 BDO).

Damit war die Beklagte zuständig für die Heranziehung der Ärzte zur Finanzierung des von ihr eingerichteten ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Die Beklagte hat zu Recht festgestellt, dass der Kläger grundsätzlich zur Kostenbeteiligung am ärztlichen Bereitschaftsdienst herangezogen werden kann. Rechtsgrundlage für die Verpflichtung des Klägers zur Kostenbeteiligung am ärztlichen Bereitschaftsdienst der Beklagten ist Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG i. V. m. Â§ 8 Abs. 3 BDO.

Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG verpflichtet die Ärzte in eigener Praxis, was beim Kläger der Fall ist, am ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teilzunehmen und sich an den Kosten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu beteiligen. Die Vorschrift 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 auch an den dabei entstehenden Kosten zu beteiligen haben (vgl. LTag-Drs. 19/3742, S. 5).

Mit Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG hat der hessische Landesgesetzgeber, wie bereits ausgeführt, eine ausdrückliche Verpflichtung aller niedergelassenen Ärzte, auch soweit sie ausschließlich privatärztlich tätig sind, zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 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. Insofern hat die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass aufgrund der bereits bei ihr bestehenden Strukturen, sowohl hinsichtlich der Ermittlung des Finanzierungsbedarfs als auch der weiteren Verwaltungstätigkeiten, eine Konzentration des ärztlichen Bereitschaftsdienstes bei ihr erfolgen sollte. Verfassungsrechtliche Garantien sind für diese Bereiche nicht ersichtlich. Letztlich handelt es sich um Organisationsrecht, für die ein weiterer Gestaltungsspielraum auch des Landesgesetzgebers besteht.

Â§ 24 HessHeilberG gestaltet den verbliebenen Satzungsraum der Landesärztekammer weiter aus. Danach regelt das Nähere zu Â§ 23 die

---

Berufsordnung. Sie hat insbesondere zu Â§ 23 Nr. 2 vorzusehen, dass die Teilnahmeverpflichtung nur fÃ¼r einen bestimmten regionalen Bereich gilt und von ihr aus wichtigem Grund, insbesondere wegen kÃ¶rperlicher Behinderung oder auÃergewÃ¶hnlicher familiÃ¤rer Belastung sowie wegen Teilnahme an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung, auf Antrag ganz, teilweise oder vorÃ¼bergehend befreit werden kann.Â

Â§ 24 HessHeilberG ist offensichtlich nicht an die Ãnderung durch Art. 1 Nr. 15 Zehntes Gesetz zur Ãnderung des Heilberufsgesetzes angepasst worden und blieb unverÃ¤ndert. Der Verweis in Â§ 24 Satz 2 HessHeilberG ist insofern unvollstÃ¤ndig, als die alte Nr. 2 des Â§ 23 HessHeilberG die Notdienstverpflichtung fÃ¼r Ãrzte, ZahnÃ¤rzte und TierÃ¤rzte vorsah. DemgegenÃ¼ber wird die

Notdienstverpflichtung der Ãrzte nunmehr in Nr. 2 und die der ZahnÃ¤rzte und TierÃ¤rzte in Nr. 3 geregelt. Es ist kein Grund ersichtlich, dass Â§ 24 Satz 2 HessHeilberG nicht mehr fÃ¼r ZahnÃ¤rzte und TierÃ¤rzte gelten soll. Als Folgeregelung hÃ¤tte deshalb ein Verweis auch auf Nr. 3 des Â§ 23 in Â§ 24 Satz 2 HessHeilberG aufgenommen werden mÃ¼ssen. MÃglicherweise wollte der

Landesgesetzgeber die Teilnahmepflicht fÃ¼r Ãrzte vollstÃ¤ndig aus der weiteren Satzungsautonomie der LandesÃ¤rztzekammer herausnehmen. Dann hÃ¤tte zumindest in Â§ 24 Satz 2 HessHeilberG der Verweis nunmehr auf Â§ 23 Nr. 3 HessHeilberG begrenzt werden mÃ¼ssen. MÃglicherweise wollte es der

Landesgesetzgeber aber wie zuvor bei der weiteren ZustÃ¤ndigkeit der LandesÃ¤rztzekammer fÃ¼r die Einteilung und Befreiung vom Ãrztlichen Bereitschaftsdienst belassen, wovon nach dem Wortlaut der Vorschrift auszugehen ist. Dann wÃ¼rde Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG zwingend nur die dort genannten

Grundlagen vorgeben und Â§ 24 HessHeilberG der LandesÃ¤rztzekammer die Befugnis zu AusfÃ¼hrungsvorschriften belassen. In diesem Sinn werden von den KÃ¶rperschaften Â§ 23 Nr. 2 und Â§ 24 HessHeilberG offensichtlich verstanden.Â So wiederholt Â§ 26 Abs. 1 Satz 1 BO die gesetzliche Verpflichtung. Niedergelassene

Ãrztinnen und Ãrzte sind verpflichtet, am Ãrztlichen Bereitschaftsdienst der KassenÃrztlichen Vereinigung Hessen teilzunehmen. Â§ 26 Abs. 1 Satz 2 BO sieht eine Befreiung von der Teilnahme vor. Â§ 26 Abs. 1 Satz 3 BO Ã¼bertrÃ¤gt die Entscheidungsbefugnis zur Befreiung auf die KassenÃrztliche Vereinigung Hessen. Â§ 26 Abs. 2 Satz 1 BO sieht die Geltung der BDO in einer bestimmten Fassung

ausdrÃ¼cklich vor. Danach ist fÃ¼r die Einrichtung und DurchfÃ¼hrung des Ãrztlichen Bereitschaftsdienstes im Einzelnen fÃ¼r alle nach Â§ 23 des Heilberufsgesetzes verpflichteten BerufsangehÃ¶rigen die Bereitschaftsdienstordnung der KassenÃrztlichen Vereinigung Hessen in der von

der Vertreterversammlung am 25.05.2013 beschlossenen Fassung, in Kraft getreten am 01.10.2013, zuletzt geÃ¤ndert am 27.10.2018, maÃgebend. In AusfÃ¼hrung zu Â§ 24 Satz 2 HessHeilberG gilt nach Â§ 26 Abs. 2 Satz 2 BO die Verpflichtung zur Teilnahme am Ãrztlichen Bereitschaftsdienst fÃ¼r die von der KassenÃrztlichen Vereinigung Hessen festgelegten Bezirke des Ãrztlichen Bereitschaftsdienstes.Â

Die Frage, wie dieses offensichtliche Redaktionsversehen zu Â§ 24 HessHeilberG zu bewerten ist, kann hier aber letztlich dahinstehen, da Fragen der Teilnahmeverpflichtung oder Befreiung vom Ãrztlichen Bereitschaftsdienst nicht Gegenstand des Verfahrens sind und jedenfalls mit Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG die Beitragspflicht und damit auch die Beitragsgestaltung auf die KassenÃrztliche Vereinigung Hessen Ã¼bertragen wurde.

---

Von daher bedarf es nicht zwingend einer Regelung der LandesÄrzttekammer zur Umsetzung dieser Beitragsverpflichtung, sondern ist dieser Gegenstand aufgrund des Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG weitgehend ihrer Satzungsgewalt entzogen. Letztlich kann dies aber dahinstehen, da Â§ 26 Abs. 2 Satz 1 BO ausdrÃ¼cklich auf die BDO verweist. Ein solcher Verweis verstÃ¼Ã¼t jedenfalls nicht gegen Â§ 23 Nr. 2, Â§ 24 HessHeilberG.Â

Aus einer Befreiung vom Ã¼rztlichen Bereitschaftsdienst folgt aber nicht eine Befreiung von der Beitragspflicht.Â

Das Heilberufsgesetz unterscheidet nach den genannten Regelungen zwischen der Pflicht zur Teilnahme und der Pflicht zur Kostenbeteiligung am Ã¼rztlichen Bereitschaftsdienst. Nur hinsichtlich der Pflicht zur Teilnahme sieht das Heilberufsgesetz eine BefreiungsmÃ¼glichkeit vor (Â§ 26 Abs. 1 Satz 2 HessHeilberG), nicht jedoch hinsichtlich der Pflicht zur Kostenbeteiligung. Von daher bedarf es einer gesonderten Vorschrift zur Befreiung auch von der Pflicht zur Kostenbeteiligung. Allein aus der Befreiung von der Pflicht zur Teilnahme folgt nach dem Wortlaut und der Systematik des Heilberufsgesetzes keine Befreiung von der Pflicht zur Kostenbeteiligung.Â

Auch aus dem Sinn und Zweck der Pflicht zur Teilnahme am Ã¼rztlichen Bereitschaftsdienst folgt nicht zwingend eine unmittelbare VerknÃ¼pfung mit der Pflicht zur Kostenbeteiligung.Â

Der einzelne niedergelassene Arzt ist grundsÃ¼tzlich verpflichtet, fÃ¼r die Betreuung seiner Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert (vgl. Â§ 26 Abs. 3 BO). Der niedergelassene Arzt muss daher ggf. auch in den sprechstundenfreien Zeiten seine Patienten versorgen. Die Sicherstellung der Ã¼rztlichen Versorgung ist nicht auf gewisse ZeitrÃ¼ume (z. B. Sprechstunden, Werktage) beschrÃ¼nkt, sondern muss auch in zeitlicher Hinsicht umfassend sein (Ã¼ber um die UhrÃ¼ber). Die ErfÃ¼llung dieser Aufgabe macht es, wenn nicht anderweitig vorgesorgt, erforderlich, fÃ¼r bestimmte Zeiten (insb. fÃ¼r die Wochenenden) einen Notfallvertretungsdienst zu organisieren. Hierbei handelt es sich um eine gemeinsame Aufgabe aller Ã¼rzte, weshalb Â§ 23 Nr. 2 HessHeilberG und Â§ 26 Abs. 1 Satz 1 BO alle niedergelassenen Ã¼rzte verpflichten, am Ã¼rztlichen Bereitschaftsdienst der KassenÃ¼rztlichen Vereinigung Hessen teilzunehmen. Der Ã¼rztliche Bereitschaftsdienst entlastet den einzelnen Arzt von der Versorgung seiner eigenen Patienten in den Zeiten, in denen er eingerichtet ist (vgl. VG Gelsenkirchen v. 20.11.2013 â [7 K 4877/11](#) â juris Rdnr. 51 ff.). Von daher ist der Ã¼rztliche Bereitschaftsdienst grundsÃ¼tzlich Aufgabe aller Ã¼rzte. Â§ 24 Abs. 1 Satz 2 HessHeilberG sieht eine Befreiung eines Arztes vom Ã¼rztlichen Bereitschaftsdienst nur aus wichtigem Grund bzw. Â§ 26 Abs. 1 Satz 2 BO nur aus schwerwiegenden GrÃ¼nden vor. Dies schÃ¼tzt den einzelnen Arzt, wenn schwerwiegende GrÃ¼nde einer Teilnahme am Ã¼rztlichen Bereitschaftsdienst entgegenstehen, er aber dennoch seine Praxis versehen kann. Die Befreiung von der Teilnahme am Ã¼rztlichen Bereitschaftsdienst fÃ¼hrt aber nur dazu, dass der befreite Arzt nicht selbst am Ã¼rztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen muss. Der Ã¼rztliche Bereitschaftsdienst bleibt weiterhin Aufgabe aller niedergelassenen Ã¼rzte, 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 DurchfÃ¼hrung des Ã¼rztlichen Bereitschaftsdienstes hat (vgl. VG Gelsenkirchen v. 20.11.2013 â [7 K 4877/11](#) â juris Rdnr. 59 ff.).

---

Die Heranziehung auch von Privatärzten durch die genannte Vorschrift und die weitergehenden Konkretisierungen durch Berufsordnung und BDO ist mit dem Gleichheitssatz nach [Art. 3 Abs. 1 GG](#) vereinbar und deshalb verfassungsrechtlich unbedenklich. Es ist kein sachlicher Grund dafür ersichtlich, die Privatärzte von der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung außerhalb der regulären Praxiszeiten auszunehmen. Es ist nicht zu beanstanden, wenn sÄmmtliche niedergelassene Ärztte am allgemeinen Notfalldienst teilzunehmen haben (vgl. BVerwG, Beschl. v. 18.12.2013 â€‹[3 B 35.13](#) â€‹ juris Rdnr. 3; VG Düsseldorf, Gerichtsbes. v. 21.11.2016 â€‹[7 K 3288/16](#) â€‹ juris Rdnr. 24 jeweils m.w.N.).

Entsprechend kann die Beklagte nach Â§ 8 Abs. 2 BDO zur Deckung des Gesamtaufwandes eine jeweils einheitliche Umlage (Mitgliederumlage) erheben und in Â§ 8 Abs. 3 BDO eine Kostenbeteiligung der PrivatÄrztte vorsehen. Die MÄglichkeit einer vollstÄndigen Befreiung von der Kostenbeteiligung besteht nach den Vorgaben der Bereitschaftsdienstordnung nicht. Bei PrivatÄrztten wird 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 HÄchstbeitrages je Quartal erhoben. Das Beitragsjahr beginnt jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres. NÄheres regelt der Vorstand. Auf Antrag kann fÄr das jeweilige Beitragsjahr abweichend von Satz 1 bei der Beitragserhebung der prozentuale Abzug nach Abs. 2 zugrunde gelegt werden. Als BezugsgrÄe fÄr die prozentuale Beitragsberechnung wird das Jahresbruttoeinkommen aus Ärztlicher TÄtigkeit aus dem Kalenderjahr herangezogen, das zum Zeitpunkt des aktuellen Beitragsjahres zwei Jahre zurÄckliegt (Vor-Vorjahr). Vom Antragsteller ist dem Antrag als Nachweis der entsprechende Einkommensteuerbescheid beizufÄgen. In besonderen FÄllen kann der Vorstand auf Antrag entscheiden, dass eine abweichende BezugsgrÄe fÄr den Einzelfall berÄcksichtigt wird.

Der KlÄger weist allerdings zutreffend darauf hin, dass die Beitragsbemessung insofern unterschiedlich erfolgt, als die privatÄrztliche TÄtigkeit der VertragsÄrztte, die den gleichen Regeln wie die TÄtigkeit der ausschlieÄlich privatÄrztlich tÄtigen Ärztte unterliegt, unberÄcksichtigt bleibt. Insofern fÄhren sie rechtlich neben der vertragsÄrztlichen Praxis eine privatÄrztliche Praxis (vgl. BSG, Urte. v. 28.05.2008 â€‹[B 6 KA 9/07 R](#) â€‹ [BSGE 100, 254](#) = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 42](#), juris Rdnr. 35 u. 46; BSG, Urte. v. 14.05.1997 â€‹[6 RKa 25/96](#) â€‹ [BSGE 80, 223](#) = [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr. 22](#), juris Rdnr. 33; [BT-Drs. 15/1525, S. 112](#), zu Nr. 80 c ). WÄhrend dies fÄr die grundsÄtzliche Heranziehung zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst ohne Bedeutung ist, da bereits aus dem Status als Vertragsarzt diese Verpflichtung folgt, kann dies fÄr eine umsatzbezogene Beitragsfestsetzung von Bedeutung sein.

Zu den fÄr die Äffentlichen Abgabenrecht geltenden MaÄstÄbe gehÄren das Kostendeckungsprinzip, das Äquivalenzprinzip sowie der Gleichheitsgrundsatz. Diese GrundsÄtze beanspruchen fÄr alle Formen der Abgabenerhebung gleichermaÄen Geltung. Nach dem Kostendeckungsprinzip dÄrfen keine BeitrÄge verlangt werden, die zur Finanzierung der (speziellen) Verwaltungsaufgaben nach Grund oder HÄhe nicht erforderlich sind. Das Äquivalenzprinzip â€‹ als Ausdruck des rechtsstaatlichen VerhÄltnismÄÄigkeitsgrundsatzes â€‹ erfordert, dass zwischen der HÄhe des

---

Beitrags und dem Nutzen des Beitragspflichtigen ein Zusammenhang besteht. Hierfür genügt, dass die Beitragshöhe nicht in einem groben Missverhältnis zu den Vorteilen steht, die der Beitrag abgelten soll. Der Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) verbietet, wesentlich Gleiches ohne zureichende sachliche Gründe ungleich oder wesentlich Ungleiches willkürlich gleich zu behandeln; im Rahmen einer vorteilsbezogenen Bemessung der Abgaben bedeutet dies, dass die Beiträge auch im Verhältnis der Beitragspflichtigen zueinander grundsätzlich vorteilsgerecht zu bemessen sind (vgl. BSG, Urt. v. 30.10.2013 – [B 6 KA 1/13 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 8, juris Rdnr. 22 f. m.w.N.).

Eine Kassenärztliche Vereinigung muss im Rahmen der ihr zukommenden Satzungsautonomie die für das öffentliche Beitrags- und Gebührenrecht geltenden verfassungsrechtlichen Maßstäbe, insbesondere das Äquivalenzprinzip, beachten. Letzteres erfordert, dass zwischen der Höhe des Beitrags und dem Nutzen des Beitragspflichtigen ein Zusammenhang besteht. Hierfür genügt, dass die Beitragshöhe nicht in einem groben Missverhältnis zu den Vorteilen steht, die der Beitrag abgelten soll. Das Äquivalenzprinzip gilt auch bei der Heranziehung von Nichtvertragsärzten zu einem Kostenbeitrag. Soweit die Nichtvertragsärzte sich dem Regime der für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen bestehenden Regelungen unterstellen – oder wie hier unterstellt sind –, gelten für belastende Regelungen dieselben materiellrechtlichen Maßstäbe. Auch die Tätigkeit des Nichtvertragsarztes im organisierten Notfalldienst genießt den Schutz des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) (vgl. BSG, Urt. v. 17.07.2013 – [B 6 KA 34/12 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 81 Nr. 6, juris Rdnr. 20). Insofern könnte eine Ungleichbehandlung darin bestehen, dass die Umsätze der Vertragsärzte aus der privatärztlichen Tätigkeit nicht herangezogen werden. Gründe hierfür werden von der Beklagten nicht vorgetragen. Diese Frage betrifft aber die Beitragshöhe, nicht jedoch die hier allein zu präfernde grundsätzliche Beitragspflicht. Die Frage der Höhe des Beitrags und damit die Frage, ob eine Ungleichbehandlung vorliegt und welche Folgerungen hieraus ggf. zu ziehen sind, kann hier aber dahingestellt bleiben, da sie nicht streitgegenständlich ist.

Die Kammer konnte von einer Beiladung der Landesärztekammer Hessen absehen, da mit der Entscheidung nicht in deren Rechte eingegriffen wird.

Gegen den dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 15. Juni 2020 zugestellten Gerichtsbescheid hat dieser am 8. Juli 2020 Berufung bei dem Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Das Sozialgericht sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass er grundsätzlich zur Kostenbeteiligung am ÄBD herangezogen werden könne. Â§ 23 Nr. 2 HeilbG i.V.m. Â§ 8 Abs. 3 BDO bilde nicht die Rechtsgrundlage für die Verpflichtung am ÄBD. Es sei zwar richtig, dass Â§ 23 Nr. 2 des HeilbG die Ärzte in eigener Praxis verpflichte, am ÄBD teilzunehmen und sich an den Kosten des ÄBD zu beteiligen. Mit Â§ 23 Nr. 2 HeilbG habe der Landesgesetzgeber eine ausdrückliche Verpflichtung aller niedergelassenen Ärzte, auch soweit sie ausschließlich privatärztlich tätig seien, zur Teilnahme am ÄBD und zur Kostenbeteiligung geschaffen und insoweit die Satzungsbefugnis der Landesärztekammer eingeschränkt. Das HeilbG unterscheide aber zwischen der Pflicht zur Teilnahme und der Pflicht zur Kostenbeteiligung am ÄBD. Es könne nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, dass nur hinsichtlich der Pflicht zur

---

Teilnahme das HeilbG eine Befreiung vorsehe, jedoch nicht hinsichtlich der Kostenbeteiligung. Aus Sinn und Zweck der Pflicht zum  $\ddot{A}$ BD folge nicht zwingend eine unmittelbare Verkn $\ddot{A}$ pfung mit der Pflicht zur Kostenbeteiligung. Es gebe  $\ddot{A}$ rzte, die freiwillig  $\ddot{A}$ BD  $\ddot{A}$ bern $\ddot{A}$ hmen und sich so einen betr $\ddot{A}$ chtlichen Zusatzverdienst erarbeiteten. Im Falle einer Befreiung von dem  $\ddot{A}$ BD, hier wegen Alters, sei ein solcher Hinzuverdienst nicht mehr gegeben. Eine Heranziehung dieser  $\ddot{A}$ rzte zur Finanzierung w $\ddot{A}$ rde zu einer unangemessenen Belastung f $\ddot{A}$ hren. Das im  $\ddot{A}$ ffentlichen Abgabenrecht geltende  $\ddot{A}$ quivalenzprinzip sei vorliegend nicht gewahrt. Zwischen der Beitragserhebung und dem Nutzen des Beitragspflichtigen bestehe ein Missverh $\ddot{A}$ ltnis als dass der von dem  $\ddot{A}$ BD befreite Arzt zur Finanzierung ohne Zusatzverdienst herangezogen werde. Dies verletze zudem den Gleichheitssatz.

Der Kl $\ddot{A}$ ger beantragt (sinngem $\ddot{A}$ ss $\ddot{A}$ ),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Marburg vom 8. Juni 2020 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 22. Mai 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Juli 2019 insoweit aufzuheben als darin eine Verpflichtung zur Kostenbeteiligung am  $\ddot{A}$ rztlichen Bereitschaftsdienst festgestellt wird.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Kl $\ddot{A}$ gers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Marburg vom 8. Juni 2020 zur $\ddot{A}$ ckzuweisen.

Sie h $\ddot{A}$ lt die erstinstanzliche Entscheidung f $\ddot{A}$ r zutreffend und bezieht sich im Wesentlichen auf ihr Vorbringen im erstinstanzlichen Verfahren. Erg $\ddot{A}$ nzend weist sie erneut darauf hin, dass es an der Verwaltungsaktsqualit $\ddot{A}$ t des streitigen Nebensatzes im Rahmen des Bescheides vom 22. Mai 2019 fehle. Zweck des Passus sei es, dass weder die Mitglieder der Beklagten noch die neu teilnahmeverpflichteten Privat $\ddot{A}$ rzte der Fehlannahme unterl $\ddot{A}$ gen, dass die mit diesen Bescheiden ausgesprochene Befreiung von der Teilnahmepflicht zugleich mit einer Befreiung von der Finanzierungspflicht einhergehe. Die eigentliche Heranziehung zur Kostenbeteiligung erfolge durch gesonderten Bescheid. Der Kl $\ddot{A}$ ger sei zudem wie alle Privat $\ddot{A}$ rzte mit Rundschreiben vom 15. Mai 2020 dar $\ddot{A}$ ber informiert worden, dass die Heranziehung zur Kostenbeteiligung am  $\ddot{A}$ BD durch j $\ddot{A}$ hrliche Beitragsbescheide erfolge. Es fehle der materiellrechtlich belastende Gehalt der der angefochtenen Bescheide. Eine Festsetzung bez $\ddot{A}$ glich der H $\ddot{A}$ he der im Beitragsjahr 2019 f $\ddot{A}$ r den  $\ddot{A}$ BD der Beklagten zu entrichtenden Kostenbeitr $\ddot{A}$ ge enthielten die Bescheide eindeutig nicht. Zudem sei vorliegend die Verpflichtungsklage die zutreffende Klageart, da der Kl $\ddot{A}$ ger eine Befreiung aus dem Pflichtenkreis der BDO begehre.

Der Senat hat wegen der Rechtswegproblematik der anh $\ddot{A}$ ngigen Verfahren auf einstweiligen Rechtsschutz gegen die Heranziehung von Privat $\ddot{A}$ rzten zum  $\ddot{A}$ BD im Einvernehmen mit den Beteiligten das Verfahren im Blick auf das Verfahren beim Bundessozialgericht, [B 6 SF 5/20 R](#) zun $\ddot{A}$ chst zum Ruhen gebracht und am 3.

---

August 2021 wieder aufgerufen. Unter dem 12. Juli 2022, 20. Juli 2022 und dem 25. Juli 2022 haben die Beteiligten sich mit einer Entscheidung des Senats im schriftlichen Verfahren einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes nimmt der Senat Bezug auf die Verwaltungsvorgänge der Beklagten und die Gerichtsakte, die Gegenstand der Beratung waren.

#### Entscheidungsgründe

Der Senat konnte vorliegend ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die zulässige Berufung des Klägers ist auch begründet. Zu Unrecht hat das Sozialgericht mit Gerichtsbescheid vom 8. Juni 2020 die Klage abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 22. Mai 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Juli 2019 ist insoweit rechtswidrig als darin eine Verpflichtung des Klägers zur Kostenbeteiligung am ÄBD statuiert wird.

Wie das Sozialgericht bereits zutreffend ausgeführt hat, handelt es sich insoweit um einen Verwaltungsakt nach [§ 31](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X). Verwaltungsakt ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist, [§ 31 Satz 1 SGB X](#). Maßgeblich ist insofern der objektive Sinngehalt der Erklärung, wie ihn der Empfänger der Erklärung bei verständiger Würdigung nach den Umständen des Einzelfalles objektiv verstehen musste. Unklarheiten gehen dabei zulasten der Behörde, denn allein sie hat es in der Hand, den Erklärungsinhalt unmissverständlich zum Ausdruck zu bringen (h.M., vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 12. Dezember 2001, [B 6 KA 3/01 R](#), zitiert nach juris; Luthe in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 2. Auflage, Stand: 7. Oktober 2021, [§ 31 SGB X](#) Rdnr. 26). Vorliegend sprechen auch nach der Auffassung des Senats bereits die formellen Aspekte wie die Rechtsmittelbelehrung und Zurückweisung des Widerspruchs des Klägers im Rahmen des Widerspruchsbescheides vom 31. Juli 2019 als unbegründet aus der Sicht des objektiven Empfängerhorizontes für das Vorliegen eines Verwaltungsaktes. Auch der Vortrag der Beklagten im Berufungsverfahren selbst unterstützt diese Sichtweise. Sinn und Zweck des streitgegenständlichen Passus war es gerade, eine individuelle Regelung für den Kläger als Privatarzt bezüglich der Verpflichtung zur Kostenbeteiligung am ÄBD zu treffen. Dass im Rahmen weiterer, zeitlich späterer Bescheide die Höhe der Kostenbeteiligung betragsmäßig geregelt wurde, führt insoweit zu keiner Änderung der Rechtsauffassung des Senats. Insoweit handelt es sich lediglich um eine Ausführung der von der Beklagten statuierten Kostenbeteiligung des Klägers zum ÄBD.

Zur Überzeugung des Senats ist der Bescheid der Beklagten vom 22. Mai 2019 in

---

der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Juli 2019 rechtswidrig, weil ihm eine Rechtsgrundlage fehlt. Das von der Beklagten als Rechtsgrundlage herangezogene Normgeflecht aus Landesberufsrecht und Vertragsarztrecht auf Bundesebene – §§ 23 Nr. 2 HeilbG i.V.m. § 26 BDO i.V.m. § 8 Abs. 3 BDO – ermächtigt die Beklagte nach Wortlaut und Systematik bereits nicht zum Erlass belastender Satzungsregelungen gegenüber Privatärzten (1.). Die vertragsarztrechtliche Ermächtigungsgrundlage ist hierfür nicht hinreichend (2.). Zudem entfalten Umfang und Regelungsdichte des Vertragsarztrechts insoweit eine Sperrwirkung, die keinen Raum für landesrechtliche Regelungen ohne bundesrechtliche Öffnungsklausel haben (3.). Schließlich hegt der Senat weiterhin Bedenken an der Vereinbarkeit von §§ 23, 24 HeilbG mit [Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) und den aus [Art. 20 Abs. 2 GG](#) folgenden Grenzen zur Ermächtigung von Selbstverwaltungskörperschaften zum Erlass von belastenden Verwaltungsakten gegenüber Nichtmitgliedern (4.).

1. a) Der streitgegenständliche Bescheid der Beklagten vom 22. Mai 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Juli 2019 wird auf §§ 3 Abs. 3 S. 1, 8 BDO in der von der Vertreterversammlung am 25. Mai 2013 beschlossenen Fassung und durch den Beschluss der Vertreterversammlung vom 30. März 2019 geänderten Fassung gestützt.

§ 3 Abs. 3 S. 1 BDO (Überschrift: Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst) hat folgenden Wortlaut: „Am ABD nehmen grundsätzlich die privat niedergelassenen Ärzte (Privatärzte) am Ort ihres Praxissitzes entsprechend ihrer Verpflichtung aus dem hessischen Heilberufsgesetz teil.“

§ 8 BDO (Überschrift: Finanzierung des ABD) lautet:

Abs. 1: „Die Finanzierung des ABD erfolgt auf Grundlage der im ABD abgerechneten Leistungen nach § 7 Abs. 3, mit Ausnahme der Wegepauschalen im ABD. Im ABD und im gebietsärztlichen Bereitschaftsdienst, sofern diese in ABD-Zentralen durchgeführt wird, erhebt die KVH einen allgemeinen einheitlichen Abzug (Betriebskostenabzug) von 35 % des Anteils des ordnungsgemäß abgerechneten, anerkannten und geregelten Honorars, der in der Dienst Einheit die Summe der Stundenpauschale gemäß § 7 Abs. 1 Buchstabe a. BDO übersteigt.“

Abs. 2: „Reichen die Erträge nach Abs. 1 nicht zur Deckung des Gesamtaufwandes nach Abs. 4 aus, wird zusätzlich ein jeweils einheitlicher ABD-Beitrag unter allen abgerechneten Ärzten und Psychotherapeuten sowie ermächtigten Krankenhausärzten nach folgender Regel erhoben: Prozentualer, jeweils einheitlicher Abzug je Quartal vom Honorar jedes abrechnenden Arztes und Psychotherapeuten sowie jedes ermächtigten Krankenhausarztes mit einem festgelegten Höchstbeitrag. Die Höhe des Abzugssatz und des Höchstbetrages wird durch den Vorstand der KVH festgelegt.“

Abs. 3: „Bei Privatärzten wird grundsätzlich abweichend von Abs. 2 zur Deckung des Gesamtaufwandes nach Abs. 4 zusätzlich zu den Erträgen nach Abs. 1 als pauschaler ABD-Betrag die Hälfte des in Abs. 2 genannten Höchstbetrages 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 KVH verrechnet.â

Soweit Â§ 3 Abs. 3 S. 1 auf das HeilBG Bezug nimmt, bestimmt zunächst Â§ 2 Abs. 1 Nr. 1 HeilBG, dass den Kammern als Berufsangehörige alle Ärztinnen und Ärzte, die in Hessen ihren Beruf ausüben, angehören. Sodann heißt es in Â§ 23 Nr. 2 HeilBG in der Fassung vom 19. Dezember 2016 (GVBl 2016, 329):

Die Kammerangehörigen, die ihren Beruf ausüben, haben insbesondere die Pflicht, (â)

2. soweit sie als Berufsangehörige im Sinne des Â§ 2 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 in eigener Praxis tätig sind, am ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teilzunehmen und sich an den Kosten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung zu beteiligen, (â).

Â§ 24 HeilBG bestimmt weiter, dass das Nähere zu Â§ 23 die Berufsordnung regelt. Diese hat gemäß Â§ 24 S. 2 HeilBG insbesondere zu Â§ 23 Nr. 2 vorzusehen, dass die Teilnahmeverpflichtung nur für einen bestimmten regionalen Bereich gilt und von ihr aus wichtigem Grund, insbesondere wegen körperlicher Behinderung oder außergewöhnlicher familiärer Belastung sowie wegen Teilnahme an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung, auf Antrag ganz, teilweise oder vorübergehend befreit werden kann.

Die hierzu als Satzung ergangene Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 26. März 2019 (HBL 6/2019, Seite 396) sieht zum ärztlichen Bereitschaftsdienst in Â§ 26 folgende Regelungen vor:

Abs. 1: âNiedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, am ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teilzunehmen. Auf Antrag einer Ärztin oder eines Arztes kann aus schwerwiegenden Gründen eine Befreiung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden. Die Befreiung wird, bei Vorliegen eines Befreiungsgrundes auch für die nicht vertragsärztlich tätigen Mitglieder der Landesärztekammer Hessen auf Antrag von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erteilt.â

Abs. 2: âFür die Einrichtung und Durchführung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes im Einzelnen ist für alle nach Â§ 23 des Heilberufsgesetzes verpflichteten Berufsangehörigen die Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der von der Vertreterversammlung am 25. Mai 2013 beschlossenen Fassung, in Kraft getreten am 1. Oktober 2013, zuletzt geändert am 27. Oktober 2018, maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst gilt für die von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen festgelegten Bezirke des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.â (â)

---

---

b) Â§Â§ 23, 24 HeilbG und Â§ 26 BO regeln nach ihrem insoweit eindeutigen Wortlaut zwar eine Pflichtenstellung der PrivatÃ¤rzte zur Teilnahme am ÃBD und zu einer entsprechenden Kostenbeteiligung, nicht aber eine Satzungsbefugnis der Beklagten zum Erlass belastender Regelungen zur Ausgestaltung der Teilnahmepflicht und zur Erhebung von BeitrÃ¤gen gegenÃ¼ber Nichtmitgliedern. Â§ 23 Nr. 2 HeilbG i.V.m. Â§ 26 BO i.V.m. der BDO der Beklagten sollen ersichtlich bewirken, dass die Beklagte und nicht die LandesÃ¤rztekammer PrivatÃ¤rzte zum Bereitschaftsdienst und seiner Finanzierung heranziehen kann. Durch die landesgesetzliche Regelung soll die LandesÃ¤rztekammer ermÃchtigt und verpflichtet werden, ihre ihr kraft Â§ 23 Nr. 2 HeilbG zugewiesene berufsrechtliche ZustÃ¤ndigkeit zur Verpflichtung der Ãrzte zum Bereitschaftsdienst nicht selbst auszufÃ¼llen (vgl. im Unterschied dazu Â§ 26 Musterberufsordnung), sondern vielmehr in der Berufsordnung eine verpflichtende Einbeziehung in den Bereitschaftsdienst der Beklagten zu regeln. Wenngleich klÃ¤rungsbedÃ¼rftig erscheint, ob hiermit ZustÃ¤ndigkeiten, Aufgaben oder Befugnissen delegiert werden sollen, so soll mit der Neuregelung doch ein mehrseitiges RechtsverhÃltnis geschaffen werden, in dem Befugnisse und Pflichten jeweils der Ãrztekammer gegenÃ¼ber den (Privat-)Ãrzten und der Beklagten gegenÃ¼ber PrivatÃ¤rzten zu unterscheiden sind. Daher folgt allein aus der Pflicht der Ãrzte zur Teilnahme und Kostentragung nicht eine Rechtssetzungsbefugnis der Beklagten zur Konkretisierung dieser Pflichten.

Offenbleiben kann, ob die Regelungen zu einer Delegation im verwaltungsorganisationsrechtlichen Sinne fÃ¼hren, nÃ¤mlich der Ãbertragung einer ZustÃ¤ndigkeit oder Befugnis von einem an sich zustÃ¤ndigen RechtstrÃ¤ger (Delegant) auf einen anderen RechtstrÃ¤ger (Delegatar) zur AusÃ¼bung in eigenem Namen (Jestaedt, in: Hoffmann-Riem/Schmidt-AÃmann/VoÃkühle, Grundlagen des Verwaltungsrechts I, 2. Aufl. 2012, Â§ 14 Rdnr. 48; im Einzelnen auch zu den UnschÃ¤rfen des Begriffs: Reinhardt, Delegation und Mandat im Ãffentlichen Recht, 2006, S. 20 ff.). Denn welche Anforderungen an die RechtmÃÃigkeit und den Inhalt der Delegation oder an jede andere Ãbertragung bzw. Zuweisung von ZustÃ¤ndigkeiten oder Befugnissen zu stellen sind, folgt nicht aus der verwaltungsorganisationsdogmatischen Zuordnung, sondern allein aus dem positiven Recht (Schenke, VerwArch 68 (1977), 118 (119)). Aus einem mÃglichen Regelungswillen zur Delegation folgt mithin nichts fÃ¼r die Auslegung von Â§ 23 Nr. 2 HeilbG i.V.m. Â§ 26 BO, was die Ãbertragung von Befugnissen anbelangt. Auch die Anforderungen des hÃherrangigen Rechts (dazu 3. und 4.) mÃ¼ssen sowohl die Normen erfÃ¼llen, mit denen die berufsausÃ¼bungsrechtliche Pflichtenstellung verlagert werden soll, als auch die Normen, mit denen die âneueâ Pflichtenstellung der PrivatÃ¤rzte gegenÃ¼ber der Beklagten ausgefÃ¼llt werden soll.

Die genannten Vorschriften regeln allein Pflichtenstellungen zur Teilnahme und zur Kostenbeteiligung am ÃBD der Beklagten. Es fehlen aber korrespondierende ErmÃchtigungen zum Erlass entsprechenden Satzungsrechts oder sonstiger autonomer Rechtsnormen der Beklagten. So erklÃ¤rt Â§ 26 Abs. 2 BO die BDO der Beklagten fÃ¼r âmaÃgebendâ und setzt damit eine Rechtssetzungsbefugnis der Beklagten auf anderer Grundlage voraus.

## 2. Die vertragsarztrechtlichen Rechtssetzungskompetenzen der Beklagten

---

ermächtigen nicht zum Erlass von Regelungen einer BDO, die an Privatärzte adressiert sind.

Bei der Einrichtung eines Bereitschaftsdienstes handelt es sich um Berufsausübungsregelungen, die im Unterschied zum Berufszulassungsrecht ([Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG](#)) grundsätzlich in die alleinige Zuständigkeit der Länder fallen. Allerdings wird aus der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Sozialversicherung nach [Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG](#) zu Recht abgeleitet, dass dem Bund die Kompetenz zur Regelung eines Bereitschaftsdienstes für den Bereich der Vertragsärzte als spezielle vertragsärztliche Berufsausübungsregelung eingeräumt ist (Bundessozialgericht, Urteil vom 9. April 2008, [B 6 KA 40/07 R](#) – [NZS 2009, 338](#), Rdnr. 27; Sachs/Degenhart, GG, 9. Aufl. 2021, Art 74 Rdnr. 58; Schnapp/Nolden, in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Aufl. 2017, § 4 Rdnr. 2; Rixen, VSSR 2007, 213 (225); differenzierend Sodan, NZS 2001, 169 (171)). Das hat zur Folge, dass bezüglich der Einrichtung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes zunächst eine überwiegend deckungsgleiche Bundes- und Länderkompetenz besteht. Die Kompetenz des Bundes aus [Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG](#) bezieht indes allein auf die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und ist damit auf diejenigen Ärzte beschränkt, die nach den [§§ 95 ff SGB V](#) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Demgegenüber erstreckt sich die Länderkompetenz auf alle niedergelassenen Ärzte und damit auch die von der Bundeskompetenz erfassten Vertragsärzte, die zahlenmäßig den weit überwiegenden Anteil der in Deutschland niedergelassenen Ärzte ausmachen. Trotz der weitflächigen Überschneidung beim Adressatenkreis handelt es sich um zwei voneinander zu unterscheidende Materien, nämlich einmal um den Bereitschaftsdienst als Teil der Sozialversicherung, für den der Bund die Gesetzeskompetenz hat, und zum anderen den Bereitschaftsdienst als Teil des ärztlichen Berufsrechts, der in die Gesetzgebungskompetenz der Länder fällt (vgl. hierzu Rink, Die Pflicht zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst, 2020, S. 64 ff, 82, 83; vgl. auch Bundessozialgericht, Beschlüsse vom 5. Mai 2021, [B 6 SF 3/20 R](#) u.a., zitiert nach juris Rdnr. 38 f).

Die Ermächtigung zur Heranziehung zum Bereitschaftsdienst der Beklagten folgt für Vertragsärzte im Wege des Satzungsrechts oder sonst autonomer Grundlage aus [§ 75 Abs. 1b Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V; früher [§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Teil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist die Versorgung auch zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst). Die Rechtssetzungsautonomie der Beklagten als Körperschaft des öffentlichen Rechts folgt aus [§§ 77 Abs. 5, 81 SGB V](#). Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts folgt die grundsätzliche Verpflichtung eines jeden Vertragsarztes zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst allerdings nicht aus der Satzungsgewalt der KKV, sondern aus dem Zulassungsstatus des Arztes (Bundessozialgericht, Urteil vom 12. Dezember 2018, [B 6 KA 50/17 R](#), zitiert nach juris Rdnr. 29 m.w.N.) Die Zulassung ist ein statusbegründender Akt, der eine höchstpersönliche Rechtsposition des Vertragsarztes schafft. Mit der Zuteilung dieses Status ist die Berechtigung und Verpflichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Teilnahme an der Honorarverteilung

---

notwendig verbunden. Mit der Zulassung als Vertragsarzt hat sich der Arzt freiwillig einer Reihe von Einschränkungen seiner ärztlichen Berufsausübung unterworfen, die mit der Einbeziehung in ein öffentlich-rechtliches Versorgungssystem notwendig verbunden sind. Zu diesen der Berufsausübung im vertragsärztlichen Bereich immanenten Einschränkungen gehört auch die Pflicht zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst, ohne den eine ausreichende Versorgung der Versicherten nicht gewährleistet ist. Die Teilnahme am Bereitschaftsdienst hat der Gesetzgeber als Annex zur Niederlassung in freier Praxis ausgestaltet. Der auf Antrag verliehene Status der Zulassung bedingt grundsätzlich, in zeitlicher Hinsicht umfassend – d.h. auch in Zeiten außerhalb der Sprechstunden – die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stehen. Durch den von der Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Bereitschaftsdienst wird der Arzt in die Lage versetzt, dieser Verpflichtung nachzukommen, ohne – rund um die Uhr – persönlich verfügbar zu sein. Mit der Ausgestaltung und Organisation dieses Bereitschaftsdienstes wird die Kassenärztliche Vereinigung ihrer Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auch zu den sprechstundenfreien Zeiten gerecht. Dem entspricht die Pflicht der in freier Praxis tätigen zugelassenen Ärzte und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren (nicht aber unmittelbar der dort angestellten Ärzte) zur Teilnahme an diesem Bereitschaftsdienst (Bundessozialgericht, Urteil vom 11. Dezember 2013, [B 6 KA 39/12 R](#) – zitiert nach juris Rdnr. 14 m.w.N.; Bundessozialgericht, Urteil vom 12. Dezember 2018, [B 6 KA 50/17 R](#) – zitiert nach juris Rdnr. 29 m.w.N.). Erst die Anknüpfung an den Status als – ändel von gesetzlich genau geregelten Verpflichtungen aus dem Sicherstellungsauftrag rechtfertigt es zudem, aufgrund der sonst eher unbestimmten Regelungen zur Rechtssetzungskompetenz der Beklagten im Bereich der Regelung des Bereitschaftsdienstes, die Vertragsärzte (zu den Anforderungen an eine berufsrechtliche Regelung des Bereitschaftsdienstes siehe nachfolgend unter 3. und 4.) einer derart in die Berufsfreiheit nach [Art. 12 Abs. 1 GG](#) eingreifenden Pflicht zu unterwerfen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 12. Dezember 2018, [B 6 KA 50/17 R](#) – zitiert nach juris Rdnr. 29-32; Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 9. Juni 1982, [3 C 21/81](#) – zitiert nach juris Rdnr. 25 f.; a.A. Rink, a.a.O: S. 116 ff.; ders. SGB 2020, 290 (291 f.) bezüglich der Verpflichtung des Vertragsarztes). Infolge dieser Konstruktion ist die Satzungsgewalt oder Rechtssetzungskompetenz der Beklagten von vornherein auf die Konkretisierung der Rechte und Pflichten des Bereitschaftsdienstes bezüglich der Vertragsärzte beschränkt (vgl. im Umkehrschluss Bundessozialgericht, Urteil vom 12. Dezember 2018, [B 6 KA 50/17 R](#) – zitiert nach juris Rdnr. 28 und 33). Eine allein von der Beklagten ohne Beteiligung der Landesärztekammer erlassene BDO kann Privatärzte nicht verpflichten (zum beim medizinischen Versorgungszentrum – MVZ – angestellten Arzt ausdrücklich Bundessozialgericht, Urteil vom 11. Dezember 2013, [B 6 KA 39/12 R](#) – zitiert nach juris Rdnr. 13).

Aufgrund Bundesrechts ist eine Kassenärztliche Vereinigung mithin nicht berechtigt, über Satzungsrecht den Kreis der zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärzte zu erweitern, vielmehr bedurfte es hierfür einer bundesrechtlichen Öffnung auf sozialversicherungsrechtlicher Kompetenzgrundlage, um das in [ÄSÄS 95, 75 SGB V](#) angelegte Junktum mit dem

---

Zulassungsstatus aufzulösen und gerade der Beklagten die Möglichkeit zu geben, Nichtvertragsärzte heranzuziehen. Anderenfalls würde die Satzung einen Personenkreis in den Bereitschaftsdienst einbeziehen, der gesetzlich nicht zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet ist. Damit würde die Kassenärztliche Vereinigung aus bundesrechtlicher Perspektive den Rahmen einer zulässigen Ausgestaltung überschreiten (Bundessozialgericht, Urteil vom 11. Dezember 2013, [B 6 KA 39/12 R](#) – zitiert nach juris Rdnr. 21, für den Bereich eines in einem MVZ angestellten Arztes). In diesem Zusammenhang hat das Bundessozialgericht auch einen intensiven Eingriff in die durch [Art. 12 Abs. 1 GG](#) geschützte Berufsausübungsfreiheit des Arztes sowie mit [Art. 3 Abs. 1 GG](#) diskutiert (Bundessozialgericht, a.a.O., zitiert nach juris Rdnr. 22, 23).

3. Der Umfang und die Regelungsdichte, mit der der Bundesgesetzgeber im Vertragsarztrecht von seiner Gesetzgebungskompetenz aus [Â§ 74 Abs. 1 Nr. 12 GG](#) Gebrauch gemacht hat, sperrt eine einseitige landesrechtliche Erweiterung der Aufgaben und Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigung um den privatärztlichen Bereitschaftsdienst.

a) Eine solche Sperrwirkung folgt nach [Art. 72 Abs. 1 GG](#) für den Bereitschaftsdienst aus dem abschließenden Gebrauchmachen der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz durch den Bund im Bereich des Vertragsarztrechts (so Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Urteil vom 6. Juli 1978 – Nr. 171 XI/76, [NJW 1979, 614](#) (615)).

Die neueste Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Beschluss vom 25. März 2021 – [2 BvL 4/20, L 4 KA 86/14](#) – zitiert nach juris, Rdnr. 58). Hiernach bleiben nur landesrechtliche Regelungen über die Altersversorgung der Kassenärzte unberührt. Dieser Bereich ist hier eindeutig nicht eröffnet. Aus dem eindeutigen Wortlaut von [Art. 4 Â§ 1 Abs. 2 GKAR](#), insbesondere der Komplettaufhebung des vorherigen Bundes- und Landeskassenarztrechts im übrigen, folgt der Charakter des Vertragsarztrechts als abschließend geregelter Materie, mit Ausnahme des Rechts der Altersversorgung. Dieser grundsätzlich abschließende Charakter wird durch [Â§ 69 SGB V](#) hinsichtlich der materiell-rechtlichen Abgrenzung zu anderen Rechtsgebieten bestätigt. Konsequenterweise fordert [Â§ 77 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) die Bildung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Erfüllung – der ihnen durch dieses Buch übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung – (Hervorhebung des Senats). Diese Formulierung spricht für eine Erstreckung der Sperrwirkung dergestalt, dass gerade die Aufgaben- und Befugnisverleihung an die Kassenärztliche Vereinigung durch das Sozialgesetzbuch abschließend ist.

Diese Sperrwirkung erfasst auch den Regelungsbereich von [Â§ 23, 24 HeilbG](#). Das mit [Â§ 23, 24 HeilbG](#) etablierte Regelungskonzept stellt sich nicht als Befugnisübertragung innerhalb der Selbstverwaltung der freien Berufe oder als landesrechtliche Regelung der Gesundheitsfürsorge dar, sondern – ungeachtet der Ausführungen unter 1. – gerade als Erstreckung der Aufgaben und Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigung auf Nichtmitglieder dergestalt, dass sie in den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung verpflichtend einbezogen werden sollen. Begründet wird kein Kooperationsverhältnis von Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung, sondern die Einbeziehung der Privatärzte in Pflichtenstellungen, die durch die Kassenärztliche Vereinigung

---

begründet werden sollen. Die durch Â§ 23, 24 HeilbG und Â§ 26 BO begründete Pflichtenstellung der Privatärzte stellt sich auch nicht als eigenständiges Berufsrecht unter dem Dach der Kassenärztlichen Vereinigung dar, sondern als Teilnahme- und Kostenbeteiligungspflicht am ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen der als solcher von den Regelungen der Â§ 23, 24 HeilbG und Â§ 26 BO vorausgesetzt, aber gerade nicht geregelt wird. Dies hat zur Folge, dass sich der Vollzug des Bereitschaftsdienstes gemäß [Â§ 75 Abs. 1b SGB V](#) nach Einbindung der Privatärzte als deutlich verändert darstellt, allein dadurch, dass Nichtvertragsärzte organisatorisch einzubinden sind (zum Indiziencharakter einer modifizierenden Wirkung des Landesgesetzes auf den Vollzug des Bundesgesetzes hinsichtlich der Sperrwirkung siehe BVerfG, Beschluss vom 25. März 2021 [2 BvL 4/20](#),