

## L 11 KA 65/19

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Düsseldorf (NRW)  
Aktenzeichen  
S 2 KA 1258/16  
Datum  
25.09.2019  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 11 KA 65/19  
Datum  
27.04.2022  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

**Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25. September 2019 wird zurückgewiesen.**

**Die Klägerin trägt auch im Berufungsrechtszug die Kosten des Verfahrens.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

**Der Streitwert wird in beiden Rechtszügen auf 668,16 Euro festgesetzt.**

### **Tatbestand:**

Streitig sind die Erhebung pauschaler Kosten für die Finanzierung der Notfallpraxis in G sowie der Regelverwaltungskostenansatz in Höhe von 3,5% statt 2,8% für nicht IT-gestützte Abrechnung in den Quartalen 2/2014 bis 4/2014 sowie 1/2015 und 3/2015.

Die Beklagte organisiert zusammen mit der Beigeladenen den ärztlichen Notfalldienst in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen. Zu diesem Zweck haben sie die Gemeinsame Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein (GNDO – i.d.F. vom 1. Januar 2002, geändert am 19. November/3. Dezember 2011, in Kraft getreten am 23. Dezember 2011) erlassen.

Die Klägerin ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und in eigener Praxis in R/Rhein-Sieg-Kreis niedergelassen. Sie ist ausschließlich privatärztlich tätig und nimmt nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Nach eigenem Vortrag behandelt sie ihren Patientenstamm schwerpunktmäßig (98%) homöopathisch und nur ca. 2% schulmedizinisch. In den Jahren 2014 und 2015 – mit Ausnahme der Quartale 3/2014 und 2/2015 – wurde die Klägerin zur Ausübung des ärztlichen Notfalldienstes in der seit 2002 bestehenden Notfallpraxis am Krankenhaus G wie folgt herangezogen:

<b>Quartal</b>	<b>Ärzte</b>	<b>Anzahl der Dienste der Klägerin</b>	<b>Honorare der Klägerin in Euro</b>
2/2014	475	1	938,23
3/2014	481	0	0
4/2014	480	2	1.252,98
2/2015	482	0	8,24
3/2015	484	2	393,89

Träger dieser Notfallpraxis ist nicht – wovon die Klägerin ausgeht – der „Notfallpraxis S e.V.“ (Amtsgericht [AG] Siegburg VR 01), sondern die L mbH (L mbH – AG Düsseldorf HRB 02), eine 100%ige Tochtergesellschaft der Beklagten. Diese bzw. in Teilzeiträumen auch die Beklagte selbst haben mit dem Krankenhaus G Mietverträge über Räumlichkeiten abgeschlossen und sind Arbeitgeber des dort beschäftigten nichtärztlichen Personals. Dabei wird die Einrichtung sowie die apparative und personelle Ausstattung der Praxis in Abstimmung mit der Kreisstelle bzw. dem dortigen Koordinator vorgenommen. Ausweislich der betriebswirtschaftlichen Auskünfte der L mbH zur Notfallpraxis G

sind in den streitbefangenen Quartalen die dort aufgeschlüsselten Kosten für die Notfallpraxis entstanden. Auf den Inhalt der diesbezüglich vorgelegten Unterlagen wird Bezug genommen.

Ursprünglich betrug die pauschale Umlage für den streitigen Notdienstbezirk im Quartal 150,00 Euro je Arzt. Darin eingeschlossen waren Betriebs- und Mietkosten der Notfallpraxis. Da im Frühjahr 2013 das Konto der Notfallpraxis G eine Überdeckung ausgewiesen hatte, wurde die feste Umlage pro Quartal auf 130,00 Euro reduziert und die prozentuale Umlage in Höhe von damals 25% für zwei Quartale ausgesetzt. Ab dem Quartal 2/2014 wurde die Umlage auf 130,00 Euro je Arzt und 25% des im Notdienst erwirtschafteten Honorars pro Quartal festgelegt (Protokoll der 144. Geschäftsführungssitzung der L mbH vom 4. März 2014). Im Dezember 2015 erfolgte eine wiederholte Aussetzung der prozentualen Umlage in Höhe von 25% für drei Quartale (3/2015 bis 1/2016), um eine erneute Überdeckung auszugleichen (224. Geschäftsführungssitzung der L mbH vom 8. Dezember 2015). An beiden genannten Sitzungen nahm u.a. das damalige Vorstandsmitglied der Beklagten, Herr A, teil.

Für die streitbefangenen Quartale 2/2014 bis 4/2014 sowie 2/2015 und 3/2015 setzte die Beklagte gegenüber der Klägerin folgende Belastungen im Rahmen der jeweiligen Quartalskonto/Abrechnungsbescheide fest:

Quartal	Verwaltungs- kosten 3,5%	Festbetrag Notfallpraxis	Kosten Notfallpraxis (unstreitig)	Bescheide der Beklagten	Eingang der Widersprüche
2/2014	32,84	130	209,31	21.10.2014	E 19.11.2014
3/2014		130		20.01.2015	E 02.02.2015
4/2014	43,85	130	276,17	21.04.2015	E 15.05.2015
2/2015	0,29	130		20.10.2015	E 16.11.2015
3/2015	13,79	130		19.01.2015	E 17.02.2016
<b>insg.</b>	<b>90,77</b>	<b>650</b>	<b>485,48</b>		

Die Klägerin legte gegen die o.g. Bescheide jeweils Widerspruch ein, die bei der Beklagten an den genannten Daten eingingen. Zur Begründung ihrer jeweiligen Widersprüche trug sie vor, dass die Leistungserbringungspflicht gemäß § 9 Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 8 Abs. 2 Satz 2 GNDO in der Notfallpraxis statt in der eigenen Praxis für Nichtvertragsärzte rechtswidrig sei. Die Tatsache, dass die Praxisräume von einem privatrechtlichen Verein – hier dem S e.V., G – betrieben würden, deren Mitglied weder sie noch die Beklagte oder die Beigeladene seien, führe dazu, dass ihre Einbeziehung nicht mehr von den Vorschriften der GNDO gedeckt sei. Sie könne keinerlei Einfluss auf die Kostenentwicklung bzw. -vermeidung nehmen, was etwa Standort, Größe, Mitarbeitervergütung und -anzahl, Einrichtung und Ausstattung betreffe. Zudem bedeute die Heranziehung zum Notfalldienst eine nicht zumutbare Bindung ihrer grundrechtlich geschützten Berufsausübung, da sich immer mehr Patienten auch mit nicht dringenden Beschwerdebildern an die Notfallpraxen wenden würden und diese sich dadurch zu „ganz normalen Praxen“ außerhalb der Sprechstundenzeit entwickelt hätten. Daneben bestehe für die Erhebung eines Beitrages für die Notfallpraxis (Pauschalbetrag und konkrete Kosten) keine Rechtsgrundlage. Diese ergebe sich auch nicht aus § 12 Abs. 3 GNDO. Es bedürfe zumindest der Vorlage einer nachvollziehbaren Abrechnung, aus der die konkreten Kosten des Notfalldienstes hervorgingen. Sie, die Klägerin, spare durch den Beitrag auch keine Aufwendungen, da eine Leistungserbringung in den eigenen Praxisräumen finanziell günstiger wäre.

Die Erhebung erhöhter Verwaltungskosten von 3,5% statt maximal 2,8% für nicht IT-unterstützte Abrechnungen des Notfalldienst-Honorars gemäß § 13 Abs. 2 der Satzung der Beklagten (in der Fassung vom 28. Februar 2004, geändert am 28. Juni 2011, 2. und 8. September 2015 [Satzung]) sei unverhältnismäßig, da die Abrechnung von Leistungen an gesetzlich krankenversicherte Patienten für sie die Ausnahme darstelle und die Umstellung auf ein IT-unterstütztes Modell mit Anschaffungskosten von etwa 1.000,00 Euro verbunden sei. Die Erhebung von 2,8% werde hingegen akzeptiert.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18. Mai 2016 (Zugang am 19. Mai 2016) wies die Beklagte sämtliche Widersprüche zurück: Die Klägerin könne entsprechend der GNDO zum Notfalldienst in der Notfallpraxis herangezogen werden und habe folglich anteilig Beiträge zur Notfallpraxis zu erbringen. Diese Kostentragung sei seit dem 30. April 2013 auch für Nichtvertragsärzte durch § 31 Heilberufsgesetz Nordrhein-Westfalen (HeilBerG NRW) vorgeschrieben. Die Erhebung der Verwaltungskosten ergebe sich aus dem Verwaltungskostensatz, der gemäß § 13 Abs. 2 der Satzung festgelegt werde und für konventionelle Abrechnungen den erhöhten Satz vorsehe. Die Abrechnungsbescheide seien auch im Übrigen nicht zu beanstanden.

Hiergegen hat sich die Klägerin mit ihrer am 20. Juni 2016 erhobenen Klage zum Sozialgericht (SG) Düsseldorf gewandt, ihr Begehren dort auf die Anfechtung der pauschalen Notfallpraxiskosten von 130,00 Euro je Quartal sowie des Regelverwaltungskostenansatzes von 3,5% begrenzt und ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und ergänzt. Vertiefend hat sie vorgetragen, dass die Erhebung einer pauschalen Kostenumlage für Nichtvertragsärzte generell unzulässig sei (Verweis auf SG Düsseldorf, Urteil vom 24. Oktober 2007 – S 2 KA 128/0617). Die Einhaltung des Kostendeckungsprinzips bei der Beitragserhebung werde mit Nichtwissen bestritten (Verweis auf Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 9. Dezember 2004 – B 6 KA 44/03 R). Die Höhe der Beiträge müsse vielmehr aufgrund sich ändernder Kosten und Anzahl der beteiligten Ärzte von Jahr zu Jahr angepasst werden. Soweit sie – wie z.B. im Quartal 3/2014 – zu keinem Dienst eingeteilt worden sei, müsse die Erhebung von Beiträgen von vornherein ausbleiben.

Für die Erhebung erhöhter Verwaltungskosten gebe es keine taugliche Rechtsgrundlage. § 11 Abs. 2 des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) erlaube nur die Erhebung dem Grunde nach. Die Satzung der Beklagten – insbesondere § 13 Abs. 2 und § 4a – sei nicht auf sie anwendbar, da sie nicht Mitglied der Beklagten sei. Selbst wenn § 4a der Satzung bestimmte Pflichten auf Ärzte erstrecke, die an der vertragsärztlichen Versorgung mitwirkten, fehle der Beklagten das gesetzliche Mandat, Regelungen für Nichtmitglieder aufzustellen. Dafür spreche, dass sonstige Vorschriften im Zusammenhang mit Notfalldiensten in der GNDO geregelt seien.

§ 13 Abs. 2 der Satzung der Beklagten verstoße zudem gegen das Gleichbehandlungsgebot aus [Art. 3 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG). Die Regelung unterscheide nicht zwischen notfalldienstleistenden Vertrags- und Nichtvertragsärzten, obwohl die Behandlung und Abrechnung von gesetzlich versicherten Patienten für Nichtvertragsärzte eine Ausnahme darstelle und die Anschaffung einer Abrechnungssoft- und -

hardware allein für Vertragsärzte ökonomisch sei. Zudem sei die Beklagte nicht in der Lage aufzuzeigen, dass ihr tatsächlich höhere Kosten entstanden seien. Letztlich sei der Ansatz von 25% höheren Kosten auch unverhältnismäßig.

Zudem hat die Klägerin moniert, Auskünfte der Beklagten zu der Trägerschaft und der Finanzierung der Notfallpraxis seien nicht auskömmlich.

Die Klägerin hat beantragt,

die Bescheide der Beklagten für die Quartale 2/2014 vom 21. Oktober 2014, 3/2014 vom 20. Januar 2015, 4/2014 vom 21. April 2015, 2/2015 vom 20. Oktober 2015 und 3/2015 vom 19. Januar 2016, jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Mai 2016, worin die Klägerin zur Tragung pauschaler Notfallpraxiskosten von 130,00 Euro je Quartal und zur Zahlung einer erhöhten Verwaltungskostenpauschale von 3,5 % verpflichtet wird, aufzuheben.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat ihre Bescheide verteidigt. Im Fall einer bestehenden Notfallpraxis sehe §§ 31 Abs. 2, 30 HeilBerG NRW die Möglichkeit der Kostentragung durch die verpflichteten Ärzte vor und § 1 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 2 GNDO normiere die Kostentragungspflicht. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung dürften KVen von der Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen von Nichtvertragsärzten einen Anteil für Verwaltungskosten abziehen (Verweis auf BSG, Urteil vom 24. September 2003 – [B 6 KA 51/02 R](#)).

Im Anschluss an einen ersten Termin zur mündlichen Verhandlung am 20. September 2017 hat die Beklagte Auskunft über das Betreibermodell der Notfallpraxis, bestehende Vertragsverhältnisse und die Art und Weise der Umlagefinanzierung der Notfallpraxis gegeben, ferner den Kontenstand der Notfallpraxis von Dezember 2015 mitgeteilt sowie für die streitbefangenen Quartale die betriebswirtschaftlichen Informationen der Notfallpraxis vorgelegt. Auf diesbezügliche Ausführungen und vorgelegte Unterlagen wird inhaltlich Bezug genommen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 25. September 2019 abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Gegen das ihr am 28. Oktober 2019 zugestellte Urteil hat sich die Klägerin am 26. November 2019 mit ihrer Berufung gewandt. Zur Begründung wiederholt sie ihren erstinstanzlichen Vortrag. Ergänzend trägt sie vor, dass der Verweis auf das Urteil des BSG vom 24. September 2003 ([B 6 KA 51/02 R](#)) nicht trage, da dort lediglich die Erhebung prozentualer Umlagen – hier gemäß § 13 Abs. 2 der Satzung –, nicht aber der pauschalen Umlagen behandelt worden sei. Das BSG verdeutliche zudem, dass es lediglich ausnahmsweise die Regelungen der vertragsärztlichen Vergütung analog auf Nichtvertragsärzte anwende. Dies hätten auch bereits das SG Düsseldorf (Urteil vom 24. Oktober 2007 – [S 2 KA 128/06](#)) und das LSG NRW (Urteil vom 9. September 2009 – [L 11 \(10\) KA 62/07](#)) bestätigt. Es sei der Beklagten zudem der Beleg nicht möglich, dass die erhobene pauschale Umlage den tatsächlichen Kosten der Notfallpraxis entspreche. Auf § 31 HeilBerG könne sie sich insoweit nicht berufen, denn danach sei sie nur zur Erhebung der tatsächlichen Kosten berechtigt.

Die Beklagte verletze zudem das Kostendeckungsprinzip, wonach keine Beiträge o.ä. verlangt werden dürften, die zur Finanzierung der (speziellen) Verwaltungsaufgaben nach Grund oder Höhe nicht erforderlich seien. Sie habe selbst auf mehrfache Überdeckungen hingewiesen. Zuletzt sei dies im Dezember 2015 der Fall gewesen, als ein Betrag in Höhe von 125.000,00 Euro stehen gelassen worden sei. Es gehe mithin nicht um tatsächliche Kosten, sondern um die „Anhäufung von Rücklagen“. Das hätte näherer Aufklärung bedurft. Soweit die Beklagte nunmehr vortrage, dass ihr Vorgehen einer geordneten betriebswirtschaftlichen Investitions- und Finanzplanung geschuldet sei, könne dies ohne Belege nicht nachvollzogen werden. Darüber hinaus steige zwar die Zahl der Ärzte, die Notdienste leisten würden, die Zahl der Dienste bleibe allerdings gleich. Für die Rücklagenbildung bedürfe es ferner aufgrund des in [Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG](#) geregelten Bestimmtheitsgebots einer eindeutigen Regelung (Verweis auf Bundesverwaltungsgericht [BVerwG], Urteil vom 27. Juni 2013 – [3 C 27.12](#)). Daran fehle es. Auch das Äquivalenzprinzip sei verletzt. Dieses fordere, dass zwischen der Höhe des Beitrags und dem Nutzen des Beitragspflichtigen ein proportionaler Zusammenhang bestehe, wofür ausreiche, dass die Beitragshöhe nicht in einem groben Missverhältnis zu den Vorteilen stehe, die der Beitrag abgelten solle. Ein solches grobes Missverhältnis liege indes vor. Es könne nicht darauf abgestellt werden, dass ihr durch die Nutzung der Notfallpraxis sächliche und personelle Vorteile entstünden und sie die Chance auf Einnahmen habe. Diese hätten in den streitigen Quartalen die Kosten deutlich unterschritten. In manchen Quartalen sei sie auch zu keinem Dienst herangezogen worden. Sie werde durch die Existenz des organisierten Notfalldienstes auch in der eigenen Praxis nicht entlastet, da es nur äußerst selten bei ihren Patienten zu Notfällen komme.

Die Erhebung der erhöhten Verwaltungspauschale verstoße entgegen der Ansicht des SGs auch gegen den Gleichheitsgrundsatz. Das SG gehe darin fehl, dass die erhöhte Erhebung nicht zwischen Arztgruppen, sondern Abrechnungsmethoden differenziere. Der Gleichheitssatz sei auch im Fall der indirekten Diskriminierung einer Gruppe von Normadressaten anwendbar. Das sei hier der Fall, denn es sei für die insoweit betroffene Gruppe der Nichtvertragsärzte nicht wirtschaftlich, die erheblichen Kosten für eine IT-gestützte Abrechnung aufzuwenden. Die Erhebung von 25% höheren Verwaltungskosten sei auch nicht verhältnismäßig. Die Beklagte lege die Haushaltspläne nicht vor. Auf § 13 Abs. 3 der Satzung werde verwiesen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 25. September 2019 zu ändern und die Bescheide der Beklagten für die Quartale 2/2014 vom 21. Oktober 2014, 3/2014 vom 20. Januar 2015, 4/2014 vom 21. April 2015, 2/2015 vom 20. Oktober 2015 und 3/2015 vom 19. Januar 2016, jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Mai 2016, insoweit aufzuheben, als die Klägerin durch sie zur Tragung pauschaler Notfallpraxiskosten von 130 Euro je Quartal und zur Zahlung einer Verwaltungskostenpauschale von 3,5% statt von 2,8% herangezogen wird,

hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Die Klägerin wende sich nicht gegen ihre grundsätzliche Heranziehung zum ärztlichen Notfalldienst. Soweit auf die Entscheidung des LSG NRW aus 2009 verwiesen werde, habe sich die Rechtslage seither dadurch geändert, dass zum 14. Mai 2013 die Änderung des § 31 HeilBerG NRW in Kraft getreten sei. Damit bestehe eine gesetzliche Ermächtigung, in der GNDO die Kostenbeteiligung von Nichtvertragsärzten zu regeln. Die dadurch gewährte Regelungskompetenz hätten sie – die Beklagte – und die Beigeladene insbesondere in § 12 Abs. 2 GNDO genutzt. Die dortige Regelung berechne auch dazu, im erforderlichen Umfang zur Finanzierung der Verwaltungsaufgabe Notfalldienstpraxis Rücklagen zu bilden. Nur so ließen sich größere Projekte wie die Renovierung oder Anschaffung neuer Geräte finanzieren. Sie habe sich dabei allerdings nicht an einem pauschalen Vomhundertsatz orientiert, sondern den erwarteten und anzusparenden Investitionsbedarf sowie die Anzahl der notdienstverpflichteten Ärzte ermittelt. Überdeckungen seien abgebaut worden. Das Kostendeckungsprinzip verlange, dass die Beiträge ausschließlich zur Finanzierung der Aufgabe verwandt würden und nach Grund und Höhe erforderlich seien. Das sei der Fall. Die Mittel würden ausschließlich zweckgebunden eingesetzt. Soweit der Begriff „Rücklage“ verwandt worden sei, sei klarzustellen, dass keine allgemeinen Sicherheitsreserven angelegt würden. Stattdessen sei es zweckmäßig und mit dem Kostendeckungsprinzip vereinbar, wenn die zur Aufrechterhaltung eines zuverlässigen und hochwertigen Praxisbetriebs nötigen Investitionen angemessen betriebswirtschaftlich geplant und die erforderlichen Mittel gleichmäßig angespart würden. Dass nur bereits tatsächlich entstandene Kosten den Notfalldienstverpflichteten „in Rechnung gestellt“ werden könnten, sei gerade nicht bestimmt. Der Wortlaut des § 12 Abs. 2 GNDO spreche nämlich nicht von der (nachträglichen) Erstattung tatsächlich entstandener Kosten, sondern von Kostenbeteiligung. Ergänzend würden in § 12 Abs. 3 GNDO Beiträge, d.h. regelmäßig zu zahlenden Geldbeträge geregelt. Im Hinblick auf das Äquivalenzprinzip sei zu betonen, dass die Klägerin nicht nur im aktiven Dienst von den Vorteilen der Notfallpraxis profitiere, sondern gerade auch in Zeiten, in denen sie selbst nicht zum Dienst eingeteilt sei, da sie so der Verpflichtung, 24 Stunden für ihre Patienten zur Verfügung zu stehen, entoben werde.

Soweit sich die Klägerin gegen den „erhöhten“ Verwaltungssatz von 3,5% wende, sei darauf zu verweisen, dass die Vertreterversammlung der Beklagten einen „grundsätzlichen“ Regelverwaltungskostenansatz in Höhe von 3,5% festgesetzt habe. Mitglieder, die ihre Abrechnung IT-gestützt vornähmen, zahlten 2,8%, d.h. bei ihnen sei aufgrund des geringeren Aufwandes ein geringerer Beitrag beschlossen worden.

Der Senat hat die Beigeladene am Verfahren beteiligt (Beschluss vom 24. September 2020). Sie hat sich dem Antrag und den Ausführungen der Beklagten angeschlossen.

Auf Nachfrage des Senats hat die Beklagte ihre gültige Satzung, die Organisationspläne der Beklagten und Beigeladenen vom 19. September 2012 und 1. September 2014 sowie die Protokolle der Geschäftsführersitzung der L mbH vom 4. März 2014 und 8. Dezember 2015 vorgelegt. Zudem hat sie mitgeteilt, dass die Kosten der Notfallpraxis nach § 13 Abs. 3 Satz 2 der Satzung nur „entsprechend dem Haushaltsplan“ festzusetzen seien. Da die Finanzierung ausschließlich aus dem zusätzlichen Beitrag und nicht aus allgemeinen Mitteln erfolge, seien weder die Umlage noch die Kosten im Haushaltsplan der Beklagten ausgewiesen. Letztlich hat der Senat den Gesellschaftsvertrag der L mbH beigezogen. Auf den Inhalt dieser Unterlagen wird ergänzend Bezug genommen.

Nach vorheriger Anhörung hat der Senat den Beteiligten von Amts wegen gestattet, sich während der mündlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufzuhalten und dort Verfahrenshandlungen über den von der Justiz des Landes NRW zur Verfügung gestellten Virtuellen Meetingraum (VMR) vorzunehmen (Beschluss vom 6. April 2022). Die Beklagte sowie die Prozessbevollmächtigte der Beigeladenen haben von dieser Gestattung Gebrauch gemacht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Niederschrift der mündlichen Verhandlung, den Inhalt der Streitakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

### **Entscheidungsgründe:**

A. Die Anträge im Berufungsverfahren sind wirksam im Rahmen der mündlichen Verhandlung gestellt. Soweit die Beteiligten nicht persönlich im Gerichtssaal vertreten gewesen sind, sondern von ihrem Behörden- bzw. Kanzleisitz aus per Video- und Tonübertragung an der Verhandlung teilgenommen haben, war dies gemäß [§ 110a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) aufgrund des gerichtlichen Beschlusses vom 6. April 2022 zulässig.

B. Streitbefangen sind die Abrechnungsbescheide für die 2/2014 bis 4/2014 sowie 2/2015 und 3/2015, nämlich die Bescheide vom 21. Oktober 2014, 20. Januar 2015, 21. April 2015, 20. Oktober 2015 und 19. Januar 2015, jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Mai 2016, und zwar hinsichtlich der dort erhobenen pauschale Kostenumlage von 130,00 Euro pro Quartal sowie der Heranziehung der Klägerin zur Zahlung des Regelverwaltungskostenansatzes in Höhe von 3,5% statt – wie von der Klägerin für angemessen gehalten – eines ermäßigten Verwaltungskostenansatzes von 2,8% (Verwaltungskosten 3,5%: 90,77 Euro bzw. 2,8%: 72,61 Euro).

C. Das SG hat – stillschweigend – die Eröffnung des Sozialrechtsweges nach [§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) bejaht. Daran ist der Senat gemäß [§ 17a Abs. 5](#) Gerichtsverfassungsgesetz gebunden.

D. Die am 26. November 2019 schriftlich eingelegte Berufung der Klägerin gegen das ihr am 28. Oktober 2019 zugestellte Urteil des SG Düsseldorf vom 25. September 2019 ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 Abs. 1, Abs. 3, § 64 Abs. 1, Abs. 2, § 63 SGG](#)) und ohne Zulassung statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)). Einer Zulassung der Berufung bedurfte es nicht, auch wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 750,00 Euro nicht erreicht. Es liegen die Voraussetzungen des [§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) vor, denn es sind wiederkehrende Leistungen für fünf Quartale und damit für mehr als ein Jahr betroffen. Leistungen in diesem Sinne sind sowohl die – hier um die pauschalen Kosten von 130,00 Euro reduzierten – Honorarzählungen an Vertragsärzte (Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Auflage 2020, § 144 Rn. 23 m.w.N.) als auch z.B. Beiträge als Leistungen, deren Empfänger der Staat oder ein Versicherungsträger ist (Leitherer, a.a.O., Rn. 22 m.w.N.).

E. Die Berufung der Klägerin ist unbegründet, denn das SG hat zu Recht die zulässige (dazu unter I.) Klage als unbegründet (dazu unter II.)

abgewiesen.

I. Für das Rechtsschutzziel der Klägerin, die eine (teilweise) Aufhebung der streitbefangenen Bescheide begehrt, ist die erhobene isolierte (Teil-)Anfechtungsklage statthaft ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 SGG](#)). Die auch im Übrigen zulässige Klage ist zudem fristgerecht am Montag, den 20. Juni 2016, binnen eines Monats nach Zustellung des Widerspruchsbescheides am 19. Mai 2016 erhoben worden ([§ 87 Abs. 1 Satz 1, § 90, § 64 Abs. 1, Abs. 3, § 63 SGG](#)).

II. Die Klage ist unbegründet, denn die streitgegenständlichen Bescheide in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 18. Mai 2016, soweit sie zur Überprüfung durch den Senat gestellt worden sind, erweisen sich als rechtmäßig und verletzen die Klägerin insofern nicht in ihren Rechten.

1. Ermächtigungsgrundlage für die Beteiligung der Klägerin an den Kosten der Notfallpraxis ist § 31 Abs. 2 Satz 2 HeilBerG NRW vom 9. Mai 2000 (in den Fassungen vom 30. April 2013 bzw. 8. September 2015) i.V.m. § 12 GNDO, § 6 Abs. 1 der Organisationspläne vom 18. September 2012 und 1. September 2014 und § 13 Abs. 3 der Satzung (pauschale Kostenumlage) sowie § 13 Abs. 2 der Satzung (Regelverwaltungskostenansatz) i.V.m. dem Verwaltungskostenansatz der Beklagten 2014 und 2015 (Rheinisches Ärzteblatt 2014, 105 und 2015, 64).

2. In formeller Hinsicht sind die Bescheide nicht zu beanstanden.

a) Die Beklagte ist zunächst zum Erlass von Verwaltungsakten über die Höhe der Kostenbeteiligung gegenüber der Klägerin als Nichtvertragsärztin zuständig.

aa) Zwar ist die Klägerin als nur privatärztlich tätige Ärztin ausschließlich Mitglied der beigeladenen Ärztekammer, nicht aber der beklagten KV, so dass grundsätzlich nur die Beigeladene aufgrund von §§ 6 Abs. 1 Nr. 3, 30 Nr. 2, 31 Abs. 1 HeilBerG NRW befugt ist, ihr gegenüber Regelungen hinsichtlich des Notfalldienstes durch Verwaltungsakt zu treffen (Verwaltungsgericht [VG] Gelsenkirchen, Urteil vom 20. November 2013 - [7 K 4877/11](#) - juris zur Heranziehung eines Nichtvertragsarztes zur notfalldienstlichen Kostenumlage der KVWL/ÄKWL; anders zu einem Heranziehungsbescheid der KVWL: OVG Münster, Beschluss vom 22. Juni 2009 - [13 A 3775/06](#) - juris.; nachgehend: BVerwG, Beschluss vom 17. September 2009 - B 67.09; so auch: OVG Münster, Urteil vom 27. Februar 2013 - [13 A 602/10](#) - juris). Allerdings trägt nach § 12 Abs. 1 GNDO die Kosten der Organisation und Durchführung des Notfalldienstes die beklagte KV. Im Rahmen der unvermeidbaren Kooperation innerhalb des vereinbarten gemeinsamen Notfalldienstes haben die Beklagte und die Beigeladene die alleinige Zuständigkeit der Beklagten für die Kosten bestimmt [dazu unter (1)]. Als Annexkompetenz folgt daraus die zur Kostenerhebung erforderliche Zuständigkeit, gegenüber allen am Notdienst teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten Kostenbescheide zu erlassen [dazu unter (2)].

(1) Dass die Beklagte und die Beigeladene die Kompetenz zur Kostenerhebung bewusst und zielgerichtet allein auf die Beklagte verlagert haben, folgt aus der Regelungskonzeption der GNDO, die außerhalb des Bereichs der Kosten von einer Aufgabenwahrnehmung sowohl durch die Beklagte als auch die Beigeladene bei strikter Trennung der Entscheidungskompetenzen für Vertragsärzte (Beklagte) bzw. Nichtvertragsärzte (Beigeladene) ausgeht (vgl. z.B. Stellen für die Anzeige einer Vertretung - § 1 Abs. 5 Satz 4 GNDO, paritätische Besetzung des Notfalldienstausschusses - § 3 Abs. 2 GNDO, Entscheidungskompetenz über den Ausschluss aus dem Notfalldienst - § 4 Abs. 3 GNDO, Stellen, die ein Vertreterverzeichnis einrichten - § 5 Abs. 1 GNDO; gemeinschaftliches Aufstellen der Pläne für den Notfalldienst - § 6 Abs. 1 GNDO; Entscheidungskompetenz über die Heranziehung und Befreiung vom Notfalldienst - § 6 Abs. 2 lit. a) und b) GNDO; Rechtsbehelfszuständigkeit - § 6 Abs. 4 GNDO; Kompetenz zur Anordnung des Sofortvollzuges - § 6 Abs. 5 GNDO; gemeinschaftliches Aufstellen der Organisationspläne - § 9 Abs. 1 GNDO). Eingedenk der offenkundigen Abweichung von dieser Konzeption hinsichtlich der Kosten handelt es sich hier um eine ausdrücklich gewollte Aufgabenübertragung auf die Beklagte, die es angesichts des den Normgebern zugestandenen weiten Gestaltungsermessens zu respektieren gilt (dazu sogleich).

(2) Entsprechende Kompetenzen der Beklagten im Rahmen der Abrechnung gegenüber Nichtvertragsärzten sind zudem der Regelungskonzeption in Fallgestaltungen, die auch rein privatärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte betreffen, nicht fremd.

So steht der Beklagten die Befugnis zum Erlass von Abrechnungsbescheiden gegenüber Nichtvertragsärzten auch in Notfällen ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) zu (BSG, Urteil vom 13. Mai 2020 - [B 6 KA 6/19 R](#) - SozR 4- 2500 § 106d Nr. 8, Rn 20; BSG, Urteil vom 11. September 2019 - [B 6 KA 6/18 R](#) - SozR 4-2500 § 76 Nr. 5, Rn. 17; BSG, Beschluss vom 5. Mai 2021 - [B 6 SF 1/20 R](#) - juris).

Die Erhebung von Verwaltungskosten gegenüber Nichtvertragsärzten ist demgemäß gleichfalls durch die Beklagte zulässig, wie das BSG bereits ausdrücklich bestätigt hat (BSG, Urteil vom 24. September 2003 - [B 6 KA 51/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 75 Nr. 2](#), Rn. 16).

bb) Es bestehen auch keine Bedenken gegen die durch die Beklagte gewählte Handlungsform, nämlich den Verwaltungsakt. Gemäß § 31 Abs. 2 Satz 2 HeilBerG NRW kann zur Sicherstellung der Qualität des Notfalldienstes bestimmt werden, dass die Notfalldiensttätigkeit in einer zentralen Notfalldiensteinrichtung zu erfolgen hat und sich die Notfalldienstverpflichteten in diesem Fall an den Kosten dieser Einrichtung zu beteiligen haben. Da sich die Klägerin als Mitglied der Beigeladenen in einer öffentlich-rechtlich geprägten Beziehung und damit in einem Über-/Unterordnungsverhältnis befindet, kann die Erhebung dieser Kosten als Annex durch Verwaltungsakt erfolgen und zwar vorliegend nach o.g. Erwägungen hier durch die Beklagte.

Ausfluss dieser öffentlich-rechtlichen Beziehung ist u.a. gerade die Pflicht, den Notdienst zu verrichten. So bestimmt § 6 Abs. 1 Nr. 3 HeilBerG NRW, dass es u.a. öffentlich-rechtliche Aufgabe der Kammern ist, einen ärztlichen und zahnärztlichen Notfalldienst in den sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen und bekannt zu machen. Nach § 30 Nr. 2 HeilBerG NRW gilt, dass die Kammerangehörigen, die ihren Beruf ausüben, insbesondere die Pflicht haben, grundsätzlich am Notfalldienst teilzunehmen, wenn sie ambulant ärztlich oder zahnärztlich tätig sind. Die Ausgestaltung der in § 30 HeilBerG NRW normierten Pflichten der Kammerangehörigen regelt neben der Berufsordnung die Notfalldienstordnung, § 31 Abs. 1 HeilBerG NRW. Diese wird auf Seiten der beigeladenen Ärztekammer durch diese unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 31 Abs. 2 HeilBerG NRW erlassen und durch die Aufsichtsbehörde genehmigt, § 31 Abs. 3 HeilBerG NRW. Sodann regeln sowohl die Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung vom 10. November 2012 (in Kraft getreten 13. März 2013 [BO]) als auch die GNDO erneut die Teilnahmepflicht; so sind einerseits generell Ärztinnen und Ärzte nach § 26 BO nach Maßgabe des nordrhein-westfälischen Heilberufsgesetzes zur Teilnahme am Notfalldienst und andererseits konkret gemäß § 1 Abs. 1

Satz 1 GNDO u.a. niedergelassene Ärzte zur Teilnahme an dem gemeinsam von der beigeladenen Ärztekammer und der beklagten KV organisierten ärztlichen Notfalldienst verpflichtet.

b) Einer Anhörung der Klägerin vor Erlass der Honorarbescheide, in deren Rahmen die von der Klägerin zu leistenden Zahlungen festgelegt worden sind, gemäß [§ 24 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch bedurfte es nicht (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#), Rn. 36 mit ausführlicher Begründung).

3. Die angefochtenen Bescheide sind zudem materiell rechtmäßig, da die Voraussetzungen für die Erhebung pauschaler Kosten für die Finanzierung der Notfallpraxis in G in Höhe von 130,00 Euro pro Quartal und Arzt [dazu unter a)] sowie des Regelverwaltungskostenansatzes in Höhe von 3,5% statt 2,8% für nicht IT-gestützte Abrechnung [dazu unter b)] in den Quartalen 2/2014 bis 4/2014 sowie 2/2015 und 3/2015 vorliegen.

a) Die Erhebung pauschaler Kosten zur Finanzierung der Notfallpraxis in G in Höhe von 130,00 Euro pro Quartal und Arzt durch die Beklagte ist rechtmäßig erfolgt. In der GNDO konnte eine Regelung für die Kosten des Notfalldienstes geschaffen werden [dazu unter aa)]. Die Klägerin unterfiel dieser Regelung, da sie zum Notfalldienst in der Notfallpraxis in G herangezogen werden durfte [dazu unter bb)]. Die quartalsweise Erhebung erfolgte gemäß den entsprechenden Vorschriften [dazu unter cc)].

aa) Während sich die Beklagte hinsichtlich des Erlasses der GNDO auf [§§ 75 Abs. 1 Satz 1, 2](#) (i.d.F. vom 15. Juli 2013 [a.F.] bzw. [§ 75 Abs. 1b](#) i.d.F. 16. Juli 2015 [n.F.]), [81 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4](#), 5 SGB V i.V.m. § 4 Abs. 7 i.V.m. § 13 Abs. 2, 3 der Satzung stützt (insb. zur Berechtigung Regelungen über die Kostenumlage im Notfalldienst zu treffen: Senat, Urteil vom 28. Juli 2021 - [L 11 KA 49/18](#) - juris), beruht diese bezüglich der Beigeladenen auf den o.g. [§§ 6 Abs. 1 Nr. 3](#), [Abs. 4 Satz 2, 30 Nr. 2](#) und [31 Abs. 1, 2](#) HeilBerG NRW i.V.m. [§ 26 BO](#) (VG Gelsenkirchen, Urteil vom 20. November 2013 - a.a.O.). Insbesondere nach [§ 6 Abs. 4 Satz 2](#) HeilBerG NRW kann die Beigeladene für besondere Amtshandlungen, sonstige Tätigkeiten und für die Inanspruchnahme ihrer Einrichtungen Gebühren erheben.

(1) Danach obliegt Beklagter und Beigeladener die Verpflichtung, einen ärztlichen und zahnärztlichen Notfalldienst in den sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen, wobei ihnen im Einzelnen die weitere Ausgestaltung vorbehalten bleibt. Die Notfalldienstordnung hat insbesondere vorzusehen, dass die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst nur für einen bestimmten regionalen Bereich gilt. Sie kann zur Sicherstellung der Qualität des Notfalldienstes bestimmen, dass die Notfalldiensttätigkeit in einer zentralen Notfalldiensteinrichtung zu erfolgen hat und sich die Notfalldienstverpflichteten in diesem Fall an den Kosten dieser Einrichtung zu beteiligen haben. Die Notfalldienstordnung kann ferner Ausnahmetatbestände von der Teilnahmeverpflichtung für bestimmte Fallgruppen und Teilnahmebefreiungen, insbesondere wegen körperlicher Behinderungen oder besonders belastender familiärer Pflichten sowie wegen Teilnahme an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung vorsehen. Teilnahmebefreiungen können auf Antrag ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden, [§ 31 Abs. 2](#) HeilBerG NRW.

(2) Von dieser Möglichkeit haben die Beklagte und die Beigeladene in der GNDO Gebrauch gemacht. Dabei ist die dort geregelte Wahrnehmung des Notfalldienstes als Gemeinschaftsaufgabe im Rahmen der GNDO rechtmäßig. Die Notfalldienststruktur ist in zulässiger Weise in einer gemeinsamen Notfalldienstordnung geregelt. Es ist geklärt, dass eine derartige Aufteilung insbesondere aus Gründen der praktikablen Handhabung und der gebotenen Koordinierung gleichgelagerter Maßnahmen im Rahmen des allgemeinen ärztlichen Notfalldienstes und des vertragsärztlichen Notfalldienstes nicht zu beanstanden ist (vgl. OVG Münster, Beschluss vom 22. Juni 2009 - a.a.O. - juris zur GNO ÄKWL/KVWL m.w.N.). Es ist weder erkennbar noch vorgetragen, dass sich diese Notfalldienststruktur der GNDO nicht im Rahmen des der Beklagten und der Beigeladenen zustehenden Gestaltungsspielraums hält oder sachlich nicht gerechtfertigt ist. Sowohl der Beklagten als auch der Beigeladenen steht bei der Ausgestaltung des Notfalldienstes grundsätzlich ein weiter Gestaltungsspielraum zu (Senat, Urteil vom 30. Juni 2021 - [L 11 KA 54/19](#); LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26. August 2009 - [L 3 KA 49/07](#) - juris; OVG Münster, Urteil vom 27. Februar 2013 - [13 A 602/10](#) - juris unter Verweis auf BVerwG, Urteil vom 9. Juni 1982 - [3 C 21. 81](#) - NJW 1983, 1387; OVG Münster, Beschluss vom 22. Juni 2009 - a.a.O.; allgemein zum weiten Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers im Zusammenhang mit Berufsausübungsregelungen Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Urteil vom 23. Januar 1990 - [1 BvL 44/86](#), [1 BvL 48/87](#) - juris). Grundsätzlich dient der durch die Beigeladene und die Beklagte organisierte gemeinsame Notfalldienst dazu, eine adäquate medizinische Versorgung der Patienten außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten sicherzustellen und die mit dem Notfalldienst verbundenen Belastungen für die Ärzte möglichst gleichmäßig zu verteilen und in Grenzen zu halten (VG Gelsenkirchen, Urteil vom 20. November 2013 - a.a.O.).

bb) Nach [§ 12 Abs. 2](#) GNDO sind alle Ärzte, die gemäß [§ 1 Abs. 1](#) GNDO zum Notfalldienst herangezogen werden können, verpflichtet, die Kosten des Notfalldienstes anteilig zu tragen. Die Klägerin ist als privatärztlich niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in eigener Praxis in R/Rhein-Sieg-Kreis zunächst grundsätzlich nach den bereits dargelegten Vorschriften zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst in der Notarztpraxis verpflichtet und konnte insofern - was sie selbst auch nicht anzweifelt - in allen streitbefangenen Quartalen zum Notfalldienst herangezogen werden.

Dieser Verpflichtung kam sie jeweils auch in der Notfallpraxis in G nach. Die Heranziehung zum Notfalldienst erfolgt grundsätzlich für den Notfalldienstbezirk, in dem die Praxis liegt. Bei Bestehen einer allgemeinen Notfallpraxis ist der Sitzdienst in der Notfallpraxis wahrzunehmen; der diensthabende Arzt hat ständig anwesend zu sein, [§ 8 Abs. 1, 2 Satz 1, 2](#) GNDO. Insofern hatte die Klägerin ihre Dienste in der räumlich nächst gelegenen Notfallpraxis in G abzuleisten. Auch diese Regelung ist von der Ermächtigungsgrundlage des [§ 31 Abs. 2 Satz 2](#) HeilBerG NRW gedeckt. Dass die Pflicht zur Ableistung des „Sitzdienstes“ in einer für diesen Zweck eingerichteten Notfallpraxis rechtmäßig ist, hat das BSG auf der Grundlage der nordrheinischen GNDO bereits erkannt (BSG, Urteil vom 11. Mai 2011 - [B 6 KA 23/10 R](#) - SozR 4-2500 [§ 75 Nr. 11](#)). Der Senat folgt insoweit den zutreffenden Ausführungen des SG und nimmt auf diese Bezug ([§ 153 Abs. 2](#) SGG).

cc) Die Erhebung pauschaler Kosten zur Finanzierung der Notfallpraxis ist rechtmäßig erfolgt.

Die Kosten der Organisation und Durchführung des Notfalldienstes trägt die Beklagte. Sie sind in den Haushaltsplänen auszuweisen und von der Vertreterversammlung zu genehmigen, [§ 12 Abs. 1](#) GNDO. Alle Ärzte, die gemäß [§ 1 Abs. 1](#) GNDO zum Notfalldienst herangezogen werden können, sind verpflichtet, die Kosten des Notfalldienstes anteilig zu tragen, [§ 12 Abs. 2](#) GNDO. Die Kosten der regionalen Fahrdienste und Notfallpraxen tragen die in diesem Bereich niedergelassenen Ärzte sowie die in Praxen oder in Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte. Diese Ärzte sind verpflichtet, einen gesonderten Beitrag für die Nutzung einer Notfallpraxis und/oder Bereitstellung eines Transportmittels im Rahmen des Fahrdienstes zu zahlen. Die nach [§ 2](#) vom Notfalldienst befreiten Ärzte sind

grundsätzlich verpflichtet, 50% des gesonderten Beitrages zu zahlen. Näheres und Abweichungen regelt der jeweilige Organisationsplan der Kreisstellen, § 12 Abs. 3 Satz 1 bis 4 GNDO.

Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 und 2 GNDO stellen die Vorstände der beigeladenen Ärztekammer und der beklagten KV für die einzelnen Kreise in Zusammenarbeit mit den Kreisstellen Organisationspläne auf, die für die Kreisstellen verbindlich sind. Sie beschließen auf Vorschlag der Kreisstellen über die Einrichtung von allgemeinen, kinderärztlichen und /oder fachspezifischen Notfallpraxen sowie die Ausgestaltung der Sitz- und Fahrdienste in und an den Notfallpraxen. Auf dieser Grundlage haben Beklagte und Beigeladene die vorliegend relevanten Organisationspläne vom 18. September 2012 und 1. September 2014 erlassen. Gemäß § 6 Abs. 1 Satz 2 dieser Organisationspläne werden die Kosten durch einen Umlagebetrag gemäß § 13 Abs. 3 der Satzung der Beklagten je Arzt und Quartal einbehalten.

Nachdem die Normgeber des § 12 GNDO den Bereich der Kosten von Organisation und Durchführung des Notfalldienstes der Beklagten überantwortet haben, folgt die konkrete Ausgestaltung der Erhebung durch § 13 Abs. 3 der Satzung der Beklagten unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 12 GNDO i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 2 der Organisationspläne. Gemäß § 13 Abs. 3 Satz 1 bis 8 der Satzung erhebt diese zur Deckung der Kosten für eine Notfallpraxis, in der nach der Notfalldienstordnung der von Ärztekammer Nordrhein und KV Nordrhein organisierte Notfalldienst ausgeführt wird, und zur Deckung der Kosten für Arztzentralen sowie für nicht anderweitig gedeckte Transportkosten im Notfallbezirk einen zusätzlichen Beitrag. Dieser zusätzliche Beitrag wird für jedes Geschäftsjahr entsprechend dem Haushaltsplan vom Vorstand festgesetzt und gemäß Abs. 2 einbehalten. Der besondere Beitrag kann sowohl als Vomhundertsatz aller über die KV Nordrhein abgerechneten Leistungen als auch als Vomhundertsatz der im Notfalldienst oder der Notfallpraxis erbrachten Leistungen festgesetzt werden. Er kann auch in einer festen Umlage auf alle im Notfalldienstbezirk niedergelassenen und über die KV Nordrhein abrechnenden Mitglieder bestehen oder in einer Umlage auf die Mitglieder, die aus der Notfallpraxis einen unmittelbaren Nutzen ziehen. Der Beitrag kann auch aufgrund einer Kombination der aufgeführten Möglichkeiten festgesetzt werden. Bei der Festlegung des Vorstandes ist die Meinungsbildung in der jeweils betroffenen Kreisstelle zu berücksichtigen. Bestehen in einem Notfallbezirk mehrere Notfallpraxen, werden die Beiträge für die jeweiligen Notfallpraxen getrennt erhoben. Der zusätzliche Beitrag zur Deckung der Kosten einer Notfallpraxis kann auch für den Koordinationsaufwand in dem vom Vorstand festzulegenden Umfang und in der von ihm festzulegenden Höhe erhoben werden.

Eingedenk dessen hat die Beklagte gegenüber der Klägerin „Kosten der Organisation und Durchführung des Notfalldienstes“ i.S.d. § 12 Abs. 1, 2, 3 Satz 5 GNDO i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 2 der Organisationspläne und § 13 Abs. 3 der Satzung in der korrekten Höhe festgesetzt [dazu unter (1)]. Zudem ist die Kostenumlage mit den materiell-rechtlichen Anforderungen an eine Gebühr vereinbar [dazu unter (2)].

(1) Die Beklagte hat gegenüber der Klägerin zutreffend quartalsweise einen pauschalen Betrag von 130,00 Euro bestimmt [dazu unter (a)], den der Vorstand der Beklagten festgelegt hat [dazu unter (b)].

(a) Nach § 13 Abs. 3 Satz 1 der Satzung erhebt die Beklagte „zur Deckung der Kosten“ einen zusätzlichen Betrag. Dieser zusätzliche Beitrag wird für jedes Geschäftsjahr entsprechend dem Haushaltsplan vom Vorstand festgesetzt und gemäß Abs. 2 einbehalten, § 13 Abs. 3 Satz 2 der Satzung. Von den dargestellten in § 13 Abs. 3 verschiedene Möglichkeiten der Erhebung hat die Beklagte in Gestalt einer festen sowie einer prozentualen Umlage Gebrauch gemacht, wobei ausschließlich die feste Umlage vorliegend streitig ist. Ausweislich des Protokolls der 144. Geschäftsführersitzung vom 4. März 2014 wurde dabei diese Umlage auf (weiterhin) 130,00 Euro pro Arzt und Quartal festgelegt. Dies hat die Beklagte in ihren Bescheiden entsprechend berücksichtigt.

(b) Die Entscheidung über die Höhe der Beiträge ist auch vom Vorstand der Beklagten in nicht zu beanstandender Form getroffen worden.

(aa) Es bedurfte dafür zunächst weder einer Festsetzung im Haushaltsplan der Beklagten noch einer Genehmigung durch ihre Vertreterversammlung, wie es zunächst in § 12 Abs. 1 Satz 2 GNDO angelegt ist, denn § 12 Abs. 3 Satz 4 GNDO sieht diesbezüglich ausdrücklich eine Öffnungsklausel vor. Danach können sowohl „Näheres“ i.S. einer Konkretisierung sowie „Abweichungen“ im jeweiligen Organisationsplan der Kreisstellen geregelt werden, der nach § 9 Abs. 1 Satz 1 und 2 GNDO durch die Vorstände der beigeladenen Ärztekammer und der beklagten KV für die einzelnen Kreise in Zusammenarbeit mit den Kreisstellen aufgestellt wird. Entsprechende Abweichungen sind vorliegend durch die Vorstände der Beklagten und Beigeladenen in § 6 Abs. 1 Satz 2 der o.g. Organisationspläne für die Notfallpraxis G getroffen worden. Das rechtmäßige Zustandekommen der Organisationspläne ist von keinem Beteiligten angezweifelt worden. Für gegenteilige Annahmen hat auch der Senat keine Anhaltspunkte. Zwar sind die vorgelegten Exemplare der Organisationspläne durch die jeweiligen Vorsitzenden der Kreisstellen der Beklagten und Beigeladenen unterzeichnet. Gemäß der Kenntnis des zur hiesigen Entscheidung mitberufenen und langjährig in einer Kreisstelle tätigen ehrenamtlichen Richters ist es gerichtsbekannt, dass die Organisationspläne üblicherweise durch die entsprechenden übergeordneten Gremien genehmigt werden. Gemäß diesen Organisationsplänen werden die Kosten durch einen Umlagebetrag gemäß § 13 Abs. 3 der Satzung der Beklagten je Arzt und Quartal einbehalten. Der insofern in Bezug genommene § 13 Abs. 3 der Satzung regelt in Satz 2, dass der Beitrag für jedes Geschäftsjahr nur „entsprechend dem Haushaltsplan vom Vorstand“ festgesetzt wird.

(bb) Vorliegend wurden die Beiträge auch tatsächlich durch den Vorstand festgesetzt und „entsprechend dem Haushaltsplan“ für jedes Geschäftsjahr getrennt für die Notarztpraxis erhoben, § 13 Abs. 3 Satz 2, 7 der Satzung.

(aaa) So führte die für die konkrete Organisation des Notfalldienstes zuständige L mbH zunächst die betriebswirtschaftlichen Daten der Notfallpraxis G gemäß der jährlich erstellten sog. „Betriebswirtschaftliche(n) Information zur Notfallpraxis“ auf. Diese wurden für die Jahre 2014 und 2015 vorgelegt. Aus ihnen ergeben sich u.a. Umlagen sowie aufgeschlüsselte Personal- und Betriebskosten. Der Senat nimmt auf den jeweiligen Inhalt Bezug. Dafür, dass diese betriebswirtschaftlichen Daten keine Entsprechung des Haushaltsplans darstellen, sieht der Senat keinen Anhalt. Diesbezüglich wurden von den Beteiligten auch keine substantiierten Einwendungen erhoben.

(bbb) Ausweislich der vorgelegten Protokolle der 144. und 224. Geschäftsführersitzung vom 4. März 2014 und 8. Dezember 2015 der L mbH fanden diese Sitzungen unter der Überschrift der Alleingesellschafterin, nämlich der Beklagten (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein - Hauptstelle) statt. Es wurden unter Ziff. 4 des Protokolls der 144. Geschäftsführersitzung und Ziff. 14 des Protokolls der 224. Geschäftsführersitzung ausdrücklich in Beschlussform Regelungen zur Anpassung bzw. Aussetzung der Umlageformen bzgl. der Notdienstpraxis G gemäß § 13 Abs. 3 der Satzung getroffen. Der Senat sieht keinen Anhalt dafür, dass diese Beschlüsse nicht durch den zuständigen Vorstand getroffen worden sind. Gegenteiliges wurde auch nicht vorgetragen. Der damals bestellte stellvertretende Vorstand der Beklagten, Herr A, war ausweislich der Protokolle der beiden Geschäftsführersitzungen jeweils anwesend. Er war das für die in das

Ressort „Innere Verwaltung“ fallende Frage der Beitragserhebung im Notfalldienst allein zuständige Vorstandsmitglied.

Der Vorstand ist nach § 5 Abs. 1b) der Satzung Organ der Beklagten. Nach § 7 Abs. 1 Satz 2 der Satzung besteht der Vorstand aus zwei Personen. Dies waren im streitigen Zeitraum Herr Dr. Z als Vorsitzender und der bereits benannte Herr A als stellvertretender Vorstand. Der Vorstand hat seine Entscheidungen im Rahmen der Gesetze, der Satzung und der Beschlüsse der Vertreterversammlung zu treffen, § 7 Abs. 2 Satz 1 der Satzung. Der Vorstand fasst seine Beschlüsse einstimmig, § 7 Abs. 6 Satz 1 der Satzung. Nach § 7 Abs. 8 Satz 2 und 3 der Satzung verwaltet jedoch jedes Mitglied des Vorstandes gemäß § 79 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 35 Abs. 1 Satz 3, 4 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) innerhalb der vom Vorstand erlassenen Richtlinien seinen Geschäftsbereich eigenverantwortlich. Bei bereichsübergreifenden Entscheidungen sowie bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet der Vorstand; bei Stimmgleichheit der Vorsitzende. Gemäß den auf dieser Basis erlassenen, im streitigen Zeitraum geltenden Richtlinien des Vorstandes (i.d.F. vom 15. März 2011 [RL]) ist zunächst festgehalten, dass der Vorstand der Beklagten die Verantwortung für deren gesamte Verwaltung trägt und deren ausführende Verwaltung leitet sowie die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Beklagten einschließlich aller Untergliederungen führt, § 1 Abs. 1 Satz 1, Abs. 5 Satz 1 RL. Unbeschadet der Verantwortung des Vorstandes für die gesamte Verwaltung verwaltet das für den Bereich der hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgung gewählte Vorstandsmitglied seinen Geschäftsbereich allerdings eigenverantwortlich, § 3 Abs. 1 Satz 1 RL. Für die in § 3 Abs. 2 RL erneut genannten beiden Ausnahmetatbestände – bereichsübergreifende Entscheidungen und Meinungsverschiedenheiten – bestehen keinerlei Anhaltspunkte, insbesondere ist nicht erkennbar, dass die vorliegend relevante Frage thematisch in das durch § 3 Abs. 6 Satz 1 RL definierten Ressort des Vorsitzenden (Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitspolitik, Sicherstellung, Qualitätssicherung Ärzte und Psychotherapeuten, Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Bereich Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) fällt, während sie sich unproblematisch dem Bereich des stellvertretenden Vorstand gemäß § 3 Abs. 6 Satz 2, 3 RL (Haushalt, Innere Verwaltung, Honorarverträge und -verteilung, Haushaltsbeauftragter) zuordnen lässt.

(2) Die Kostenumlage ist auch mit den materiell-rechtlichen Anforderungen an eine Gebühr vereinbar. Es handelt sich um eine Gebühr [dazu unter (a)], deren Festsetzung hinreichend bestimmt ist [dazu unter (b)] und die sowohl dem Kostendeckungs- wie dem Äquivalenzprinzip entspricht [dazu unter (c) und (d)] und nicht gegen den Gleichheitsgrundsatz verstößt [dazu unter (e)].

(a) Eine Gebühr ist eine öffentlich-rechtliche Geldleistung, die aus Anlass individuell zurechenbarer öffentlicher Leistungen dem Gebührenschuldner auferlegt wird und dazu bestimmt ist, in Anknüpfung an diese Leistung deren Kosten ganz oder teilweise zu decken (BVerwG, Urteil vom 13. September 2006 – [6 C 10/06](#) – juris). Die Kostenumlage für den Notfalldienst vereinigt Elemente verschiedener Gebührentypen in sich. Die Beklagte und die Beigeladene stellen mit dem gemeinschaftlich organisierten ärztlichen Notfalldienst dem einzelnen Arzt ein Bündel an Leistungen zur Verfügung, nämlich die Bereitstellung von Einrichtungen (Notfallpraxen und Fahrzeuge im Fahrdienst mit dem dazugehörigen Personal), wie es für Benutzungsgebühren kennzeichnend ist. Zum anderen übernehmen Beklagte und Beigeladene auch die Verwaltung und Instandhaltung dieser Einrichtungen sowie die Abrechnung der im Notfalldienst erfolgten Behandlungen von gesetzlich versicherten Patienten. Insofern ist die Kostenumlage einer Verwaltungsgebühr vergleichbar. Als Gegenleistung werden die am Notfalldienst teilnehmenden Ärzte von ihrer individuellen Verpflichtung zur Dienstbereitschaft rund um die Uhr entlastet (insgesamt: VG Gelsenkirchen, Urteil vom 20. November 2013 – a.a.O., m.w.N.). Mit der Organisation des Notfalldienstes nehmen Beklagte und Beigeladene daher nicht nur jeweils eine eigene Aufgabe (vgl. [§ 75 Abs. 1 Satz 1](#), 2 SGB V a.F. bzw. [§ 75 Abs. 1b SGB V n.F.](#) und [§ 6 Abs. 1 Nr. 3 HeilBerG NRW](#)) wahr, sondern befreien gleichzeitig ihre Mitglieder von der individuellen Verpflichtung zur Versorgung von Notfallpatienten auch außerhalb der Praxiszeiten.

(b) Gebühren sind Abgaben und müssen daher dem abgabenrechtlichen Bestimmtheitsgebot genügen. Das abgabenrechtliche Bestimmtheitsgebot folgt aus dem in [Art. 20 Abs. 3 GG](#) verankerten Rechtsstaatsgebot und verlangt, dass abgabenbegründende Tatbestände so bestimmt sein müssen, dass der Pflichtige die auf ihn entfallende Belastung – in gewissem Umfang – vorausberechnen kann (BVerfG, Beschluss vom 17. Juli 2003 – [2 BvL 1/99](#) u.a. – [BVerfGE 108, 186](#)). Soweit Abgaben mit dem unmittelbaren Zweck einer Kostendeckung betroffen sind, muss jedoch nicht zwingend der Abgabensatz im Tatbestand festgelegt werden. Bei solchen Abgaben kann hinreichende Bestimmtheit vielmehr auch hergestellt werden, indem die Bemessungsfaktoren für die die Abgabe tragenden Kosten normiert werden (BVerwG, Urteil vom 27. Juni 2013 – [3 C 7.12](#) – juris, Rn. 16). Erforderlich ist eine dem jeweiligen Zusammenhang angemessene Regelungsdichte, die eine willkürliche Handhabung durch die Behörden ausschließt (BVerfG, Beschluss vom 17. Juli 2003 – [2 BvL 1/99](#) u.a. – a.a.O.). Dem folgend hat das BSG entschieden, dass Beiträge gemäß den Satzungen der KVen nicht zwingend dem Betrag nach festgelegt werden müssen (BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) – a.a.O., Rn. 101; BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – [B 6 KA 32/12 R](#) – [BSGE 113, 298](#), Rn. 15; BSG, Urteil vom 30. Oktober 2013 – [B 6 KA 1/13 R](#) – SozR 4-2500 § 81 Nr. 8, Rn. 17).

Durch die Begrenzung auf die Kosten für die Organisation und Durchführung des Notfalldienstes (vgl. [§ 12 GNDO](#)) werden die umlagefähigen Ausgaben ausreichend umrissen. Die so beschriebenen Kosten betreffen einen vergleichsweise schmalen und klar abgrenzbaren Teil der Aufgaben der Beklagten. Sachfremde Ausgaben, etwa für die Wahrnehmung anderer Aufgaben der Beklagten, werden dadurch aus der Umlageberechnung ausgeschlossen. Eine weitere Konkretisierung der Bemessungsfaktoren erfolgt über [§ 13 Abs. 3](#) der Satzung in der oben bereits beschriebenen Weise.

(c) Das Kostendeckungsprinzip ist gleichermaßen gewahrt. Es untersagt die Erhebung von Beiträgen, die zur Finanzierung der (speziellen) Verwaltungsaufgaben nach Grund oder Höhe nicht erforderlich sind (vgl. BSG, Urteil vom 30. Oktober 2013 – [B 6 KA 1/13 R](#) – a.a.O., Rn. 23 m.w.N.). Das Kostendeckungsprinzip ist kein Wesensmerkmal der Gebühr, sondern gilt nur, wenn es gesetzlich vorgeschrieben ist (BVerwG, Beschluss vom 6. Februar 1984 – [3 B 87.82](#) – juris; VG Gelsenkirchen, Urteil vom 20. November 2013 – a.a.O.)

(aa) Die Geltung des Kostendeckungsprinzips für die Umlage nach [§ 12 Abs. 2, 3 GNDO](#) ergibt sich aus dem Wortlaut der Vorschrift. Danach haben alle Ärzte gemäß [§ 1 Abs. 1 GNDO](#) die Kosten des Notfalldienstes anteilig zu tragen. Aus dieser Formulierung in Zusammenhang mit [§ 12 Abs. 1 GNDO](#) folgt, dass durch die Umlage insgesamt nur die Ausgaben für die Organisation und Durchführung des Notfalldienstes gedeckt werden sollen. Die Höhe wird zudem begrenzt, indem die Kosten der regionalen Fahrdienste und Notfallpraxen von den in diesem Bereich niedergelassenen Ärzten, Praxen oder MVZen getragen und so nur die Kosten der tatsächlich frequentierten Notfallpraxen und des tatsächlich genutzten Fahrdienstes umgelegt werden. Die getrennte Erhebung für die einzelnen Notfallpraxen zeigt sich auch in [§ 13 Abs. 3 Satz 6](#) der Satzung.

(bb) Soweit der Senat aus der Verwendung des Begriffs „Kosten“ in der Vergangenheit strengere Anforderungen abgeleitet hat, nämlich dass sich der Begriff nur auf tatsächlich entstandene „Kosten der Organisation und Durchführung des Notfalldienstes“ bezieht, die erst durch die Gegenüberstellung tatsächlich angefallener Ausgaben und Einnahmen ermittelt werden können (SG Düsseldorf, Urteil vom 24.



Oktober 2007 – [S 2 KA 128/06](#) – juris, Rn. 16; Senat, Urteil vom 9. September 2009 – [L 11 \(10\) KA 62/07](#) – juris, Rn. 29 – nachgehend: BSG, Beschluss vom 23. Juni 2010 – [B 6 KA 50/09 B](#) – beckonline.de), hält er daran nicht mehr fest. Weder dem Wortlaut noch der Systematik oder dem Sinn und Zweck der Regelung kann zwingend entnommen werden, dass es sich nicht um prognostizierte Kosten handeln kann, sondern um tatsächliche Kosten der öffentlichen Leistung handeln muss, die stets zeitlich verzögert, nämlich nach der Abrechnung, auf den die Leistung in Anspruch Nehmenden verlagert werden, wodurch die öffentliche Leistung zunächst durch die beklagte KV vorzufinanzieren wäre (ähnlich BSG, Beschluss vom 23. Juni 2010 – a.a.O.). So ist dem Wortlaut des § 12 Abs. 1 und Abs. 2 GNDO zu entnehmen, dass eine vorausschauende Kostenfinanzierung von den Satzungsgebern angestrebt worden ist. § 12 Abs. 2 GNDO löst sich insofern von der tatsächlichen Ebene, als es für die Heranziehung zu der Kostentragung auch nur der Möglichkeit zur Heranziehung zum Notfalldienst bedarf („herangezogen werden können“). Ferner spricht § 12 Abs. 2 GNDO von einer Kostenbeteiligung. § 12 Abs. 1 GNDO regelt darüber hinaus, dass die Beklagte die Kosten trägt. Ungeachtet der Frage, ob diese Kosten im Haushaltsplan der Beklagten auszuweisen und von der Vertreterversammlung zu genehmigen sind (§ 12 Abs. 1 Satz 2 GNDO) oder nur „entsprechend dem Haushaltsplan vom Vorstand“ (§ 13 Abs. 3 Satz 2 der Satzung i.V.m. § 12 Abs. 3 Satz 4 GNDO und § 6 Abs. 1 Satz 2 der Organisationspläne – dazu sogleich) festgesetzt werden, zeigt der Verweis auf das Instrument des Haushaltsplans, dass eine voraussichtliche Erhebung vollzogen werden soll. Ein Haushaltsplan dient gemäß [§ 78 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) (i.d.F. vom 20. April 2007) i.V.m. [§ 68 Abs. 1 Satz 1](#), 2 SGB IV der Feststellung der Mittel, die zur Erfüllung der Aufgaben des Versicherungsträgers bzw. hier der beklagten KV im Haushaltsjahr voraussichtlich erforderlich sind. Er ist die Grundlage für die Haushalts- und Wirtschaftsführung und stellt sicher, dass insbesondere die gesetzlich vorgeschriebenen Ausgaben rechtzeitig geleistet werden können.

(cc) Diesen Grundsätzen hat die Beklagte Rechnung getragen, in dem sie die Umlagen nach § 13 Abs. 3 der Satzung entsprechend dem Haushaltsplan nach § 13 Abs. 1, 4 der Satzung feststellt und sie einer regelmäßigen Überprüfung der Notwendigkeit unterworfen hat, wie sich anhand der vorgelegten Protokolle der Geschäftsführersitzungen zeigt. Tatsächlich sind dort die Einnahmen auf Überdeckungen hin untersucht und entsprechend angepasst worden. Dafür, dass die Beklagte die für den Notfalldienst erforderlichen Kosten nicht sachgerecht geschätzt hat, ergeben sich keine Anzeichen. Auch finden sich bisher keine Anhaltspunkte für eine beabsichtigte oder schwerwiegende Überschreitung der Kosten durch die Einnahmen. Umlage und Kosten bilden vorliegend stattdessen ein ausgeglichenes Bild ab. Den „Betriebswirtschaftliche(n) Information(en) zur Notfallpraxis“ der L mbH kann entnommen werden, dass der Umlage im Jahr 2014 in Höhe von insgesamt 439.439,10 Euro Gesamtkosten in Höhe von 434.912,86 Euro gegenüberstanden. Im Jahr 2015 verhielt es sich ähnlich, die Umlage belief sich auf insgesamt 434.085,04 Euro und die Gesamtkosten auf 439.390,52 Euro.

(aaa) Nicht erheblich ist der klägerische Einwand gegen Buchungsposten wie „Diverse Buchungen“, „andere Anlagen BGA“, „Verrechnungen KV Nordrhein“ und „Aufmerksamkeiten“. Die Klägerin hat diesbezüglich zunächst nicht im Ansatz vorgetragen, dass diese zur Finanzierung der Notarztpraxis dem Grund und der Höhe nach nicht erforderlich gewesen sind. Der Senat muss dem auch nicht weiter nachgehen. Bei den maßgeblich beanstandeten „Diversen Buchungen“ handelt es sich um Einnahmen, die nicht „gedeckt“ werden müssen und ohne die sich die seitens der Klägerin zu zahlende Umlage erhöht hätte, weshalb diese Position sie bereits nicht beschweren kann. Dass es sich bei den im Übrigen pauschal beanstandeten Kostenanteilen um im Verhältnis zu den Gesamtkosten überschaubare Summen handelt, ist nur am Rande zu bemerken.

„Kosten“ können – und wurden hier wie vorliegend bereits erläutert – als vorher durch Vorabschätzung ermittelte Differenz zwischen den Ausgaben für und den Einnahmen aufgrund einer Leistung verstanden werden. Tritt nachträglich eine Kostenüberdeckung ein, weil der tatsächliche Geschehensablauf von der ursprünglichen Prognose abweicht – etwa, wenn die Kosten der Verwaltungsleistung geringer oder das prognostizierte Gebührenaufkommen höher sind –, ist die Gebührenregelung nicht aufgrund eines Verstoßes gegen das Kostendeckungsprinzip rechtswidrig (Bundesfinanzhof [BFH], Urteil vom 6. Februar 2013 – [I R 62/11](#) – [BFHE 240, 314](#)). Dies gilt jedenfalls solange, wie es sich um tolerierbare und nicht erhebliche Kostenüberschreitungen handelt, die weder auf willkürlichen, d.h. bewusst fehlerhaften, noch auf schwer und offenkundig fehlerhaften Kostenansätzen beruhen bzw. das Gesamtgebührenaufkommen die Gesamtausgaben nicht beabsichtigt oder schwerwiegend und nachhaltig überschreitet (OVG Münster, Urteil vom 5. August 1994 – [9 A 1248/92](#) – juris, Rn. 92; OVG Münster, Beschluss vom 19. März 1998 – [9 B 144/98](#) – juris, Rn. 30ff.; VG Gelsenkirchen, Urteil vom 20. November 2013 – a.a.O.). Dafür sieht der Senat allerdings keine Anhaltspunkte. Solche wurden auch durch die Klägerin nicht substantiiert dargelegt.

(bbb) Die weiterhin beanstandete Überdeckung resultierte aus Investitionsrückstellungen, die Zeichen einer geordneten Finanzplanung sind. Die Bildung von Rücklagen, die zur Absicherung größerer Anschaffungen erforderlich sind, hat das BSG grundsätzlich als unbedenklich angesehen (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – [B 6 KA 34/12 R](#) – SozR 4-2500 § 81 Nr. 6, Rn. 23). Dass die nicht für den laufenden Betrieb verwendeten Mittel zur Finanzierung allgemeiner Aufgaben eingesetzt würden, ist von der Klägerin weder substantiiert vorgetragen noch sonst erkennbar. Dafür kann es selbst bei Betriebsmitteln im sechsstelligen Eurobereich im Hinblick auf die Relation zu den gesamten Verwaltungskosten an jeder Stütze fehlen (so auch: BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – a.a.O. mit Verweis auf BSG, Urteil vom 6. Februar 2013 – [B 6 KA 2/12 R](#)).

(d) Die Beklagte hat auch das Äquivalenzprinzip eingehalten. Das Äquivalenzprinzip erfordert, dass zwischen der Höhe des Beitrags bzw. der Gebühr und dem Nutzen des Pflichtigen ein Zusammenhang besteht, wofür ausreicht, dass die Beitragshöhe nicht in einem groben Missverhältnis zu den Vorteilen steht, die der Beitrag abgibt. Grundlage des Äquivalenzprinzips ist der verfassungsrechtliche Verhältnismäßigkeitsgrundsatz (vgl. BSG, Urteil vom 30. Oktober 2013 – a.a.O., Rn. 23, m.w.N.; BVerwG, Urteil vom 25. August 1999 – [8 C 12.98](#) – [BVerwGE 109, 272](#)). Im Einzelnen muss die Gebührenregelung, gemessen an ihrer jeweiligen Zwecksetzung, geeignet, erforderlich und im engeren Sinne verhältnismäßig sein. Dabei kommt es im Unterschied zum Kostendeckungsprinzip auf den Nutzen für den einzelnen Gebührenpflichtigen im Einzelfall an (Verwaltungsgerichtshof [VGH] Baden-Württemberg, Beschluss vom 29. Juli 1998 – [9 S 1763/97](#) – juris; VG Gelsenkirchen, Urteil vom 20. November 2013 – a.a.O.).

Die Kostenumlage für den Notfalldienst genügt diesen Anforderungen. Sie dient grundsätzlich dazu, die Kosten des ärztlichen Notfalldienstes in einer gerechten Weise auf die zur Teilnahme verpflichteten Ärzte umzulegen. Dazu ist sie geeignet. Weniger einschneidende Mittel als eine mit der Teilnahmepflicht verbundene Zahlungspflicht sind nicht ersichtlich. Angesichts der reduzierten Umlage für nach § 2 GNDO vom Notfalldienst befreite Ärzte ist die Regelung im Hinblick auf ihren Zweck zudem angemessen; auch wenn eine Härteklausele nicht besteht. Für den einzelnen, zur Teilnahme verpflichteten Arzt stehen Kosten und Leistung ebenfalls in einem angemessenen Verhältnis. Der betroffene Arzt wird von seiner individuellen Verpflichtung zur dauerhaften Bereitschaft außerhalb der Sprechzeiten entlastet, indem er selbst nur wenige Male – teilweise auch gar nicht – im Jahr Notfalldienst leisten muss und sich die übrige

Zeit darauf verlassen kann, dass diese Versorgung durch seine ebenfalls zur Teilnahme verpflichteten Kollegen erbracht wird und er sich selbst nicht für mögliche Notfälle bereithalten muss. Darin liegt ein erheblicher Vorteil, der sich allerdings nicht exakt beziffern lässt (VG Gelsenkirchen, Urteil vom 20. November 2013 – a.a.O.; Senat, Urteil vom 28. Juli 2021 – a.a.O.). Ob der einzelne Arzt und im konkreten Fall die Klägerin zudem in der Lage ist, durch die Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst regelmäßig Einnahmen zu erzielen, welche die Kostenumlage übersteigen, ist demgegenüber nicht relevant. Wie dargelegt, bildet die Umlage die Gegenleistung für die dauerhafte Befreiung von der individuellen Verpflichtung zur Behandlung von Notfalldiensten und nicht für die Möglichkeit, während eines bestimmten Quartals zusätzlich Einnahmen neben der Praxistätigkeit während der Sprechstunden zu erzielen (VG Gelsenkirchen, Urteil vom 20. November 2013 – a.a.O.).

Soweit die Klägerin vorträgt, dass im Rahmen ihrer Praxisstruktur die Teilnahme am gemeinschaftlichen Notdienst keine Vorteile bringe, da sie lediglich zu einem geringen Anteil Patienten schulmedizinisch behandle, ist dieser Vortrag unsubstantiiert und nicht überzeugend. Auch grundsätzlich nicht schulmedizinisch behandelte Patienten können Notfälle erleiden. Jedenfalls aber ist eine übermäßige Belastung im streitigen Zeitraum auch mit Blick auf die erzielten Honorare nicht erkennbar. Die „VKK-Honorare 9323939 Notfallpraxis“ lagen in den Quartalen 2/2014, 4/2014, 2/2015 und 3/2015 über den von der Klägerin zu zahlenden Kosten für die Notfallpraxis. Dabei profitiert die Klägerin zudem von der Organisation und Durchführung des Notdienstes, etwa der Anrufzentrale NRW und ggf. der Bereitstellung von Transportmitteln für den Fahrdienst. Lediglich ergänzend verweist der Senat darauf, dass nach der übersandten Übersicht über den Einsatz in 32 Quartalen (1/2014 bis 4/2021 [Anlage BK 3]) die Klägerin insgesamt Honorare in Höhe von 10.597,38 Euro erwirtschaftet hat, denen Kosten in Höhe von lediglich 2.451,90 Euro gegenüberstanden (Ø im Quartal: Honorar 331,17 Euro und Kosten 76,62 Euro; Kostenquote von 23,1%). Dies erscheint hinnehmbar.

(e) Auch ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz ist nicht erkennbar.

b) Der Verwaltungskostenansatz in der festgesetzten Höhe gemäß § 13 Abs. 2 der Satzung (Regelverwaltungskostenansatz) i.V.m. dem Verwaltungskostenansatz der Beklagten 2014 und 2015 (Rheinisches Ärzteblatt 2014, 105 und 2015, 64) ist rechtmäßig. Die Berechnung ist dabei zwischen den Beteiligten unstrittig. Auch der Senat sieht keinen Grund diese anzuzweifeln.

aa) Vertragsärzte müssen aus den Honoraren, die sie von der KV erhalten, die Kosten der Organisation und Verwaltung der KV finanzieren (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2018 – [B 6 KA 53/17 R](#) – SozR 4-2500 § 87b Nr. 19). [§ 81 Abs 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#) dient insofern in ständiger Rechtsprechung des BSG als Ermächtigungsgrundlage für Vorschriften über die "Festsetzung von Verwaltungskosten". Regelungen über eine Erhebung von Verwaltungskostenabgaben müssen entweder in der Satzung selbst getroffen werden oder diese muss eine entsprechende - wirksame - Ermächtigung für die Vertreterversammlung enthalten (statt vieler: BSG, Urteil vom 30. Oktober 2013 – [B 6 KA 1/13 R](#) – a.a.O., Rn. 13, 16).

Zur Deckung der Verwaltungskosten erhebt die Beklagte daher gemäß § 13 Abs. 2 Satz 1 bis 4 der Satzung von den über sie abrechnenden Leistungserbringern grundsätzlich einen einheitlichen Vomhundertsatz der über die Beklagte abgerechneten Beträge (Beitrag). Als Abrechnung in diesem Sinne gilt auch die Vergütung für zurückliegende Zeiträume. Der Beitrag wird jeweils für das 4. Quartal des laufenden Geschäftsjahres und das erste bis dritte Quartal des folgenden Geschäftsjahres einheitlich festgesetzt und auf der Grundlage der hierüber erlassenen Honorarbescheide von dem zu Gunsten des Leistungserbringers festgestellten Betrag einbehalten. Alle aufgrund der Abrechnung zugunsten der Leistungserbringer festgesetzten Beträge bilden den Maßstab für die Beitragserhebung; evtl. Rückzahlungsbeträge finden bei der Beitragsbemessung keine Berücksichtigung.

bb) Die Notfalleleistungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sind dem Grunde und der Höhe nach gemäß den Rechtsvorschriften zu vergüten, die für die Honorierung vertragsärztlicher Notfallbehandlungen gelten. Hieraus ist unmittelbar abzuleiten, dass die KV berechtigt ist, die Zahlungen an Nichtvertragsärzte ebenso wie die Zahlungen an Vertragsärzte um einen angemessenen Betrag für Verwaltungskosten zu kürzen. Die Vorteile einer leistungsfähigen KV kommt auch einem Nichtvertragsarzt insbesondere im Rahmen der Abrechnung zugute. Deren Verwaltungstätigkeit wird jedoch aus Beiträgen der Mitglieder finanziert, die diese über Verwaltungskostenanteile ihrer Vergütungen aufbringen. Da gesetzliche Vorschriften über die anteilige Finanzierung der Verwaltungskosten der Abrechnung von Notfallbehandlungen zum Beispiel durch die Krankenkassen oder durch einen Staatszuschuss nicht bestehen, können diese Kosten nur entweder von den Vertragsärzten als den Mitgliedern der KV oder von den Leistungserbringern aufgebracht werden, die von den Verwaltungsleistungen der KV als Außenstehende einen Nutzen haben. Allein das Letztere ist sachgerecht (BSG, Urteil vom 24. September 2003 – a.a.O., Rn. 16 ff.). Das wird von der Klägerin nicht in Zweifel gezogen.

cc) Gemäß § 13 Abs. 2 Satz 5 der Satzung kann die Vertreterversammlung für bestimmte Fälle aufgrund eines geringeren Aufwandes einen verminderten Beitrag sowie bei besonderen Aufwendungen einen erhöhten Beitrag beschließen. Dies ist im betreffenden Verwaltungskostenansatz der Beklagten für 2014 und 2015 geschehen, auf deren Inhalt Bezug genommen wird. Der Ansatz von 3,5% für nicht IT-basierte Abrechnung gegenüber von 2,8% für die IT-basierte Abrechnung ist insofern nicht zu beanstanden.

(1) Eine Beitragsbemessung nach einem bestimmten Vomhundertsatz des Vergütungsanspruchs ist dabei von der Rechtsprechung anerkannt (BSG, Urteil vom 19. Dezember 1984 – [6 RKA 8/83](#) – juris; Steinmann-Munzinger in: jurisPK-SGB V, 4. Aufl. 2020, § 81 Rn. 24).

(2) Der Verwaltungsansatz ist auch mit den materiell-rechtlichen Anforderungen an eine Gebühr vereinbar. Er ist zunächst im Hinblick auf die beiden festen prozentualen Anteile vom Arzturnsatz für IT- bzw. nicht IT-basierte Abrechnung zweifellos hinreichend bestimmt. Er entspricht darüber hinaus dem Kostendeckungs- wie dem Äquivalenzprinzip [dazu unter (a)] und verstößt auch nicht gegen den Gleichheitsgrundsatz [dazu unter (b)].

(a) Er tangiert nicht in unzulässigerweise das Kostendeckungs- sowie das Äquivalenzprinzip. Die beklagte KV hat die hiernach umlegbaren Kosten – ihre eigenen Aufwendungen, vor allem die Kosten der Verwaltung und die Aufwendungen für Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung – grundsätzlich nach einem einheitlichen Maßstab auf alle Vertragsärzte umzulegen (Kostendeckungsprinzip). Dabei bedarf es keiner genauen Bemessung des beitragsrechtlichen Vorteils. Ausreichend sind insoweit Schätzungen und Vermutungen sowie vergrößerte Pauschalierungen. Einer trennscharfen betriebswirtschaftlichen Analyse der Kostenstrukturen und einer Differenzierung danach, wie hoch der tatsächliche Verwaltungsaufwand bei der manuellen Erfassung im Verhältnis zur EDV-Erfassung ist, bedarf es insofern bei der Bemessung der Verwaltungskosten nicht (vgl. BSG, Beschluss vom 28. Juni 2017 – [B 6 KA 85/16 B](#) – juris). Konkret ist es zulässig, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität generalisierende, typisierende, schematisierende und pauschalierende Regelungen zu

treffen (BSG, Urteil vom 5. Juni 2013 – [B 6 KA 32/12 R](#) – a.a.O.; BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – [B 6 KA 44/03 R](#) – a.a.O.). Dass diese Grenze hier überschritten worden ist, ist weder erkennbar noch vorgetragen.

Die Höhe der Beiträge steht auch gemäß dem Äquivalenzprinzip nicht in einem Missverhältnis zu dem Vorteil bzw. der Vorteilsmöglichkeit, der bzw. die abgegolten werden soll. Die Beiträge dürfen die Beitragspflichtigen nur insoweit unterschiedlich belasten, als dies dem verschiedenen Maß an Vorteilen bzw. Vorteilsmöglichkeiten entspricht. Dementsprechend setzt die Erhebung besonderer Abgaben nur von einem Teil der Mitglieder voraus, dass den dazu herangezogenen Mitgliedern aus der Inanspruchnahme von Leistungen oder Einrichtungen der KV besondere Vorteile erwachsen (vgl. insg.: BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 – a.a.O.). Die vorgenommene Differenzierung der Verwaltungskostensätze nach „nicht IT-basierter“ (3,5 %) und „IT-basierter“ Abrechnung (2,8 %) ist demgegenüber einheitlich und bezieht sich ausnahmslos auf alle Ärzte, die über die Beklagte abrechnen. Sie rechtfertigt sich aus dem – offenkundig – höheren Verwaltungsaufwand, der mit der konventionellen Abrechnung verbunden ist. Die Abrechnungsscheine sind manuell zu erfassen oder zu scannen und in die EDV der Beklagten einzugeben. Hierzu ist zusätzliches Personal für die Datenerfassung und -eingabe, für eine Scan-Nachbearbeitung sowie für eine zumindest stichprobenhafte Kontrolle auf Fehlerfreiheit erforderlich. Wenn die Beklagte diese Mehrkosten durch einen um 25% höheren Verwaltungskostensatz auffängt, ist ein Missverhältnis nicht zu erkennen. Bei der Erhebung von gesonderten Beiträgen ist es zudem grundsätzlich statthaft, diese nicht nur zur Abdeckung eines erhöhten Verwaltungsaufwandes zu verwenden, sondern damit auch das Ziel einer legitimen Verhaltenslenkung, wie der Schaffung einer effektiven und kostenbewussten Abrechnungsstruktur durch Reduzierung von zu verarbeitenden Datenmengen, zu verfolgen (LSG Bayern, Urteil vom 30. Januar 2008 – [L 12 KA 228/05](#); BSG, Urteil vom 30. Oktober 2013 – a.a.O., Rn. 26).

(b) Die Festlegung eines erhöhten Verwaltungskostensatzes verstößt auch nicht gegen das allgemeine Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Der Gleichheitssatz ist verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten oder Normbetroffenen im Vergleich zu einer anderen anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die unterschiedliche Behandlung rechtfertigen können (BVerfG, Urteil vom 28. Januar 2003 – [1 BvR 487/01](#) – [BVerfGE 107, 133](#); BVerfG, Beschluss vom 21. Juni 2011 – [1 BvR 2035/07](#) – [BVerfGE 129, 49](#), BSG, Urteil vom 3. April 2019 – a.a.O., Rn. 22, jeweils m.w.N.). Damit ist dem Normgeber nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletzt das Grundrecht vielmehr nur, wenn er eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterscheide von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie eine ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten (Senat, Urteil vom 10. Februar 2016 – [L 11 KA 7/13](#), Rn. 48, m.w.N.).

Im Rahmen des Gleichbehandlungsgrundsatzes geht es um den Vergleich zweier Gruppen von Normadressaten, also zweier Arztgruppen. Vorliegend knüpft die vorgenommene Differenzierung allerdings nicht unmittelbar an verschiedene Arztgruppen, nämlich einerseits an die Gruppe der Vertragsärzte und Vertragsärztinnen und andererseits an die Gruppe der Nichtvertragsärzte und Nichtvertragsärztinnen, an. Stattdessen unterscheidet die Norm nach der Abrechnungsmethoden – IT-gestützt oder nicht IT-gestützt. Das gilt auch eingedenk des Einwandes, dass die Ungleichbehandlung zwischen „nicht IT-basierter“ und „IT-basierter“ Abrechnung faktisch vorrangig die am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Nichtvertragsärzte betreffen könnte, weil für diese die Anschaffung der erforderlichen Softwarekomponente nur für die Abrechnung der Notfalldienste finanziell inadäquat sei. Die Erforderlichkeit einer weiteren Binnendifferenzierung zwischen beiden o.g. Gruppen lässt sich darüber allerdings nicht herleiten. Zunächst hat die Klägerin bereits nicht dargelegt, dass sie entweder überhaupt kein IT-basiertes Praxisverwaltungs- und -abrechnungssystem nutzt oder das vorhandene System über keine Schnittstelle verfügt, welche ihr nicht dennoch eine IT-basierte Abrechnung gegenüber der Beklagten ermöglicht hätte. Darüber hinaus handelt es sich bei der mit dieser Regelung bezweckten Verwaltungsvereinfachung, die IT-Abrechner privilegiert und von Nicht IT-Abrechern den regulären Verwaltungsansatz einfordert, und der damit verbundenen Schaffung eines finanziellen Anreizes für IT-basierte Abrechnungen um legitime Sacherwägungen. Gelangt ein Nichtvertragsarzt nach eigener Kosten-Nutzen-Analyse zu dem Ergebnis, von einer EDV-Abrechnungslegung aus wirtschaftlichen Gründen abzusehen, ist die Kehrseite dieses wirtschaftlichen Vorteils der bei der Beklagten entstehende wirtschaftliche Nachteil durch den aufzufangenden Mehraufwand der konventionellen Abrechnung. Um diesen für die Beklagte abzufedern, dürfen die Verwaltungskosten entsprechend erhöht werden (SG Düsseldorf, Urteil vom 12. Januar 2011 – [S 2 KA 110/09](#) – juris, Rn. 25).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#), 3 Verwaltungsgerichtsordnung. Da die Beigeladene einen Sachantrag gestellt und sich so einem Kostenrisiko ausgesetzt hat, entspricht es nach der ständigen Rechtsprechung des Senats der Billigkeit, ihre Kosten für erstattungsfähig zu erachten ([§ 162 Abs. 3 VwGO](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor. Der Senat hat vorliegend sich maßgeblich auf die Auslegung von Landesrecht beschränkt.

Der Streitwert bestimmt sich gemäß [§ 52 Abs. 1](#), 3 Gerichtskostengesetz nach der sich aus dem Antrag der Klägerin für sie ergebenden (wirtschaftlichen) Bedeutung.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-11-08