

L 7 Ka 874/72

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
-

Datum
12.07.1972
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 Ka 874/72

Datum
27.11.1974
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Bei der Bedürfnisprüfung nach § 368 a Abs. 8 RVO kommt es auf die Interessenlage der leitenden Krankenhausärzte und der niedergelassenen Ärzte nicht an. Maßgeblich sind allein die Interessen der Versicherten.
2. Eine Beteiligung nach § 368 a Abs. 8 RVO aus qualitativen Gründen erfordert andersartige Kenntnisse der Antragstellers, die von den niedergelassenen Ärzten überhaupt nicht oder sonst nur unter besonderen Schwierigkeiten zu erlangen wären.
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/Main vom 12. Juli 1972 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger, der Facharzt für innere Krankheiten ist, ist mit Wirkung vom 20. Juli 1968 als Chefarzt der inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses S. angestellt. Er führt dort die Dienstbezeichnung "Chefarzt der Internen Abteilung des Kreiskrankenhauses S.". Am 15. Oktober 1968 beantragte er die Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung für ambulante kassenärztliche Tätigkeiten gem. § 29 Zulassungsordnung für Kassenärzte (ZO-Ärzte). Mit Beschluss vom 26. November 1968 lehnte der Zulassungsausschluß der Ärzte den Antrag auf Beteiligung ab, da eine Notwendigkeit für die Beteiligung eines Krankenhausinternisten nicht festgestellt werden könne.

Dagegen legten der Kläger und der Landesverband der Ortskrankenkassen in Hessen - der Beigeladene zu 2) - Widersprüche ein, die zu dem Beschluss des Berufungsausschusses für Ärzte in Hessen vom 26. Februar 1969 führten, mit dem der Kläger an der kassenärztlichen ambulanten Versorgung widerruflich für die ambulante Nachbehandlung nach stationärer Krankenhausbehandlung von Herzinfarktpatienten im Einvernehmen mit dem behandelnden Kassenarzt beteiligt worden ist. Der Beklagte wies im übrigen die Widersprüche zurück, da der in S. niedergelassene Facharzt Dr. D. ein bewährter Arzt sei, der in seiner modern eingerichteten Praxis die Möglichkeit der diagnostischen und ambulanten Behandlung der Patienten habe und mit dem Krankenhaus insofern konkurrieren könne. Er besitze alle Einrichtungen, die nach den Erfahrungen der Wissenschaft für einen Internisten nötig seien. Dazu gehörten eine Röntgenanlage wie ein Labor.

In dem Klageverfahren vor dem Sozialgericht Frankfurt/Main, das mit Beschluss vom 17. Oktober 1969 die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, den Landesverband der Ortskrankenkassen, den Landesverband der Betriebskrankenkassen und den Landesverband der Innungskrankenkassen beigeladen hat, hat der Kläger vorgetragen, ihm stehe ein Anspruch auf uneingeschränkte Beteiligung zu, da nur dadurch eine ausreichend kassenärztliche Versorgung auf dem Gebiet der inneren Medizin in S. und Umgebung gewährleistet sei. Es handele sich dabei um ein Einsatzgebiet von etwa 30. bis 40.000 Einwohnern, denen nur zwei Internisten zur Verfügung stünden. Einer von ihnen sei mehr als Praktiker tätig, so daß die rein internistische Behandlung lediglich von einem Facharzt erbracht werde, der überlastet sei. Außerdem sei bei der Frage des Bedürfnisses auch auf die besonderen, andersartigen Erfahrungen und Kenntnisse des Krankenhausarztes abzustellen, die ebenfalls den Sozialversicherten zugänglich gemacht werden sollten. Gerade die Tätigkeit des am Krankenhaus tätigen leitenden Krankenhausarztes gebe die Möglichkeit, sich ein diagnostisches und therapeutisches Erfahrungswissen anzueignen, wie es in diesem Umfang beim niedergelassenen Facharzt einschlägiger Fachrichtungen nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden könne. Als Chefarzt komme er ständig mit schwierigen Fällen in Berührung, was dazu führe, daß er über eine größere Erfahrung verfüge. Durch seine äußerst gute, lange und vielseitige Ausbildung sowie Tätigkeit an verschiedenen Krankenhäusern habe er besondere, andersartige Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten in der Diagnostik erworben, was seine Beteiligung rechtfertige. Von 1945 bis 1948 habe er unter Prof. Dr. V. an der Medizinischen Universitätsklinik F. von 1948 bis 1952 unter Prof. Dr. S. an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik F. und anschließend bis 1968 unter Prof. Dr. B. als Chefarzt am Städt. Krankenhaus in A. gearbeitet. Er besitze insbesondere auf dem Gebiet der Herz- und Kreislaufkrankungen; der Leber- und Nierenleiden weit überdurchschnittliche Kenntnisse und Fähigkeiten. Die

Liste seiner wissenschaftlichen Arbeiten zeige, daß er über besondere Spezialkenntnisse verfüge, die allen Krankenkassenpatienten zugänglich gemacht werden sollten. Wie die vorgelegten Bescheinigungen der Ärzte, die mit dem Kreiskrankenhaus Schotten zusammenarbeiteten, weiter zeigten, bestünden gegen eine Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung keine Einwendungen.

Der Beigeladene zu 2), der Landesverband der Ortskrankenkassen in Hessen, der sich gleichfalls für die Beteiligung auf sämtliche im § 29 Abs. 2 a-d ZO Ärzte genannten ärztlichen Leistungen ausgesprochen hat, hat ausgeführt, der Kläger habe durch zahlreiche Zeugnisse und Veröffentlichungen auf dem Fachgebiet der inneren Medizin den Nachweis geführt, daß er über eine besondere Qualifikation als Internist verfüge, die dem Kreis der Versicherten zugänglich gemacht werden müsse. Auf dem internistischen Gebiet im Raum S. bestehe eine Unterversorgung.

Dazu hat die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, die Beigeladene zu 1), ausgeführt, den Versicherten stehe neben Dr. D. als weiterer Internist Dr. B. in S. zur ambulanten Versorgung zur Verfügung. Das dortige Einzugsgebiet umfasse etwa 13 Gemeinden mit insgesamt etwa 10.000 Einwohnern. Die fachinternistische Versorgung dieses Bevölkerungskreises werde durch die zugelassenen Kassenärzte in vollem Umfang sichergestellt. Das gelte sowohl hinsichtlich der Kapazität dieser Fachärzte als auch hinsichtlich der Qualität ihrer ärztlichen Tätigkeit. Diese beiden Ärzte seien nicht überbelastet. Dr. B. behandle im Quartal weniger als 400 Patienten. Dr. D., der eine reine Überweisungspraxis führe, in der Regel zwischen 900 bis 1.000 Patienten. Außerdem seien in Bad S. zwei, in G. und in B. je ein Internist zugelassen. Dr. D. verfüge über eine äußerst gut eingerichtete Praxis und könne alle Laborleistungen ebenso erbringen wie der Kläger im Kreiskrankenhaus. Er verfüge auch über besondere, andersartige Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen, da er, wie der Kläger, lange Zeit an Krankenhäusern gearbeitet habe.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben und hat den Internisten Dr. B. und den Facharzt für innere Krankheiten Dr. D. als Zeugen gehört.

Der Zeuge Dr. B. hat bekundet, er sei vorwiegend und hauptsächlich auf internistischem Gebiet tätig und verfüge über ein kleines Labor. Die übrigen Laborbestimmungen lasse er in einem Institut in Gießen durchführen. Er erbringe sämtliche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf dem internistischen Fachgebiet. Schwere Fälle, die er nicht diagnostizieren könne, schicke er in die Universitäts-Poliklinik G., damit ambulant die fehlenden diagnostischen Maßnahmen vorgenommen werden könnten.

Der Zeuge Dr. D. hat ausgesagt, er sei während seiner 10jährigen Tätigkeit an Krankenhäusern und Kliniken von 1952 bis 1962 auf dem gesamten Fachgebiet der inneren Medizin tätig gewesen. Von 1962 bis 1968 sei er Belegarzt des Stadtkrankenhauses in S. gewesen. Seine Abteilung habe 25 Betten umfaßt. In seiner Praxis sei er in der Lage, die im Kreiskrankenhaus zu erbringenden Laborleistungen ebenfalls vorzunehmen. Er beschäftigte vier Mitarbeiter, und zwar eine voll ausgebildete MTA, zwei kaufmännisch und technisch ausgebildete Arzthelferinnen mit Ausbildung in Labortätigkeit und Röntgen und seine Ehefrau, die promovierte Ärztin sei. Er habe eine überwiegende Überweisungspraxis. Etwa 90 v.H. seiner Fälle würden überwiesen. Er sei auf dem gesamten Gebiet der inneren Medizin tätig. Das schließe auch die Röntgentätigkeit ein. Im Durchschnitt habe er etwa 16 Patienten am Tag untersucht und im Einzelfall zu behandeln.

Mit Urteil vom 12. Juli 1972 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, zutreffend habe der Beklagte die Beteiligung des Klägers auf die ambulante Fachbehandlung nach stationären Krankenhausbehandlung von Herzinfarkten im Einvernehmen mit dem behandelnden Kassenarzt beschränkt. Für eine weitergehende Beteiligung bestünde kein Bedürfnis. Denn die ärztliche Versorgung auf dem Gebiet der inneren Medizin sei in S. und Umgebung durch die beiden dort niedergelassenen Internisten in vollem Umfang sichergestellt. Hinzu komme, daß die Praxis des Dr. D. ebenso umfänglich ausgestattet sei wie das Kreiskrankenhaus. Dieser Arzt habe gleichfalls besondere Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem Gebiet der inneren Medizin. Daß der Kläger über besondere, andersartige Kenntnisse verfüge, habe er nicht nachgewiesen. Eine freie Arztwahl sei durch die Zulassung zweier Internisten in S. gewährleistet. Denn Dr. B. behandle seine Patienten auf dem gesamten internistischen Fachgebiet und sei nicht überwiegend als Praktiker tätig. Der Anspruch der Versicherten auf ausreichende ärztliche Versorgung, der sich nicht auf die Beteiligung von Chefärzten an der ambulanten Versorgung erstreckt, sei gewährleistet.

Gegen das an den Kläger mittels eingeschriebenen Briefes am 15. August 1972 abgesandte Urteil ist die Berufung am 12. September 1972 bei dem Hessischen Landessozialgericht eingegangen, zu deren Begründung er vorträgt, es bestehe im potentiellen ambulanten Einzugsbereich eine Unterversorgung auf dem internistischen Fachgebiet. Die Praxis des Dr. B. sei bei der Bedürfnisprüfung nicht zu berücksichtigen, da er eine allgemeinärztliche Praxis ausübe. Die des Dr. D. sei überlastet. Es bestehe für die Patienten im Versorgungsgebiet damit keine achte freie Wahlmöglichkeit unter zugelassenen oder beteiligten Kassenärzten. Auch die qualitative Versorgung sei nicht gewährleistet. Seine Qualifikation und die des Zeugen Dr. D. seien nicht als gleichwertig zu beurteilen. Er habe eine Ausbildung auf dem gesamten Gebiet der inneren Medizin, die als überdurchschnittlich gut und umfassend bezeichnet werden müsse. Er habe viele Jahre an den verschiedensten Kliniken, vorwiegend Universitätskliniken unter namhaften Kapazitäten auf dem Gebiet der inneren Medizin gearbeitet, während der Zeuge Dr. D. lediglich an dem Allgemeinkrankenhaus D. tätig gewesen sei.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/Main vom 12. Juli 1972 sowie den Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte vom 26. November 1968 in der Gestalt des Beschlusses des Berufungsausschusses für Ärzte in Hessen vom 26. Februar 1969 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ihn im vollen Umfang gem. § 29 Abs. 2 a-d ZO-Ärzte zur ambulanten Versorgung der Anspruchsberechtigten der RVO-Kassen zu beteiligen,
hilfsweise,
Beteiligung nach einer stationären Krankenhausbehandlung im Einvernehmen mit dem behandelnden Kassenarzt gemäß 29 Abs. 2 Buchst. d ZO-Ärzte, weiterhin bittet er, bei der konsiliarischen Beratung eines Kassenarztes in der Behandlung gem. § 29 Abs. 2 Buchst. B ZO-Ärzte beteiligt zu werden.

Der Beklagte, der in der mündlichen Verhandlung nicht vertreten gewesen ist, hat keinen Antrag gestellt.

Die Beigeladene zu 1) beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und führt ergänzend aus, der Facharzt für innere Krankheiten Dr. B. sei in S. zu allen Kassen zugelassen. Er betriebe eine nicht sehr große Fachpraxis. Er sei zweifellos vorwiegend auf internistischem Gebiet tätig und müsse daher zu den niedergelassenen Internisten gezählt werden. Für kompliziertere, seltener vorkommende Laborleistungen nehme er ein Institut in Gießen in Anspruch. Die Praxis des Zeugen Dr. D. habe nicht die Größe und dem Umfang, wie der Kläger behaupte. So hätten beispielsweise im ersten Quartal 1973 bei rund 20 v.H. der insgesamt 516 Internisten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen die Fallzahlen höher gelegen als in dieser Praxis. In einigen Fällen mehr als doppelt so hoch. Durch die zunehmende internistische Ausrichtung der allgemeinärztlichen Tätigkeit, unterstützt durch die Bildung von leistungsfähigen Gemeinschaftslaboratorien der prakt. Ärzte, hätten sich die Überweisungszahlen verringert. Bei einem weiteren Rückgang der Fallzahl in der Praxis Dr. D. würde die Lebensfähigkeit dieser hoch spezialisierten und kostenintensiven Fachpraxis im dünnbesiedelten Raum des H. V. in Kürze in Frage gestellt werden.

Auf dem Fachgebiet der inneren Medizin habe der Patient im Kreise B. immerhin die Auswahl zwischen sieben zur Kassenpraxis zugelassenen Fachinternisten. Keine dieser Fachpraxen sei überlaufen. Im übrigen sei das Einzugsgebiet jeder Praxis auch recht unterschiedlich, weil es von dem ständigen persönlichen Einsatz des Klägers neben seiner internen Krankenhausabteilung von 65 Betten, die noch aufgestockt werden solle, eine zusätzliche kassenärztliche Tätigkeit persönlich ausüben wolle. Dazu sei der Zeuge Dr. D. aber in der Lage. Seine vorzüglich ausgestattete Praxis und seine ausgezeichnete Qualifikation als Internist seien dafür die Garanten. Das folge auch aus dem Zeugnis des Chefarztes des Kreiskrankenhauses D. Dr. N ... Daß der Kläger über wirklich andersartige Kenntnisse verfüge, die für ambulante kassenärztliche Versorgung auf dem Fachgebiet der inneren Medizin von Bedeutung seien, sei nicht nachgewiesen. Dazu reichten die früheren wissenschaftlichen Veröffentlichungen nicht aus.

Der Beigeladene zu 2) beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/Main vom 12. Juli 1972 sowie den Beschluss des Zulassungsausschlusses für Ärzte vom 26. November 1968 in der Gestalt des Beschlusses des Beklagten vom 26. Februar 1969 aufzuheben und ihn zu verurteilen, die Beteiligung des Klägers auf sämtliche in § 29 Abs. 2 a-d ZO-Ärzte auf genannten ärztlichen Leistungen auszudehnen.

Zur Sache schließt er sich den Antrag des Klägers an.

Die Beigeladenen zu 3) und 4) haben keine Anträge gestellt.

Der Senat hat in der mündlichen Verhandlung vom 27. November 1974 durch Anhörung des Geschäftsführers M. der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Gießen, als sachverständigen Zeugen Beweis erworben. Er hat unter Bezugnahme auf vorgelegte statistische Unterlagen über die Fachärzte für innere Krankheiten ausgesagt, der Zeuge Dr. D. sei nicht überlastet, auch wenn er hinsichtlich der RVO-Fälle über dem Durchschnitt liege. Das zeige der Vergleich der Fallzahlen im Bereich der Bezirksstelle. Er arbeite hauptsächlich auf Überweisung von Allgemeinärzten und beschränke seine Tätigkeit auf die rein internistische Behandlung, wobei er die Patienten möglichst rasch wieder an den Allgemeinarzt zurücküberweise. Für den Zeugen Dr. D. würde bei Zulassung oder Beteiligung eines weiteren Internisten in S. eine finanzielle Gefahr entstehen. Das Einzugsgebiet des in Schotten zugelassenen Internisten sei auf den engeren Bereich um Schotten begrenzt. Der Zeuge Dr. B. habe etwa 10 v.H. bis 15 v.H. Überweisungsfälle.

Die Verwaltungsakte des Beklagten hat vorgelegen. Auf ihren Inhalt und den der Gerichtsakte beider Rechtszüge, der auszugsweise in der mündlichen Verhandlung vorgetragen worden ist, wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§§ 143, 151 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes - SGG -). Sie ist jedoch unbegründet.

Das Sozialgericht hat zutreffend entschieden, dass für eine weitergehende Beteiligung des Klägers, die über die ambulante Nachbehandlung nach stationärer Krankenhausbehandlung von Herzinfarkten im Einvernehmen mit dem behandelnden Kassenarzt hinausgeht, kein Bedürfnis besteht. Dabei ist es davon ausgegangen, daß der Entscheidung § 368 a Abs. 8 i.V.m. § 29 ZO-Ärzte zu Grunde zu legen sind. Nach diesen Vorschriften sind die Angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen) vom Zulassungsausschuss auf ihren Antrag hin für die Dauer ihrer Tätigkeit an dem Krankenhaus an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen, sofern eine Beteiligung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Tätigkeit des Krankenhausarztes ist nach § 29 ZO-Ärzte ihrem Umfang nach eingeschränkt und erstreckt sich auf die Untersuchungen zum Zwecke der Krankheitserkennung, die konsiliarische Beratung eines Kassenarztes in der Behandlung, die Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, insbesondere ärztlicher Sachleistungen, die ambulante Nachbehandlung nach einer stationären Krankenhausbehandlung im Einvernehmen mit dem behandelnden Kassenarzt. Aus § 368 a Abs. 8 RVO folgt, daß die Angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte einen Rechtsanspruch auf Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung nur haben, wenn die Beteiligung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Wenn die genannt Vorschrift die Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte an der kassenärztlichen Versorgung vom Vorliegen eines Bedürfnisses abhängig macht, verstößt das nicht gegen das Grundgesetz (Beschluss des BVerfG vom 23.7.1967 in Sgb. 1963, Sonderausgabe S. 27).

Im Einklang mit dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Sozialgericht beachtet, dass es nicht dem Ermessen der Zulassungsinstanzen überlassen ist, ob und in welchem Umfang die Beteiligung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung notwendig ist. Vielmehr sind die unbestimmten Rechtsbegriffe "ausreichende ärztliche Versorgung" und "Notwendigkeit der Beteiligung" gerichtlich voll nachprüfbar. Die Nachprüfung ergab, daß die ärztliche Versorgung der Versicherten in Schotten und seinem Einzugsgebiet gesichert ist. Denn auf Grund der durchführenden Beweisaufnahme wurde weder eine quantitative noch eine qualitative Versorgungslücke festgestellt. Dieser Ansicht ist auch der erkennende Senat.

Bei der erneuten quantitativen Beurteilung der Bedürfnisfrage konnte er in S. und seiner näheren Umgebung keine Unterversorgung auf dem internistischen Sektor feststellen. Durch die internistischen Praxen der Zeugen Dres. S. und B. ist die ärztliche Behandlung der Versicherten im Raume S. in vollem Umfang gewährleistet. Dabei hat die gerichtliche Nachprüfung ergeben, dass Dr. B., der als Facharzt für

innere Krankheiten in S. zu allen Kassen zugelassen ist, eine Fachpraxis mit etwa 10 bis 15 v.H. Überweisungsfällen auf dem internistischen Fachgebiet betreibt. Das hat der sachverständige Zeuge M. glaubhaft bei seiner Vermerkung vor dem Senat bestätigt. Dass es sich dabei um keine große Fachpraxis handelt, ist kein entscheidender Faktor. Er wirkt sich im Gegenteil für die Versicherten insofern günstig aus, als dadurch eine gründliche Betreuung sichergestellt ist. Im übrigen erbringt Dr. B. sämtliche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf dem internistischen Gebiet. Der Umstand, daß in dieser Fachpraxis nur ein kleines Labor unterhalten wird und Röntgenleistungen nicht vorgenommen werden, schränkt das Leitungsbild dieses Arztes nicht ein. Denn das Vorhandensein eines Labors ist kein entscheidender Gesichtspunkt für die Beteiligung von Chefärzten (vgl. [BSG 21, 230](#) ff.), da die Erbringung solcher Sachleistungen auch anderweitig sichergestellt werden kann. Diese Art der Praxisführung ist nicht ungewöhnlich und zu Recht hat die Beigeladene zu 1) darauf verwiesen, dass aus Gründen der Einsparungen von Betriebs- und Personalkosten in vielen kleinen Fachpraxen die medizinisch-technischen Leistungen in Röntgen- und Laborinstitute verlagert werden. Hierdurch werden die Belange der Versicherten nicht beeinträchtigt. Soweit Röntgenleistungen erforderlich werden, nimmt der Zeuge Dr. B. den in dem Kreiskrankenhaus S. zugelassenen Röntgenologen in Anspruch. Das gleiche würde im Falle einer Beteiligung des Klägers gelten, weil er nach dem vorgelegten Anstellungsvertrag Röntgenleistungen nicht selbst erbringen darf.

Eine quantitative Versorgungslücke in S. und seinem Einzugsbereich ist auch nicht dadurch gegeben, daß der zweite zugelassene Facharzt für innere Krankheiten Dr. D. überlastet ist. Das läßt sich weder aus der Aussage dieses Zeugen noch aus sonstigen Umständen entnehmen. Insbesondere hat die in der Berufungsinstanz durchgeführte Beweisaufnahme hierzu nichts Gegenteiliges ergeben. Insofern lassen die von dem Zeugen M. vorgelegten statistischen Unterlagen nur erkennen, daß Dr. D. hinsichtlich der RVO-Fallzahlen über dem Durchschnitt liegt, jedoch nicht hinsichtlich der Ersatzkassenfälle. Bei den RVO-Fällen überschritten aber immerhin noch 9 Internisten die Fallzahl des Zeugen D. im ersten Quartal 1974. Diese Zahlen widerlegen eindeutig die Behauptung des Klägers, der Zeuge Dr. D. besitze die umfangreichste Praxis in ganz Hessen. Davon abgesehen können die Fallzahlen nur ein bedingtes Indiz für die Beurteilung der Bedürfnisfrage sein, denn sie geben nur die Anzahl der behandelten Fälle wieder, sagen jedoch nichts darüber aus, inwieweit sie die Praxis des Zeugen zeitlich belasten. Insofern ergab die Beweisaufnahme, daß sich der Zeuge Dr. D. auf die rein internistische Behandlung der überwiesenen Fälle beschränkt und die behandelten Patienten möglichst schnell an den Allgemeinarzt zurücküberweist. Durch diese Art der Praxisführung ist selbst bei den hohen Fallzahlen eine Überlastung ausgeschlossen. Wenn er von den Patienten S. und der Umgebung bevorzugt aufgesucht wird, so liegt das nach Meinung des Senates daran, daß er ein guter Internist ist, der darüber hinaus noch über eine bestens ausgestellte Praxis verfügt.

Hinzu kommt, das bei einer Beteiligung des Klägers dessen Beanspruchung neben seiner Tätigkeit als Chefarzt mit 65 Betten nicht geringer sein dürfte als die des Zeugen Dr. D. ... Der Schwerpunkt seiner Berufungstätigkeit als Chefarzt liegt naturgemäß in der stationären Behandlung der in das Krankenhaus eingelieferten Patienten. Praxis und Ambulanz im Rahmen einer Beteiligung sind im Verhältnis zum eigentlichen Beruf des Chefarztes nur Nebentätigkeiten. Insofern würde sich zwangsläufig eine eingeschränkte Sprechstundenabhaltung ergeben. Bei der Bedürfnisprüfung nach § 368 a Abs. 8 RVO kommt es im übrigen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ([BSG 21, 230](#) ff., 29, 65, ff.) ausschließlich auf die Interessen der Versicherten an einer ausreichenden kassenärztlichen Versorgung an, wobei sowohl die Interessen der leitenden Krankenhausärzte als auch die niedergelassenen Fachärzte außer Betracht zu bleiben haben.

Durch die beiden in Schotten niedergelassenen Fachärzte für innere Medizin Dres. D. und B. ist auch das in § 368 d Abs. 1 RVO niedergelegte Postulat der freien Arztwahl garantiert. Dem Versicherten ist dadurch eine Wahlmöglichkeit eingeräumt. Diese erstreckt sich, wenn man das vom Kläger genannte Einzugsgebiet mit 30-40.000 Einwohner bemessen wollte, auf die Auswahl zwischen sieben zur Kassenpraxis zugelassenen Fachinternisten. Der Kläger übersieht jedoch bei einer solchen Erweiterung des Versorgungsgebietes die Vorschrift des § 368 d Abs. 2 RVO. Nach dieser darf ohne zwingenden Grund kein anderer als einer der nächsterreichbaren Kassenärzte oder beteiligten Krankenhausärzte von den Versicherten in S. und seiner engeren Umgebung jedoch nicht die Ärzte Dres. G., K., R., W. Oder B., sondern die dort zugelassenen Fachärzte Dres. D. und B. ... Sie garantieren durch ihre fachärztliche Tätigkeit, daß in S. und seinem engeren Versorgungsgebiet keine Versorgungslücke hinsichtlich der kassenärztlichen Versorgung besteht. Damit ist zugleich für S. und Umgebung der Gesichtspunkt der freien Arztwahl garantiert. Wenn der Kläger insofern auf das Urteil des erkennenden Senats vom 5. Juli 1972 (L-7/Ka-195/70) verweist, so ist dieser Hinweis verfehlt, weil diesem Fall ein anderer Sachverhalt zu Grunde lag. Hier war im Einzugsbereich des Krankenhausarztes anfänglich nur ein Kassenfacharzt gleicher Disziplin niedergelassen. Außerdem ging es nicht um die Frage der Beteiligung, sondern um die Einschränkung einer solchen, die seit vielen Jahren faktisch in vollem Umfang bestanden hatte.

Hinsichtlich der qualitativen Seite der Bedürfnisprüfung kommt es nach der Rechtsprechung des BSG darauf an, ob bei dem Antragsteller besondere, sonst nicht vorhandene ärztliche Kenntnisse und Erfahrungen im Hinblick auf seine Chefarztstellung verfügt, die die anderen für S. in Betracht kommenden Fachärzte nicht besitzen. Es hat das, gestützt auf die Aussagen der Zeugen Dres. B. und D. verneint. Dieser Beurteilung schließt sich der Senat ebenfalls in vollem Umfang an, ohne bei dieser Prüfung qualitative Wertungen des ärztlichen Könnens in der einen oder anderen Richtung vorzunehmen.

Mit 368 a Abs. 8 Satz 1 RVO soll nur sichergestellt werden, daß besondere – andersartige – Erfahrungen und Kenntnisse den Versicherten zugänglich gemacht werden, die sonst entweder überhaupt nicht oder nur unter besonderen Schwierigkeiten zu erlangen wären. Die Beweisaufnahme erster und zweiter Instanz hat dafür keine ausreichenden Anhaltspunkte ergeben. Vielmehr hat sie dem Senat den Eindruck vermittelt, daß die internistische Versorgung der Kassenpatienten im Raum S. ausreichend sichergestellt ist. Dabei muß nochmals betont werden, daß hierbei auf die Labor- und Röntgentätigkeit nicht entscheidend abgestellt werden kann, weil diese im Falle des Dr. B. ausreichend von dritter Seite sichergestellt werden kann. Dr. D. kann dagegen solche Leistungen in der personell und materiell eigenen Praxis selbst erbringen. Die Kenntnisse und Erfahrungen dieses Arztes beruhen im übrigen auf seiner langjährigen Tätigkeit an dem Kreiskrankenhaus in D. ... Seine gründliche Ausbildung und das damit verbundene Wissen hat er zudem durch eine weiter langjährige Belegarztstätigkeit am früheren Stadtkrankenhaus S. unter Beweis gestellt.

Wenn der Kläger darauf hinweist, daß ein Chefarzt die Möglichkeit habe, sich ein diagnostisches und therapeutisches Erfahrungswissen anzueignen, wie es in diesem Umfang bei den niedergelassenen Fachärzten nicht vorausgesetzt werden könne, so ist das richtig. Gegenüber dem Zeugen Dr. D. versagt dieser Einwand jedoch, weil dieser ebenfalls durch seine lange klinische Tätigkeit ein gründliches Wissen und entsprechende Erfahrung auf dem internistischen Fachgebiet erworben hat. Er hat sein ärztliches Können durch seine Belegarztstätigkeit weiter ausgebaut und ist auch heute noch dann einer gut ausgestatteten Praxis in der Lage, allen Anforderungen auf dem internistischen Fachgebiet gerecht zu werden. Die Veröffentlichungen des Klägers qualifizieren ihn als Chefarzt einer internen Abteilung, sind jedoch kein Indiz dafür, daß insofern andersartige Kenntnisse vorliegen, die über das Fachwissen der zugelassenen Internisten, insbesondere des Dr. D.,

hinausgehen. Soweit besondere Kenntnisse auf dem Gebiet der Herz-Kreislaufkrankungen vorliegen, hat der Berufungsausschuss dem Rechnung getragen, indem er eine Beteiligung für die ambulante Nachbehandlung nach stationärer Krankenhausbehandlung von Herzinfarktpatienten ausgesprochen hat. Eine weitere Beteiligung darüber hinaus war nicht notwendig, weil die Beweisaufnahme erster Instanz bereits ergeben hat, dass die beiden niedergelassenen Fachärzte alle Leistungen erbringen können, die auf dem Gebiet der ambulanten inneren Medizin erforderlich sind. Damit fehlt es an dem Nachweis, dass bei dem Kläger andersartige Kenntnisse und Erfahrungen vorliegen, die nur von ihm und nicht auch von den niedergelassenen Ärzten erbracht werden können. Soweit Krankheiten wegen ihrer Schwere oder ihrer Art einer Klinikeinweisung bedürfen, haben sie außerhalb der Betrachtung zu bleiben, da insoweit hier allein die Tätigkeit des Chefarztes angesprochen ist. Nicht jeder Fall ist ambulant zu behandeln oder abzuklären. Darin besteht gerade der Unterschied zwischen dem gelassenen Facharzt als Kassenarzt, der ambulant tätig ist und dem Krankenhausarzt, dem die Behandlung dieser Fälle speziell obliegt. Auf dem Gebiet der ambulanten inneren Medizin ist die ärztliche Versorgung der Versicherten im Raume S. durch die Internisten Dr. D. und Dr. B. sichergestellt. Besonders der ärztliche Wissenstand des Zeugen Dr. D. macht die Beteiligung des Klägers nicht notwendig, was auch hinsichtlich der Hilfsweise geltend gemachten eingeschränkten Beteiligung bezüglich 29 Abs. 2 Buchst. b bis d ZO-Ärzte gilt. Diese Arten der Beteiligung wären vorliegend nur dann am Platze, wenn der Kläger über neue Methoden der Krankheitserkennung und -behandlung verfüge, mit denen die niedergelassenen Ärzte nicht vertraut wären. Dass das der Fall ist, hat die Beweisaufnahme nicht ergeben. Zwei Bescheinigungen von Patienten sind hierfür jedenfalls kein Gegenbeweis. Die rein klinische Tätigkeit ist dafür auch kein Indiz. Abzustellen ist dabei auch nicht auf die allgemeine Lebenserfahrung. Die Nachbehandlung durch die einweisenden Ärzte nach stationärem Aufenthalt ist auch auf dem Gebiet der inneren Medizin weitergehend die Regel. Hiervon abzuweichen liegt kein Anlass vor, zumal im Entlassungsbericht dem einweisenden Arzt die entsprechenden Behandlungsvorschläge mitgeteilt werden können. Soweit bei Herzinfarktpatienten zwischen dem Kläger und dem Patienten ein besonders Vertrauensverhältnis begründet wurde, hat der Berufungsausschuss dem Rechnung getragen und dem Kläger eine Beteiligung gemäß § 29 Abs. 2 Buchst. d ZO-Ärzte eingeräumt. Darüber hinaus war eine Beteiligung nicht erforderlich.

Der Berufung war daher der Erfolg zu versagen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf 193 SGG.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-10-02