

S 18 KA 1561/07

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KA 1561/07

Datum

16.01.2008

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Leitsätze

1. Erfolgreicher Antrag mehrerer Ärzte auf Wiederherstellung bzw. Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Zusammenlegung zweier

Bereitschaftsdienstbereiche und Bereitschaftsdienstgruppen im Rahmen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes (Notdienstes)

2. Bei der Umsetzung von Planungsentscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigung über die Festlegung der Bereitschaftsdienstbereiche und

Bereitschaftsdienstgruppen durch Erlass gleichförmiger Bescheide gegenüber den am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzten rechtfertigt das öffentliche Interesse am einheitlichen und gleichzeitigen Inkrafttreten der Neuregelung die Anordnung der sofortigen Vollziehung.

3. Von der Zusammenlegung zweier Bereitschaftsdienstbereiche und Bereitschaftsdienstgruppen betroffene Ärzte können im gerichtlichen Verfahren mit dem Einwand gehört werden, die Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes sei ihnen unter den von Kassenärztlichen Vereinigung festgelegten Rahmenbedingungen faktisch unmöglich oder unzumutbar. Die Pflicht, an der Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes mitzuwirken und vermittelte Bereitschaftsdiensteinsätze durchzuführen, verleiht ihnen zugleich die im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes erforderliche Antragsbefugnis.

4. Verbindet das Gericht mehrere Verfahren verschiedener Antragsteller, die jeweils den an sie gerichteten, jedoch allen Adressaten gegenüber inhaltsgleichen Bescheid über die Festlegung des selben Bereitschaftsdienstbereichs und der selben Bereitschaftsdienstgruppe betreffen, so ist der Streitwert des Verbundverfahrens aus der Summe der Streitwerte der Antragsverfahren zu bilden, wenn die angegriffenen Bescheide zugleich den jeweiligen Adressaten individuell zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst unter den neuen Bedingungen verpflichten.

I. Der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der beim Sozialgericht Dresden anhängigen Klage, Az. [S 18 KA 1561/07](#), gegen die Verpflichtung der Antragsteller zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst in dem mit Wirkung ab dem 02.01.2008, 14:00 Uhr, das Territorium der Stadt E. sowie der Gemeinden S., Sch. und St. umfassenden Bereitschaftsdienstbezirk E. durch den Bescheid der Antragsgegnerin vom 21.09.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29.11.2007 wird abgelehnt.

II. Die Kosten des Verfahrens tragen die Antragsteller jeweils zu gleichen Teilen.

III. Der Streitwert wird wie folgt festgesetzt: für die Verfahren [S 18 KA 1539/07 ER](#), [S 18 KA 1541/07 ER](#), [S 18 KA 1542/07 ER](#), [S 18 KA 1543/07 ER](#), [S 18 KA 1544/07 ER](#), [S 18 KA 1545/07 ER](#), [S 18 KA 1546/07 ER](#), [S 18 KA 1547/07 ER](#), [S 18 KA 1548/07 ER](#), [S 18 KA 1549/07 ER](#) sowie [S 18 KA 1550/07 ER](#) jeweils ab Eingang des Antrags auf vorläufigen Rechtsschutz bis zur Verbindung der Verfahren durch Beschluss vom 02.01.2008 je 2.500,00 EUR, für das Verbundverfahren [S 18 KA 1539/07 ER](#) 27.500,00 EUR.

Gründe:

I.

Die Antragsteller begehren die Anordnung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klagen gegen die Verpflichtung zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst in einem durch Zusammenlegung zweier Bereitschaftsdienstbereiche neu gebildeten Bereitschaftsdienstbereich.

Die Antragsteller zu 1, 2, 4, 5, 8 und 10 sowie die Beigeladene zu 1 nahmen als Vertragsärzte mit Praxissitz in Sch. bzw. St. bis zum 31.12.2007 am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst in dem bisher die Gemeinden Sch. und St. umfassenden Bereitschaftsdienstbereich Sch. teil. Die Antragsteller zu 3, 6, 7, 9 und 11 haben ihren Vertragsarztsitz in E. und der Beigeladene zu 2 in S ... Diese Ärzte nahmen bis zum 31.12.2007 am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst in dem bisher die Stadt E. sowie die Gemeinde S. umfassenden Bereitschaftsdienstbereich E. teil.

Auf Grundlage eines Beschlusses der Vertreterversammlung der Antragsgegnerin vom 25.11.2005, der eine Neustrukturierung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes unter Zusammenlegung von Bereitschaftsdienstbereichen sowie einer flankierenden Neuregelung der Bereitschaftsdienstvergütung vorsah, erarbeitete die Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz der Antragsgegnerin mehrere Vorschläge zum Neuzuschnitt der Bereitschaftsdienstbereiche im Südwesten des Landkreises A.-S., die jeweils eine Verringerung der Zahl der Bereitschaftsdienstbereiche durch Zusammenschluss zu versorgender Flächen vorsahen, unter Anderem die Zusammenlegung der bisherigen Bereitschaftsdienstbereiche E. und Sch. ... Im Rahmen einer Praxisanhörung lehnten 12 der bislang in diesen beiden Bereitschaftsdienstbereichen am Bereitschaftsdienst teilnehmenden 13 Ärzte - die Antragsteller und der Beigeladene zu 2 - eine Änderung der bisherigen Bereitschaftsdienststruktur ab; derzeit bestehe kein Änderungsbedarf.

Mit gleichlautenden Bescheiden vom 21.09.2007 ordnete die Antragsgegnerin gegenüber den Antragstellern und den Beigeladenen an, dass der Bereitschaftsdienstbereich E. mit Wirkung ab dem 02.01.2008, 14:00 Uhr, das Territorium der Stadt E. sowie der Gemeinden S., Sch. und St. umfasse. Zugleich verpflichtete die Antragsgegnerin die Antragsteller und die Beigeladenen zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst in dem neu gebildeten Bereitschaftsdienstbereich nach Maßgabe der jeweiligen Bereitschaftsdienteinteilung.

Mit seinem am 05.10.2007 bei der Antragsgegnerin eingegangenen Widerspruch vom 01.10.2007 und ergänzenden Schreiben vom 25.10.2007 und vom 06.11.2007 machte der Antragsteller zu 1 geltend, die Zusammenlegung der Bereitschaftsdienstbereiche sei - so die mit einer Ausnahme einhellige Auffassung aller am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte - nicht durchführbar, weil die im Bereitschaftsdienst anfallenden Fahrstrecken insbesondere im Winter nicht zu bewältigen seien, zumal die Fahrtkostenpauschalen nicht kostendeckend seien; wegen der längeren Fahrstrecken könnten weniger Patienten in der Praxis versorgt werden. Hierdurch drohten Lücken in der Versorgung der Patienten. Die Dienstplanersteller der bisherigen Bereitschaftsdienstbereiche beabsichtigten deshalb, die Dienstpläne ab dem 02.01.2008 wie bisher einzureichen.

Mit entsprechender Begründung legten am 16.10.2007 mit Schreiben vom 01.10.2007 die Antragstellerin zu 2, am 26.10.2007 mit Schreiben vom 25.10.2007 die Antragstellerin zu 3, am 25.10.2007 mit Schreiben vom 25.10.2007 der Antragsteller zu 4, am 15.10.2007 mit Schreiben vom 12.10.2007 der Antragsteller zu 5, am 25.10.2007 mit Schreiben vom 25.10.2007 die Antragstellerin zu 6, am 25.10.2007 mit Schreiben vom 24.10.2007 der Antragsteller zu 7, am 22.10.2007 mit Schreiben vom 18.10.2007 der Antragsteller zu 8, am 19.10.2007 mit Schreiben vom 17.10.2007 der Antragsteller zu 9, am 19.10.2007 mit Schreiben vom 19.10.2007 der Antragsteller zu 10 sowie am 25.10.2007 mit Schreiben vom 22.10.2007 der Antragsteller zu 11 Widerspruch ein.

Die Antragsgegnerin wies die Widersprüche der Antragsteller jeweils mit Widerspruchsbescheid vom 29.11.2007 zurück und ordnete zugleich die sofortige Vollziehung ihrer Entscheidung vom 21.09.2007 an.

Gegen den Bescheid vom 21.09.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29.11.2007 richtet sich die am 18.12.2007 beim Sozialgericht Dresden eingegangene Klage des Antragstellers zu 1 vom 17.12.2007 (Az. [S 18 KA 1561/07](#)). Bereits mit am 14.12.2007 bei Gericht eingegangenem Schreiben beantragte der Antragsteller zu 1 darüber hinaus die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung seiner Klage. Die Antragsgegnerin habe sich nicht mit ihrem Sicherstellungsauftrag auseinandergesetzt. Durch die Vergrößerung des Bereitschaftsdienstbereichs reduziere sich die Zahl der Bereitschaftsdienste. Die Wartezeit für die Patienten und die Erreichbarkeit des diensthabenden Arztes verlängere sich durch die in dem erweiterten Bereitschaftsdienstbereich wesentlich längeren Fahrtzeiten für Hausbesuche und unzureichende Ortskenntnisse in dem durch Streusiedlungen geprägten gebirgigen Territorium. Den Patienten werde das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxis unzumutbar erschwert. Im neuen Bereitschaftsdienstbereich gebe es kein Krankenhaus mit Notfallambulanz. Letztlich führe die Zusammenlegung der Bezirke zu einer medizinisch nicht indizierten verstärkten Inanspruchnahme des Rettungsdienstes. Die Antragsgegnerin habe im Widerspruchsbescheid selbst festgestellt, es bestünden keine dringlichen Sicherstellungsprobleme. Eine Änderung der bestehenden Strukturen sei deshalb derzeit nicht veranlasst. Die von der Antragstellerin zur Begründung des Sofortvollzugs behauptete akute Gefährdung der Sicherstellung der Patientenversorgung sei nicht erkennbar.

Am 17.10.2007 beantragten auch die Antragsteller zu 2 bis 10 mit gleichlautender Begründung die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der jeweils von ihnen erhobenen Klagen.

Das Gericht hat die Antragsverfahren mit Beschluss vom 02.01.2008 verbunden und die beiden weiteren von der Neuregelung betroffenen Ärzte, die keinen wirksamen Rechtsbehelf gegen den an sie gerichteten Bescheid der Antragsgegnerin eingelegt hatten, beigeladen.

Wegen der Einzelheiten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten betr. die Antragsteller und die Beigeladenen sowie die Strukturplanungsunterlagen der Antragsgegnerin sowie auf die Sitzungsniederschrift des Erörterungstermins vom 16.01.2008 verwiesen.

II.

Der gemäß [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) in Verbindung mit [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) statthafte Antrag der Antragsteller auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage ist abzulehnen.

1. Gemäß [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, auf Antrag die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen. Die Anordnungsbefugnis des Gerichts

umfasst auch die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage ([§ 86a Abs. 1 SGG](#)) in den Fällen, in denen Widerspruch und Klage zwar gemäß [§ 86a Abs. 1 SGG](#) grundsätzlich aufschiebende Wirkung haben, die aufschiebende Wirkung aber auf Grundlage des [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) deshalb entfällt, weil die sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten liegt und die Stelle, die den Verwaltungsakt erlassen oder über den Widerspruch zu entscheiden hat, die sofortige Vollziehung mit schriftlicher Begründung des besonderen Interesses an der sofortigen Vollziehung anordnet. Ein solcher Fall liegt hier vor.

Zu beachten ist dabei, dass die Antragsgegnerin die Festlegung der Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen gemäß § 3 Abs. 3 der Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (BDO) hier nicht in Form einer abstrakt-generellen Regelung, sondern durch den parallelen Erlass gleichlautender Verwaltungsakte gegenüber allen Mitgliedern der in Folge der Zusammenlegung der Bereitschaftsdienstbereiche vereinigten Bereitschaftsdienstgruppe verfügt hat. Gemäß § 3 Abs. 6 Satz 2 BDO sollen Widersprüche von Vertragsärzten gegen die Entscheidungen der zuständigen Bezirksstelle der Antragsgegnerin keine aufschiebende Wirkung haben. Es kann dahin gestellt bleiben, ob die Antragsgegnerin ermächtigt ist, den gesetzlichen Suspensiveffekt ohne konkret-individuelle Einzelfallprüfung durch Regelungen in ihrer Satzung außer Kraft zu setzen. Zutreffend hat die Antragsgegnerin jedenfalls erkannt, dass es in Ermangelung einer Rechtsgrundlage für einen generellen Ausschluss der aufschiebenden Wirkung auch der Klage beim Grundsatz des [§ 86a Abs. 1 SGG](#) verbleibt und die sofortige Vollziehung der Verwaltungsakte der gesonderten Anordnung nach [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) bedarf.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Pflicht zur Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten in solidarischer Arbeitsteilung wechselseitig obliegt. Festlegungen der Antragsgegnerin über die Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen können den zur Sicherstellung der Bereitschaftsdienste in einem betroffenen Dienstbezirk verpflichteten Ärzten gegenüber nur einheitlich ergehen. Bei jeder an einen bestimmten Arzt gerichteten Festlegung nach § 3 Abs. 3 BDO handelt es sich deshalb im Verhältnis zu den übrigen, von der gleichen Regelung betroffenen Ärzten um einen Verwaltungsakt mit Drittwirkung im Sinne des [§ 86 Abs. 1 Satz 2 SGG](#). Entscheidungen der Antragsgegnerin und des Gerichts über die Anordnung oder Aussetzung der aufschiebenden Wirkung einer von einzelnen Ärzten gegen den an sie gerichteten Bescheid erhobenen Klage ergehen deshalb in einem mehrpoligen Rechtsverhältnis mit Wirkung für und gegen alle von der gleichen Regelung betroffenen übrigen Ärzte, unabhängig davon, ob diese den an sie gerichteten Bescheid wirksam angefochten haben oder - wie die Beigeladenen - nicht.

Von den in [§ 86b Abs. 1 SGG](#) in erster Linie geregelten zweipoligen Verfahrenskonstellationen unterscheidet sich das vorliegende Verfahren dadurch, dass die Antragsgegnerin einen Ausgleich zwischen mehreren Beteiligten und nicht nur zwischen dem jeweiligen Interesse eines einzelnen Verfahrensbeteiligten und dem speziell von ihr wahrzunehmenden öffentlichen Sicherstellungsauftrag zu treffen hat. Die Anfechtung ihrer Bescheide durch einzelne der in die neue Bereitschaftsdienstgruppe einbezogenen Ärzte entspricht dabei sowohl der in § 80a Abs. 1 Nr. 1 als auch der in [§ 80a Abs. 2 VwGO](#) geregelten Konstellation. Die Besonderheit liegt hier darin, dass die Entscheidung über den Neuzuschnitt der Bereitschaftsdienstbereiche gegenüber jedem der betroffenen Ärzte Elemente enthält, die sich je nach individuellen Verhältnissen und subjektiver Wahrnehmung sowohl begünstigend als auch belastend auswirken. Dabei gründet sich das rechtlich geschützte Interesse der betroffenen Ärzte, das den Antragstellern zugleich die erforderliche Antragsbefugnis verleiht, nicht nur auf die Vermeidung von Mehrbelastungen, die mit der Wahrnehmung von Bereitschaftsdiensten in einem vergrößerten Bereitschaftsdienstbereich verbunden sind, wie längere Dienste zu sprechstundenfreien Zeiten und das Absolvieren weiterer Wege zur Versorgung von mehr Patienten im Hausbesuch. Es erschöpft sich auch nicht in dem Interesse daran, als Kehrseite hiervon in einer vergrößerten Bereitschaftsdienstgruppe die Last, Dienste zu sprechstundenfreien Zeiten anzubieten, auf mehr Schultern zu verteilen und so die Häufigkeit der Inanspruchnahme im Rahmen der Diensterteilung (§ 4 BDO) perspektivisch zu verringern bzw. gegenüber Arzttahlveränderungen zu stabilisieren. Vielmehr haben die betroffenen Ärzte auch einen Anspruch darauf, die ihnen nach § 5 Abs. 4 BDO obliegende Pflicht, die ihnen vermittelten Bereitschaftsdienstesätze durchzuführen, auch tatsächlich unter zumutbaren Bedingungen erfüllen zu können. Die ihnen im Rahmen ihres vertragsärztlichen Pflichtenkreises obliegende Aufgabe, an der Sicherstellung der Bereitschaftsdienste mitzuwirken, verleiht ihnen damit eine im Wege der Klage und in Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes wehrfähige Rechtsposition, welche bei der Entscheidung über die vorläufige Vollziehbarkeit in die Abwägung einzubeziehen ist. Das öffentliche Interesse an der tatsächlichen Umsetzung des Sicherstellungsauftrags zur Versorgung der Patienten auch zu den sprechstundenfreien Zeiten fließt damit nicht nur als von der Antragsgegnerin zu tragender Belang, sondern mittelbar auch in die entscheidungsrelevanten Individualrechtspositionen der Antragsteller und der drittbetroffenen Beigeladenen ein.

Der gemäß [Artikel 19 Abs. 4 GG](#) gebotene Rechtsschutz ist den von einer solchen Vollzugsanordnung Betroffenen - mangels eines speziellen kassatorischen Rechtsbehelfs gegenüber rechtswidrigen Sofortvollzugsanordnungen - im Wege einer Wiederherstellungsanordnung des Gerichts nach [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) auf Grund einer gestuften Prüfung der Sach- und Rechtslage zu gewähren, die sowohl der nach dem Gewaltenteilungsprinzip zunächst der Verwaltung zugewiesenen Verantwortung der Behörde zum Erlass einer Sofortvollzugsanordnung nach [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) als auch der Kompetenz des Gerichts, nach dem Erkenntnisstand im Zeitpunkt seiner Entscheidung eine eigene Abwägung ohne Bindung an die behördliche Entscheidung zu treffen, Rechnung trägt. Die Rechtslage gleicht damit trotz des Fehlens einer Spezialregelung für derartige mehrpolige Rechtsverhältnisse im Ausgangspunkt den Maßstäben für die Abänderungsbefugnis der Behörde nach [§ 80a Abs. 3](#) in Verbindung mit Abs. 5 VwGO (vgl. dazu: Schoch/Schmidt-Aßmann/Pietzner-Schoch, VwGO, Vorb § 80 Rn. 65 f.; Sodan/Ziekow-Puttler, [VwGO § 80](#) Rn. 155, § 80a Rn. 14).

Dabei hat das Gericht zunächst die formelle Rechtmäßigkeit der Vollzugsanordnung der Behörde - namentlich die Begründung der Sofortvollzugsanordnung - zu prüfen und bei einem Mangel die aufschiebende Wirkung wiederherzustellen. Sofern diese Prüfung keine Fehler der behördlichen Anordnung ergibt, hat das Gericht im Rahmen seiner eigenen Entscheidung nach [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) zusätzlich eine umfassende Interessenabwägung vorzunehmen, in die die betroffenen Interessen der Antragsteller, der von der Drittwirkung des Verwaltungsaktes Betroffenen und das von der Behörde zu sichernde öffentliche Interesse einzubeziehen sind (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer-Keller, [SGG § 86b](#) Rn. 12f; Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht, Beschluss vom 03.08.2006, Az. [L 4 B 269/06 KA ER](#)).

2. An die Begründung der Sofortvollzugsanordnung sind im Hinblick auf deren Funktion, Transparenz und Rechtsklarheit zu schaffen und die Behörde zu besonderer Sorgfalt anzuhalten, hohe Anforderungen zu stellen. Die Begründung muss sämtliche Gesichtspunkte enthalten, welche die Behörde in die Entscheidung einbezogen hat, und erkennen lassen, warum im konkreten Einzelfall das öffentliche Vollzugsinteresse überwiegt und dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit entspricht.

Diesen formellen Anforderungen wird die Vollzugsanordnung gerecht. Die Begründung der Sofortvollzugsanordnung wird von der Überlegung getragen, im Rahmen der Abwägungsentscheidung stünden sich einerseits das individuelle Interesse der Antragsteller, am Bereitschaftsdienst im bisherigen Dienstbereich teilzunehmen, und andererseits das öffentliche Interesse an der Sicherstellung des allgemeinen Bereitschaftsdienstes gegenüber. Bei einer Beibehaltung der bisherigen Regelung bis zur Entscheidung in der Hauptsache könne es bis zum Abschluss evtl. Klageverfahren wegen der ungeklärten Sicherstellungslage zu einer akuten Gefährdung der Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes kommen.

Dieser Begründung lässt sich entnehmen, dass die Antragsgegnerin einer schnellen Klärung der Sicherstellungslage im Wege der Sofortvollzugsanordnung für die Dauer evtl. anhängiger Klageverfahren besondere Bedeutung für die Patientenversorgung beimisst. Dies lässt erkennen, dass sich die Antragsgegnerin sowohl des notwendigen Abwägungsprozesses als auch der Tragweite ihrer Anordnung bewusst war und ist insoweit nachvollziehbar, als auch und gerade im Falle einzelner Anfechtungsklagen die einheitliche Geltung einer bestimmten Bereitschaftsdienststruktur die Voraussetzung für das Funktionieren des Bereitschaftsdienstsystems und dessen Inanspruchnahme durch die Bevölkerung ist und deshalb ein einheitliches Inkrafttreten der Neuregelung kraft vorläufiger Verbindlichkeit angestrebt wird. Ob die Begründung der Behörde für die Sofortvollzugsanordnung auch inhaltlich zutrifft und in jeder Hinsicht fehlerfrei ist, bedarf darüber hinaus keiner weiteren Erörterung, denn das Gericht trifft eine eigenständige Entscheidung (Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschluss vom 22.11.1991, Az. [9 S 2743/91](#); Sächsisches Oberverwaltungsgericht, Beschluss vom 10.02.1995, Az. [3 S 74/95](#)).

3. Unter Abwägung der widerstreitenden öffentlichen und individuellen Interessen an der sofortigen Vollziehung auf der einen und an einer vorläufigen Aussetzung der Vollziehung auf der anderen Seite ist die Sofortvollzugsanordnung der Antragsgegnerin aufrecht zu erhalten.

Im Rahmen der gebotenen Abwägungsentscheidung hat das Gericht zu prüfen, ob ein öffentliches Vollzugsinteresse besteht, und unter Abwägung mit dem Aufschubinteresse der Betroffenen festzustellen, ob das Vollzugsinteresse überwiegt. Einen maßgeblicher Gesichtspunkt für die Gewichtung und Abwägung stellen dabei die Erfolgsaussichten in der Hauptsache dar. Hat der im Hauptsacheverfahren anhängige Rechtsbehelf keine Erfolgsaussicht, enthebt dies nicht vom Erfordernis eines besonderen, vom materiellen Regelungsgegenstand des Bescheides zu unterscheidenden Vollzugsinteresses (Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 12.09.1995, Az. [2 BvR 1179/95](#)). Bei offenem Ausgang des Hauptsacheverfahrens sind insbesondere die Folgen für die abwägungsrelevanten Rechtsgüter zu berücksichtigen, die eintreten würden, wenn es einerseits die aufschiebende Wirkung anordnet, sich aber im Ergebnis des Hauptsacheverfahrens die angefochtenen Bescheide als richtig erweisen, und andererseits das Gericht die sofortige Vollziehung zulässt, die Klage sich aber im Ergebnis als begründet erweist. Ist dagegen ein Bescheid offensichtlich rechtswidrig, ist dem Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung in der Regel stattzugeben, weil grundsätzlich kein öffentliches Interesse an der Vollziehung rechtswidriger Bescheide besteht (vgl. [§ 86a Abs. 3 Satz 2 Alt. 1 SGG](#)).

Entgegen der Auffassung der Antragsteller besteht ein öffentliches Interesse an der sofortigen Vollziehung der angefochtenen Bescheide, welches das Aufschubinteresse überwiegt.

Bei der Abwägung der untereinander auszugleichenden Rechtsgüter ist allerdings zu berücksichtigen, dass das öffentliche Interesse an der Vollziehung der im Hauptsacheverfahren angefochtenen Entscheidung nicht mit dem Auftrag der Antragsgegnerin gleichgesetzt werden, den Bestand des Bereitschaftsdienstes als solchen sicherzustellen. Gegenstand des angefochtenen Bescheids sind allein die Zusammenlegung der Bereitschaftsdienstbereiche und die damit bewirkte Vereinigung zu einer größeren Bereitschaftsdienstgruppe. Soweit hierdurch die Möglichkeit geschaffen wird, bei Einteilung jeweils nur eines diensthabenden Arztes im vereinigten Bereitschaftsdienstbereich die Anzahl der Dienste je Arzt zu begrenzen, kann dies im Ergebnis sogar zu einer Verringerung des Leistungsangebots für die Versicherten im Vergleich mit den früheren Versorgungsstrukturen führen. Bei der Neustrukturierung der Bereitschaftsdienstbereiche geht es um die Frage, in welcher Bereitschaftsdienstgruppen- und -bereichsgröße auf die durch äußere Faktoren ohnehin eintretende Verschlechterung der Angebotssituation so reagiert werden kann, dass ein optimaler Ausgleich zwischen der Belastung der Ärzte im Bereitschaftsdienst, der Frequenz der Dienste und der Erreichbarkeit für die Patienten erzielt wird. Aus der Begründung der angefochtenen Bescheide und aus den beigezogenen Strukturplanungsunterlagen geht hervor, dass die Antragsgegnerin sich dafür entschieden hat, perspektivisch die Dienste so einzuteilen, dass - um den Preis einer geringeren Bereitschaftsdienstichte und einer höheren Belastung je Bereitschaftsdienst - die Frequenz der Dienste verringert bzw. bei sinkenden Arztlizenzen stabilisiert wird, um langfristig den einen Bereitschaftsdienst überhaupt aufrechtzuerhalten und attraktivere Bedingungen für die Gründung bzw. die Nachfolge von Arztpraxen im ländlichen Raum zu schaffen. Vor dem Hintergrund der von der Antragsgegnerin ausgewerteten Altersstruktur der Ärzteschaft im Landkreis A.-S. und in den betroffenen bisherigen Bereitschaftsdienstbereichen handelt es sich dabei indessen um einen Anpassungsprozess, mit dem auf über mehrere Jahre sich ergebende Veränderungen reagiert werden soll. Es besteht deshalb kein Anhaltspunkt dafür, dass der Zusammenbruch des Bereitschaftsdienstsystems drohen würde, wenn die Dienste bis zum Abschluss des Hauptsacheverfahrens noch in den früheren Bereitschaftsdienstbereichen durch die früheren Bereitschaftsdienstgruppen sichergestellt werden. Deshalb kann es sich dabei nicht um einen für die Entscheidung über den Sofortvollzug abwägungsrelevanten Belang handeln.

Zu Recht betont jedoch die Antragsgegnerin, dass ein öffentliches Interesse an der Klarstellung der Sicherstellungslage besteht. Für das solidarisch-arbeitsteilige Funktionieren des Bereitschaftsdienstes ist entscheidend, dass die Bereitschaftsdienstbereiche und die daran anknüpfenden Bereitschaftsdienstgruppen innerhalb eines bestimmten Territoriums gleichzeitig und einheitlich mit Wirkung für und gegen alle am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte geregelt werden. Nur so können die Dienste eingeteilt und die Einwohner des betreffenden Territoriums hierüber ordnungsgemäß informiert werden, um die notwendigen Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Entschließt sich die Antragsgegnerin, zur Umsetzung ihrer Planungsentscheidung gleichartige Verwaltungsakte gegenüber jedem der von der Strukturentscheidung betroffenen Ärzte zu erlassen, so besteht ein öffentliches Interesse daran, deren Wirksamwerden nicht von dem - für die übrigen Betroffenen nicht ohne Weiteres erkennbaren - Eintritt bzw. Nichteintritt deren formeller Bindungswirkung ([§ 77 SGG](#), [§ 86a Abs. 1 SGG](#)) abhängig zu machen, sondern unabhängig von der Bestandskraft aller Bescheide die materielle Verbindlichkeit der Neuregelung durch die Anordnung des Sofortvollzugs von Anfang an transparent und einheitlich gegenüber allen Adressaten eintreten zu lassen.

Dem gegenüber steht auf Seiten der betroffenen Ärzte - mit jeweils unterschiedlicher individueller Wichtung - das Interesse, einerseits zu gleichberechtigten Bedingungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen zu dürfen, andererseits durch die Mitwirkung an der Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes jedoch weder hinsichtlich der Anzahl der Dienste noch hinsichtlich der mit der Wahrnehmung der Dienste verbundenen Behandlungspflichten gegenüber den Patienten in unzumutbarer Weise belastet zu werden. Angesichts der unabhängig vom

konkreten Zuschnitt der Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen begrenzten Ärztedichte stehen diese Erwägungen nicht im direkten Gegensatz zu dem vorstehend genannten öffentlichen Interesse. Vielmehr beschreiben sie einen Zielkonflikt, der sowohl im Rahmen der Strukturentscheidung, die den Gegenstand des Hauptsacheverfahrens bildet, als auch im Rahmen der Entscheidung über die vorläufige Vollziehbarkeit der zur Umsetzung der neuen Bereitschaftsdienststrukturen erlassenen Verwaltungsakte gleichermaßen zum Ausgleich gebracht werden muss, ohne dass von vorn herein die Bedeutung des einen oder anderen abwägungsrelevanten Belangs einer bestimmten Lösung ein solches Gewicht verleihen würde, dass nur sie ohne Abwägungsfehler vertretbar wäre.

Die für oder gegen die sofortige Vollziehung der angefochtenen Bescheide sprechenden Gesichtspunkte sind in dieser Hinsicht mit denen identisch, die für oder gegen die von der Antragsgegnerin getroffene Entscheidung über die Zusammenlegung der Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen sprechen. Sie lassen das unabhängig davon bestehende öffentliche Interesse an der einheitlichen sofortigen Vollziehung der Bescheide der Antragsgegnerin in ihrer Gewichtung unberührt.

Die Rechtfertigung der sofortigen Vollziehung hängt damit entscheidend von den Erfolgsaussichten der Klage im Hauptsacheverfahren ab. Denn ist die Wahrnehmung der Bereitschaftsdienste in dem neuen Bereitschaftsdienstbereich und die Einteilung der Dienste in der vereinigten Bereitschaftsdienstgruppe den beteiligten Ärzten zumutbar und mit dem - von der Antragsbefugnis der Ärzte allerdings nur mittelbar mit erfassten - Gemeinwohlbelang der Sicherung der Patientenversorgung zu sprechstundenfreien Zeiten vereinbar, so liegt es im überwiegenden öffentlichen Interesse, die Neuregelung mit sofortiger Wirkung einheitlich in Kraft treten zu lassen.

4. Die summarische Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache lässt das überwiegende öffentliche Interesse an der sofortigen Vollziehung unberührt. Die angefochtenen Bescheide der Antragsgegnerin haben voraussichtlich Bestand, weil sie rechtmäßig sind und die Antragsteller nicht in ihren Rechten verletzen.

Für die von der Antragsgegnerin nach § 3 BDO zu treffende Festlegung der Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen gelten die von der Rechtsprechung allgemein zu Entscheidungen über die vertragsärztlichen Bereitschaftsdienststrukturen entwickelten Grundsätze. Danach umfasst die den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegende Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) auch die Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), jedoch - vorbehaltlich abweichender landesrechtlicher Regelungen - nicht den organisierten Rettungsdienst. Ein Vertragsarzt übernimmt als Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung mit seiner Zulassung die Verpflichtung, in zeitlicher Hinsicht umfassend für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stehen. Das umfasst auch die Zeiten außerhalb der Sprechstunde. Der einzelne Arzt wird dadurch, dass die gesamte Ärzteschaft einen Notfalldienst organisiert, von der täglichen Dienstbereitschaft rund um die Uhr entlastet, muss dafür aber den Notfalldienst gleichwertig mittragen, solange er in vollem Umfang vertragsärztlich tätig ist.

Die Kassenärztliche Vereinigung kann auf Grund ihres Auftrags zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung den Bereitschaftsdienst im Rahmen ihrer Satzungsautonomie selbständig regeln (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 12.10.1994, Az. 6 RKA 29/93). Dieser Aufgabe ist die Antragsgegnerin durch Erlass der Bereitschaftsdienstordnung vom 20.11.2004 nachgekommen. Gemäß § 3 Abs. 3 Satz 1 und 2 BDO legt die zuständige Bezirksstelle die kassenärztlichen Bereitschaftsdienstgruppen und kassenärztlichen Bereitschaftsdienstbereiche fest; dabei sollen die örtlichen Verhältnisse und die landschaftlichen Gegebenheiten berücksichtigt werden, um die ärztliche Hilfe sicherzustellen. Gemäß § 3 Abs. 5 Satz 1 und 2 BDO erfolgt die Zuordnung des Vertragsarztes zu dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienstbereich, in welchem sich der Praxissitz befindet; im Ausnahmefall können die Bezirksstellen aus Gründen der Sicherstellung hiervon abweichende Regelungen treffen.

Bei der Ausgestaltung des Bereitschaftsdienstes kommt der Antragsgegnerin eine weite Gestaltungsfreiheit zu. Der Vertragsarzt kann die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung gegen nur eingeschränkt gerichtlich nachprüfen lassen. Angesichts der Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigung als Normgeber und der ihr obliegenden Verantwortung für eine angemessene Versorgung der Versicherten auch zu den sprechstundenfreien Zeiten kann der einzelne Arzt durch die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung nur in seinen Rechten verletzt sein, wenn diese nicht mehr von sachbezogenen Erwägungen getragen wird und einzelne Arztgruppen oder Ärzte willkürlich benachteiligt werden (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 06.09.2006, Az. [B 6 KA 43/05 R](#)).

Bei der Planung der Bereitschaftsdienstgruppen und Bereitschaftsdienstbereiche steht der Kassenärztlichen Vereinigung ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Ermessensspielraum zu. Das Gericht hat nicht zu prüfen, ob die Beklagte die zweckmäßigste, vernünftigste oder gerechteste Lösung gewählt hat. Die gerichtliche Überprüfung beschränkt sich vielmehr darauf, ob sich die Verwaltung bei ihrer Ermessensentscheidung am Normzweck orientiert und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens beachtet hat ([§ 39 Abs. 2 SGB I](#), [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#)). Die Antragsgegnerin ist dabei an die allgemeinen rechtsstaatlichen Grundsätze, wie das Willkürverbot und den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz ([Artikel 3](#) und [Artikel 20 Abs. 3 GG](#)) gebunden. Diese sind erst dann verletzt, wenn das Verwaltungshandeln unter keinem denkbaren rechtlichen Aspekt mehr vertretbar ist und sich daher der Schluss aufdrängt, dass es auf sachfremden und damit willkürlichen Erwägungen beruht.

Das ist hier nicht der Fall. Die angefochtene Entscheidung wird den genannten Anforderungen gerecht. Die Antragsgegnerin hat sich bei der Zusammenlegung der früheren Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen Sch. und E. von sachgerechten Überlegungen leiten lassen. Die wesentlichen Erwägungen, welche die Antragsgegnerin der Neugestaltung der Bereitschaftsdienstbereiche zu Grunde gelegt hat, sind in der Begründung der Bescheide vom 21.09.2007 und der Widerspruchsbescheide vom 29.11.2007 mit hinreichender Deutlichkeit niedergelegt. Die aus Sicht der Antragsgegnerin für ihre Einschätzung maßgeblichen Tatsachen lassen sich der Präsentation der Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz für das Beratungsgespräch vom 07.03.2007 über die Neugestaltung des Bereitschaftsdienstes ab 01.01.2008 im Landkreis A.-S. in den beigezogenen Unterlagen der Antragsgegnerin zur Neustrukturierung der Bereitschaftsdienstbereiche (Blatt 60 bis 78 der Strukturplanungsunterlagen) entnehmen.

Nach den Erhebungen der Antragsgegnerin waren in den beiden früheren Bereitschaftsdienstbereichen jeweils 8 Ärzte grundsätzlich zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst verpflichtet. Von diesen jeweils 8 Ärzten waren je 3 Ärzte 60 Jahre oder älter. In beiden Bereichen waren insgesamt bereits drei 3 Ärzte vom Bereitschaftsdienst befreit, so dass nur 6 bzw. 7 Ärzte jeweils am Bereitschaftsdienst teilnahmen (Bl. 46 und 64 der Strukturplanungsunterlagen). Dies resultiert bei Einteilung je eines Arztes zum Dienst rechnerisch in einer Heranziehung zu ca. zwei Wochenenddiensten bzw. - je nach Einteilungsschema - zwei Nachtdiensten für jeden Wochentag oder je eine Arbeitswoche im Quartal,

wobei sich bei Verhinderung anderer Ärzte auch höhere Einteilungsfrequenzen ergeben können.

Auf Grund der ungünstigen Altersstruktur der Ärzteschaft prognostizierte die Antragsgegnerin, dass es in den folgenden Jahren zu einer Reihe von Praxisschließungen ohne Nachfolger und ohne adäquate Neubesetzung der freierwerdenden Vertragsarztsitze kommen werde, wodurch sich die Anzahl der Dienste für die am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte noch weiter erhöhen würde. Da es sich bei der Zahl der Dienste um einen von einer Reihe Faktoren für die Entscheidung potentieller Bewerber für einen Vertragsarztsitz in der ländlichen Region handelt, strebt die Antragsgegnerin eine Verringerung der Einteilungsfrequenz an, um so die Attraktivität der Praxisstandorte zu erhöhen und einer positiven Rückkoppelung des Ausdünnungsprozesses entgegen zu wirken (vgl. Blatt 71 der Strukturplanungsunterlagen).

Diese Ausführungen sind ohne Weiteres nachvollziehbar. Bereits in einer Stellungnahme vom 07.03.2005 war der Antragsteller zu 11 dem Vorschlag, Bereitschaftsdienstpraxen an den Krankenhäusern in A., Schn. und Er. einzurichten, mit der Begründung entgegen getreten, die Heranziehung der Ärzte zu weiteren Diensten in einer Krankenhausambulanz sei angesichts des bevorstehenden Ruhestandes dreier Kollegen nicht vertretbar. Offen sei man dagegen für eine Zusammenlegung der Dienstbereiche E. und Sch. (Blatt 11 der Strukturplanungsunterlagen).

Auch die Beigeladene zu 1 hatte sich wiederholt für eine Vergrößerung der Strukturen ausgesprochen, weil die Häufigkeit der Inanspruchnahme eine besondere Belastung für sie darstelle.

Indem die Antragsgegnerin diese Überlegungen aufgriff, befand sie sich im Einklang mit der Auffassung des Sozialgerichts Dresden, das es in einem richterlichen Hinweis vom 15.10.2003 im Verfahren Az. S 18 KA 408/03 ER (vgl. Bl. 48 jener Akte) als wünschenswert erachtet hatte, wenn mindestens 12 Ärzte den Bereitschaftsdienst in einer Gruppe absichern, so dass von jedem Arzt je Quartal ein kompletter Wochenenddienst zu erbringen wäre. In einer Entscheidung vom 10.02.2005, Az. [S 11 KA 260/04](#), hat das Gericht die Reduzierung der Dienstfrequenz als einen sachlichen Grund bezeichnet, der die Auflösung eines fachärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Zuordnung der Ärzte zum allgemeinen Bereitschaftsdienst rechtfertigt, und es als legitimes Ziel der Antragsgegnerin erachtet, jedem Vertragsarzt zur Vermeidung einer übermäßigen Belastung höchstens eine ganze Woche Bereitschaftsdienst je Quartal zuzumuten, wozu rechnerisch mindestens 13 Ärzte je Dienstgruppe nötig seien.

Die Kammer sieht keinen Grund, hiervon abzuweichen, zumal sich angesichts der prognostizierten Entwicklung selbst in dem vergrößerten Dienstbereich die Einteilungsfrequenz von einem Wochenenddienst perspektivisch nur schwer aufrecht erhalten lassen wird, so dass die Neuregelung insoweit bereits mit Zugeständnissen an die Befürworter eines kleineren Zuschnitts der Dienstbereiche verbunden ist.

Wie die Antragsgegnerin den unvermeidbaren Zielkonflikt zwischen der Belastung der am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte durch eine höhere Einteilungsfrequenz auf der einen Seite und eine verstärkte Inanspruchnahme in jedem Bereitschaftsdienst - einschließlich der damit verbundenen Wegstrecken für notwendige Hausbesuche - unter Wahrung eines ausreichenden territorialen Leistungsangebots für die Patienten löst, ist allein in ihr Ermessen gestellt. Sie kann sich dabei an bestimmten, nicht näher zu begründenden oder begründbaren Richtwerten für die Angemessenheit der gleichmäßigen Heranziehung zum Bereitschaftsdienst orientieren. Insbesondere wenn sie - wie hier - aus strukturpolitischen Erwägungen einem bestimmten Kriterium wie der Einteilungsfrequenz einen besonderen Stellenwert für die Gewinnung neuer Ärzte beimisst, kann dem auch nicht entgegen gehalten werden, die Mehrheit der von der Zusammenlegung betroffenen Ärzte würde eher eine höhere Einteilungsfrequenz bei geringerer Inanspruchnahme je Dienst bevorzugen. Hinzu kommt, dass größere Bereitschaftsdienstgruppen es erlauben, auf nicht vorhergesehene Bedarfslagen gegebenenfalls im Rahmen der Dienstplaneinteilung nach § 4 BDO durch Verstärkung der Dienste flexibel zu reagieren.

Eine Grenze findet diese Gestaltungsfreiheit erst dort, wo die Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes im gebotenen Umfang daran scheitert, dass wegen der Größe und Beschaffenheit des Territoriums und der Anzahl der je Dienst zu betreuenden Einwohner den teilnehmenden Ärzten die Versorgung der Patienten oder den Patienten die Inanspruchnahme der Bereitschaftsdienstärzte - selbst bei optimaler Ausnutzung der Möglichkeiten zur Dienstplangestaltung - praktisch unzumutbar gemacht wird.

Dass eine solche Situation hier vorliegt, wie die Antragsteller sinngemäß geltend machen, ist indessen nicht glaubhaft gemacht. Das der Antragsgegnerin zur Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrags obliegende planerische Gestaltungsermessen beruht notwendig auf einer Prognosebeurteilung, die nach den für die Ausgestaltung der Bereitschaftsdienststruktur geltenden Maßstäben nur einer eingeschränkten gerichtlichen Überprüfung zugänglich ist. Unter Anlegung dieser Maßstäbe hat die Einschätzung der Antragsgegnerin, der Bereitschaftsdienst sei auch in dem vergrößerten Territorium sichergestellt, Bestand.

Die Größe des Territoriums an sich und die darin zurückzulegenden Entfernungen für die Patienten und für die Ärzte im Hausbesuchsdienst sind nicht unzumutbar.

Die längste denkbare, in dem neuen Bereitschaftsdienstbereich zurückzulegende Entfernung - die zwischen dem Praxissitz des Antragstellers zu 8 in H., Gemeinde St., und C., Gemeinde E. - ist mit ca. 21 km nur unwesentlich länger als die bereits innerhalb des früheren Bereitschaftsdienstbereichs E. zu absolvierende Anfahrt vom Praxissitz des Beigeladenen zu 2 in S. mit ca. 19 km. Hierfür sind bei freien Straßenverhältnissen 30 Minuten ausreichend. Die Beigeladene zu 1 hat im Erörterungstermin am 16.01.2008 erklärt, sie benötige von ihrem Praxissitz in Schnarrtanne, Gemeinde Sch., bis in die Ortsmitte von C. bei freien Straßen lediglich 22 Minuten. Auch im oberen Westerzgebirge werden im Winterhalbjahr wenigstens die Ortsdurchfahrt- und Staatsstraßen durch den Winterdienst geräumt, Ortsstraßen sind in der Regel durchaus passierbar. Erhebliche Behinderungen durch vereiste oder verschneite Straßen, welche die Wegezeiten zu Hausbesuchen extrem verlängern, sind auch hier die Ausnahme. Hinzu kommt, dass sich die Mehrheit der Einwohner im Gebiet der nur wenige Kilometer auseinander liegenden Gemeinden St., Sch. und der Stadt E. konzentriert. Eine ausgesprochene Rand- und Höhenlage weisen nur die am Erzgebirgskamm gelegenen, zu E. gehörenden Ortsteile C. und We. mit zusammen ca. 1.000 Einwohnern und das kleinere Wi. auf.

Die Zumutbarkeit der Entfernungen für das Aufsuchen des Bereitschaftsarztes bzw. der Patienten im Hausbesuchsdienst wird bestätigt durch die parallele Strukturentscheidung des Rettungszweckverbandes Ws., der im Gebiet des neuen Bereitschaftsdienstbereichs E. lediglich eine Rettungswache - die des Deutschen Roten Kreuzes in E. - unterhält. Weitere Rettungswachen befinden sich in K., F., R., Ki.,

Bad S., Schw. und Er. Aus dem Beratungsprotokoll des Rettungszweckverbandes Ws. vom 06.11.2007 (Bl. 130 bis 135 der Strukturplanungsunterlagen) geht zwar hervor, dass die Einhaltung der Hilfefrist von 12 Minuten in 95 % der Fälle nach § 3 SächsLRettdPVO Gegenstand der kritischen Diskussion über die Erhaltung des Notarztstandortes war. Letztlich hat der Rettungszweckverband jedoch keinen Bedarf für die Einrichtung einer weiteren Rettungswache gesehen, sondern lediglich beschlossen, den Fahrzeugbestand umzugruppieren, um sog. Duplizitätsfälle zu vermeiden. Dies spricht dafür, dass die Erreichbarkeit der Arztpraxis bzw. der Patienten im Hausbesuch im Rahmen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes erst recht in zumutbarer Zeit gewährleistet ist.

Eine unzumutbare Beanspruchung durch die Summierung von Behandlungs- und Fahrtzeiten im Bereitschaftsdienst kann sich damit allenfalls aus der Zahl der innerhalb eines Bereitschaftsdienstes in der Praxis des Arztes und im Hausbesuch zu versorgenden Patienten ergeben. Auch die von den Antragstellern dazu mitgeteilten Angaben rechtfertigen indessen nicht die Annahme, die Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes sei schon auf Grund der im Klageverfahren angefochtenen Strukturentscheidung der Antragsgegnerin praktisch unmöglich bzw. unzumutbar.

Der Umfang der Inanspruchnahme eines Arztes im Bereitschaftsdienst hängt wiederum direkt von der Zahl der gemäß § 4 BDO gleichzeitig je Dienst eingeteilten Bereitschaftsärzte ab. Diese ist in erster Linie Gegenstand der Diensterteilung nach § 4 BDO und nicht Regelungsgegenstand der allein die Festlegung der Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen (§ 3 BDO) regelnden Bescheide, welche die Antragsteller im Hauptsacheverfahren angefochten haben. Die Bereitschaftsdienstordnung der Antragsgegnerin schreibt nicht vor, dass im Bereitschaftsdienstbereich nur ein Arzt je Dienst eingeteilt werden dürfe. Allerdings wird, wie sich aus den Ausführungen der Antragsgegnerin ergibt, der Neuzuschnitt des Bereitschaftsdienstbereichs von der Erwägung getragen, perspektivisch die Zahl der Bereitschaftsdienste je Arzt zu reduzieren bzw. bei rückläufigen Arztzahlen zu stabilisieren, wofür eine Vergrößerung der Bereitschaftsdienstgruppen die notwendige Voraussetzung ist. Insoweit nimmt die Festlegung der Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen die Dienstplanteilung mit einem Arzt je Bereitschaftsdienst bereits teilweise vorweg. Das Gericht hat deshalb das darin zum Ausdruck kommende Planungskonzept wenigstens im Hinblick auf etwaige Auflagen für die Diensterteilung in direkter oder entsprechender Anwendung des [§ 86b Abs. 1 Satz 3 SGG](#) in seine Überlegungen einzubeziehen.

Während die Antragsteller darauf verweisen, dass bereits die Anzahl der Patienten, die in dem bis 1991 in einem vergleichbaren Zuständigkeitsbezirk eingerichteten Dringenden Hausbesuchsdienst zu den sprechstundenfreien Zeiten von ca. 14 im Wechsel eingesetzten Ärzten zu versorgen waren, trotz günstigerer Rahmenbedingungen kaum zu bewältigen war, so hat die Beigeladene zu 1 eingewandt, dass sich die Zeiten, die durch Hausbesuchsfahrten gebunden werden, durch die Nutzung von Mobiltelefonen und Navigationssystemen in den letzten Jahren wesentlich verringert habe.

Den Mitteilungen der Antragsteller, des Beigeladenen zu 2 und der beigezogenen Verwaltungsakte betr. die Beigeladene zu 2 waren folgende Angaben zur Häufigkeit der Arzt-Patienten-Kontakte und Hausbesuche im Bereitschaftsdienst bzw. im nicht der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumen unterliegenden Leistungsspektrum zu entnehmen:

Arzt Praxissitz Quartal W/F- Konsultationen Hausbesuche Quote

(6)/(5) GOP

01210 GOP

01215-17 GOP

01411 Quote

(10)/(8) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) Dr. med. B. E. I/2007 k.A. 61 39 64 % 74 14 k.A. k.A. Dipl.-Med. I. E. I/2007 3 61 41 67 % 41 3 13 32 % Dr. med. M. E. I/2007 2 k.A. k.A. k.A. 66 15 67 102 % Dipl.-Med. P. E. I/2007 2 84 33 39 % 82 8 29 35 % M. W. E. I/2007 2 42 k.A. k.A. k.A. k.A. k.A. Dr. med. H. S. I/2007 2 60 44 73 % k.A. k.A. k.A. k.A. Dipl.-Med. K. Sch. k.A. k.A. k.A. k.A. k.A. k.A. k.A. k.A. Dr. med. R. Sch. I/2007 2 61 14 23 % 60 7 14 23 % Dr. med. W. Sch. I/2007 3 k.A. k.A. k.A. 137 34 61 45 % Dipl.-Med. W. Sch. I/2007 2 k.A. k.A. k.A. 20 14 10 50 % Dr. med. G. St. I/2007 2 81 k.A. k.A. 63 12 68 108 % Dipl.-Med. G. St. I/2007 2 79 32 41 % k.A. k.A. k.A. k.A. Dipl.-Med. H. St. I/2007 2 57 21 37 % 53 3 20 38 % -) Wochenend- und Feiertagsdienste, Dienste nur an einzelnen Tagen des Wochenendes und Feiertagen anteilig addiert

Soweit sich die Antragsteller - namentlich die Antragsteller zu 1, zu 9 und zu 11 - schriftlich und im Erörterungstermin zur Verteilung der Inanspruchnahme auf die verschiedenen Bereitschaftsdienstzeiten geäußert haben, haben sie angegeben, ein Schwerpunkt ergebe sich an den Wochenenden, wenn sie im Anschluss an die Vorsprache der Patienten in der Praxis noch Hausbesuche zu absolvieren hätten; an den übrigen Tagen fielen daneben nur wenig Einsätze an. Die Angaben zur derzeitigen Belastung lassen nicht den Schluss zu - das behaupten auch die Antragsteller nicht - schon das Patientenaufkommen in den früheren Dienstbereichen sei nicht zu bewältigen.

Die Antragsgegnerin hat keine Zweifel an der Erfüllbarkeit des Versorgungsauftrags auch nach Vergrößerung des jeweiligen Einzugsbereichs. Solche drängen sich auch dem Gericht nicht auf. Ausschlag gebend hierfür ist die Prognose der Antragsgegnerin, dass es bei einer Vergrößerung des Bereitschaftsdienstbereichs nicht zu einem äquivalenten Anstieg der Fallzahlen kommen werde (Blatt 61 der Strukturplanungsunterlagen). Dies ist nicht willkürlich, weil erwartet werden kann, dass es zu einem Rückgang der - auch von der Beigeladenen zu 1 im Erörterungstermin beispielhaft angeführten - Mitnahmeeffekte kommt, in denen Patienten in Fällen den Bereitschaftsarzt aufsuchen oder zu einem zeitraubenden Hausbesuch bestellen, die keinen Notfall im Sinne des [§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) darstellen.

In diesem Zusammenhang ist klarzustellen, dass vom Vertragsarzt im Bereitschaftsdienst keine optimale oder umfassende ärztliche Versorgung erwartet und verlangt wird. Er soll sich vielmehr auf qualifizierte Maßnahmen zur Überbrückung der sprechstundenfreien Zeit beschränken und die reguläre Weiterversorgung den behandelnden Ärzten überlassen und gegebenenfalls die Einweisung zur stationären Versorgung zu veranlassen.

Insbesondere fungiert der Bereitschaftsdienst nicht als Auffangdienst zur Erledigung nicht dringlicher Hausbesuche, für die in den Sprechstundenfreien Zeiten an den Sprechtagen zu wenig Zeit verbleibt. Auch der Bereitschaftsdienst ist typischerweise als Sitzdienst organisiert. In den Sprechstundenfreien Zeiten kann die ambulante Versorgung dadurch gesichert werden, dass ein hinreichend qualifizierter Arzt in seiner Praxis bereitsteht, um Patienten zu behandeln. Insoweit gilt nichts Anderes als während der regelmäßigen Sprechstundenzeit. An Werktagen wie an Sonn- und Feiertagen sucht der Kranke regelmäßig den Arzt in dessen Praxis auf. Nur wenn der Kranke dazu gesundheitlich nicht im Stande ist, muss der Arzt einen Hausbesuch durchführen. Die Vorstellung, Hausbesuche bildeten den Schwerpunkt des Bereitschaftsdienstes, findet weder im geltenden Recht eine Stütze noch entspricht sie den gesetzlichen Anforderungen. Die Behandlung in der Praxis des Bereitschaftsarztes hat Vorrang (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 28.09.2005, Az. [B 6 KA 73/04 R](#)).

Wenn die Vertreterin der Antragsgegnerin im Erörterungstermin am 16.01.2007 in diesem Zusammenhang auf die erheblich über dem Durchschnitt des Geschäftsstellenbezirks Chemnitz liegende Frequenz der Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes im streitgegenständlichen Territorium verwiesen hat, so ist den Antragstellern einzuräumen, dass diese Differenz auch im Vergleich mit anderen Bereitschaftsdienstbereichen des Landkreises A.-S. zu Tage tritt (vgl. Blatt 63 der Strukturplanungsunterlagen), jedoch wenigstens teilweise damit erklärt werden kann, dass im streitgegenständlichen Territorium kein Krankenhaus mit Notfallambulanz gelegen ist.

Andererseits weisen die vorliegenden Angaben zur Häufigkeit der Inanspruchnahme erhebliche Unterschiede hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Arzt-Patienten-Kontakten im Bereitschaftsdienst insgesamt auf der einen und der Anzahl der Hausbesuche auf der anderen Seite auf, die sich weder durch den Praxissitz des betreffenden Arztes noch durch Besonderheiten der - in Notfällen bei nur einem Bereitschaftsarzt prinzipiell vergleichbaren - Patientengruppe erklären lassen. Die Schilderung der zu erwartenden Belastung durch die Antragsteller wird damit nicht plausibel.

Wenn die Antragsteller zu 1 und zu 9 im Erörterungstermin erklärt haben, dass ihre Praxis am Sonnabend vormittags geöffnet sei und von Patienten frequentiert werde, Sonntags dagegen schwerpunktmäßig Hausbesuche durchgeführt werden, so kann es sich entweder bei den Vorsprachen in der Praxis oder bei den Hausbesuchen nicht durchweg um Notfälle handeln, weil auch insoweit eine gleichmäßige Verteilung zu erwarten wäre. Sofern dabei nicht - was hier offen bleiben kann - auf sog. Nebenzeiten verlegte reguläre Arzt-Patienten-Kontakte zu Unrecht als Notfälle abgerechnet werden, so offenbaren sich doch zeitliche Ressourcen, die im Falle der Kollision mit der Pflicht zur Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes vorrangig zu Gunsten Letzterer einzusetzen wären, um so gegebenenfalls ein höheres Aufkommen an Notfallpatienten aufzufangen.

Soweit die Antragsteller zu 1 und zu 9 einwenden, erst im Ergebnis der Konsultation könne festgestellt werden, ob tatsächlich ein Notfall vorliegt, sie dürften schon aus haftungsrechtlichen Gründen einen mit Begründung angemeldeten Hausbesuch nicht ablehnen, ist klarzustellen, dass eine Steuerung des Patientenverhaltens nur nachhaltig erreicht werden kann, wenn alle Ärzte im Bereitschaftsdienst gegenüber allen Patienten - auch gegenüber dem eigenen Patientenstamm - den Leistungsumfang konsequent auf das beschränken, was zur Überbrückung der Zeit bis zur nächsten Sprechstunde beim behandelnden Arzt notwendig ist.

5. Erweist sich die Prognose der Antragsgegnerin vor diesem Hintergrund als vertretbar, so bleibt es beim Inkrafttreten der Neustrukturierung der Bereitschaftsdienstbereiche mit sofortiger Wirkung. Die Antragsgegnerin trifft insoweit die Pflicht, die weitere Entwicklung nach Umsetzung der Strukturentscheidung zu beobachten und erforderlichenfalls kurzfristig Maßnahmen zur Sicherstellung der Bereitschaftsdienste zu ergreifen, falls sich ihre Prognose im Ergebnis nicht bestätigt. Das nahe liegende Regelungsinstrument wäre in einem solchen Fall eine Aufstockung der Zahl der diensthabenden Ärzte zu den Schwerpunktzeiten. Das Gericht sieht vor dem Hintergrund dieser Möglichkeit keinen Anlass, die Ablehnung des Antrags mit bestimmten Maßgaben, wie zum Beispiel einer Auflage zur Einteilung der Dienste in entsprechender Anwendung des [§ 86b Abs. 1 Satz 3 SGG](#) zu versehen.

6. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Die Auferlegung außergerichtlicher Kosten der Beigeladenen auf Beteiligte oder die Staatskasse war nicht veranlasst ([§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 162 Abs. 3 VwGO](#)).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 53 Abs. 3 Nr. 4](#), [§ 52 Abs. 1 und Abs. 2 GKG](#) in Verbindung mit [§ 1 Nr. 4 GKG](#) und [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#). Dabei ist das Gericht für jeden der ursprünglich getrennt voneinander eingereichten Anträge zunächst von dem in der Hauptsache anzusetzenden Regelstreitwert von 5.000,00 EUR nach [§ 52 Abs. 3 GKG](#) ausgegangen. Im Antragsverfahren ist hiervon wegen der Vorläufigkeit der angestrebten Entscheidung - entsprechend der Praxis in Verfahren nach [§ 86b Abs. 2 SGG](#) (vgl. Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit, NZS 2007, S. 472 ff., Abschn. B.7.1) - nur ein Bruchteil von 1/4 bis 1/2 des Hauptsachestreitwerts heranzuziehen, weil mit dem vorliegenden Antrag auf Anordnung bzw. Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage wie bei einer Sicherungsanordnung ein bestehendes Rechtsverhältnis gegen Veränderungen auf Grund der im Hauptsacheverfahren angefochtenen Bescheide gesichert werden soll. Da die Entscheidung des Gerichts im Antragsverfahren für die Dauer des Hauptsacheverfahrens die Hauptsache vorweg nimmt, ist vorliegend die Halbierung des Hauptsachestreitwerts angemessen. Ab dem Zeitpunkt der Verbindung der Antragsverfahren durch den Beschluss vom 02.01.2008 sind für den Streitwert des Verbundverfahrens die Streitwerte der miteinander verbundenen Verfahren gemäß [§ 39 Abs. 1 GKG](#) zusammenzurechnen. Denn die durch die Verfahrensverbinding bewirkte subjektive Antragshäufung betrifft insofern verschiedene Streitgegenstände, als in jedem Antragsverfahren nicht nur über den einheitlichen Zuschnitt der Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen gestritten wird, sondern darüber hinaus jeweils auch über die persönliche Teilhabe des jeweiligen Antragstellers am Bereitschaftsdienst in den neu geregelten Bereitschaftsdienststrukturen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2008-01-25