

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

09.06.2008

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Gerichtsbescheid

Bemerkung

1. 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 der von Kasse

I. Die Klage wird abgewiesen.

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

III. Der Streitwert wird wie folgt festgesetzt: für die Verfahren [S 18 KA 1552/07](#), [S 18 KA 1553/07](#), [S 18 KA 1554/07](#), [S 18 KA 1556/07](#), [S 18 KA 1557/07](#), [S 18 KA 1558/07](#), [S 18 KA 1559/07](#), [S 18 KA 1560/07](#), [S 18 KA 1561/07](#), [S 18 KA 1567/07](#), [S 18 KA 1568/07](#) jeweils ab Klageeingang bis zur Verbindung der Verfahren durch Beschluss vom 07.01.2008 je 5.000,00 EUR, für das Verbundverfahren [S 18 KA 1561/07](#) 55.000,00 EUR.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Verpflichtung zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst in einem durch die Zusammenlegung zweier Bereitschaftsdienstbereiche neu gebildeten Bereitschaftsdienstbereich. Die Kläger zu 1, 2, 4, 5, 8 und 10 sowie die Beigeladene zu 1 nahmen als Vertragsärzte mit Praxissitz in S. bzw. St. bis zum 31.12.2007 am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst in dem bisher die Gemeinden S. und St. umfassenden Bereitschaftsdienstbereich S. teil. Die Kläger zu 3, 6, 7, 9 und 11 haben ihren Vertragsarztsitz in E. und der Beigeladene zu 2 in So ... Diese Ärzte nahmen bis zum 31.12.2007 am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst in dem bisher die Stadt E. sowie die Gemeinde So. umfassenden Bereitschaftsdienstbereich E. teil. Auf Grundlage eines Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 25.11.2005, der eine Neustrukturierung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes unter Zusammenlegung von Bereitschaftsdienstbereichen sowie eine flankierenden Neuregelung der Bereitschaftsdienstvergütung vorsah, erarbeitete die Bezirksgeschäftsstelle C. der Beklagten 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 S. ... Im Rahmen einer Praxisanhörung lehnten 12 der bislang in diesen beiden Bereitschaftsdienstbereichen am Bereitschaftsdienst teilnehmenden 13 Ärzte die Kläger und der Beigeladene zu 2 eine Änderung der bis-herigen Bereitschaftsdienststruktur ab; derzeit bestehe kein Änderungsbedarf. Mit gleichlautenden Bescheiden vom 21.09.2007 ordnete die Beklagte gegenüber den Klägern 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 So., S. und St. umfasse. Zugleich verpflichtete die Beklagte die Kläger 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 Beklagten eingegangenen Widerspruch vom 01.10.2007 und ergänzenden Schreiben vom 25.10.2007 und vom 06.11.2007 machte der Kläger 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 Klägerin zu 2, am 26.10.2007 mit Schreiben vom 25.10.2007 die Klägerin zu 3, am 25.10.2007 mit Schreiben vom 25.10.2007 der Kläger zu 4, am 15.10.2007 mit Schreiben vom 12.10.2007 der Kläger zu 5, am 25.10.2007 mit Schreiben vom 25.10.2007 die Klägerin zu 6, am 25.10.2007 mit Schreiben vom 24.10.2007 der Kläger zu 7, am 22.10.2007 mit Schreiben vom 18.10.2007 der Kläger zu 8, am 19.10.2007 mit Schreiben vom 17.10.2007 der Kläger zu 9, am

19.10.2007 mit Schreiben vom 19.10.2007 der Kläger zu 10 sowie am 25.10.2007 mit Schreiben vom 22.10.2007 der Kläger zu 11 Widerspruch ein. Die Beklagte wies die Widersprüche der Kläger jeweils mit Widerspruchsbescheid vom 29.11.2007 zurück. Gegen die Bescheide vom 21.09.2007 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 29.11.2007 richten sich die jeweils am 18.12.2007 beim Sozialgericht Dresden eingegangenen Klagen vom 17.12.2007 (Az. [S 18 KA 1552/07](#), [S 18 KA 1553/07](#), [S 18 KA 1554/07](#), [S 18 KA 1556/07](#), [S 18 KA 1557/07](#), [S 18 KA 1558/07](#), [S 18 KA 1559/07](#), [S 18 KA 1560/07](#), [S 18 KA 1561/07](#), [S 18 KA 1567/07](#) und [S 18 KA 1568/07](#)). Die Beklagte 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 im 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 Beklagte habe im Widerspruchsbescheid selbst festgestellt, es bestünden keine dringlichen Sicherstellungsprobleme. Eine Änderung der bestehenden Strukturen sei deshalb derzeit nicht veranlasst. Die Patientenversorgung sei nicht akut gefährdet. Das Gericht hat die Klageverfahren mit Beschluss vom 07.01.2008 verbunden und die beiden weiteren von der Neuordnung betroffenen Ärzte, die keinen wirksamen Rechtsbehelf gegen den an sie gerichteten Bescheid der Beklagten eingelegt hatten, beigelegt. Wegen der Einzelheiten wird auf den Inhalt der Klageakten, auf die beigelegten Verwaltungsakten betr. die Kläger und die Beigeladenen, auf die Strukturplanungsunterlagen der Beklagten sowie die Akte des Antragsverfahrens Az. [S 18 KA 1539/07 ER](#) mit der Niederschrift über den Erörterungstermin vom 16.01.2008 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht kann über den Rechtsstreit gemäß [§ 105 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist, der Sachverhalt geklärt ist und die Beteiligten auf Anfrage keine Gründe vorgetragen haben, die einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid entgegen stehen würden. Die Klage ist zulässig, aber unbegründet. Zutreffend haben die Kläger als statthafte Klageart die Anfechtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) gewählt, um die Entscheidung der Beklagten über die Neustrukturierung aufzuheben und die hierdurch geänderten bisherigen Bereitschaftsdienststrukturen aufrecht zu erhalten. In sachgerechter Auslegung des Klagebegehrens ([§ 123 SGG](#)) sind die Klageanträge so aufzufassen, dass sie sich nicht nur gegen den an den jeweiligen Kläger gerichteten einzelnen Ausgangs- und Widerspruchsbescheid richten, sondern dass damit jeweils auch die gegenüber den übrigen Klägern sowie den beiden Beigeladenen ergangenen Bescheide vom 21.09.2007 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 29.11.2007 angefochten sind. Zu beachten ist dabei, dass die Beklagte die Festlegung der Bereitschaftsdienstbe-reiche und -gruppen gemäß [§ 3 Abs. 3](#) der Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (BDO) hier nicht in Form einer abstrakt-ge-nerellen Regelung, sondern durch den parallelen Erlass gleichlautender Verwaltungsakte gegenüber allen Mitgliedern der in Folge der Zusammenlegung der Bereitschaftsdienstbereiche vereinigten Bereitschaftsdienstgruppe verfügt hat. 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 Beklagten über die Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen können den zur Sicherstellung der Bereitschaftsdienste in einem betroffenen Dienstbe-zirk 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](#). Die Entscheidungen der Beklagten und des Gerichts ergehen deshalb mit Wirkung für und gegen alle von der gleichen Regelung betroffenen übrigen Ärzte. Umgekehrt erfasst die Rechtshängigkeit jeder der eingelegten Klagen zugleich alle zur Umsetzung der einheitlichen Regelung erlassenen Bescheide unabhängig davon, ob die anderen Betroffenen die jeweils an sie gerichteten Bescheide wirksam angefochten haben oder wie die Beigeladenen nicht. Die Kläger sind im Sinne des [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) klagebefugt, weil sie durch die angefochtenen Bescheide beschwert sind. Der Neuzuschnitt der Bereitschaftsdienstbereiche stellt eine planerische Entscheidung dar. Sie unterscheidet sich von zweipoligen Verfahrenskonstellationen dadurch, dass die Beklagte einen Ausgleich nicht nur zwischen dem jeweiligen Interesse eines einzelnen Verfah-rensbeteiligten und dem speziell von ihr wahrzunehmenden öffentlichen Sicherstellungsauftrag, sondern auch zwischen den unterschiedlichen Interessen der betroffenen Ärzte zu treffen hat. Die Struk-turenentscheidung enthält jedem Arzt gegenüber Elemente, 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 Klägern zugleich die erforderliche Klagebefugnis 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 Dienstenteilung ([§ 4 BDO](#)) perspektivisch zu verringern bzw. gegenüber Arztzahlveränderungen zu stabilisieren. Vielmehr haben die betroffenen Ärzte auch einen Anspruch darauf, die ihnen nach [§ 5 Abs. 4 BDO](#) obliegende Pflicht, die ihnen vermittelten Bereitschaftsdienteinsätze 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 wehrfähige Rechtsposition. 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 Beklagten zu tragender Belang, sondern mittelbar auch in die entscheidungsrelevanten Individualrechtspositionen der Kläger und der drittbetroffenen Beigeladenen ein. In der Sache hat die Klage keinen Erfolg. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen die Kläger nicht in ihren Rechten. Für die von der Beklagten 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 Beklagte 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 Beklagten eine weite Gestaltungsfreiheit zu. Der Vertragsarzt kann die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung 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 Beklagte 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. Vorliegend geht es nicht um den Auftrag der Beklagten, 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 Bereitschaftsdiensteinsatz, 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 Beklagte 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 Arztszahlen stabilisiert wird, um langfristig 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 Beklagten 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 erstreckende Veränderungen reagiert werden soll. Dem steht auf Seiten der betroffenen Ärzte mit jeweils unterschiedlicher individueller Wichtung das Interesse gegenüber, einerseits zu gleichberechtigten Bedingungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen zu dürfen und andererseits durch die Mitwirkung an der Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes 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 im Rahmen der Strukturentscheidung 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 angefochtene Entscheidung wird diesen rechtlichen Anforderungen gerecht. Die Beklagte hat sich bei der Zusammenlegung der früheren Bereitschaftsdienstbereiche und -gruppen S. und E. von sachgerechten Überlegungen leiten lassen. Die wesentlichen Erwägungen, welche die Beklagte 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 Beklagten für ihre Einschätzung maßgeblichen Tatsachen lassen sich der Präsentation der Bezirksgeschäftsstelle C. 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 Beklagten zur Neustrukturierung der Bereitschaftsdienstbereiche (Blatt 60 bis 78 der Strukturplanungsunterlagen) entnehmen. Nach den Erhebungen der Beklagten waren in den beiden früheren Bereitschaftsdienstbereichen jeweils acht Ärzte grundsätzlich zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst verpflichtet. Von diesen jeweils acht Ärzten waren je drei Ärzte 60 Jahre oder älter. In beiden Bereichen waren insgesamt bereits drei Ärzte vom Bereitschaftsdienst befreit, so dass nur sechs bzw. sieben 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 Beklagte, dass es in den folgenden Jahren zu einer Reihe von Praxiserschließungen ohne Nachfolger und ohne adäquate Neubesetzung der freiwerdenden 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 Beklagte 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 Kläger zu 11 dem Vorschlag, Bereitschaftsdienstpraxen an den Krankenhäusern in A., Sn. und Eb. 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 S. (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 Beklagte 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 Beklagten 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 Beklagte 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 auf der anderen Seite 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 Kläger sinngemäß geltend machen, ist indessen nicht zur Überzeugung des Gerichts dargetan. Das der Beklagten 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 Beklagten, der Bereitschaftsdienst sei auch in dem vergrößerten Territorium sicher-gestellt, 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 Klägers zu 8 in H., Gemeinde St., und Cf., 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 So. 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 Sr., Gemeinde S., bis in die Ortsmitte von Cf. 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., S. und der Stadt E. konzentriert. Eine ausgesprochene Rand- und Höhenlage weisen nur die am Erzgebirgskamm gelegenen, zu E. gehörenden Ortsteile Cf. und Wg. 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 Westsachsen, der im Gebiet des neuen Bereitschaftsdienstbereichs E. lediglich eine Rettungswache die des Deutschen Roten Kreuzes in E. unterhält. Weitere Rettungswachen befinden sich in Kl., F., R., Ki., Bad Sl., Sw. und Eb ... 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 Klägern dazu mitgeteilten Angaben rechtfertigen indessen nicht die Annahme, die Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes sei schon auf Grund der im Klageverfahren angefochtenen Strukturentscheidung der Beklagten 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 Kläger im Hauptsacheverfahren angefochten haben. Die Bereitschaftsdienstordnung der Beklagten schreibt nicht vor, dass im Bereitschaftsdienstbereich nur ein Arzt je Dienst eingeteilt werden dürfe. Allerdings wird, wie sich aus den Ausführungen der Beklagten 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 Diensterteilung mit einem Arzt je Bereitschaftsdienst bereits teilweise vorweg. Das Gericht hat deshalb das darin zum Ausdruck kommende Planungskonzept in seine Überlegungen einzubeziehen. Während die Kläger 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 Kläger und des Beigeladenen zu 2 im Antragsverfahren Az. [S 18 KA 1539/07 ER](#) sowie 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 Haus- besuche 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. E. I/2007 k.A. 61 39 64 % 74 14 k.A. k.A. Dipl.-Med. E. I/2007 3 61 41 67 % 41 3 13 32 % Dr. med. E. I/2007 2 k.A. k.A. k.A. k.A. 66 15 67 102 % Dipl.-Med. 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. Dr. med. So. I/2007 2 60 44 73 % k.A. k.A. k.A. k.A. Dipl.-Med. S. k.A. k.A. k.A. k.A. k.A. k.A. k.A. k.A. Dr. med. S. I/2007 2 61 14 23 % 60 7 14 23 % Dr. med. S. I/2007 3 k.A. k.A. k.A. 137 34 61 45 % Dipl.-Med. S. I/2007 2 k.A. k.A. k.A. 20 14 10 50 % Dr. med. St. I/2007 2 81 k.A. k.A. 63 12 68 108 % Dipl.-Med. St. I/2007 2 79 32 41 % k.A. k.A. k.A. k.A. Dipl.-Med. 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 Kläger namentlich die Kläger zu 1, zu 9 und zu 11 schriftlich und im Erörterungstermin vom 16.01.2008 im Antragsverfahren [S 18 KA 1539/07 ER](#) 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 Kläger nicht schon das Patientenaufkommen in den früheren Dienstbereichen sei nicht zu bewältigen. Die Beklagte 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 Beklagten, 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 statio-nären 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 Vor-rang (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 28.09.2005, Az. [B 6 KA 73/04 R](#)). Wenn die Vertreterin der Beklagten im Erörterungstermin am 16.01.2007 in diesem Zusammenhang auf die erheblich über dem Durchschnitt des Geschäftsstellenbezirks C. liegende Frequenz der Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes im streitgegenständlichen Territorium verwiesen hat, so ist den Klägern einzuräumen, dass diese Differenz auch im Vergleich mit anderen Bereitschaftsdienstbe-reichen 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 Kläger wird damit nicht plausibel. Wenn die Kläger 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 auf sog. Nebenzeiten verlegte reguläre Arzt-Patienten-Kontakte zu Unrecht als gemäß § 7 Abs. 5 Buchst. d des aktuellen Honorarverteilungs-maßstabes nicht der Leistungssteuerung durch Regelleistungsvolumina unterliegende Notfälle abgerechnet werden (vgl. zur Rückforderung von nach Nr. 5 EBM Ä abgerechnetem Honorar in einem solchen Fall: Bundessozialgericht, Beschluss vom 29.11.2007, Az. [B 6 KA 52/07 B](#)), so offenbaren sich doch wenigstens 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 Kläger zu 1 und zu 9 einwenden, erst im Ergebnis der Konsultation könne festgestellt wer-den, 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. Erweist sich die Prognose der Beklagten vor diesem Hintergrund als vertretbar, so bleibt es bei der Neustrukturierung der Bereitschaftsdienstbereiche. Die Beklagte trifft allerdings 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. 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 [§ 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 jede der ursprünglich getrennt voneinander eingereichten Klagen zunächst vom Regelstreitwert von 5.000,00 EUR nach [§ 52 Abs. 2 GKG](#) ausgegangen. Ab dem Zeitpunkt der Verbindung der Verfahren durch den Beschluss vom 07.01.2008 sind für den Streitwert des Verbundverfahrens die Streitwerte der miteinander verbundenen Verfahren gemäß [§ 39 Abs. 1 GKG](#) zusammenzurechnen. Denn die durch die Verfahrensverbindung bewirkte subjektive Klagehäufung betrifft insofern verschiedene Streitgegenstände, als in jedem Verfahren nicht nur über den einheitlichen Zuschnitt der Bereitschaftsdienstbereiche und gruppen gestritten wird, sondern darüber hinaus jeweils auch über die persönliche Teilhabe des jeweiligen Klägers am Bereitschaftsdienst in den neu geregelten Bereitschaftsdienststrukturen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2008-06-30