

S 38 KA 495/12

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
38
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 38 KA 495/12
Datum
12.03.2014
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 59/14
Datum
16.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Der Kläger hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Tatbestand:

Gegenstand der zum Sozialgericht München eingelegten Klage sind der Widerruf der Genehmigung an der Teilnahme an dem Diabetesplattformvertrag und an den Diabetesvereinbarungen (BKK/ AOK), der mit dem Erstbescheid vom 19.09.2011 i.d.F. des Widerspruchsbescheides vom 25.04.2012 ausgesprochen wurde.

Zur Begründung wurde ausgeführt, es liege eine wesentliche Änderung der rechtlichen Verhältnisse vor, die zur Aufhebung der dem Kläger – Facharzt für Allgemeinmedizin - am 03.03.2005 erteilten Teilnahmegenehmigungen nach [§ 48 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) berechtige. So sei der geändert worden und im Zuge dessen auch die Diabetesvereinbarungen (§§ 5, 6). Teilnahmevoraussetzung sei nunmehr, dass mindestens 250 GKV-Patienten pro Quartal behandelt werden. Für sog. "Altgenehmigungen" gebe es eine Übergangsbestimmung (§ 7 Abs. 6). Diese Genehmigungen blieben erhalten, wenn der Nachweis vom Genehmigungsinhaber geführt werde, dass im Jahreszeitraum der Quartale 3/10 bis 2/11 durchschnittlich mindestens 250 GKV-Patienten (grundlegende Teilnahmevoraussetzung auf der zweiten Versorgungsebene als diabetologisch besonders qualifizierter Arzt) behandelt wurden. Diese Anforderungen habe der Kläger mit durchschnittlich 136,25 GKV-Patienten (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2) nicht erfüllt. Die Änderungen der Mindestpatientenzahl, ursprünglich 100 pro Quartal, seien auch nicht willkürlich und beruhten auf der Begründung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Zum Einwand der fehlenden Regelung für Jungpraxen wies die Beklagte darauf hin, sie sei an die vertraglichen Bestimmungen gebunden und Regelungen aus dem Bereich des Regelleistungsvolumens seien hier nicht anwendbar. Was die unberücksichtigten Patientenzahlen (Privatpatienten und Patienten, die in die Hausarztverträge eingeschrieben sind) betreffe, die in den festgelegten Mindestpatientenzahlen nicht enthalten seien, sei dies im Hinblick auf die Gestaltungsfreiheit der Vertragspartner zulässig. Genausowenig sei es rechtlich zu beanstanden, dass der weitere Anforderungen, so auch an das nichtärztliche Personal stelle. Verstöße gegen [Art. 3 GG](#), [Art. 12 GG](#) und [Art. 14 GG](#) seien nicht ersichtlich.

Dagegen ließ der Kläger Klage zum Sozialgericht München einlegen. Die Aufhebung sei rechtswidrig und verletze den Kläger in seinen subjektiven Rechten. Zunächst stelle die geforderte Mindestpatientenzahl eine willkürliche und nicht nachvollziehbare Beschränkung und Begrenzung vertragsärztlicher Tätigkeit dar. Denn es sei ein Großteil von gesetzlich Versicherten Typ 2 Diabetikern (Erfassungsquote 75 % mit vermutlich steigender Tendenz) in das DMP-Programm ein-geschrieben. Diese Patienten seien bei der Wahl des Behandlers auf Praxen festgelegt, die ihrerseits am teilnehmen. Für den Kläger bedeute die Regelung über die Mindestpatientenzahl eine Marktzugangsbeschränkung für den Fachbereich Diabetologie. Beim handle es sich somit nicht um eine Ergänzung der Leistungs- und Vergütungsstrukturen, sondern um deren Ersatz.

Die Prozessbevollmächtigte wies darauf hin, dass es Mindestmengen im stationären Bereich auf der Grundlage von [§ 137 Abs. 3 SGB V](#) gebe. Mindestmengenregelungen seien nach der Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 12.09.2012, Az. [B 3 KR 10/12 R](#)) zulässig, wenn nach wissenschaftlichen Maßstäben ein Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Behandlungsqualität wahrscheinlich sei. Mindestmengenregelungen müssten aber nach der Rechtsprechung die absolute Ausnahme darstellen. Vorrangig zu prüfen sei, ob es andere qualitätssichernde Maßnahmen gebe, die weniger belastend, aber gleichwohl zur Qualitätssicherung geeignet seien. Nach diesen Maßstäben sei die Mindestpatientenzahl von 250 willkürlich. Ebenfalls nicht vom Gestaltungsspielraum gedeckt sei der geforderte Nachweis der kontinuierlichen Behandlung von mindestens 35 verschiedenen GKV-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 über vier Quartale und der Nachweis der Beschäftigung einer Diabetesberaterin im Umfang von 38 Stunden/Woche (§ 7 Abs. 6 d).

Die Festlegung von Mindestmengen verletze den Kläger in seinen Grundrechten aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) und Art. 12 Abs. 1 GG. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) sei insofern verletzt, als insbesondere kleinere Praxen benachteiligt würden. Dies betreffe insbesondere Frauen, die aufgrund ihrer familiären Verpflichtungen in der Regel familiär gebunden sowie beruflich eingeschränkt seien und die ihre Patientenzahlen deshalb nicht in gleichem Maße "hochfahren" könnten. Auch der Kläger sei wegen seines "familiären" Engagements nicht in der Lage, diese Mindestpatientenzahl zu erreichen. [Art. 12 Abs. 1 GG](#) sei deshalb verletzt, weil die Maßnahmen eine unverhältnismäßige und damit unzulässige Berufsausübungsregelung darstellten.

In ihrer Klageerwidderung machte die Beklagte insbesondere darauf aufmerksam, dem Beschluss des GBA seien umfangreiche Beratungen (wird weiter ausgeführt) vorausgegangen. Im Rahmen des Ermessens und unter Berücksichtigung der nach [§§ 137 f, 91 SGB V](#) und RSAV vorgegebenen Anforderungen hätten die Vertragsparteien einen rechtskonformen geschlossen, in dem man sich über Mindestpatientenzahlen und über weitere Kriterien geeinigt habe. Ein Verstoß gegen [Art. 12](#) i.V.m. [Art. 3 GG](#) sei deshalb nicht ersichtlich.

In der mündlichen Verhandlung am 12.03.2014 stellte die Prozessbevollmächtigte des Klägers den Antrag aus dem Schriftsatz vom 11.05.2012.

Die Vertreterin der Beklagten beantragte, die Klage abzuweisen.

Die Vertreter der Beigeladenen zu 1 und 2 stellten keinen Antrag.

Gegenstand des Verfahrens war die Beklagtenakte. Im Übrigen wird auf den sonstigen Akteninhalt, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie die Sitzungsniederschrift vom 12.03.2014 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zum Sozialgericht München eingelegte Klage ist zulässig, erweist sich jedoch als unbegründet.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten in der Fassung des Widerspruchsbescheides ist rechtmäßig. Denn die Voraussetzungen für eine Aufhebung der dem Kläger erteilten Genehmigung an der Teilnahme an dem Diabetesplattformvertrag und an den Diabetesvereinbarungen (BKK/ AOK) nach [§ 48 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) liegen vor. Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Eine solche ist anzunehmen, wenn sie den Verfügungssatz des Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung so tangiert, dass die Behörde unter den veränderten Verhältnissen nicht mehr so, wie geschehen, entscheiden würde, das heißt, wenn die Behörde unter den nunmehr objektiv vorliegenden Verhältnissen den Verwaltungsakt nicht hätte erlassen dürfen (BSG, Urteil vom 21.03.1996, Az. [11 RAR 101/94](#); LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 10.07.2013, Az. [L 3 AS 2083/11](#)). Wie sich aus dem Wortlaut von [§ 48 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) ergibt, handelt es sich um keine Ermessensvorschrift. Die Behörde ist somit bei wesentlichen Änderungen der rechtlichen beziehungsweise tatsächlichen Verhältnisse verpflichtet, Verwaltungsakte mit Dauerwirkung für die Zukunft aufzuheben (SG Dresden, Urteil vom 28.07.2004, Az. [S 15 KA 374/03](#)).

In dem streitgegenständlichen Fall haben sich die Rechtsgrundlagen, die den Genehmigungsbescheid zu Grunde lagen, so auch mehrere Voraussetzungen für die Teilnahme an dem und an den Diabetesvereinbarungen wesentlich geändert (Anlage 2 c – Diabetes mellitus Typ 2 zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach [§ 137f SGB V](#): - Nachweis während der Teilnahme: statt bisher 100 verschiedene GKV-Patienten nunmehr 250 Typ 1 und/oder Typ 2; - Nachweis einer kontinuierlichen Behandlung von mindestens 35 verschiedenen GKV-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 über vier Quartale; - Festlegung einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit für nicht-ärztliches Personal). Von der Änderung der Eingangsvoraussetzungen sind auch sogenannte "Altgenehmigungsinhaber" betroffen; so, wenn sie den Nachweis nicht erbringen können, dass sie im Jahreszeitraum 3/10 bis 2/11 durchschnittlich mindestens 250 GKV-Patienten pro Quartal behandelt haben (§ 7 Abs. 6). Der Kläger erfüllt die Voraussetzungen für eine weitere Teilnahme nicht. Die Beklagte hat die in den angefochtenen Bescheiden zutreffend umgesetzt.

Inzidenter Klärungsbedürftig ist allerdings, ob die genannten Rechtsgrundlagen ihrerseits als rechtmäßig zu erachten sind. Rechtsgrundlage für den und die Diabetesvereinbarungen (BKK/ AOK) ist [§ 73a SGB V](#). Danach können die Kassen-ärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auch für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sogenannte Strukturverträge schließen. Davon haben die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Landesverbände der Krankenkassen/Verbände der Ersatzkassen Gebrauch gemacht.

Nachdem es sich um eine sogenannte "Kann"-Bestimmung handelt, besteht ein Gestaltungsspielraum der Vertragspartner, der seinerseits eine Abschluss- und Inhaltsfreiheit enthält. Der Gestaltungsspielraum ist gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbar. Das Gericht kann seine eigenen Wertungen nicht anstelle der von den Vertragspartnern getroffenen Wertungen setzen. Die Abschlussfreiheit wird auch darin deutlich, dass nicht in allen Bundesländern wie in Bayern Diabetesvereinbarungen abgeschlossen wurden. Das Bestehen einer Abschlussfreiheit strahlt auch auf die Inhaltsfreiheit in dem Sinne aus, dass dann ein sehr weiter Gestaltungsspielraum eröffnet ist. Hierzu gehört auch, dass die Vertragspartner nicht darauf beschränkt sind, für die Teilnahme am und an den Diabetesvereinbarungen (BKK/ AOK) die allgemein voraussetzenden Anforderungen nach der Weiterbildungsordnung (WBO) - über solche verfügt der Kläger unbestritten - genügen zu lassen. Darüber hinaus können die Vertragspartner kraft ihrer Gestaltungsfreiheit zusätzliche Kriterien vorsehen, wie beispielsweise das Erfüllen einer Mindestpatientenzahl. Bei der "Quantifizierung" des Gestaltungsspielraums darf nicht übersehen werden, dass es sich um "On-Top"-Leistungen handelt, das heißt um Leistungen, die nicht zur Regelversorgung, sondern zur selektiv-vertraglichen Versorgung gehören und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von den Krankenkassen vergütet werden. Dieser Umstand spricht auch dafür, dass ein sehr weiter Gestaltungsspielraum zu Grunde zu legen ist. Falls es zutreffen sollte, dass 75 % der Diabetiker in DMP-Programmen eingeschrieben sein sollten, ändert dies nichts an den grundsätzlichen Regelungsstrukturen und der Einstufung des DMP-Vertrages und der Diabetesvereinbarungen als strukturvertragliche Regelungen.

Angesichts des weiten Gestaltungsspielraums ist die Festlegung einer Mindestpatientenzahl grundsätzlich, aber auch in Höhe von 250 rechtlich nicht zu beanstanden. Grundsätzlich wird allgemein ein Zusammenhang zwischen Mindestpatientenzahl und Qualität nach

Auffassung des Gerichts im Bereich der Behandlung von Diabetikern nicht zu bestreiten sein, selbst wenn es sich im wesentlichen um Leistungen der "Sprechenden Medizin" handelt. Denn ein höherer Patientendurchsatz bis zu einer bestimmten Patientenzahl, ab der sogar von einer Abnahme der Qualität auszugehen ist, mit der ganzen Palette eines Krankheitsbildes führt zu einer breiteren Diagnose- und Behandlungssicherheit und kann zumindest nicht qualitätsmindernd, sondern vielmehr qualitätssichernd/qualitätssteigernd sein. Außerdem sprechen für die Festlegung einer Mindestpatientenzahl auch andere Überlegungen. So ist Anlage 2e "Diabetes mellitus Typ 2 zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach [§ 137f SGB V](#)" zu entnehmen, dass alle relevanten Daten ausgewertet und dabei die Daten der "eigenen" Praxis dem Durchschnitt aller teilnehmenden Praxen gegenübergestellt werden, um das Erreichen der Qualitätssicherungsziele überprüfen und etwaige erforderliche Anpassungen einleiten zu können. Dies ist nur bei einer Vergleichbarkeit der an den Vereinbarungen teilnehmenden Praxen möglich, weshalb auch aus diesem Grund die Forderung einer Mindestpatientenzahl sachgerecht erscheint. Dass die Anzahl von Privatpatienten und Patienten, die in die Hausarztverträge eingeschrieben sind, nicht mitgerechnet werden, unterfällt ebenfalls dem Gestaltungsspielraum der Vertragspartner.

Es stellt sich nur die Frage, bei welcher Patientenzahl die Qualitätssicherung / Qualitätssteigerung festzumachen ist. Die Mindestpatientenzahl von 250 beruht auf dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom 18.01.2005 nach [§ 137 f SGB V](#). Danach empfiehlt der GBA geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. Der GBA hat in diesem Zusammenhang die Mindestmenge von 250 genannt, gleichzeitig aber ausdrücklich darauf hingewiesen, er wolle die Mindestmenge als Orientierungshilfe verstanden wissen. Außerdem hat der GBA ausgeführt, es gebe zwar keine wissenschaftlichen Untersuchungen, die Mindestmenge beruhe aber auf einen Expertenkonsens.

Allerdings wäre eine zu hohe Mindestpatientenzahl nach Auffassung des Sozialgerichts vom Gestaltungsspielraum nicht mehr gedeckt. Die Grenze des Gestaltungsspielraums ist auch hier das Willkürverbot. Angesichts des großen Gestaltungsspielraums ist die Messlatte für die Annahme einer Willkür hoch anzusetzen und erst dann als überschritten anzusehen, wenn die Willkür ein außerordentliches Maß erreicht hat. Davon ist hier nicht auszugehen. Denn eine Qualitätssteigerung durch die Mindestmengenregelung lässt sich zwar empirisch nicht belegen. Immerhin geht die Festlegung der Mindestpatientenzahl aber nach der Darstellung der Beklagten auf Empfehlungen des Unterausschusses DMP und eine Arbeitsgruppe mit Experten zurück. Berücksichtigt wurden dabei auch die Stellungnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringer, der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer. Somit ist angesichts der Verfahrensweise und Beteiligung kompetenter Stellen von einer wohl ausgewogenen Festlegung der Mindestpatientenzahl von 250 auszugehen. Gegen eine Willkür spricht ferner, dass nach den Angaben der Beklagten zwischen 90-95 % der Praxen, die bisher an der Diabetesvereinbarung teilgenommen haben, diese Voraussetzung erfüllen. Dies kann nur bedeuten, dass die geforderte Patientenzahl durchaus realistisch ist. Ein "Leerlaufen" des Strukturvertrages in dem Sinn, dass wegen zu hoher Anforderungen nur sehr wenige Praxen an der Diabetesvereinbarung teilnehmen können, was letztendlich zur Annahme einer Willkür berechtigen würde, ist somit nicht zu besorgen.

Ausnahmen von einer Mindestmenge von 250 Diabetespatienten im Quartal können zwar verfassungsrechtlich ([Art. 3 GG](#)) im Einzelfall geboten sein, ohne dass es einer speziellen Ausnahmeregelung durch die Vertragspartner bedarf. Ein solcher Ausnahmetatbestand liegt aber nicht vor. Dies gilt auch, soweit die Klägerseite der Auffassung ist, die Mindestpatientenzahl von 250 benachteilige in erster Linie sog. "Jungpraxen" und "Kleinpraxen", somit insbesondere Ärztinnen/Ärzte, die wegen familiärer Verpflichtungen die Voraussetzungen nicht erfüllen könnten. Die Klägerseite bezieht sich hier offensichtlich auf das Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) in Verbindung mit dem Gebot der Familienförderung in [Art. 6 Abs. 1 GG](#). Diese Thematik wurde insbesondere im Bereich der Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten bei der gesetzlichen Krankenversicherung von der Rechtsprechung behandelt (vgl. [BVerfGE 87, 1-48](#)). Danach wird die Pflicht des Gesetzgebers zu einem angemessenen Familienlastenausgleich hervorgehoben. Daraus lässt sich aber kein Anspruch ableiten, keine Mindestpatientenzahl oder eine niedrigere festzulegen. Denn in diesem Zusammenhang darf nicht übersehen werden, dass es sich bei dem Arztberuf um einen freien Beruf handelt und sich die Honorierung ärztlicher Leistungen grundsätzlich auch nach dem Umfang der ärztlichen Tätigkeit bemisst. Vielmehr sind die Vertragspartner "qua" ihres weiten Gestaltungsspielraums befugt, zu generalisieren und zu pauschalisieren. Zu viele Ausnahmen würden dazu führen, dass die Regelung faktisch nicht zur Anwendung käme. Auf die Berücksichtigung jeglicher individueller Situationen besteht kein Anspruch. Diese Rechtsauffassung ist auch nicht deshalb zu revidieren, weil ab dem Quartal 3/2013 in Anlage 1 eine Ergänzung des Inhalts vorgenommen wurde, dass zwar weiterhin eine Mindestzahl von 250 Patienten gefordert wird, ausnahmsweise aber aus familiärbedingten Gründen eine Zahl von 125 Patienten genügen soll. Denn der Umstand, dass nunmehr im familiäre Gesichtspunkte bei der Höhe der geforderten Mindestpatientenzahl familiäre Gesichtspunkte berücksichtigt werden, bedeutet nicht, dass die vorgehenden Regelungen als verfassungswidrig oder rechtswidrig anzusehen sind.

Die Mindestmengenregelung ist somit vom weiten Gestaltungsspielraum der Vertragspartner gedeckt. Dagegen spricht auch nicht die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 12.09.2012, Az. B 3 KR 10/12R). Gegenstand war dort eine Mindestmengenregelung im stationären Bereich auf der Rechtsgrundlage von [§ 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V](#) (Mindestzahl bei Endoprothesenoperationen in Krankenhäusern = TEP), die der GBA aus Qualitätsgründen festlegte. Bei solchen Mengenbegrenzungen hat die obergerichtliche Rechtsprechung den Gestaltungsspielraum für eröffnet und vereinbar mit [Art. 12 GG](#) angesehen, wenn "die Studienlage nach wissenschaftlichen Maßstäben – evidenzbasiert – einen solchen Zusammenhang (Anm.: Abhängigkeit der Versorgungsqualität von der Leistungsmenge) wahrscheinlich mache". Auf "bloße Überlegungen oder Expertenmeinungen" könne eine Mindestmengenbestimmung aber nicht gestützt werden. Im Ergebnis wurde daher im stationären Bereich (TEP) eine Mindestmengenregelung abgelehnt.

Diese Maßstäbe sind aus mehreren Gründen nicht auf Strukturverträge in der ambulanten Versorgung nach [§ 73a SGB V](#) übertragbar. Denn in dem durch das BSG entschiedenen Verfahren war Gegenstand ein Beschluss des GBA über zwingend vom Gesetz vorgesehene Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhäusern nach [§ 137 Abs. 3 Ziff. 2 SGB V](#), der nach [§ 137 Abs. 3 S. 6 SGB V](#) für Krankenhäuser unmittelbar verbindlich ist. Hier handelt es sich dagegen um eine Mindestmenge, die – wenn auch auf eine Richtlinie des GBA als Orientierungshilfe zurückzuführen – in Strukturverträgen geregelt ist (Begründung zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, Ziff 1.8.: "Insbesondere die Angaben von Mindestzahlen zur Betreuung von Patienten sind Empfehlungen zur Strukturqualität, die auf einem Expertenkonsens basieren, da in der Regel keine entsprechenden Studien verfügbar sind. Die genannten Zahlen dienen deshalb als Orientierungshilfe für die vertragliche Umsetzung ..."). Nachdem der Gestaltungsspielraum ungleich größer ist, ist nicht zu fordern, es müsse der Zusammenhang zwischen Versorgungsqualität und Leistungsmenge wahrscheinlich gemacht werden. Hinzu kommt, dass im stationären Bereich bei Nichterreichen der Mindestmenge entsprechende Leistungen überhaupt nicht erbracht werden dürfen ([§ 137 Abs. 3 S. 6 SGB V](#)). Dagegen führt das Nichterreichen der Mindestmenge im Bereich der Versorgung von Diabetikern nicht dazu, dass diese Leistungen nicht erbracht werden dürfen, sondern hat die

Auswirkung, dass die Vergütung, wie sie in der Diabetesvereinbarung vorgesehen ist (im wesentlichen Betreuungspauschale in Höhe von EUR 75.-), nicht gewährt wird.

Vom Gestaltungsspielraum gedeckt und nicht willkürlich ist ferner, dass der Nachweis (während der Teilnahme) einer kontinuierlichen Behandlung von mindestens 35 verschiedenen GKV-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 über vier Quartale durch den leistungserbringenden Arzt gefordert wird (Anlage 2c Diabetes mellitus Typ 2 zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach [§ 137f SGB V](#)). Grundsätzlich kann in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen zur Mindestpatientenzahl von 250 verwiesen werden. Zusätzlich ist anzumerken, dass das Bundesversicherungsamt seinerseits als die zuständige Rechtsaufsichtsbehörde auf die zur 9. RSA-ÄndV geforderte Behandlung von jährlich 50 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1 Bezug genommen und um eine Anpassung gebeten hat. Auch vor diesem Hintergrund ist die Mindestpatientenzahl von 35 rechtlich nicht zu beanstanden.

Ebenfalls rechtlich nicht zu beanstanden ist schließlich die wöchentliche Mindeststundenzahl für nicht-ärztliches Personal. Dieses Kriterium ist im Rahmen des weiten Gestaltungsspielraums als zulässig anzusehen.

Soweit Verstöße gegen [Art. 3, 12](#) und [14 GG](#) geltend gemacht werden, sind diese zu verneinen.

[Art. 3 Abs. 1 GG](#) wäre nur dann verletzt, wenn entweder eine Gleichbehandlung oder eine Ungleichbehandlung sachlich nicht gerechtfertigt wäre. Zwar führt die Einführung der Mindestmenge dazu, dass Ärzte mit gleicher Qualifikation nach der WBO je nach Erfüllung der Mindestmenge an der Diabetesvereinbarung teilnehmen können oder nicht und insofern eine Ungleichbehandlung vorliegt. Jedoch ist die Mindestmengenregelung aus den oben aufgezeigten Gründen sachlich gerechtfertigt.

Ein Verstoß gegen [Art. 12 Abs. 1 GG](#) liegt ebenfalls nicht vor. Denn es handelt sich um keine Maßnahme, die den Kläger von der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen ausschließt. Die Mindestmengenregelung ist somit nicht statusrelevant und somit auch keine Frage der Berufswahl i.S.v. [Art. 12 Abs. 1 GG](#). Vielmehr ist der Bereich der Berufsausübung betroffen. Die Einschränkung der Berufsausübung ist aber aus vernünftigen Gründen des Gemeinwohls zulässig, da sie dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügt. Die Mindestmengenregelung führt zu einer Konzentration der Versorgung von Diabetikern auf Ärzte, die die Voraussetzungen nach dem und der Diabetesvereinbarungen erfüllen, stellt – was nicht zu bestreiten ist – zum Teil eine Marktzugangsbeschränkung dar, ist aber zugleich ein Qualifikationserfordernis. Somit geht es um den Schutz und die Sicherung von Leben und Gesundheit der Patienten als einem besonders wichtigen Gemeinschaftsgut, so dass der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit auch bei einem gewissen "Überschuss" an Qualifikationsanforderungen gewahrt ist (vgl. [BVerfGE 25, 236](#), 248; [80, 1](#), 24). Dies gilt auch für die Mindestpatientenzahl von 35 und die Festlegung einer wöchentlichen Mindeststundenzahl für nicht-ärztliches Personal.

Die Kriterien sind auch vom Kläger als sog. "Altrechtsinhaber" zu erfüllen. Er kann sich nicht auf Gesichtspunkte des Vertrauensschutzes berufen. Zunächst sind die speziellen Regelungen des Vertrauensschutzes in [§ 45 Abs. 2 SGB X](#) nicht auf den Tatbestand des [§ 48 SGB X](#) anwendbar. Aber auch aus allgemeinen Grundsätzen des Vertrauensschutzes, abgeleitet aus dem Rechtsstaatsprinzip nach [Art. 20 Abs. 3 GG](#), berufen (BSG, Urteil vom 28.08.2013, [B 6 KA 50/12 R](#)) ergibt sich nicht anderes. Denn erforderlich ist jedenfalls ein Umstandsmoment, das nicht vorliegt. So gibt es keinen Vertrauensschutz in die Weitergeltung des bisher geltenden Rechts, also hier in die Weitergeltung des bisherigen DMP-Plattformvertrages und der bisherigen Diabetesvereinbarungen (BSG, Urteil vom 02.07.2013, Az. [B 1 KR 23/12 R](#)). "Die schlichte Erwartung, das geltende Recht werde auch in Zukunft fortbestehen, ist verfassungsrechtlich nicht geschützt." Für diese Sichtweise spricht auch, dass der Vertrag/die Vereinbarungen jederzeit von den Vertragspartnern gekündigt werden können (§ 40). Im übrigen enthalten die Genehmigungsbescheide den Hinweis, dass die Genehmigung automatisch endet, wenn die zugrunde liegende Diabetesvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung endet.

Ferner gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass die Mindestmengenregelung gegen [Art. 14 GG](#) verstößt. Wie bereits ausgeführt, betrifft die Maßnahme die berufliche Betätigung, somit also den Schutzbereich des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) und nicht das Erworbene und die Ergebnisse (= Schutzbereich des [Art. 14 GG](#)). Außerdem schützt das Grundrecht auf Eigentum keine Chancen und Verdienstmöglichkeiten (BVerfG, Entscheidung vom 16.03.1971, Az. [1 BvR 52/66,1](#)).

Die Klage war daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2016-08-05