

S 38 KA 5/18

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
38
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 38 KA 5/18
Datum
17.06.2020
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Im Zusammenhang mit der Vorfrage, von welchem räumlichen Versorgungsgebiet bei einer Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#) i.V.m. § 31 a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV auszugehen ist, kommen nur Versorgungsangebote in Betracht, die sich als für die Patienten zumutbare Versorgungsangebote erweisen. Versorgungsangebote sind nur dann zumutbar, wenn sie sich in zumutbarer Entfernung befinden und auch in zumutbarer Zeit erreichbar sind, ohne dass es auf die Wahl des Verkehrsmittels (ÖPNV oder PKW) ankommt.

2. Maßgeblich sind grundsätzlich nur die Versorgungsangebote im jeweiligen Planungsbereich. Nur in atypischen Ausnahmefällen sind auch die Versorgungsangebote in benachbarten Planungsbereichen heranzuziehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um eine relativ seltene Subspezialisierung handelt, die Inanspruchnahme dieser Spezialisten üblich und ein wohnortnahes Versorgungsangebot nicht zu erwarten ist (vgl. Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 09.02.2005, Az [L 3 KA 253/02](#)).

3. Zur Feststellung eines Bedarfs ist in der Regel eine Umfrage durchzuführen. Deren Aussagekraft bemisst sich nach der Zahl der Befragten und Antwortenden. Je geringer die Zahl der Befragten und Antwortenden ist, umso weniger repräsentativ stellt sich die Umfrage dar.

4. Endokrinologische Leistungen stellen ein sehr spezielles Versorgungsangebot dar.

5. Die besondere Mitwirkungslast zu den besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder besonderen Kenntnisse obliegt dem Ermächtigungsbewerber im Sinne von [§ 116 SGB V](#) i.V.m. § 31a Ärzte-ZV. Pauschale und allgemeine Ausführungen genügen den Anforderungen nicht.

6. Eine Hinweispflicht der Zulassungsgremien/Kassenärztlichen Vereinigung besteht nicht.

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Gegenstand der zum Sozialgericht eingelegten Klage ist die Entscheidung des beklagten Berufungsausschusses (Sitzung vom 09.11.2017), betreffend die vom Kläger begehrte Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in A-Stadt (Planungsbereich Raumordnungsregion Oberpfalz Nord). Mit Formblatt und weiteren Anlagen beantragte der Kläger die Erteilung einer entsprechenden Ermächtigung für Diabetologie und Endokrinologie. Dieser Antrag wurde zunächst vom Zulassungsausschuss abgelehnt. Der dagegen eingelegte Widerspruch, der auf die Erbringung von endokrinologischen Leistungen eingeschränkt war, blieb erfolglos.

Zur Begründung der ablehnenden Entscheidung wurde ausgeführt, die Voraussetzungen für eine Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#) i.V.m. § 31a Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) lägen nicht vor. Zunächst sei darauf hinzuweisen, dass die Ermächtigung nachrangig sei. Bei einem Versorgungsgrad von 207,9 % (Innere Medizin) gebe es keine quantitative Versorgungslücke. Aber auch eine qualitative Versorgungslücke sei auszuschließen. Dies hätten Umfragen ergeben. So befinde sich in C-Stadt ein Internist mit dem Schwerpunkt Endokrinologie (Entfernung 34,7 km, Fahrtzeit mit dem Pkw: 33 Minuten). Eine weitere Internistin befinde sich in C-Stadt und D-Stadt. Es handle sich allerdings um eine hausärztlich tätige Internistin. Diese stehe jedoch mit ihrem endokrinologischen Wissen zur Verfügung, auch wenn sie spezielle Leistungen nicht abrechnen könne. Des Weiteren gebe es eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft in C-Stadt und E-Stadt. Der in C-Stadt tätige Endokrinologe arbeite zusammen mit einem weiteren Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung

Endokrinologie in E-Stadt. Es handle sich zwar um einen anderen Planungsbereich. Diese Versorgungsmöglichkeiten könnten aber in die Beurteilung der Versorgungssituation mit einbezogen werden. Versicherten für selten in Anspruch genommene Leistungen könne auch ein weiterer Weg zugemutet werden. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 19.07.2006, [B 6 KA 14/05 R](#)) hingen die zumutbaren Entfernungen zum Versorgungsangebot von der jeweiligen Fachrichtung ab. Während für allgemeinärztliche Leistungen Entfernungen bis 25 km zumutbar seien, seien bei speziellen Leistungen Entfernungen über 25 km hinnehmbar. Der Berufungsausschuss sehe es auch als zulässig an, bei Subspezialisierungen benachbarte Planungsbereiche mit einzubeziehen. Im Übrigen könnten auch Nuklearmediziner (insgesamt 11) Endokrinologie-Leistungen erbringen. Auf eine durchgeführte Umfrage hätten vier Praxen geantwortet, darunter zwei endokrinologische Schwerpunktpraxen. Keine der Praxen habe einen zusätzlichen Bedarf für notwendig erachtet. Was die Praxis in C-Stadt betreffe, so gebe es hierfür keinerlei Zahlen. Denn der in C-Stadt tätige Endokrinologe besitze die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit erst seit 01.04.2017. Auf jeden Fall bestehe ein reales Versorgungsangebot.

Dagegen ließ der Kläger Klage zum Sozialgericht München einlegen. Zur Begründung wurde ausgeführt, zum Leistungsspektrum des Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie gehörten nicht nur die Diagnostik, sondern auch die Klärung der Krankheitsursachen und Ausarbeitung eines individuellen Therapieplans. Soweit der Beklagte auf Versorgungsmöglichkeiten durch Nuklearmediziner hinweise, könnten diese lediglich die Diagnostik vornehmen. Ferner sei die vom Beklagten angeführte hausärztlich tätige Internistin mit Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie nicht zu berücksichtigen. Die Umfrageergebnisse aus der überörtlichen Gemeinschaftspraxis seien außerdem wenig aussagekräftig, wenn lediglich betont werde "wir versorgen A-Stadt mit". Im Gegensatz dazu hätten eigene Ermittlungen durch Frau Dr. Ch. B. vom 24.05.2017 ergeben, dass ein Bedarf für Endokrinologie-Leistungen bestehe. Mit den Auskünften der befragten Ärzte und den eigenen Ermittlungen zum Bedarf habe sich der Beklagte überhaupt nicht auseinandergesetzt. Es komme auf die real existierende Versorgungslage an. In diesem Zusammenhang sei auch die Verkehrsanbindung von entscheidender Bedeutung; und zwar mit öffentlichen Verkehrsmitteln, nicht mit dem Verkehrsmittel Pkw. Nachdem die Fahrtzeit zu dem Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie in C-Stadt mit öffentlichen Verkehrsmitteln je nach Tageszeit zwischen 50 Minuten bis zu 1 Stunde 28 Minuten betrage, sei dieses Versorgungsangebot nicht zu berücksichtigen. Insgesamt seien Fahrtzeiten von mehr als 40 Minuten den Patienten nicht zumutbar. Abgesehen davon sei nach einer Entscheidung des Sozialgerichts Stuttgart (Urteil vom 28.11.2018, Az. [S 5 KA 2433/17](#)) nicht allein auf die Wegstrecke, sondern auch auf die Fahrtzeiten abzustellen. Was den Bedarf für Endokrinologie-Leistungen betreffe, so werde darauf hingewiesen, dass selbst bei MRT-Leistungen (bildgebende Verfahren) lediglich eine Entfernung von bis zu 25 km als zumutbar angesehen werde. Es liege daher auf der Hand, endokrinologische Leistungen mit Diagnostik und Therapie in einer ähnlichen Entfernung anzubieten. Es sei der Grundsatz der wohnortnahen Versorgung zu beachten. Des Weiteren sei zu berücksichtigen, dass 80 % der Patienten des Klägers aus dem direkten Umfeld (5,6 km) von A-Stadt kämen. Im Übrigen werde auf die Aussagen der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie hingewiesen. Dort sei die Rede von einer Verhältniszahl ein Endokrinologe auf 460.000 Einwohner als Minimum. Umgerechnet auf die Raumordnungsregion Oberpfalz Nord mit 500.740 Einwohnern werde der Versorgungsbedarf mit nur einem Endokrinologen nicht gedeckt. Der Planungsbereich der Raumordnungsregion E-Stadt mit zwei Endokrinologen auf 710.564 Einwohner könne ebenfalls keine Berücksichtigung finden.

Nach Auffassung des Beklagten sind die Entfernungen zu den vorhandenen Versorgungsangeboten, d. h. von A-Stadt nach C-Stadt (34,7 km) und von A-Stadt nach E-Stadt (28,5 km) sowohl mit dem Verkehrsmittel Pkw, als auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln den Patienten zumutbar. In dem Zusammenhang werde auf die Entscheidung des Hessischen Landessozialgerichts vom 20.10.2010 (LSG Hessen, Az. [L 4 KA 68/09](#)) und auf die Entscheidung des Sozialgerichts München vom 12.04.2018 (Az. [S 38 KA 341/16](#)) hingewiesen. Danach reduziere sich der Sicherstellungsauftrag nicht auf Planungsbereichsgrenzen. Der Kläger sei Facharztinternist und werde nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 der Bedarfsplanungs-RL der spezialisierten Versorgung zugerechnet. Dies bringe es mit sich, dass es sich um ein spezielles Versorgungsangebot handle, bei dem den Patienten größere Entfernungen (mehr als 25 km) zumutbar seien. Es bestehe daher keine Versorgungslücke.

Die mündliche Verhandlung am 19.12.2018 wurde vertagt.

Im Nachgang und in der weiteren mündlichen Verhandlung am 17.06.2020 brachte der Beklagte zum Ausdruck, dem Kläger obliege eine Darlegungslast. Es hätte Veranlassung bestanden, die besonderen Kenntnisse oder besonderen Methoden detailliert aufzuzeigen, die dann im besonderen Versorgungsangebot ihren Niederschlag finden müssten. Diese Darlegungslast ergebe sich aus mehreren Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 16.10.1991, Az. 6 Rka 37/90; BSG, Beschluss vom 28.10.2015, Az. [B 6 KA 14/15 B](#)). Zudem bestehe eine allgemeine Mitwirkungslast, die den Regelungen der [§§ 18, 21 SGB X](#) zu entnehmen sei. Anders als bei der Feststellung des Sonderbedarfs, bei dem die Versorgung in der Fläche maßgeblich sei, komme es für eine Ermächtigung nicht darauf an. Die zusammen mit dem Formblattantrag an den Zulassungsausschuss eingereichte zweiseitige maschinenschriftliche Darstellung sei jedoch unzureichend, da lediglich pauschal und allgemein Problemfelder der Endokrinologie benannt worden seien. Insofern komme es gar nicht darauf an, ob die Entfernungen für die Patienten zumutbar seien oder nicht. Auch komme es auf die tatsächliche Versorgungssituation nicht an. Die damals durchgeführte Bedarfsabfrage sei an sich obsolet gewesen. Entgegen der Auffassung des Prozessbevollmächtigten des Klägers vertrat der Beklagte die Auffassung, förmliche Hinweise seinerseits seien nicht veranlasst gewesen.

Hierzu führte der Prozessbevollmächtigte des Klägers aus, der Beklagte verkenne den Amtsermittlungsgrundsatz. Wenn der Beklagte der Auffassung gewesen sei, der Kläger habe nicht ausreichend vorgetragen, hätte der Beklagte darauf hinweisen müssen. Deshalb sei der Einwand zum jetzigen Zeitpunkt verspätet erfolgt. Außerdem habe der Kläger sämtliche Qualifikationsnachweise beigebracht. Der Kläger habe bei seiner Antragstellung das Leistungsspektrum klar umrissen.

In der mündlichen Verhandlung am 17.06.2020 stellte der Prozessbevollmächtigte des Klägers den Antrag aus dem Schriftsatz vom 09.01.2018.

Der Vertreter des Beklagten beantragte, die Klage abzuweisen.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung war die Beklagtenakte. Im Übrigen wird auf die sonstigen Schriftsätze der Beteiligten, sowie die Sitzungsniederschriften aus den Sitzungen vom 19.12.2018 und 17.06.2020 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zum Sozialgericht eingereichte Klage ist jedenfalls unbegründet. Vom Kläger wurde eine sogenannte kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) erhoben. Mit seinem Antrag vom 03.05.2017 an den Zulassungsausschuss beantragte der Kläger, ihm eine Ermächtigung zu erteilen. Ermächtigungen werden von den Zulassungsgremien auf zwei Jahre zeitlich befristet erteilt. Rechtsgrundlage ist hierfür § 31a Abs. 3 Ärzte-ZV in Verbindung mit § 31 Abs. 7 Ärzte-ZV. Der Zweijahreszeitraum ist bereits abgelaufen. Insofern hätte sich die Regelungswirkung - wäre dem Kläger antragsgemäß die Ermächtigung erteilt worden - erledigt. Nichts Anderes kann gelten für den Fall, dass dem antragstellenden Arzt - wie hier - eine Ermächtigung nicht erteilt wurde (vgl. LSG für das Saarland, Beschluss vom 04.04.2012, Az. [L 3 KA 28/10](#); Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, Rn 7a zu § 131). Denn in diesem Fall ist ebenfalls die begehrte Regelungswirkung abgelaufen. Insofern ist bereits fraglich, ob die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) zulässig ist.

Letztendlich kommt es auf die Zulässigkeit der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) nicht an. Denn die Entscheidungen der Zulassungsgremien sind rechtlich nicht zu beanstanden. Den Zulassungsgremien steht ein Beurteilungsspielraum zu, der der gerichtlichen Kontrolle nur eingeschränkt zugänglich ist. Nach ständiger Rechtsprechung der Sozialgerichte (vgl. BSG, Urteil vom 12.09.2001, Az. [B 6 KA 86/00 R](#)) beschränkt sich die Prüfung darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zu Grunde liegt, ob die Zulassungsgremien die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet haben, dass im Rahmen des Möglichen die zu treffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist. Halten sich die Entscheidungen der ortsnahen und fachkundigen Zulassungsgremien im Rahmen der Beurteilungsermächtigung, sind diese hinzunehmen.

Die Voraussetzungen für die Erteilung einer Ermächtigung ergeben sich aus [§ 116 SGB V](#) in Verbindung mit § 31 a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV. Danach ist eine Ermächtigung zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten nach Satz 1 nicht sichergestellt wird. Darin spiegelt sich der Vorrang der niedergelassenen Ärzte für den ambulanten Bereich wider (vgl. SG Marburg, Urteil vom 06.06.2007, Az. [S 12 KA 1023/06](#)).

Der Bedarf kann sowohl quantitativ-allgemein und/oder qualitativ-spezifisch sein. Er ist quantitativ-allgemein, wenn eine ausreichende Zahl von Ärzten für die ambulante Versorgung nicht zur Verfügung steht. Nach den Ausführungen der Zulassungsgremien lag der Versorgungsgrad im Bereich der Inneren Medizin bei 207,9 % im Planungsbereich. Dies schließt einen quantitativ allgemeinen Bedarf aus.

Auch für einen qualitativ-spezifischen Versorgungsbedarf ergeben sich keine Anhaltspunkte. Dieser ist grundsätzlich dann gegeben, wenn sich besondere Erkenntnisse und Erfahrungen, die ein Krankenhausarzt aufweist, in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen, das von den niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht ausreichend abgedeckt wird (vgl. LSG für das Land Niedersachsen, Urteil vom 29.11.2000, Az. [L 3/5 KA 2/97](#)). Die Behandlungstätigkeit ist dabei auf das Notwendigste zu beschränken, wie sich aus § 31a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV ergibt (vgl. SG Marburg, Urteil vom 06.06.2007, Az. [S 12 KA 1023/06](#)).

Als Vorfrage wäre zu klären, von welchem räumlichen Versorgungsgebiet auszugehen ist. Dabei ist nach Auffassung des Gerichts wegen der vergleichbaren Interessenlage auch bei einem Ermächtigungsbegehren die gesetzgeberische Wertung, die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum Ausdruck kommt, heranzuziehen (Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 09.02.2005, Az. [L 3 KA 253/02](#)). In der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind unterschiedliche Planungsbereiche und eine Differenzierung nach hausärztlicher Versorgung, allgemeiner fachärztlicher Versorgung, spezialisierter fachärztlicher Versorgung und gesonderter fachärztlicher Versorgung vorgesehen. Je spezieller die Leistungen sind, umso größer sind die Planungsbereiche. Für die jeweiligen Arztgruppen sind auch Verhältniszahlen ausgewiesen (§ 8 Bedarfsplanung-Richtlinie), wobei beispielsweise für Arztgruppen, die der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet sind, das Verhältnis ein Arzt auf ... Einwohner wesentlich größer ist, als für die spezialisierte fachärztliche Versorgung, erst Recht als für die allgemeine fachärztliche Versorgung. Die Größe der Planungsbereiche ist auch im Zusammenhang mit der zumutbaren Versorgung der Patienten zu sehen. Es kommen nur solche Versorgungsangebote in Betracht, die sich als für die Patienten zumutbare Versorgungsangebote erweisen. Versorgungsangebote sind nur dann zumutbar, wenn sie sich in zumutbarer Entfernung befinden und auch in zumutbarer Zeit erreichbar sind. Maßgeblich sind beide Parameter in Kombination. Selbst wenn eine Entfernung gering ist, also zumutbar, die Fahrzeiten aber zu lang, dann liegt ein unzumutbares Versorgungsangebot vor. Sowohl der Entfernungsparameter, als auch der Zeitparameter hängen davon ab, ob es sich um allgemeine ärztliche Leistungen, oder spezielle Leistungen handelt. Je spezieller die Leistungen sind, umso größere Entfernungen und Fahrzeiten sind den Patienten zumutbar.

Maßgeblich sind grundsätzlich nur die Versorgungsangebote im jeweiligen Planungsbereich. Nur in atypischen Ausnahmefällen sind auch die Versorgungsangebote in benachbarten Planungsbereichen heranzuziehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um eine relativ seltene Subspezialisierung handelt, die Inanspruchnahme dieser Spezialisten üblich und ein wohnortnahes Versorgungsangebot nicht zu erwarten ist (Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 09.02.2005, Az. [L 3 KA 253/02](#)).

Soweit die Klägerseite vorträgt, es sei allein auf die Entfernungen und die Zeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln abzustellen, wird diese Auffassung vom Gericht nicht geteilt. Denn gerade in ländlich strukturierten Gebieten steht der Bevölkerung ein mehr oder weniger gut ausgebautes öffentliches Verkehrsnetz nicht zur Verfügung. Aus Kostengründen kann nicht erwartet werden, dass der öffentliche Personennahverkehr dort genauso gut oder gleichwertig ausgebaut ist wie in städtischen Ballungszentren mit U-Bahnen, S-Bahnen, Trambahnen und Bussen. Die Bevölkerung ist größtenteils auf die Nutzung eigener Verkehrsmittel (insbesondere PKW-Nutzung) angewiesen, um allgemeine Besorgungen wie "Einkaufen" vornehmen zu können. Nichts Anderes gilt für die die Vornahme von Arztbesuchen. Immerhin ist auch der Motorisierungsgrad in Deutschland (ca. 600 PKW's auf 1.000 Einwohner) sehr hoch, sodass in der Regel jede Familie über mindestens ein Fahrzeug verfügt. Es muss daher ausreichen, wenn das Versorgungsangebot in zumutbarer Entfernung besteht und in zumutbarer Zeit erreichbar ist, ohne dass es auf die Wahl des Verkehrsmittels ankommt. Insofern ist jedenfalls der Auffassung der Klägerseite, es dürfe lediglich auf den öffentlichen Personennahverkehr abgestellt werden, nicht zu folgen.

Die Umsetzung der oben genannten Grundsätze auf das streitgegenständliche Verfahren bedeutet folgendes:

Zunächst ist nicht zu beanstanden, dass die Beigeladene zu 1 (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns) Ermittlungen angestellt hat, indem sie bei Ärzten im Planungsbereich eine Umfrage gemacht hat. Die Umfrageergebnisse, die die Zulassungsgremien in ihren Beschlüssen

zugrunde legten, waren eindeutig. Von den vier antwortenden Praxen hat lediglich eine Praxis eine teilweise Notwendigkeit für endokrinologische Leistungen bejaht. Im Gegensatz dazu stehen die Umfrageergebnisse, die durch Frau Dr. Ch.B. durchgeführt wurden und auf die sich der Kläger beruft. Diese eigenen Ermittlungsergebnisse vermögen aber die von der KVB durchgeführte Umfrage nicht zu entkräften. Denn es handelt sich lediglich um Unterschriftenlisten mit einem Vorspann ("Stellungnahme zum Antrag auf Ermächtigung von Dr. Z. und Dr. G."), die sich auf endoskopische Leistungen, diabetologische Leistungen und endokrinologische Leistungen beziehen, ohne dass zwischen den unterschiedlichen Leistungen differenziert wird und ohne dass detaillierte Begründungen abgegeben werden.

Allerdings weist das Gericht darauf hin, dass die von der KVB durchgeführte Umfrage ebenfalls eine geringe Aussagekraft besitzt. So haben lediglich vier Praxen geantwortet. Je geringer die Zahl der Befragten und Antwortenden ist, umso weniger repräsentativ stellt sich die Umfrage dar. Auch dem Inhalt der Antworten, bedingt durch das Ankreuzsystem - wenn auch differenziert wird zwischen endokrinologischen Leistungen und diabetologischen Leistungen - ist eine hinreichende Aussagekraft kaum abzugewinnen. Dies gilt beispielsweise für die Aussage einer Praxis "wir versorgen A-Stadt mit".

Selbst wenn eine hinreichende Aussagekraft der durchgeführten Umfrage zu bejahen wäre, genügt es nicht, allein die Entscheidung darauf zu stützen. Hintergrund hierfür ist, dass die Antworten der befragten und eventuell konkurrierenden Ärzte von einer individuellen Interessenlage geprägt sind (BSG, Urteil vom 05.11.2008, Az. [B 6 KA 56/07 R](#)). Gefordert wird deshalb grundsätzlich eine Objektivierung auch anhand von sogenannten Anzahlstatistiken.

Zu einer solchen Objektivierung gehört auch die Feststellung der gegenwärtig den Bedarf deckenden Praxen, die eventuell dort bestehenden freien Kapazitäten und das Abrechnungsverhalten der diese Leistungen erbringenden Praxen, beispielsweise der Praxis in C-Stadt mit dem Schwerpunkt endokrinologische Leistungen und sonstige Leistungserbringer. Der Beklagte hat hier auf die Versorgungsmöglichkeiten bei einem Facharzt-Internisten mit dem Schwerpunkt Endokrinologie in C-Stadt (Planungsbereich: Raumordnungsregion Oberpfalz Nord), eine überörtliche Gemeinschaftspraxis in der Raumordnungsregion E-Stadt, eine hausärztlich tätige Internistin in C-Stadt und auf die Versorgungsmöglichkeiten durch Nuklearmediziner (11) hingewiesen. Außerdem hat er die Entfernungen von A-Stadt zu den bestehenden Versorgungsangeboten als für die Patienten zumutbar angesehen. In Orientierung an der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist zunächst festzustellen, dass die Arztgruppe der Facharztinternisten der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zugeordnet ist (§ 13 Bedarfsplanungs-Richtlinie) und dementsprechend der Planungsbereich die Raumordnungsregion ist. Andererseits ist festzustellen, dass - legt man die Verhältniszahl der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie zugrunde - diese der der Humangenetiker entspricht (ein Humangenetiker auf 564.074 Einwohner). Letztere sind nach § 14 Bedarfsplanungs-Richtlinie der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet mit dem Planungsbereich Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 14 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Auch dies spricht dafür, dass für die Inanspruchnahme endokrinologische Leistungen den Patienten weitere Wegstrecken (deutlich mehr als 25 km) und längere Fahrtzeiten zuzumuten sind. Die Entfernungen und Fahrzeiten zwischen A-Stadt und C-Stadt bzw. E-Stadt sind daher den Patienten durchaus zumutbar. Bei solchen speziellen Leistungen muss der Grundsatz der Wohnortnähe zurückstehen.

Die Stadt C-Stadt befindet sich in einer Entfernung von 34,7 km und ist mit dem Pkw in 33 Minuten erreichbar. Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, dass das in C-Stadt bestehende Versorgungsangebot berücksichtigt wird. Die Entfernung und die Fahrtzeiten mit dem Pkw sind den Patienten zumutbar, zumal es sich bei den endokrinologischen Leistungen um ein sehr spezielles Versorgungsangebot handelt. Dafür spricht die von der Klägerseite angegebene Verhältniszahl der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Danach soll ein Endokrinologe auf 460.000 Einwohner als Minimum entfallen. Selbst wenn lediglich auf den ÖPNV abzustellen wäre mit Fahrtzeiten je nach Tageszeit zwischen 50 Minuten bis zu 1 Stunde 28 Minuten, was nach Auffassung des Gerichts aber nicht infrage kommt, erscheint das Versorgungsangebot in C-Stadt als zumutbar. Eine Vergleichbarkeit mit MRT-Leistungen, die als allgemeine Leistungen angesehen werden, die eine Verweisung auf Versorgungsangebote in mehr als 25 km Entfernung ausschließen würden (BSG, Urteil vom 23.06.2010, Az. [B 6 KA 22/09 R](#)) ist nicht erkennbar. Denn anders als MRT-Leistungen, die mittlerweile zum Standard radiologischer Diagnostik gehören (BSG, Urteil vom 19.07.2006, Az. [B 6 KA 14/05 R](#)) gelten endokrinologische Leistungen nicht als Leistungen, die typischerweise ortsnah erbracht werden.

Rechtlich unbedenklich ist nach Auffassung des Gerichts auch, Versorgungsmöglichkeiten von Nuklearmedizinern mit zu berücksichtigen. Zu deren Leistungsspektrum gehört zwar nicht wie bei den Facharzt- Internisten mit dem Schwerpunkt Endokrinologie die Abklärung der Krankheitsursache und Ausarbeitung eines individuellen Therapieplans, jedoch sind Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zum Beispiel der Schilddrüse Gegenstand der Weiterbildungsordnung (WBO für die Ärzte Bayerns vom 24.04.2004 Abschnitt B Ziff. 18).

Ferner sind auch die Versorgungsmöglichkeiten (überörtliche Gemeinschaftspraxis C-Stadt-E-Stadt) in E-Stadt berücksichtigungsfähig. Es handelt sich zwar um einen anderen Planungsbereich (Planungsbereich Raumordnungsregion E-Stadt). Auch wenn grundsätzlich nur auf den Planungsbereich abzustellen ist, in dem das neue Versorgungsangebot geschaffen werden soll, können in atypischen Ausnahmefällen auch benachbarte Planungsbereiche mit einbezogen werden. Denn endokrinologische Leistungen stellen ein sehr spezielles Versorgungsangebot, die Leistungen werden von relativ wenigen Ärzten erbracht und eine planungsbereichsübergreifende Inanspruchnahme dieser Spezialisten ist üblich und ein wohnortnahes Angebot ist nicht zu erwarten. Hinzu kommt, dass die Entfernung zwischen A-Stadt und E-Stadt sogar geringer ist als zwischen A-Stadt und C-Stadt und A-Stadt direkt an der Grenze zum Planungsbereich E-Stadt liegt. Insofern kann der Bedarf nicht nur mit dem Facharztinternisten aus C-Stadt, sondern zumindest teilweise mit dessen Partner/in der überörtlichen Gemeinschaftspraxis in E-Stadt gedeckt werden, selbst wenn man die Verhältniszahl der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie zugrunde legt. Gleichzeitig scheint die Versorgung mit endokrinologischen Leistungen in der Raumordnungsregion E-Stadt durch weitere Endokrinologen sichergestellt, so dass eine Mitversorgung von Patienten aus der Raumordnungsregion Oberpfalz Nord durch den Partner/in der überörtlichen Gemeinschaftspraxis in E-Stadt keinen Einfluss auf die dortige Versorgungssituation hat.

Folglich kommt es an sich nicht darauf an, ob die hausärztlich tätige Internistin in C-Stadt, die ebenfalls Endokrinologin ist, mit zu berücksichtigen ist. Die hier erkennende Kammer ist aber anders als das SG München (SG München, Urteil vom 19.10.2016, Az. S 21 KA 986/15) der Auffassung, dass zumindest eine völlige Berücksichtigung der hausärztlichen Internistin bei der Feststellung bestehender Versorgungsangebote nicht möglich ist, da von der tatsächlichen Versorgungssituation auszugehen und nicht zu erwarten ist, dass diese wegen fehlender Abrechnungsmöglichkeiten spezielle endokrinologische Leistungen erbringt, auch wenn sie mit ihrem endokrinologischen Wissen grundsätzlich zur Verfügung steht und grundsätzlich sonographische Leistungen erbringen und auch als hausärztlich tätige Internistin abrechnen kann.

Der Berufungsausschuss hat allerdings die bestehende Versorgungssituation nicht mit konkreten Zahlen (zum Beispiel freie Kapazitäten) belegt, was an sich als Begründungsdefizit ([§ 35 SGB X](#)) anzusehen wäre. Dies erklärt sich - zumindest was den Facharzt-Internisten mit dem Schwerpunkt Endokrinologie in C-Stadt betrifft - damit, dass es sich zum Zeitpunkt der Entscheidung der Zulassungsgremien um eine neu gegründete Praxis handelt, sodass konkrete Zahlen nicht vorlagen.

Letztendlich kommt es aber darauf nicht an, ob der Beklagte zutreffend einen gedeckten Bedarf mit den bestehenden Versorgungsmöglichkeiten zumutbar Entfernung und in zeitlich zumutbare Erreichbarkeit angenommen hat. Im Rahmen des Klageverfahrens brachte der Beklagte zum Ausdruck, der Kläger habe es unterlassen, seine besonderen Kenntnisse oder besonderen Methoden detailliert aufzuzeigen, die dann im besonderen Versorgungsangebot ihren Niederschlag finden müssten. Insofern obliege ihm eine Darlegungslast, der er nicht nachgekommen sei.

Es handelt sich um eine Begründung, die sich jedenfalls in dieser Deutlichkeit nicht in dem angefochtenen Bescheid des Beklagten wiederfindet. Begründungen können aber nach [§ 41 SGB X](#) bis zum Ende der mündlichen Verhandlung nachgeholt werden. Davon hat der Beklagte Gebrauch gemacht.

Grundsätzlich gilt bei Zulassungsangelegenheiten auch die Amtsermittlungspflicht der jeweiligen Behörde. Nach [§ 20 Abs. 1 SGB X](#) ermittelt die Behörde den Sachverhalt von Amts wegen. Alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände sind zu berücksichtigen ([§ 20 Abs. 2 SGB X](#)). Andererseits besteht auch in sozialrechtlichen Verfahren eine allgemeine Mitwirkungspflicht nach [§ 21 Abs. 2 SGB X](#) der Beteiligten. Sie sollen insbesondere Ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die gefestigte Rechtsprechung in Wirtschaftlichkeitsprüfungen geht davon aus, dass der Vertragsarzt die Pflicht hat, etwaige Praxisbesonderheiten darzulegen und nachzuweisen (BSG, Urteil vom 15.11.1995, Az. [6 RKA 58/94](#); BSG, Urteil vom 11.12.2002, Az. [B 6 KA 1/02 R](#); Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 20.11.2013, Az. [L 11 KA 49/13](#)). Es bestehe eine besondere Mitwirkungspflicht aus der Sache selbst, wie sie immer dann bestehe, wenn ein Arzt sich auf ihm günstige Tatsachen berufen will und diese Tatsachen allein ihm bekannt und nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können.

Im Zusammenhang mit einem Antrag auf Sonderbedarfszulassung wird die Ansicht vertreten, die Zulassungsgremien müssten sich ein möglichst genaues Bild der Versorgungslage im betroffenen Planungsbereich machen und ermitteln, welche Leistungen in welchem Umfang zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des [§ 101 Absatz 1 S. 1 Nr 3 SGB V](#) im Planungsbereich erforderlich seien, von dort niedergelassenen Ärzten aber nicht angeboten würden.

Letztere Auffassung ist jedoch nach Meinung des Gerichts nicht auf Ermächtigungen nach [§ 116 SGB V](#) i.V.m. § 31a Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) aus mehreren Gründen übertragbar. Die besondere Mitwirkungslast zu den besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder besonderen Kenntnisse obliegt dem Ermächtigungsbewerber im Sinne von [§ 116 SGB V](#) i.V.m. § 31a Ärzte-ZV. Pauschale und allgemeine Ausführungen genügen den Anforderungen nicht. Denn die Sonderbedarfszulassung und die Ermächtigung unterscheiden sich, was die Voraussetzungen betrifft, erheblich. Eine Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten nach Satz 1 nicht sichergestellt wird. Darin spiegelt sich der Nachrang der ermächtigten Ärzte wider (vgl. SG Marburg, Urteil vom 06.06.2007, Az. [S 12 KA 1023/06](#)). Die Zulassungsgremien können nur dann in eine weitere Prüfung einsteigen und letztendlich beurteilen, ob eine Ermächtigung notwendig ist oder nicht, wenn der antragstellende Arzt detailliert seine besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder besonderen Kenntnisse darlegt. Wie bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen besteht diesbezüglich eine besondere Mitwirkungspflicht, da es sich um Tatsachen handelt, die nur dem Antrag stellenden Arzt bekannt sind. Dies ist jedoch im streitgegenständlichen Verfahren nicht geschehen. Dem Formblattantrag auf Erteilung der Ermächtigung wurden zwei Seiten beigefügt, darunter auch Ausführungen unter der Überschrift "Endokrinologie". Wenn lediglich beschrieben wird, Endokrinologie diene zur konsiliarischen Untersuchung endokrinologischer Problemfälle und zur Abklärung und Therapie von Schilddrüsen und Nebenschilddrüsenenerkrankungen ... und im Anschluss die Gebührenordnungspositionen aufgezählt werden, die aufgrund der Ermächtigung zur Abrechnung gelangen sollen, reicht dies für eine Darlegung der besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder besonderen Kenntnisse nicht aus. Die Ausführungen sind zu pauschal und zu allgemein, um daraus Schlüsse zu ziehen, worin das Behandlungsangebot des Klägers liegen soll. Ebensovienig reicht es aus, sich auf Zeugnisse und Qualifikationsnachweise zu berufen.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob der Beklagte seinerseits verpflichtet gewesen wäre, den Kläger darauf aufmerksam zu machen, dass eine solche Darlegungslast besteht. Konkrete Hinweispflichten sind im Sozialrecht insbesondere im Rentenversicherungsrecht gesetzlich formuliert (vgl. [§ 115 Abs. 6 SGB VI](#)). Ferner besteht nach [§ 14 SGB I](#) eine Beratungspflicht gegenüber dem Bürger. Insbesondere daraus und aus dem Sozialstaatsprinzip wurde das Rechtsinstitut des "Sozialrechtlichen Wiederherstellungsanspruchs" entwickelt. Der Bürger, der in besonderem Maße auf diese Leistungen angewiesen ist, soll geschützt werden. Er kommt nach den allgemeinen Grundsätzen bei einer dem zuständigen Leistungsträger zuzurechnenden Pflichtverletzung zum Tragen, durch welche dem Berechtigten ein sozialrechtlicher Nachteil oder Schaden entstanden ist. Durch die Vornahme einer Amtshandlung des Trägers muss ein Zustand hergestellt werden können, der bestehen würde, wenn die Pflichtverletzung nicht erfolgt wäre (vgl. BSG, Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 5/05](#); BSG, Urteil vom 06.03.2003, Az. [B 4 RA 38/02](#)). Eine solche Hinweispflicht besteht jedoch im Bereich des Kassenarztrechts nicht. Denn das auf mitgliedschaftlicher Beziehung beruhende Verhältnis des Vertragsarztes zu seiner Kassenärztlichen Vereinigung, auch zu den Zulassungsgremien unterscheidet sich erheblich von dem Rechtsverhältnis eines Leistungsempfängers gegenüber einem Sozialleistungsträger im Sinne von [§ 12 SGB I](#). Eine vergleichbare Schutzbedürftigkeit des Arztes besteht nicht. Allerdings gibt es auch vereinzelt im Vertragsarztrecht Hinweispflichten, zum Beispiel in § 4 Abs. 1 der Regelungen der KBV zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Psychotherapeuten (Deutsches Ärzteblatt 2005, A3 106). Eine Pflicht der Zulassungsgremien/Kassenärztlichen Vereinigung, darauf hinzuweisen, dass ein Antrag auf Erteilung der Ermächtigung nicht oder unvollständig begründet ist, ist aber weder gesetzlich, noch untergesetzlich geregelt. Würde man dies bejahen, würde dies letztendlich zur Bejahung des "Sozialrechtlichen Wiederherstellungsanspruchs" auch im Kassenarztrecht führen. Die "Checkliste" zum Antrag über die benötigten Unterlagen fordert nicht nur "die Aufstellung über den Leistungsumfang der beantragten Ermächtigung spezifiziert nach Nummern der aktuellen Gebührenordnung", sondern eine entsprechende Begründung. Insofern ist ein entsprechender Hinweis erfolgt, auch wenn der Hinweis hätte präziser gefasst werden können. Außerdem lässt sich [§ 116 SGB V](#) in Verbindung mit § 31 a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV unschwer entnehmen, dass die Erteilung der Ermächtigung davon abhängig ist, dass besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden oder besondere Kenntnisse vorliegen.

Aus den genannten Gründen war die Klage abzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2020-07-31