

L 12 KA 184/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 38 KA 1425/03

Datum

19.01.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 184/05

Datum

27.02.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 19. Januar 2005 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um die Erbringung von sogenannten K.O.-Leistungen über den 31. Dezember 2002 hinaus.

Der 1945 geborene Kläger ist seit 1973 in R. als Praktischer Arzt und seit dem 21. Oktober 1993 als Allgemeinarzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mit Schreiben vom 18. Oktober 2002 beantragte er beim Zulassungsausschuss, auch nach dem 31. Dezember 2002 Röntgenleistungen erbringen zu dürfen. Seit seiner Niederlassung im Jahr 1976 seien Röntgenleistungen ein wesentlicher Bestandteil der Praxis, die er damals von seinem Schwiegervater, einem Chirurgen, übernommen habe. Die kleine Chirurgie sei von Anfang an ein unverzichtbarer Teil der Praxistätigkeit gewesen. Er führe die Zusatzbezeichnung Sportmedizin. Circa 15 % seiner Praxistätigkeit seien in die Röntgenleistungen eingebunden. 1994 habe er größere Praxisräume bezogen und eine neue effektivere Röntgenanlage angeschafft (Kosten ca. 200.000,00 DM), mit der er auch Röntgenleistungen der Zulassungsklasse II erbringen könne. Damals sei von einem K.O.-Katalog noch nicht die Rede gewesen. Der Wegfall der Röntgenleistungen würde ihn in seiner Diagnostik- und Therapiefreiheit extrem einschränken. Das käme einem Berufsverbot gleich. Die Existenz der Praxis wäre gefährdet.

Der Zulassungsausschuss lehnte diesen Antrag mit Beschluss vom 18./23.12.2002 ab. Röntgenleistungen nach den Nrn. 5010, 5011, 5013, 5015, 5020, 5023, 5024, 5030 und 5051 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) würden im Umkreis von 10 km bzw. 20 km (Nr. 5051) um die Praxis von chirurgischen, orthopädischen, radiologischen und HNO-Praxen sowie von fachärztlichen Internisten in der Stadt R. im weit ausreichendem Maße erbracht.

Der Kläger hat dagegen Widerspruch eingelegt und diesen wie bereits den Antrag begründet. Außerdem führt er aus, im August 1997 habe ihm die Bezirksstelle Oberpfalz der Beigeladenen zu 1) für seine Röntgentätigkeit einen besonderen Versorgungsbedarf zugestanden. Daran habe sich seit damals nichts geändert. Ein Arztwechsel sei den angestammten Patienten des Klägers nicht zuzumuten. Zumindest hätte der Ausschuss die Zumutbarkeit konkret prüfen müssen. Der Kläger erbringe seit 1976 im Rahmen seiner sportmedizinischen Tätigkeit, der orthopädischen Therapie und der kleinen Chirurgie Röntgenleistungen. Der Wegfall der Röntgenleistungen schränke nicht nur die ärztliche Freiheit in Diagnostik und Therapie stark ein, sondern er gefährde darüber hinaus die Existenz der Praxis. Das vorhandene Personal und sonstige Wirtschaftsfaktoren könnten nicht mehr beibehalten werden.

Dazu hat die Beigeladene zu 1) mit Schriftsatz vom 28. Juli 2003 ausgeführt, der Kläger verfüge über eine Röntgengenehmigung der Klasse II. Durchschnittlich würden von ihm im Quartal 298 Röntgenuntersuchungen durchgeführt. In der Stadt R. seien u.a. drei chirurgische, sechs fachärztlich-internistische, 13 orthopädische und drei radiologische Praxen vorhanden, die teilradiologische Leistungen erbringen könnten. Auf Umfrage hätten diese Ärzte 5900 freie Kapazitäten pro Quartal gemeldet. Demgegenüber würden vom Kläger durchschnittlich pro Quartal 209 teilradiologische Leistungen abgerechnet. Für die Nrn. 5051 bis 5080 EBM habe eine aktuelle Umfrage ergeben, dass allein in R. zwei chirurgische, elf internistische, eine lungenfachärztliche und drei radiologische Praxen die Leistungen nach Nr. 5051 erbringen könnten. Hier seien 2650 freie Kapazitäten pro Quartal gemeldet worden. Dem stehe eine durchschnittliche Häufigkeit von ca. 89 durch den Kläger erbrachten Leistungen nach EBM-Nr. 5051 pro Quartal gegenüber. Damit gebe es im Planungsbereich R. Stadt, insbesondere auch in der unmittelbaren Umgebung des Klägers (weniger als 5 km von der Praxis entfernt) eine ausreichende Anzahl von Fachärzten, die die beantragten Leistungen erbringen könnten und hierfür auch noch freie Kapazitäten hätten. Der Anteil der Röntgenleistungen am Honorar

des Klägers sei im Quartal 1/02 bei 7,78 % und in 2/02 bei 6,52 % gelegen. Seine Gesamthonorarsumme habe in 1/03 um 9,06 % gegenüber 4/02 abgenommen.

Der Beklagte hat in seiner Sitzung vom 14. August 2003 (Bescheid vom 25. September 2003) den Widerspruch des Klägers zurückgewiesen. Mit Auslaufen der Übergangsregelung des Hausarztvertrages nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) könnten die Zulassungsgremien für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von der gesetzlichen Zuordnung zur hausärztlichen Versorgung abweichende befristete Regelung treffen, wenn sonst eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet wäre. Eine solche Ausnahmeregelung sei zwar für die Allgemeinärzte nicht ausdrücklich vorgesehen, werde auf diese jedoch entsprechend angewendet. Voraussetzung für eine abweichende Regelung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V](#) sei allerdings, dass ohne diese die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten nicht gewährleistet wäre. [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) diene nicht den wirtschaftlichen Interessen der Hausärzte an der weiteren Erbringung fachärztlicher Leistungen bzw. der Aufrechterhaltung ihrer bisherigen Praxisstruktur, sondern könne allein im Interesse einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten Anwendung finden. Bei der Beurteilung des Bedarfs halte der Beklagte es für sachgerecht, die Grenze der zumutbaren Entfernung für die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen innerhalb weiträumiger Planungsbereiche grundsätzlich auf 20 km zu reduzieren und diese bei teildradiologischen Leistungen noch mal auf 10 km zu verengen. Der Planungsbereich R. Stadt, in dem der Kläger tätig sei, überschreite insgesamt weder den Radius von 20 noch den von 10 km. Demnach müssten bezüglich der vom Kläger beantragten Radiologieleistungen alle im Planungsbereich niedergelassenen Fachärzte in die Bedarfsprüfung einbezogen werden. Diese seien nach den Ermittlungen des Beklagten in der Lage, die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit den vom Kläger beantragten fachärztlichen Leistungen zu gewährleisten. Ausweislich der Abrechnungsunterlagen des Jahres 2002 seien die teildradiologischen Leistungen nach EBM-Nrn. 5010, 5011, 5013, 5015, 5020, 5023, 5024 und 5030 im unterschiedlichen Umfang von insgesamt 31 fachärztlichen Praxen in R. erbracht worden. Die Nr. 5051 sei im Jahr 2002 von 19 fachärztlichen Praxen in R. erbracht worden. Diese Praxen verfügten auch über ausreichende Kapazitäten um die bisher vom Kläger erbrachten Leistungen zu übernehmen. Auf Besitzstandschutz könne sich der Kläger nicht berufen. Der Hausarztvertrag bestimme in § 6 bereits seit dem Inkrafttreten zum Januar 1994, dass unbeschadet der Übergangsregelung nach § 9 in der hausärztlichen Versorgung bestimmte Leistungen künftig nicht mehr vergütet würden. Bereits zum 1. Januar 1996 sei festgestanden, dass sämtliche radiologische Leistungen des Kapitels Q des damals neuen EBM 96 nach der Übergangsregelung des § 9 längstens bis zum 31. Dezember 2002 abrechenbar sein würden. Damit hätten die Hausärzte sieben Jahre Übergangsfrist erhalten.

Die dagegen vom Kläger erhobene Klage hat das Sozialgericht München (SG) mit Urteil vom 19. Januar 2005 abgewiesen. Zur Begründung führt das Gericht aus, bei den beantragten Leistungen handle es sich um fachärztliche Leistungen. Der Kläger nehme als Allgemeinarzt an der hausärztlichen Versorgung teil und dürfe diese Leistungen, auch wenn er sie früher erbracht habe, nicht mehr erbringen. Die Aufteilung in die hausärztliche Versorgung und die fachärztliche Versorgung sei wiederholt Gegenstand in Verfahren vor dem Bundessozialgericht gewesen. Dieses habe insbesondere in seinen Entscheidungen vom 18. Juni 1997 (Az.: [6 RKa 58/96](#)) und vom 1. Juli 1998 (Az.: [B 6 KA 27/97 R](#)) entschieden, dass die Aufteilung in die hausärztliche Versorgung und die fachärztliche Versorgung verfassungskonform sei. Der Gesetzgeber habe in [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) nur für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine befristete Ausnahmeregelung getroffen, wenn dies für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten notwendig sei. Diese Ausnahmeregelung habe der Beklagte auf die Allgemeinärzte entsprechend angewendet. Aus dem Wortlaut des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) gehe eindeutig hervor, dass es entscheidend auf den Bedarf ankomme. Hintergrund für die Aufteilung in die hausärztliche Versorgung und in die fachärztliche Versorgung sei die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Zuordnung bestimmter Gruppen von Leistungserbringern zu einzelnen Versorgungsbereichen, die Sicherstellung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und die Förderung der Qualität der Versorgung der Patienten. Damit laufe die Aufteilung den Interessen der Patienten nicht zuwider, sondern diene diesen. Ein Verstoß gegen [Art. 14 Grundgesetz\(GG\)](#) liege nicht vor. Der Kläger habe nicht darauf vertrauen können, dass er als Allgemeinarzt fachärztliche Leistungen unbegrenzt weiter erbringen dürfte. Hinzukomme, dass die von ihm im Jahr 1994 getätigten Investitionen über zehn Jahre zurücklägen und bereits amortisiert sein müssten. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass der Kläger, der als Allgemeinarzt von Gesetzes wegen an der hausärztlichen Versorgung teilnehme, je Behandlungsfall die sogenannte hausärztliche Grundvergütung erhalte ([§ 87 Abs. 2a Satz 3 SGB V](#) i.V.m. dem EBM). Die vom Beklagten durchgeführte Bedarfsprüfung auf der Basis einer Praxisbefragung erscheine als ausreichend, zumal es sich bei der Regelung des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) um eine restriktiv auszulegende Ausnahmeregelung handle.

Der Kläger hat gegen das ihm am 1. März 2005 zugestellte Urteil am 23. März 2005 Berufung eingelegt. Obwohl er ausdrücklich das Zutreffen der von der Beklagten vorgelegten Bedarfserhebung bestritten habe, habe das SG ohne weitere Prüfung deren Richtigkeit unterstellt. Es hätte hierzu der Einholung eines Gutachtens bedurft. Dieses werde im Berufungsverfahren beantragt. Das Gericht habe nur auf allgemeine Gesichtspunkt abgestellt und nicht, wie dies unverzichtbar gewesen wäre, auf die Interessen gerade der Patienten, um deren Wohl es dem Kläger besonders gehe. Eine Befragung dieser Patienten würde bestätigen, dass sie es als höchst unzumutbar ansähen, sich statt wie bisher in eine Arztpraxis, der sie vertrauten, in zwei Praxen begeben zu müssen. Im Übrigen wäre dies, was das SG völlig außer Betracht gelassen habe, wesentlich kostenintensiver. Zur Problematik der [Art. 12](#) und [3 GG](#) enthalte das Urteil lediglich einen Hinweis auf Ausführungen des BSG, ohne dass diese zitiert würden.

Der Kläger beantragt,

1. das Urteil des Sozialgerichts München vom 19. Januar 2005 wird aufgehoben. 2. Der Klage wird stattgegeben.

Die übrigen Beteiligten haben keinen Antrag gestellt.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten des Zulassungsausschusses und des Beklagten, die Akte des Sozialgerichts München mit dem Az.: [S 38 KA 1425/03](#) und die Berufsakten mit dem Az.: [L 12 KA 184/05](#) vor, auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig aber unbegründet.

Der Senat schließt sich in vollem Umfang den Gründen des angefochtenen sozialgerichtlichen Urteils an, so dass von einer weiteren

Darstellung der Entscheidungsgründe abgesehen werden kann ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Neue Gesichtspunkte wurden im Berufungsverfahren nicht vorgetragen. Das bloße unsubstantiierte Bestreiten der von der Beigeladenen zu 1) und vom Beklagten ermittelten Zahlen ist unbehelflich. Wie auch das SG hat der Senat keinen Grund an der Richtigkeit des Zahlenmaterials, das im Wesentlichen aus den bei der Beigeladenen zu 1) (KVB) abgerechneten Leistungen resultiert, zu zweifeln. Die Einholung eines Gutachtens hierzu ist nicht geboten. Der Kläger irrt, wenn er meint, es komme auf das angebliche Interesse seiner Patienten an, nur in (s)einer Praxis umfassend, also auch röntgenologisch behandelt zu werden. Diesen ist erforderlichen Falles durchaus zuzumuten, zum Zwecke der Erstellung von Röntgenaufnahmen fachärztliche Praxen aufzusuchen. Zudem erscheint es dem mit einem Arzt als ehrenamtlichen Richter fachkundig besetzten Senat mehr als zweifelhaft, ob es wirklich im wohlverstandenen (gesundheitlichen) Interesse der Patienten des Klägers sein kann, sich röntgenologischen Untersuchungen mit einer mehr als zehn Jahre alten Röntgenanlage zu unterziehen. Soweit der Kläger rügt, er sei in seinen Grundrechten ([Art. 3, 12, 14 GG](#)) tangiert, ist ebenfalls auf die Gründe des Ersturteils zu verweisen. Es trifft nicht zu, dass sich das SG mit den einschlägigen Entscheidungen des BSG nicht auseinandergesetzt hätte. Vielmehr sind im Urteil die Urteile des BSG vom 18. Juni 1997 und vom 1. Juli 1998 (Az.: [6 RKa 58/96](#) = SozR 3-2500, § 73 Nr.1 und [B 6 KA 27/97 R](#) = [MedR 1999, 476-479](#)) ausdrücklich zitiert. Hinzuzufügen ist, dass das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) eine gegen ein weiteres zu dieser Problematik ergangenes Urteil des BSG vom 18. Juni 1997 (Az.: [6 RKa 13/97](#), Parallelentscheidung zu [6 RKa 58/96](#)) gerichtete Verfassungsbeschwerde nicht angenommen hat (Beschluss 17. Juni 1999, Az.: [1 BvR 2507/97](#) = SozR 3-2500, § 73 Nr.3). In dem Nichtannahmebeschluss stellt das BVerfG fest, dass es sich bei der gesetzlich vorgeschriebenen Trennung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung um eine verfassungsrechtlich zulässige Berufsausübungsregelung im Interesse des Gemeinwohls handelt, die auch mit dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz vereinbar ist. Das SG hat in diesem Zusammenhang dem BSG folgend zutreffend darauf hingewiesen, dass die Röntgenanlage des Klägers schon sehr alt ist und infolge dessen längst abgeschrieben ist. Desweiteren war das Auslaufen der Ausnahmeregelung zum 31. Dezember 2002 bereits spätestens seit 1996 bekannt. Eine Schlechterbehandlung der Hausärzte gegenüber den Fachärzten ist nicht ersichtlich, zumal diese, wie das SG zutreffend ausführt, in den Genuss der Hausarztzuschüsse kommen. Soweit der Kläger eine Verletzung des [Art. 12 GG](#) rügt, ist darauf hinzuweisen, dass die Freiheit der Berufsausübung unter Gesetzesvorbehalt steht. Der Gesetzgeber hat in [§ 73 Abs.1a SGB V](#) die Trennung der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung ausdrücklich vorgeschrieben. Wie das SG zutreffend ausführt, sprechen dafür Gründe des Gemeinwohls (vgl. BVerfG a.a.O.), insbesondere das Interesse an einer qualitativ hochwertigen Versorgung durch die dafür jeweils in besonderer Weise ausgebildeten Fachärzte, aber auch Kostengründe. Durch eine klare Verteilung der Zuständigkeiten für die Erbringung ärztlicher Leistungen werden tendenziell überflüssige Doppeluntersuchungen vermieden. Inwiefern es, wie der Kläger meint, Mehrkosten verursachen soll, wenn erforderliche Röntgenaufnahmen nicht von ihm, sondern von dafür zuständigen Fachärzten erbracht werden, ist nicht erkennbar. Mit Sicherheit kostspieliger wird es, wenn nach einer insuffizienten Röntgendiagnostik durch einen Hausarzt später doch noch ein Facharzt bemüht werden muss, oder bei der auf der Grundlage der Röntgenaufnahmen erfolgten Behandlung Probleme auftreten.

Nach allem war die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 19. Januar 2005 zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für eine Zulassung der Revision sind im Anbetracht der o.g. höchstrichterlichen Entscheidungen nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-08-04