

S 18 KA 32/10

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
18
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 18 KA 32/10
Datum
20.04.2011
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie

Urteil

Bemerkung

- I. MRT-Leistungen gehören zum Standard der radiologischen Diagnostik und sind üblicherweise ortsnah zu erbringen (BSG, Urt. v. 19.07.2006, Az. [B 6 KA 14/05 R](#)). Versicherte können in der Regel nicht darauf verwiesen werden, MRT-Leistungen in benachbarten P
- II. Der auf den Beschluss vom 16.12.2009 ergangene Bescheid vom 27.01.2010 wird aufgehoben. Der Beklagte wird verurteilt, über den Widerspruch des Klägers gegen die Ablehnung des Antrags auf Ermächtigung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Magnet-Resonanz-Tomografie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.
- III. Die Kosten des Verfahrens trägt der Beklagte.
- III. Der Streitwert wird auf 66.483,69 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine Ermächtigung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Magnet-Resonanz-Tomografie (MRT).

Der Kläger ist Facharzt für Radiologie am D.-Krankenhaus H. wo er seit dem 01.01.2008 als Chefarzt die Radiologische Abteilung leitet. Das Krankenhaus ist im Bedarfsplanungsbereich M. gelegen. Im Planungsbereich nehmen zwei Fachärzte für Radiologie an der vertragsärztlichen Versorgung teil (Versorgungsgrad 132,5 %), darunter der in M. ansässige Facharzt für Radiologie Dipl.-Med. G. als Mitglied einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis, der Beigeladenen zu 8. Die Beigeladene zu 8 betreibt in der Praxis in M. den einzigen, für die vertragsärztliche Versorgung im Planungsbereich zur Verfügung stehenden Magnet-Resonanz-Tomografen. Das Gerät wird außer durch den Praxispartner Dipl.-Med. G. auch von den in R. bzw. Z. ansässigen Praxispartnern Dr. N. und Dr. K. genutzt.

Am 29.10.2007 beantragte der Kläger die Ermächtigung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung bestimmter radiologischer Leistungen in Fortführung der seinem Vorgänger, Chefarzt Dr. K., erteilten Ermächtigung sowie die Erstreckung der Ermächtigung auf MRT-Leistungen.

Der Zulassungsausschuss Ärzte erteilte auf Grund eines Beschlusses vom 04.12.2007 mit Bescheid vom 12.12.2007 dem Kläger antragsgemäß mit Wirkung ab dem 01.01.2008, zunächst befristet bis zum 31.12.2009, die Ermächtigung für die zuvor von Dr. K. erbrachten diagnostisch-radiologischen Leistungen, lehnte jedoch den Antrag auf die Ermächtigung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung von MRT-Leistungen ab. Solche Leistungen würden in 20 km Entfernung von einem niedergelassenem Radiologen in M. erbracht. Diese Entfernung sei den Patienten für eine einmalige Diagnostik zumutbar. Als Vergleichsmaßstab könne dabei auf die Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV zurückgegriffen werden, wonach Dialyseleistungen innerhalb eines Radius von bis zu 30 km zu planen seien.

Mit seinem am 07.02.2008 gegen Ablehnung des Antrags auf Ermächtigung bezüglich der MRT-Leistungen erhobenen Widerspruch vom 04.02.2008 beanstandete der Kläger, der Zulassungsausschuss habe nicht ausreichend geprüft, ob das Versorgungsangebot ausreicht. Der MRT-Standort in H. erschließe auch den benachbarten Planungsbereich C L. Es reiche nicht aus, nur auf den Bedarf im Planungsbereich M. abzustellen. Zudem habe der Zulassungsausschuss keine Erhebungen zum Auslastungsgrad und zu Wartezeiten am vertragsärztlichen MRT-Praxisstandort in M. durchgeführt, keine Ärzte befragt und die bei den vertragsärztlichen Leistungserbringern der Beigeladenen zu 8 eingeholten Auskünfte nicht überprüft. Tatsächlich beliefen sich die Wartezeiten auf einen MRT-Termin dort auf vier bis sechs Wochen, in Spitzenzeiten auf ein Vierteljahr (Beweis: Fragebogenauskünfte zu Wartezeiten). Der Kläger habe auf die Aussage der zu 1 beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung hin, Dipl.-Med. G. verfüge über freie Kapazitäten, Patienten an jenen verwiesen, diese hätten dort jedoch keinen Termin erhalten.

Der Beklagte wies auf Grund des Beschlusses vom 27.08.2008 durch Bescheid vom 06.11.2008, der am 07.11.2008 zugestellt wurde, den Widerspruch des Klägers zurück. Die Bedarfslage im benachbarten Planungsbereich sei nicht zu berücksichtigen; der Planungsbereich M. weise im Vergleich zu den Bereichen C. und C L. keinen besonderen Zuschnitt auf. Dipl.-Med. G. habe eine zweischichtige Auslastung des MRT-Geräts in M. in Kooperation mit Dr. N. versichert und sehe keinen darüber hinaus gehenden Bedarf nach MRT-Leistungen. Die vom Kläger vorgelegten Angaben von Ärzten zu Wartezeiten seien nicht prüfbar. Einige Praxen bestätigten kürzere Wartezeiten gerade in M. Insgesamt hielten sich die mitgeteilten Wartezeiten im üblichen Rahmen, wobei unterstellt werden könne, dass auf telefonische Anfrage des Überweisers dringende Untersuchungen innerhalb kurzer Zeit durchgeführt werden können. Die Entfernung bis M. sei den Patienten zumutbar.

Gegen diesen Bescheid richtete sich die am 04.12.2008 zum Sozialgericht Dresden erhobene Klage im inzwischen erledigten Verfahren Az. S 18 KA 850/08. Der Kläger begründete diese damit, die in der Regel monatelangen Wartezeiten (selbst bei jungen Patienten mit Krebsverdacht drei Monate) seien unzumutbar. Fachärzte erwarteten bei akuten Beschwerden die Vorlage eines MRT bereits vor der Erstvorstellung. Patienten würden deshalb zum Teil auf andere Bundesländer verwiesen. Der Kläger erhalte eine Vielzahl von Patientenfragen und Beschwerden, dass das Krankenhaus ambulant keine MRT-Leistungen anbiete. Die Magnet-Resonanz-Tomografie gehöre nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.07.2006, Az. [B 6 KA 14/05 R](#), zur ortsnahen Regelversorgung. Leistungsangebote an MRT-Standorten außerhalb des Planungsbereichs seien unbeachtlich, wenn andererseits nur der Bedarf im Planungsbereich berücksichtigt werde. Wegen der Zuweisung von Patienten aus benachbarten Planungsbereichen sei gleichwohl ein lokaler Sonderbedarf zu prüfen. Die summarische Einschätzung des einzigen die Leistung im Planungsbereich anbietenden Vertragsarztes, er decke den Bedarf, sei keine Entscheidungsgrundlage. Die Gemeinschaftspraxis der Beigeladenen zu 8 erbringe am Standort in M. MRT-Leistungen auch durch die nicht im Planungsbereich ansässigen Praxispartner. Ein zweischichtiger Betrieb zur Deckung des Behandlungsbedarfs der innerhalb des Planungsbereichs ansässigen Patienten sei so nicht zu gewährleisten. Zur Bekräftigung legte der Kläger schriftliche Auskünfte von Ärzten aus dem Umkreis zu Wartezeiten auf einen MRT-Termin sowohl im Einzugsbereich der jeweiligen Praxis als auch speziell in der Praxis der Beigeladenen zu 8 am Standort in M. vor. Der Beklagte trat der Klage unter Hinweis auf das vertragsärztliche Leistungsangebot in M. und an insgesamt neun weiteren Standorten im Umkreis von 20 bis 34 km entgegen. Die Versorgung von Patienten aus angrenzenden Planungsbereichen habe indessen bei der Bedarfsermittlung außer Betracht zu bleiben.

In der mündlichen Verhandlung am 07.10.2009 im Verfahren Az. S 18 KA 850/08 wies das Gericht die Beteiligten darauf hin, dass die Zulassungsgremien die Angaben zur Versorgungssituation nur unzureichend im Hinblick auf die Deckung des Bedarfs an den im Streit stehenden MRT-Leistungen objektiviert hätten. Allein die Feststellung der Anzahl der Ärzte mit MRT-Genehmigung und der MRT-Standorte sei hierfür nicht ausreichend. Insbesondere sei der Auslastungsgrad der MRT-Praxen im Planungsbereich zu überprüfen, zum Beispiel an Hand von Häufigkeitsstatistiken der Leistungserbringer und einer Überprüfung der Wartezeiten speziell für die im Streit stehenden Leistungen. Da es hier nur einen vertragsärztlichen MRT-Standort im Planungsbereich gebe, dürfte es zudem geboten sein, die Auskünfte des Leistungserbringers auch an Hand von Befragungen typischer Zuweiser zu überprüfen. Das - zu jenem Zeitpunkt noch nicht mit Gründen veröffentlichte - Urteil des Bundessozialgerichts vom 02.09.2009, Az. [B 6 KA 21/08 R](#), sei zu berücksichtigen. Der Zuschnitt des Planungsbereichs M. dürfe keine Atypik aufweisen. Allein die Randlage des Krankenhauses, in dem der Kläger tätig ist, im Planungsbereich begründe noch keine Ausnahmekonstellation für die Prüfung der Bedarfslage. Eventuelle Versorgungslücken bei MRT-Leistungen in benachbarten Planungsbereichen seien durch Ermächtigungen oder Sonderzulassungen in den betreffenden Planungsbereichen zu schließen.

Hinsichtlich des Streitgegenstandes erklärten die Beteiligten ihre Übereinstimmung darüber, dass, soweit die vom Kläger beantragte Ermächtigung nur befristet erteilt werden kann (typischer Weise auf zwei Jahre), die Dauer der Befristung ab dem Datum der Erteilung der Ermächtigung zähle, und schlossen sodann zur Erledigung des Rechtsstreits einen gerichtlichen Vergleich, in dem der Beklagte sich verpflichtete, den auf den Beschluss vom 27.08.2008 hin ergangenen Bescheid vom 06.11.2008 zurückzunehmen und über den Widerspruch des Klägers gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses Ärzte vom 04.12.2007 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Der Kläger werde dem Beklagten eine Übersicht über die typischen Zuweiser nach Facharztgruppen unter Angabe typischer Indikationen zur Verfügung stellen, diese Übersicht werde der Beklagte als Grundlage der weiteren Ermittlungen berücksichtigen. Die Beteiligten stimmten darin überein, dass sich die Bedarfsabfrage auf den Bereich des Planungsbereiches M. beschränkt.

Der Beklagte führte daraufhin unter den - vom Kläger als typische Zuweiser benannten - Allgemeinmedizinern, Orthopäden, (Unfall-)Chirurgen, Internisten, Neurologen, Psychiatern, HNO-Ärzten, Augenärzten, Gynäkologen, Urologen und Hautärzten im Planungsbereich M. eine schriftliche Umfrage durch. Darin bat er um eine allgemeine Einschätzung der Versorgungslage im Planungsbereich mit MRT-Leistungen. Die befragten Ärzte wurden gebeten, anzugeben, an welche radiologischen Praxen sie Patienten üblicherweise überweisen. Der Beklagte fragte nach den Wartezeiten in der radiologischen Praxis M. und bat um eine Einschätzung, ob und für welche Indikationsgruppen ein Bedarf nach einer Ermächtigung für MRT-Leistungen bestehe. Hinsichtlich der Antworten der Ärzte wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten im Abschnitt "Umfrage" Bezug genommen.

Der Beklagte vermerkte unter dem 11.12.2009, Dipl.-Med. G. habe ihm gegenüber telefonisch angegeben, die Wartezeit auf einen MRT-Termin betrage in der Regel vier, derzeit wegen der Weihnachtsfeiertage sechs Wochen, dringliche Untersuchungen würden auf kollegialen Anruf des überweisenden Arztes auch sofort durchgeführt. Die Abteilung Sicherstellung der Beigeladenen zu 1 notierte unter dem 15.12.2009 eine telefonische Auskunft Dipl.-Med. G., wonach an den MRT-Standorten der Beigeladenen zu 8 nach kollegialer Absprache ein tägliches Zeitfenster von zwei Stunden für akute Untersuchungstermine genutzt werden könne.

Gestützt auf die Ergebnisse der Umfrage und die Erklärungen Dipl.-Med. G. wies der Beklagte mit auf den Beschluss vom 16.12.2009 ergangenen Bescheid vom 27.01.2010 den Widerspruch des Klägers gegen die Ablehnung der Ermächtigung erneut zurück. Eine Auswertung der Häufigkeitsstatistiken zu den in der Praxis der Beigeladenen zu 8 in den Quartalen II und III/2009 abgerechneten MRT-Leistungen zeige, dass mehr als marginale Kapazitäten für die Erbringung von MRT-Leistungen bestünden. Die von Dipl.-Med. G. und den befragten Zuweisern angegebenen Wartezeiten seien zumutbar. In der Umfrage seien nur in geringem Umfang Wartezeiten von über zwei Monaten angegeben worden (Verweis auf Bundessozialgericht, Urteil vom 02.09.2009, Az. [B 6 KA 21/08 R](#), juris Rn. 18).

Hiergegen richtet sich die am 26.02.2010 beim Sozialgericht Dresden eingegangene Klage im vorliegenden Verfahren, Az. [S 18 KA 32/10](#).

Der Kläger trägt vor, er erhalte weiterhin täglich fünf bis sechs Anrufe von Patienten, die anfragen, ob sie nicht einen MRT-Termin im Krankenhaus erhalten können. Eine niedergelassene Ärztin habe berichtet, ihr seien Ende September, Anfang Oktober 2010 trotz Anfragen bei verschiedenen Praxen im Umkreis Termine zur Wirbelsäulendiagnostik nur im Abstand von sechs bis zwölf Wochen in Aussicht gestellt worden. Die Auffassung des Beklagten, die Befragung habe keine qualitative Versorgungslücke ergeben, sei nicht nachvollziehbar. Die Mehrheit der befragten Zuweiser habe sich für eine Ermächtigung ausgesprochen. Soweit der Beklagte den Bedarf als durch das Leistungsangebot der Beigeladenen zu 8 gedeckt erachte, dürften dabei nur die Ärzte mit Sitz im Planungsbereich berücksichtigt werden. Jedenfalls müsse die räumliche Kongruenz zwischen Bedarfsermittlung und Versorgungsangebot gewahrt bleiben. Die Behauptung Dipl.-Med. G. gegenüber der Beigeladenen zu 1, er vermeide in dringlichen Fällen Wartezeiten durch das Vorhalten eines zweistündigen Zeitfensters, bedürfe der Überprüfung, weil ein solches Vorgehen unwirtschaftlich wäre. Ein Probeanruf in der Praxis der Beigeladenen zu 8 habe die Behauptung Dipl.-Med. G. widerlegt (Beweis: Vernehmung der Zeuginnen F. und Gr.). Die vom Beklagten ausgewerteten Häufigkeitsstatistiken ließen darauf schließen, dass - unabhängig von der Auslastung der ärztlichen Arbeitskraft - jedenfalls die Kapazität des MRT-Geräts in der Praxis der Beigeladenen zu 8 in M. voll ausgelastet sei.

Der Kläger beantragt,

den Beschluss des Beklagten vom 27.01.2010 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über den Widerspruch des Klägers gegen die Ablehnung des Antrags auf Erteilung der Ermächtigung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Magnetresonanztomografie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er nimmt auf die Gründe des Widerspruchsbescheides Bezug. Eine Auswertung der von den Ärzten der Beigeladenen zu 8 gemeldeten Sprechzeiten belege, dass eine ausreichende Versorgung mit MRT-Leistungen gewährleistet sei, zumal den Häufigkeitsstatistiken zufolge Dipl.-Med. G. in geringerem Umfang MRT-Leistungen erbringe als Dr. N., also noch über freie Kapazitäten hinsichtlich der ärztlichen Arbeitszeit verfügen müsse. Die Auslastung an Hand der Gerätelauzeit lasse sich daneben nicht verifizieren.

Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte mit der Niederschrift über die mündliche Verhandlung und auf die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet.

Klarzustellen ist zunächst, dass das Klagebegehren des Klägers sich nicht durch Zeitablauf erledigt hat. Der Kläger hatte die Ermächtigung, einschließlich deren Erstreckung auf MRT-Leistungen, zunächst im nahtlosen Anschluss an die zum Ablauf des 31.12.2007 endende Ermächtigung seines Vorgängers, Chefarzt Dr. K., beantragt. Ermächtigungen sind gemäß § 31 Abs. 7 Satz 1 Ärzte-ZV grundsätzlich zu befristen, in der Praxis regelmäßig auf zwei Jahre. Gleichwohl beschränkt sich die Klage nicht etwa auf die Erteilung einer Ermächtigung für den Zeitraum vom 01.01.2008 bis zum 31.12.2009 (offenbar anderer Auffassung: Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 27.06.2007, Az. L 1 KA 8/06, nicht veröffentlicht). Zutreffend sind Kläger, Beklagter und Beigeladene zu 1 bereits im Verfahren S 18 KA 850/08 übereinstimmend davon ausgegangen, dass im Falle der Erteilung der begehrten Ermächtigung deren Befristung sich ab dem Zeitpunkt ihrer Erteilung bemisst. Damit wird dem Zweck der Befristung Rechnung getragen, mit Rücksicht auf den Ausnahmecharakter der Ermächtigung deren Weitergeltung zwingend von der Prüfung abhängig zu machen, ob die für die Erteilung vorausgesetzte Versorgungslücke fortbesteht. Das Datum, ab dem der Krankenhausarzt die Ermächtigung zunächst beantragt hatte, ist nach Sinn und Zweck der Nebenbestimmung für den Lauf der Frist unerheblich, wenn und solange die Zulassungsgremien keine Versorgungslücke festgestellt haben, die sie zur Erteilung der Ermächtigung veranlasst. Eine Anknüpfung des Fristlaufs an diesen Zeitpunkt mit der Folge der Erledigung des Antrags nach Fristablauf wäre sachwidrig. Gänzlich unvertretbar wäre es, dem Antragsteller unwiderleglich den Willen zu unterstellen, die Ermächtigung solle, da sie üblicherweise befristet erteilt wird, nur für den kalendarisch festen Zeitraum ab dem Zeitpunkt, zu dem die Ermächtigung beginnen sollte, bis zu dem sich hieran anknüpfenden Fristende gelten. Dies schiebt der Erklärung des Antragstellers einen Sinn unter, der für ihn nachteilig wäre. Denn je nach Dauer eines gegen die Ablehnung der Ermächtigung gerichteten Verfahrens würde die Verfahrensdauer regelmäßig die Regelbefristungsdauer überschreiten oder wenigstens zum Großteil aufzehren. Wie lange ein solches Verfahren sich hinzieht, entscheidet nicht allein der Kläger, sondern auch die übrigen Verfahrensbeteiligten haben es einseitig in der Hand, durch Ausschöpfen des Instanzenzugs die Verfahrensdauer bis an das Ende eines fest bemessenen Befristungszeitraums oder darüber hinaus auszudehnen. Der den Antrag stellende Arzt würde dadurch seines von [Artikel 19 Abs. 4 GG](#) geschützten Rechts beraubt, effektiven Rechtsschutz gegenüber einer rechtswidrigen Ablehnung der Ermächtigung erlangen zu können. Die allgemeinen Grundsätze der Auslegung von Willenserklärungen verbieten es jedoch, dem Antrag des Krankenhausarztes ohne eine ausdrückliche und eindeutige gegenteilige Äußerung einen Sinn beizumessen, der sich aus Sicht eines objektiven Betrachters als absurd darstellt, weil er direkt in die Versagung des Rechtsschutzes für den mit dem Antrag gerade geltend gemachten Anspruch münden würde.

Der Bescheid des Beklagten ist rechtswidrig.

1. Gemäß [§ 116 SGB V](#) und § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV können die Zulassungsgremien Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung mit Zustimmung des Krankenhausträgers zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Gemeint ist mit der Formulierung des zweiten Satzes, dass ein Anspruch auf die Ermächtigung besteht, wenn die ambulante Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patienten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Krankenhausärzte von zugelassenen Vertragsärzten und zugelassenen ärztlich geleiteten Einrichtungen nicht sichergestellt ist.

Die Ermächtigung eines Krankenhausarztes erfordert entweder einen quantitativ-allgemeinen oder einen qualitativ-speziellen

Versorgungsbedarf. Hiervon kommt vorliegend nur Letzterer in Betracht. Eine Ermächtigung zur Erbringung von MRT-Untersuchungen kann hier nicht unter dem Gesichtspunkt eines quantitativ-allgemeinen Bedarfs erteilt werden, weil im Planungsbereich M. nach der Zahl der zugelassenen Radiologen im Verhältnis zum rechnerischen Bedarf in quantitativer Hinsicht eine Überversorgung im Sinne des [§ 101 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) besteht. Ein qualitativ-spezifischer Versorgungsbedarf besteht, wenn bestimmte, für eine ausreichende Versorgung der Versicherten benötigte Leistungen von den zugelassenen Vertragsärzten nicht oder nicht ausreichend vorgehalten werden.

Die Erteilung oder Versagung einer Ermächtigung ist dabei nicht nur insgesamt überprüfbar, sondern auch hinsichtlich abgrenzbarer Teile. Ein Streitverfahren kann auf einzelne Leistungen, auf die sich die Ermächtigung erstreckt bzw. zusätzlich erstrecken soll, beschränkt sein. Die gerichtliche Überprüfung ist allerdings insofern begrenzt, als den Zulassungsgremien bei der Prüfung und Feststellung des Versorgungsbedarfs ein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum zusteht.

Einen Beurteilungsspielraum haben die Zulassungsgremien zunächst bei der Frage nach dem Umfang der erforderlichen Ermittlungen im Zusammenhang mit der Bewertung, Gewichtung und Abwägung der ermittelten Tatsachen. Sie haben einen Beurteilungsspielraum aber auch und vor allem bei der schlussfolgernden Bewertung, ob und inwieweit der Versorgungsbedarf bereits durch das Leistungsangebot der zugelassenen Ärzte gedeckt ist oder ob noch ein Versorgungsbedarf besteht. Ob im ambulanten Bereich ein Versorgungsdefizit besteht, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab (zum Beispiel der Anzahl und dem Leistungsangebot der niedergelassenen Ärzte, der Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur, dem Umfang und der räumlichen Verteilung der Nachfrage auf Grund vorhandener Verkehrsverbindungen), die für sich und in ihrer Abhängigkeit untereinander weitgehend unbestimmt sind. Die Zulassungsgremien können daher nur ungefähr entscheiden, ob und inwieweit die niedergelassenen Ärzte eine qualitativ ausreichende Versorgung gewährleisten. Dies rechtfertigt es, diesen Gremien insoweit einen Beurteilungsspielraum zuzugestehen und ihre Entscheidungen hinzunehmen, solange sie sich im Rahmen des Beurteilungsspielraums halten. Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich auf die Prüfung, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Zulassungsgremien bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs und des zu seiner Deckung verfügbaren Leistungsangebots die durch Auslegung des Begriffs der "ausreichenden ärztlichen Versorgung" zu ermittelnden Grenzen eingehalten und ob sie die Subsumtionserwägungen so hinreichend in der Begründung der Entscheidung verdeutlicht und begründet haben, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist.

Bei Anwendung dieser Maßstäbe war die Entscheidung des Beklagten rechtswidrig. Der Beklagte hat bei seiner Beurteilung, es bestehe keine Versorgungslücke, die für die Bedarfsprüfung maßgeblichen Rechtsmaßstäbe nicht zutreffend angewandt. Mit der im Widerspruchsbescheid mitgeteilten Begründung konnte der Beklagte einen sog. qualitativ-spezifischen Bedarf für eine Ermächtigung des Klägers zur Erbringung von MRT-Leistungen nicht verneinen.

2. Im Ausgangspunkt zu Recht hat der Beklagte allerdings die Bedarfsprüfung auf den Planungsbereich M. beschränkt, in dem der Kläger als Krankenhausarzt tätig ist.

Der räumliche Bereich, für den zu klären ist, ob ein die vertragsärztliche Versorgung sicherstellendes Versorgungsangebot vorliegt, ist grundsätzlich - ebenso wie beim quantitativ-allgemeinen Bedarf - der Planungsbereich, in dem der Krankenhausarzt praktiziert. Die Anknüpfung an den Planungsbereich ergibt sich bei der Frage eines quantitativ-allgemeinen Versorgungsgrades aus den Vorgaben des [§ 101 Abs. 1 Satz 2](#), 5 und 6 SGB V, ist aber auch bei der Ermittlung eines qualitativ-spezifischen Versorgungsbedarfs maßgebend. Liegen vertragsärztliche Leistungsangebote vor, so ist bei der Frage der Deckung des Versorgungsbedarf auch die Erreichbarkeit der Angebote mit zu berücksichtigen. Den Versicherten sind weitere Wege umso eher zuzumuten, je spezieller die betroffene Qualifikation ist (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 09.04.2008, Az. [B 6 KA 40/07 R](#), juris Rn. 35, Urteil vom 02.09.2009, Az. [B 6 KA 21/08 R](#), juris Rn. 15).

MRT-Leistungen gehören zum Standard der radiologischen Diagnostik und sind üblicherweise ortsnahe zu erbringen (Bundessozialgericht, Urteil vom 19.07.2006, Az. [B 6 KA 14/05 R](#), juris Rn. 19). Versicherte können deshalb in der Regel nicht darauf verwiesen werden, die Leistungen in benachbarten Planungsbereichen entgegen zu nehmen. Daraus folgt umgekehrt, dass der Bedarf zum Einen innerhalb des Planungsbereichs sicherzustellen ist, andererseits aber nur in atypischen Fällen eine planungsbereichsübergreifende Bedarfslage zu berücksichtigen ist. Zwar hat ein Leistungserbringer in Randlage eine Versorgungsfunktion auch für Versicherte in angrenzenden Planungsbereichen. Das gilt aber wechselseitig. Der Bedarf wird in Randlagen eines Planungsbereichs durch Ärzte mit Sitz innerhalb wie auch durch Ärzte mit Sitz außerhalb des Planungsbereichs mit dessen Grenze überschreitenden Einzugsgebieten befriedigt. Indem für alle Bereiche die gleichen Maßstäbe für die Bedarfsmessung angewandt werden, ist sichergestellt, dass bei einer planungsbereichbezogenen Beurteilung der Bedarf und die Versorgung mit wohnortnahen Leistungen angemessen abgebildet werden. Bestehen in benachbarten Planungsbereichen Versorgungsdefizite, die Leistungsangebote im untersuchten Planungsbereich binden, ist diesen Versorgungslücken vorrangig durch weitere (Sonderbedarfs-)Zulassungen und erforderlichenfalls Ermächtigungen in den lückenhaft versorgten Nachbargebieten Rechnung zu tragen.

Allein die dezentrale Lage des Krankenhausstandorts in H. innerhalb des Planungsbereichs M. gebietet keine bereichsübergreifende Beurteilung der Angebots- und Bedarfssituation. Der mit dem bis 2008 bestehenden Landkreis M. räumlich identische Planungsbereich weist, auch hinsichtlich der Einbettung an der Grenze zum Planungsbereich C L. keinen atypischen Zuschnitt auf, der eine Ausnahme rechtfertigt.

Auch eine räumlich engere Betrachtung ist nicht geboten. Die Erreichbarkeit der ambulanten Leistungsangebote ist innerhalb des Planungsbereichs - auch in der Umgebung des Krankenhausstandorts - gewährleistet. Mit einer Fläche von 773 km² weist der Planungsbereich keine räumliche Ausdehnung auf, innerhalb derer Patienten das Aufsuchen einer Praxis mit MRT-Gerät an einem anderen innerhalb des Planungsbereichs liegenden Ort unzumutbar wäre, zumal es sich bei der Anfertigung eines MRT für den Patienten in der Regel nur um eine einmalige Untersuchung handelt.

3. Nicht mehr im Rahmen einer vertretbaren Sachverhaltsbeurteilung liegt die Würdigung des Beklagten, aus dem Ergebnis der Ermittlungen sei zu schließen, dass der Bedarf nach MRT-Leistungen im Planungsbereich durch das Leistungsangebot der Beigeladenen zu 8 gedeckt werde.

Bei der Bewertung, Gewichtung und Abwägung der ermittelten Tatsachen im konkreten Einzelfall haben die Zulassungsgremien einen Beurteilungsspielraum. Keinen Beurteilungsspielraum haben sie hingegen bei der Frage, wie weit sie ihre Ermittlungen erstrecken. Denn der Umfang ihrer Ermittlungen ist durch [§ 21 SGB X](#) vorgegeben; die Ermittlung des Sachverhalts muss das nach pflichtgemäßem Ermessen erforderliche Maß ausschöpfen, d.h. so weit gehen, wie sich weitere Ermittlungen als erforderlich aufdrängen (vgl. [§ 21 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)). In diesem Bereich ist kein Raum für die Annahme eines Beurteilungsspielraums.

Soweit die Zulassungsgremien dem Umfang der Leistungserbringung durch die bereits zugelassenen Ärzte entscheidende Bedeutung beimessen, muss ihr Beurteilungsergebnis auf ausreichend fundierte Ermittlungen gegründet sein. Ihnen obliegt es, diejenigen Ärzte bzw. Praxen, die solche Leistungen möglicherweise bereits erbringen bzw. erbringen können, zu befragen und deren Angaben, da diese interessengeleitet sein könnten, an Hand weiterer Unterlagen - namentlich Häufigkeitsstatistiken - zu verifizieren. Die Ermittlungen der Zulassungsgremien zur Bedarfsdeckung müssen sich an der Versorgungsrealität ausrichten. Deshalb kommt Angaben über die Zahl der im betroffenen Planungsbereich zugelassenen Vertragsärzte und deren Fallzahlen allenfalls indizielle Aussagekraft zu. Nur eine Versorgung, die den Versicherten tatsächlich zur Verfügung steht, kann ihren Versorgungsbedarf decken. Solange die Versorgung nicht real gewährt wird oder jedenfalls eine Bereitschaft dazu besteht, ist eine Versorgungslücke gegeben, die der Deckung durch Sonderbedarfszulassungen oder notfalls durch Ermächtigungen zugänglich ist.

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 02.09.2009, Az. [B 6 KA 21/08 R](#), juris Rn. 18, gebilligt, dass die Zulassungsgremien die Ermittlungen zum Vorliegen eines nicht gedeckten Versorgungsbedarfs nicht allein darauf richten, ob die Zahl der im betroffenen Planungsbereich tätigen entsprechenden Ärzte und/oder deren Fallzahlen auf noch freie Kapazitäten schließen lassen. Vielmehr sei es unbedenklich, wenn die Zulassungsgremien zusätzlich oder alternativ prüfen, ob und ggf. wie lange Wartezeiten bei den Ärzten des in Frage stehenden Fachgebiets tatsächlich bestehen. Dies könne ein taugliches Kriterium für die Feststellung sein, inwieweit der Versorgungsbedarf der Versicherten noch nicht gedeckt ist.

Der Senat hat in seiner Entscheidung weiter darauf hingewiesen, dass die Überprüfung der Wartezeit sich nicht auf nur einen Teil der Ärzte beschränken dürfe. Vielmehr müssten die Ermittlungen in dem betroffenen Planungsbereich möglichst alle Ärzte des betroffenen Fachgebiets erfassen. Denn erhebliche Wartezeiten, die nur bei einzelnen Ärzten oder Praxen bestehen, reichten für die Annahme eines noch nicht gedeckten Versorgungsbedarfs nicht aus. Dementsprechend erfordere die Annahme unzumutbarer Wartezeiten, dass diese im betroffenen Planungsbereich bei der ganz überwiegenden Zahl der entsprechend spezialisierten Ärzte des Fachgebiets in dem betroffenen Planungsbereich bestehen. Der Berufungsausschuss dürfe die Ermittlungen zum Vorliegen eines nicht gedeckten Versorgungsbedarfs auf das Kriterium unzumutbarer Wartezeiten ausrichten. Dabei dürfe er sich jedoch nicht unter Verzicht auf systematische Ermittlungen der Wartezeiten mit punktuellen Informationen begnügen. Allein Hinweise der Krankenkassen auf Beschwerden über mehrmonatige Wartezeiten oder Erfahrungen eines Mitarbeiters aus eigener Behandlung, reichten nicht aus. Solche Informationen seien zu konkretisieren und könnten systematische Ermittlungen durch Einholung von Auskünften bei den einschlägigen Arztpraxen im Planungsbereich - evtl. durch Testanrufe mit der Bitte um einen Arzttermin - nur ergänzen, nicht aber ersetzen. Befragungen von Arztpraxen müssten objektiviert und verifiziert sowie bewertet werden (Urteil vom 02.09.2009, Az. [B 6 KA 21/08 R](#), juris Rn. 18 und 23 f.)

Ausgehend hiervon ist zunächst nicht zu beanstanden, dass der Beklagte sich nicht darauf beschränkt hat, den im Planungsbereich ansässigen Arzt der Beigeladenen zu 8, Dipl.-Med. G., nach freien Kapazitäten und Wartezeiten zu befragen und diese Angaben an Hand von Praxisöffnungszeiten und Häufigkeitsstatistiken zu plausibilisieren, sondern darüber hinaus eine Umfrage unter den als Überweiser in Betracht kommenden Vertragsärzten zur Versorgungssituation und zu Wartezeiten bei der Verordnung von MRT-Diagnostik durchzuführen. Der Beklagte ist damit im Rahmen seines Anerkenntnisses aus der Verhandlung vom 07.10.2009 im Verfahren Az. S 18 KA 850/08 einem Hinweis des Gerichts gefolgt, der sich seinerseits an der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts orientiert.

Da im Planungsbereich lediglich die Beigeladene zu 8 Leistungen der MRT-Diagnostik durch den hier ansässigen Dipl.-Med. G. vertragsärztlich erbringt, der Beklagte deshalb nur einen Leistungserbringer im Planungsbereich zu den Wartezeiten für MRT-Untersuchungen befragen kann, bedürfen dessen Auskünfte einer besonders sorgfältigen Überprüfung.

Hinzu kommt, dass der Beklagte sich darauf beschränkt hat, Dipl.-Med. G. lediglich telefonisch zu befragen. Dies ist nicht rechtswidrig. Die [§§ 21 f. SGB X](#) schreiben keine besondere Form für die Einholung von Auskünften vor. Da andererseits telefonisch eingeholte Auskünfte lediglich durch einen Aktenvermerk des zuständigen Bearbeiters dokumentiert werden können, bieten die so gewonnenen Ermittlungsergebnisse keine unmittelbare Gewähr für die Übereinstimmung des von der Auskunftsperson Erklärten mit dem Inhalt der Akte, sondern allenfalls dafür, was der befragende Bearbeiter verstanden bzw. wie er den dokumentierten Teil der ihm insgesamt mitgeteilten Informationen interpretiert hat. Die Auskunftsperson muss sich deshalb an dem dokumentierten Inhalt ihrer Auskunft nicht wie an einer verkörperten eigenen Erklärung festhalten lassen. Sie geht so kaum ein Risiko ein, für die nachteiligen Folgen eintreten zu müssen, die ungenaue oder irreführende Erklärungen im Falle einer darauf gestützten sachlich falschen Entscheidungen der Zulassungsgremien für konkurrierende Leistungserbringer haben können. Telefonischen Auskünften kommt deshalb von vorn herein ein geringerer Beweiswert zu, dem im Rahmen der Würdigung der Ermittlungsergebnisse Rechnung zu tragen ist.

Unter diesen besonderen Umständen liegt es hier nahe, die Objektivität der Erklärungen Dipl.-Med. G. zusätzlich abzusichern, indem ausnahmsweise nicht nur die Leistungserbringer, sondern darüber hinaus (auch) typische Zuweiser der streitgegenständlichen Leistungen in die Befragung einbezogen werden.

Bei der Würdigung der von den befragten Ärzten angegebenen Wartezeiten hat der Beklagte den Sachverhalt indessen nicht fehlerfrei gewürdigt.

a) Dass die Praxis der Beigeladenen zu 8 tatsächlich über freie Kapazitäten an MRT-Leistungen mit Relevanz für die Versorgung im Planungsbereich verfügen würde, kann aus den vom Beklagten ausgewerteten Angaben nicht geschlossen werden.

Allein die mehrwöchigen Wartezeiten sprechen schon für eine Auslastung des MRT-Geräts oder des hier ansässigen Arztes, entweder durch Erreichen der technischen bzw. arbeitszeitlichen Kapazitätsgrenze oder durch künstliche Verknappung des Angebots im Rahmen der Terminvergabe.

Entgegen den Ausführungen des Beklagten auf Seite 6 (erster Absatz) und Seite 8 (zweiter Absatz) des angefochtenen Bescheides lassen weder der umschichtige Betrieb des in M. befindlichen MRT-Geräts durch mehrere Ärzte der Beigeladenen zu 8 noch der Umfang der von diesen Ärzten abgerechneten MRT-Leistungen auf den Umfang der freien MRT-Kapazitäten schließen.

Dass das MRT-Gerät am Standort M. mehrschichtig durch Ärzte der Beigeladenen zu 8 genutzt wird, bedeutet nicht, dass hierdurch das Angebot an MRT-Leistungen im Planungsbereich vergrößert würde. Im Gegenteil: die teilweise Auslastung des Geräts durch die außerhalb des Planungsbereichs ansässigen Ärzte der Beigeladenen zu 8, Dres. K. und N., muss diesen Ärzten zugerechnet werden und zählt damit, da bedarfsplanerisch auf den Praxissitz abzustellen ist, als außerhalb des Planungsbereichs angebotene Leistung. Diese formale Betrachtung ist auch angebracht, weil zu vermuten ist, dass die Beigeladene zu 8 in dem Umfang, in dem ihre auswärtigen Ärzte das MRT-Gerät in M. nutzen, auch Patienten aus deren Planungsbereichen mit versorgt. Das Gerät selbst und das daran eingesetzte medizinisch-technische Personal der Praxis stehen insoweit der Patientenversorgung im Planungsbereich nicht zur Verfügung.

Nicht zu beanstanden ist im Ausgangspunkt die Einschätzung, dass an Hand der gemeldeten Sprechzeiten und der Auszüge aus den Häufigkeitsstatistiken zu den MRT-Leistungen der Beigeladenen zu 8 die ärztliche Arbeitszeit des im Planungsbereich ansässigen Dipl.-Med. G. nicht schon durch die Erbringung von MRT-Leistungen voll in Anspruch genommen wird. Der Umfang allein der Leistungen Dipl.-Med. G. nach den Abrechnungspositionen Nr. 34410 bis 34452 EBM entsprach im Quartal II/2009 pro Woche 27,8 Stunden kalkulatorischer ärztlicher Arbeitszeit und 18,7 Stunden EBM-Prüfzeit, im Quartal III/2009 21,1 Stunden kalkulatorischer ärztlicher Arbeitszeit und 14,2 Stunden EBM-Prüfzeit. Die Ärzte der Beigeladenen zu 8 aus den anderen Planungsbereichen, Dres. K. und N., nutzen das MRT-Gerät in M. in deutlich größerem Umfang. Davon entfielen allein auf Dr. N. im Quartal II/2009 wöchentlich 32,4 Stunden kalkulatorischer ärztlicher Arbeitszeit und 21,7 Stunden EBM-Prüfzeit sowie im Quartal III/2009 wöchentlich 32,2 Stunden kalkulatorischer ärztlicher Arbeitszeit und 21,6 Stunden EBM-Prüfzeit.

Hieraus kann indessen nicht geschlossen werden, dass Dipl.-Med. G. den Umfang der MRT-Leistungen für die Patienten des Planungsbereichs weiter ausweiten könnte. Abgesehen von der Frage, ob nicht eine stärkere Konzentration der ärztlichen Tätigkeit auf die MRT-Diagnostik zu Lasten anderer, ebenso versorgungsrelevanter radiologischer Leistungen geht, stellen Arbeitszeitreserven des Arztes nur eine notwendige, nicht aber hinreichende Bedingung für eine Ausweitung der vertragsärztlichen MRT-Diagnostik zu Gunsten der Patienten im Planungsbereich dar.

Das MRT-Gerät bindet bereits mehr ärztliche Arbeitszeit als dem Arbeitskraftanteil eines Vertragsarztes entspricht (II/2009: pro Woche 69,3 Stunden kalkulatorischer und 46,5 Stunden EBM-Prüfzeit, III/2009: 67,7 bzw. 45,4 Stunden). Auch wenn die Untersuchungstermine nicht an die gemeldeten Sprechzeiten der Praxis gebunden sind, ist die Versorgung der Patienten doch auf die üblichen Tageszeiten an den Arbeits- bzw. Werktagen beschränkt. Je mehr Gerätelauzeit bereits durch die Praxispartner belegt ist, desto geringer ist der Dipl.-Med. G. zur Verfügung stehende Zeitrahmen. Vor diesem Hintergrund ergibt sich die zeitliche Begrenzung der freien Kapazitäten für die Patientenversorgung im Planungsbereich nicht, jedenfalls nicht nur, aus der Inanspruchnahme ärztlicher Arbeitszeit, sondern auch und in erster Linie aus der technischen Auslastung des Geräts während der für die Patientenversorgung üblichen Tageszeiten, d.h. das Einrichten des Geräts, die eigentliche Untersuchung und die gerätebezogenen Nacharbeiten.

Der Beklagte hat hierzu keine Erhebungen veranlasst, da ihm nach Aussage der Vorsitzenden in der mündlichen Verhandlung Vergleichswerte fehlen. Die Zulassungsgremien dürfen ihre Ermittlungen auf verfügbare Daten beschränken. Der Ermittlungsaufwand muss angemessen sein. Nur wenn sich an Hand der ohne weiteres feststellbaren Daten zu den eingesetzten Geräten und den abgerechneten Untersuchungen an Hand objektiver Quellen eine sachverständige und hinreichend verlässliche Schätzung der Geräteauslastung unter üblichen Bedingungen gewinnen lässt, ist der Beklagte gehalten, eine solche zur Objektivierung der von den Leistungserbringern mitgeteilten Kapazitätsangaben heranzuziehen. Sind die Anknüpfungstatsachen hierfür nicht zugänglich oder fehlen objektive, sachverständige Erkenntnisquellen für eine qualifizierte Schätzung, muss das daraus resultierende Erkenntnisdefizit in Kauf genommen werden.

Liegt in diesem Sinne kein Defizit bei der Sachverhaltsermittlung vor, so stellt es doch einen Fehler der Sachverhaltsbeurteilung dar, wenn der Beklagte sich mit der Unzulänglichkeit der von ihm herangezogenen Daten nicht auseinandersetzt und, ohne die technisch bedingten Kapazitätsgrenzen zu würdigen, allein auf Grund der angenommenen ärztlichen Arbeitszeitkapazitäten auf freie Ressourcen für die MRT-Diagnostik im Planungsbereich schließt.

b) Bei der Bewertung der von den befragten Überweisern mitgeteilten durchschnittlichen Wartezeiten hat der Beklagte einen unzutreffenden Maßstab für die Sachverhaltswürdigung angelegt.

Der Beklagte zitiert im dritten Absatz auf Seite 8 des angefochtenen Bescheides das Urteil des Bundessozialgerichts vom 02.09.2009, Az. [B 6 KA 21/08 R](#), juris Rn. 18, wonach erhebliche Wartezeiten, die nur bei einzelnen Ärzten oder Praxen bestehen, für die Annahme eines noch nicht gedeckten Versorgungsbedarfs nicht ausreichen, dementsprechend erfordere die Annahme unzumutbarer Wartezeiten, dass diese im betroffenen Planungsbereich bei der ganz überwiegenden Zahl der Ärzte des entsprechenden ärztlichen Fachgebiets bestehen. Diesem Rechtssatz stellt der Beklagte die anschließende Feststellung gegenüber, dass im Rahmen der Umfrage unter den Zuweisern nur in geringem Umfang Wartezeiten von über zwei Monaten angegeben worden seien und die Wartezeiten im Wesentlichen bei vier bis sechs Wochen liegen würden. Die Kammer geht davon aus, dass beide Sätze nicht beziehungslos nebeneinander stehen; anderenfalls wäre der Bescheid mangels nachvollziehbarer Begründung ohnehin als beurteilungsfehlerhaft aufzuheben. Die beiden Absätze können deshalb nur so verstanden werden, dass der Beklagte, weil nicht alle Überweiser von längeren Wartezeiten in der Praxis der Beigeladenen zu 8 berichten, davon ausgeht, dass ein nicht gedeckter Versorgungsbedarf nach den Maßgaben des bundessozialgerichtlichen Urteils nicht angenommen werden dürfe.

Dies trifft indessen nicht zu. Das Urteil des Bundessozialgerichts bezieht sich auf den Fall, dass von verschiedenen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern nur einige unzumutbare Wartezeiten aufweisen, während durch andere Leistungserbringer die vertragsärztliche Versorgung mit den betreffenden Leistungen in zumutbarer Zeit sichergestellt ist. Im vorliegenden Fall ist es hingegen nach dem Ergebnis der Umfrage so, dass der einzige vertragsärztliche Leistungserbringer im Planungsbereich den überwiegenden Teil der Patienten innerhalb von vier bis sechs Wochen untersuchen kann, wohingegen ein anderer Teil der Patienten erst nach erheblich längerer

Wartezeit Zugang zur MRT-Untersuchung erhält.

Das belegt, dass die Praxis der Beigeladenen zu 8, entgegen der Interpretation des Beklagten, gerade nicht in der Lage ist, die Versorgung mit MRT-Leistungen flächendeckend binnen vier bis sechs Wochen zu gewährleisten, sondern dass diese oder kürzere Wartezeiten beim Gros der Patienten nur um den Preis deutlich längerer Wartezeiten bei anderen Patienten eingehalten werden.

Maßgebend für die Beurteilung, ob die Beigeladene zu 8 die Versorgung der Patienten zu zumutbaren Bedingungen sicherstellt, sind beim Abstellen auf die Wartezeiten indessen - soweit unter Würdigung der Indikation differenzierbar - hier die festgestellten längeren Wartezeiten. Denn unzumutbare Wartezeiten legen eine Versorgungslücke auch und schon dann nahe, wenn das an Hand überlanger Wartezeiten zu Tage tretende Versorgungsdefizit nur einen Teil der Patienten trifft. Der Bedarf ist qualitativ erst dann gedeckt, wenn allen Patienten gleichermaßen der Zugang zur speziellen fachärztlichen Versorgung binnen zumutbarer Fristen eröffnet ist. Unzumutbare Hürden für den Zugang zur ärztlichen Versorgung muss kein Patient hinnehmen, auch nicht in Einzelfällen. Wie viele Patienten von extremen Wartezeiten konkret betroffen sind, ist deshalb nicht für die Frage relevant, ob überhaupt ein Versorgungsdefizit besteht, sondern nur noch für die Frage von Interesse, welches Ausmaß dieses Defizit hat und welche Maßnahmen auf der Rechtsfolgenseite getroffen werden müssen, um den ungedeckten Bedarf zu befriedigen.

Der Beklagte hat die Auskünfte der befragten Ärzte vor diesem Hintergrund einer erneuten Beurteilung zu unterziehen.

c) Dabei spricht vieles dafür, dass die von den befragten Ärzten mitgeteilten Wartezeiten in einer nicht zu vernachlässigenden Zahl von Fällen unzumutbar lang sind.

Die Unterschiede in den Angaben der vom Beklagten befragten Zuweiser zu den anzutreffenden Wartezeiten legen nahe, dass die Terminvergabe sehr uneinheitlich ist und trotz relativ früher Terminvergabe in einem Teil der Fälle andere Patienten keinen Zugang zu zeitnahen Terminen finden.

Der Beklagte selbst hat sich bei der Unterscheidung zwischen den von ihm als hinnehmbar beurteilten Wartezeiten von "im Wesentlichen" vier bis sechs Wochen und den als kritisch beurteilten Wartezeiten von über zwei Monaten an der im Urteil des Bundessozialgerichts vom 02.09.2009, Az. [B 6 KA 21/08 R](#), juris Rn. 23, als unzumutbar bezeichneten Grenze von zwei Monaten orientiert.

Schon unter dieser Prämisse wäre zwingend ein Versorgungsdefizit anzunehmen, weil die Überschreitung zumutbarer Wartezeiten "nur in geringem Umfang", jedoch in der einzigen als Leistungserbinger in Frage kommenden vertragsärztlichen Praxis mit der Annahme eines gedeckten Bedarfs unvereinbar ist.

Einschränkend klarzustellen ist, dass sich die Einschätzung des Bundessozialgerichts auf Wartezeiten in kardiologischen Behandlungsfällen bezog, wenn diese im Normalfall mehr als zwei Monate betragen; solche Wartezeiten seien für die Versicherten selbst dann unzumutbar, wenn davon akute und dringliche Fälle ausgenommen sind. Andererseits hat der Senat an gleicher Stelle die Ungewissheit über die Art der Erkrankung bzw. über die genaue Diagnose keinesfalls für länger als zwei Monate zumutbar erachtet.

Eine absolute Grenze, ab der Wartezeiten generell als unzumutbar anzusehen sind, kann - im Gegensatz zu der apodiktischen Formulierung des Bundessozialgerichts - nicht festgelegt werden. Nicht in allen Fällen, die der Diagnostik sowohl in der Kardiologie als auch zur Abklärung mittels MRT auf anderen Gebieten zugewiesen werden, steht die Art der Erkrankung bzw. die Diagnose in Frage. Insbesondere die bildgebende Diagnostik wird vielfach auch bei bereits bekannter Diagnose zu Optimierung des weiteren therapeutischen, insbesondere operativen, Vorgehens eingesetzt. Insbesondere bei über mehrere Jahre hinweg allmählich fortschreitenden bzw. chronischen Erkrankungen können darüber hinaus therapeutisch relevante Untersuchungen teilweise so langfristig geplant werden, so dass sich behandelnder Arzt und Patient auch auf mehrmonatige Wartezeiten einstellen können. Ob und in welchem Umfang bestimmte Leistungen überhaupt angeboten werden und inwieweit spezielle Untersuchungsmethoden an Stelle anderer, weniger spezifischer aber schneller verfügbarer Methoden in Anspruch genommen werden, hängt nicht zuletzt vom bereits erreichten Ausmaß der Technisierung des jeweiligen Gesundheitssystems und den sich hieraus wiederum entwickelnden Anforderungen der zuweisenden Ärzte und den Erwartungen der Patienten ab. Das Leistungsangebot in Deutschland weist ein hohes Niveau an hochspezialisierten Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten auf, die prinzipiell allen gesetzlich Versicherten zu gleichen Bedingungen zugänglich sind. Dies betrifft insbesondere die MRT-Diagnostik. Mit 96,5 MRT-Untersuchungen je 1.000 Einwohner (Stand 2009) liegt Deutschland nach Angaben der OECD weltweit an der Spitze (zum Vergleich - Tschechische Republik: 27,8, Dänemark: 37,8, Frankreich: 48,5, Griechenland: 98,1 [jeweils 2008]; Quelle: BARMER GEK Arztreport 2011, Tabelle 58, Seite 240). Vielfach wird die Entscheidung für die MRT-Diagnostik getroffen werden, weil die diagnostischen Vorteile dieser Methode in weniger akuten Fällen den Nachteil längerer Wartezeiten aufwiegen. Kann eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Diagnostik auch mit anderen, eher verfügbaren Untersuchungsmethoden ohne Gefährdung des Behandlungsziels erreicht werden, ist die Inkaufnahme der längeren Wartezeit auf einen MRT-Termin nicht Ausdruck eines Defizits, sondern eines technisch besonders hochentwickelten Leistungsangebots. Vor diesem Hintergrund sind auch mehrmonatige Wartezeiten nicht in jedem Fall von vorn herein als absolut unzumutbar einzuschätzen.

Maßgeblich für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist deshalb zum Einen - soweit dies angesichts der Vielfalt der Behandlungsfälle praktisch möglich ist - die Dringlichkeit der Untersuchung in Abhängigkeit vom jeweiligen Anlass und Ziel der Diagnostik. Betrachtet man die vom Beklagten im Rahmen der Befragung in Betracht gezogenen Indikationen für MRT-Untersuchungen (Gelenkverletzungen und Gelenkbinnenschädigungen, Wirbelsäulenerkrankungen wie degenerative Erkrankungen, Verletzungen, Entzündungen, tumoröse Raumforderungen, Bandscheibenvorfälle u.s.w., intercerebrale Raumforderungen, entzündliche Veränderungen, Infarzierungen, Metastasierungen, Tumorstaging prä- und postoperativ, Muskelverletzungen, Rupturen und Einblutungen, Tumoren, Raumforderungen der Hals- und Orbita-Region, Angiografische Untersuchungen, besonders im Hals- und Kopfbereich), wird deutlich, dass es sich in zahlreichen Fällen um die Abklärung von Befunden handeln wird, denen entweder eine vitale Indikation zu Grunde liegt, oder in denen es um die Beurteilung von Eingriffen geht, die innerhalb eines gewissen zeitlichen Rahmen vorgenommen werden müssten, um - falls die Therapiepflichtigkeit und -möglichkeit bejaht wird - irreversible Schädigungen oder die vermeidbare Inkaufnahme von Funktionsdefiziten und Schmerzen zu vermeiden (Raumforderungen, Rupturen, Nervenkompressionen, lokale Minderversorgung und dergleichen). In solchen Situationen können schon regelhafte Wartezeiten von vier bis sechs Wochen die Behandlungsaussichten spürbar verringern. Die

bildgebende Diagnostik wird aber auch sonst vielfach für die therapeutische Intervention durch den Facharzt vorgreiflich sein. In der Praxis wird zudem oftmals erwartet, dass bereits der Hausarzt den Patienten zum MRT überweist, damit der Patient zur erstmaligen Vorstellung beim Facharzt den MRT-Befund vorweisen kann. Wartezeiten auf den MRT-Termin stellen sich damit als Engpass beim Zugang zur fachärztlichen Weiterbehandlung dar. Dieser Schlüsselposition des Radiologen hat die Beurteilung der Zumutbarkeit von Wartezeiten Rechnung zu tragen.

Allein die Unterscheidung nach den Indikationsgruppen, die der Beklagte zum Gegenstand seiner Umfrage unter den überweisenden Ärzten gemacht hat, lässt jedoch eine Differenzierung nach der Dringlichkeit der Behandlung im konkreten Fall nicht zu. Dass in "dringlichen Fällen" wie Dipl.-Med. G. ausweislich des Telefonvermerks des Beklagten versichert haben soll, kürzere Fristen möglich seien, ist in dieser Pauschalität weder quantitativ noch qualitativ verifizierbar und vom Beklagten auch nicht näher nachgeprüft worden, zumal schon offen bleibt, wie diese Dringlichkeit bewertet werden könnte.

Erweist sich eine differenzierte Beurteilung der unterschiedlichen Wartezeiten an Hand einfach handhabbarer Kriterien für die Dringlichkeit einer Überweisung im Einzelfall wegen der Vielfalt und Individualität der Fälle als praktisch nicht möglich, ist im Zweifel der Sicherstellung der Patientenversorgung der Vorrang einzuräumen.

d) Abgesehen von der Dringlichkeit der Diagnostik im jeweiligen Einzelfall, die einem generalisierenden absoluten Maßstab nicht zugänglich ist, hat sich die Beurteilung der Zumutbarkeit von Wartezeiten darüber hinaus an dem Ziel eines möglichst gleichmäßigen Zugangs der gesetzlich versicherten Patienten zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig von ihrer Herkunft zu orientieren. Dieser relative Maßstab kommt bereits in den bundeseinheitlichen Kriterien für die Bedarfsplanung zum Ausdruck. Gehören hochspezialisierte Diagnosemethoden zur wohnortnahen Standardversorgung, wie das bei MRT der Fall ist, können die Verhältnisse, welche die Versorgungslage im Bundesgebiet prägen, nicht völlig außer Acht gelassen werden. Auch wenn mehrere Ärzte die Wartezeiten auf einen MRT-Termin als hinnehmbar bezeichnen, ist kritisch zu prüfen, ob nicht diese allgemein gehaltene Bewertung lediglich Ausdruck der Verfestigung einer regionalen Versorgungsstruktur ist, die den Anschluss an den allgemeinen Versorgungsstandard nicht mehr wahrt. Auch unter diesem Aspekt sprechen Indizien dafür, dass die Wartezeiten im Planungsbereich M. eine regionale Versorgungssituation widerspiegeln, die in diesem Sinne auf ein "relatives" Versorgungsdefizit im Vergleich mit anderen Regionen hinweist.

Am alters- und geschlechtsstandardisierten Erwartungswert gemessen, weist der Planungsbereich M. eine unterdurchschnittliche Nutzungsrate an MRT-Untersuchungen auf, wobei die relative Rate an MRT-Untersuchungen in Sachsen bereits ca. 10 % unter dem Bundesdurchschnitt liegt (BARMER-GEK Arztreport 2011, Tabelle 48, S. 216). In der Tabelle sind die Abweichungen in einem Intervall von ± 50 % in Graustufen (zu je 5 %) dargestellt:

Relative Nutzungsraten von MRT-Untersuchungen in Sachsen (BARMER-GEK Arztreport 2011, Abb. 42, S. 218)

Der Planungsbereich M. hat ca. 128.000 Einwohner (Landkreis M. zum 31.12.2007: 127.960). Im gesamten Freistaat Sachsen kamen 2008 insgesamt 34 MRT-Geräte an Krankenhäusern auf 4.192.801 Einwohner (entspricht 123.317,7 Einwohner je Gerät; Quelle: http://www.statistik.sachsen.de/download/100/Berichte-Z/Z_III_1_j08.pdf). Zu Geräten in radiologischen Praxen, auch solchen, die mit Krankenhäusern kooperieren, fehlen Angaben. Diese Zahl dürfte jedoch erheblich darüber liegen, zumal die im Rahmen eines Kooperationsmodells am Krankenhaus angesiedelten Leistungserbringer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Der BARMER-GEK Arztreport 2011 (S. 189 und 192 f.) schätzt die Zahl auf 17 Geräte in Arztpraxen je Million Einwohner (ca. 1 je 59.000 Einwohner). Bundesweit rechneten 2009 insgesamt 2.379 Ärzte MRT-Leistungen ab (ca. 1 je 34.000 Einwohner). 918 ambulante Betriebsstätten rechneten 99 % der bundesweit angeforderten EBM-Ziffern für MRT-Leistungen ab (ca. 1 je 87.000 Einwohner). Mit nur einem für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden MRT-Gerät weist der Planungsbereich nach diesen Schätzungen eine unterdurchschnittliche Gerätedichte auf.

Exemplarisch hat das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung Hannover im Auftrage der BARMER-GEK bundesweit 559 Patienten mit Kniebeschwerden (also in der Regel ohne vitale Indikation) nach der MRT-Diagnostik zu ihren Wartezeiten befragt und festgestellt, dass fast ein Drittel (31,5 %) Termine binnen einer Woche und fast zwei Drittel (63 %) Termine binnen zwei Wochen erhalten haben (BARMER-GEK Arztreport 2011, S. 220 ff. und Tabelle 52, S. 226).

Ausweislich der Ergebnisse der vom Beklagten durchgeführten Befragung ist die Versorgung im Planungsbereich von diesen Verhältnissen ein ganzes Stück entfernt. Die vom Kläger mitgeteilten Klagen von Patienten und anfragenden Ärzten über zu lange Wartezeiten erscheinen damit plausibel.

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 ist nicht veranlasst ([§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 162 Abs. 3 VwGO](#)).

Der Streitwert ist gemäß [§ 52 Abs. 1 GKG](#) in Verbindung mit [§ 1 Nr. 4 GKG](#) und [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach der sich aus dem Klageantrag ergebenden Bedeutung der Sache festzusetzen. Bei der persönlichen Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist dabei von den erzielbaren Einnahmen abzüglich der Kosten im streitigen Zeitraum auszugehen (vgl. Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit 2009, Abschn. C.IX.6.1, NZS 2009, S. 427 ff. und 491 ff.). Die voraussichtlichen Honorareinnahmen für die Dauer der Ermächtigung - in der Regel zwei Jahre - bemessen sich ausgehend von der vom Kläger veranschlagten Anzahl der auf Grund einer Ermächtigung zu erbringenden Leistungen. Bei ca. 3 Untersuchungen bzw. 780 pro Jahr und einer durchschnittlichen Vergütung von je 120,05 EUR entspricht dies einem Umsatz von 93.639,00 EUR im Jahr bzw. 187.278,00 EUR in zwei Jahren. Abzuziehen sind die Kosten, wie beispielsweise an das Krankenhaus zu entrichtende Nutzungsentgelte. Diese können hier mangels krankenhausspezifischer Abrechnungsdaten nur an Hand des Praxiskostensatzes niedergelassener Radiologen geschätzt werden. Der durchschnittliche Praxiskostensatz radiologischer Gemeinschaftspraxen beläuft sich auf 64,7 %, der Reinertragsanteil auf 35,5 % (vgl. Statistisches Bundesamt [Hrsg.], Fachserie 2, Reihe 1.6.1, Unternehmen und Arbeitsstätten - Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen 2007, Wiesbaden 2009, Tabellen 1.2.2.2 S. 24 f. und 1.3.2.2 S. 38 f.). Es verbleibt ein Einnahmeüberschuss von 66.483,69 EUR.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2011-12-12