

S 38 KA 341/16

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG München (FSB)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

38

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 38 KA 341/16

Datum

12.04.2018

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Der Umstand, dass die Fachgruppe der Neurochirurgen der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet wurde (§ 14 Bedarfsplanungs-Richtlinie), verbunden mit einer großräumigen Planung bei dieser Fachgruppe (Bezirk der KVB) spricht unabhängig von der bisherigen Rechtsprechung dafür, dass den Versicherten zum Aufsuchen neurochirurgischer Versorgungsangebote größere Entfernungen zugemutet werden können.

2. Auch für die gesonderte fachärztliche Versorgung nach § 14 Bedarfsplanungs-Richtlinie gilt der Grundsatz der wohnortnahen Versorgung (vgl. § 26 Abs. 4 Nr. 3 sechster Spiegelstrich Bedarfsplanungs-Richtlinie „bestmögliche Versorgung der Versicherten“).

3. Bei der Beurteilung der „Zumutbarkeit erreichbarer Versorgungsangebote“ kann grds. eine Abstufung nach den Versorgungsebenen vorgenommen werden. Dabei ist aber auch zu differenzieren, ob es sich um ein Fachgebiet handelt mit keinem, mittlerem oder großen Patientenkontakt.

4. Eine historisch gewachsene Versorgungssituation führt zu keinem lokalen Sonderbedarf i.S.v. §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie. Ausnahmsweise kann die Berücksichtigung von Versorgungsangeboten in anderen Planungsbereichen geboten sein.

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Gegenstand der zum Sozialgericht München eingelegten Klage ist der Bescheid des beklagten Berufungsausschusses aus der Sitzung vom 08.10.2015, dem die Entscheidung des Zulassungsausschusses aus der Sitzung vom 25.03.2015 vorausgegangen war.

Der Beklagte lehnte die Anträge der Klägerin, einer MVZ-GmbH auf Genehmigung zur Anstellung von Frau Dr. D. und Herrn Dr. C. im Rahmen eines Sonderbedarfs für das Fachgebiet "Neurochirurgie" am Vertragsarztsitz A-Stadt ab. Zur Begründung führte er aus, die Voraussetzungen für einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf nach § 37 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie lägen nicht vor. Hierfür sei allein die Facharztbezeichnung "Neurochirurgie" nicht ausreichend. Auch gebe es keinen lokalen Sonderbedarf. Zwar sei A-Stadt als Niederlassungsort aufgrund seiner regionalen Bedeutung und seiner Lage grundsätzlich geeignet. Der Beklagte listete sodann die neurochirurgischen Leistungsangebote im Umkreis von 109 km auf. Es sei eine Umfrage unter den nächstgelegenen Praxen durchgeführt worden, in denen neurochirurgische Leistungen angeboten würden. Eine Neurochirurgin in N-D-Stadt habe zum Ausdruck gebracht, dass sie teilweise einen Bedarf sehe. Diese habe freie Kapazitäten für 100 Patienten angegeben, was trotz hoher Fallzahlen wegen einer guten Praxisorganisation möglich sei. Von angestellten Neurochirurgen am MVZ Klinikum E-Stadt sei ebenfalls ein teilweiser Bedarf bejaht worden, wie auch von einem Neurochirurgen aus F-Stadt. Dagegen habe die Umfrage bei einem Neurochirurgen in B-Stadt ergeben, dass dort kein weiterer Bedarf erkennbar sei; ebenfalls beim MVZ G-Stadt. Außerdem gebe es noch eine neurochirurgische Zweigpraxis in A-Stadt, die zu einer Praxis aus München gehöre. Diese befinde sich noch im Aufbau. Angegeben wurden dort 200 zusätzliche Kapazitäten. Im Ergebnis sei daher eine Bedarfsnotwendigkeit nicht erkennbar. Maßgeblicher Planungsbereich sei der Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, da Neurochirurgen zur gesonderten fachärztlichen Versorgung gehörten. Die Planung sei somit bayernweit vorzunehmen.

Was die Ermächtigungen am Bezirkskrankenhaus A-Stadt betreffe (sieben Ermächtigungen zum damaligen Zeitpunkt), so würden dort zwischen 112 und 323 Fälle pro Quartal behandelt. Es handle sich jedoch nicht allein um auf die "Neurochirurgie" beschränkte Leistungen. Darunter befänden sich auch radiologische Leistungen oder Leistungen, die von Orthopäden abgerechnet würden. Insofern relativierten sich

die hohen Fallzahlen. Hinzu komme, dass außerdem der Überweiserkreis eingeschränkt worden sei. Dadurch sei es auch zu einem spürbaren Rückgang der Fallzahlen bei den ermächtigten Ärzten gekommen. Die Klägerin verfüge im Übrigen auch über eine Sonderbedarfsanstellung (40 Stunden). Eine Sonderbedarfszulassung sei grundsätzlich nur dann zu erteilen, wenn eine Versorgungslücke in der gesamten Breite des Versorgungsbereichs vorhanden sei. Sei dies nicht der Fall, gingen Ermächtigungen vor.

Gegen den Bescheid des beklagten Berufungsausschusses aus der Sitzung vom 08.10.2015 ließ der Kläger Klage durch seinen Prozessbevollmächtigten einlegen. Zum Sachverhalt wies dieser darauf hin, die MVZ-Angestelltenstelle bedeute kein zusätzliches Versorgungsangebot, sondern beruhe auf einem Zulassungsverzicht eines bereits niedergelassenen Neurochirurgen, um bei der Klägerin im Angestelltenverhältnis tätig werden zu können. Entgegen der Auffassung der Beklagten bestehe ein lokaler Versorgungsbedarf im Sinne von §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie. Denn es stünden keine umfangreichen neurochirurgischen Leistungsangebote in A-Stadt und Umgebung zur Verfügung. Dort gebe es lediglich eine Zweigpraxis, in der lediglich sieben Wochenstunden praktiziert werde. Die Bewertung der Umfrageergebnisse durch den Beklagten sei kritisch zu hinterfragen, insbesondere was die von der Zweigpraxis angegebenen Kapazitäten über 200 Patienten betreffe. Ferner seien Versorgungsangebote in B-Stadt, F-Stadt, G-Stadt und E-Stadt nicht zu berücksichtigen, da diese über 50 km entfernt seien. Grund für den Antrag sei, dass derzeit noch vier Ermächtigungen bestünden. Von den ermächtigten Ärzten seien allein im Quartal 4/15 900 Fälle behandelt worden. Daraus sei zu schließen, dass ein Bedarf in Höhe von mindestens 2,5 Sonderbedarfsanstellungen bestehe. Die Sonderbedarfszulassung sei gegenüber Ermächtigungen vorrangig.

Der Beklagte wiederholte die Auffassung, es liege keine lokale Besonderheit vor, weshalb eine Sonderbedarfszulassung nicht erteilt werden könne. Bestehende Versorgungsangebote seien noch nicht vollständig ausgeschöpft. Des Weiteren sei darauf hinzuweisen, dass 38,9 % der Patienten bei der Klägerin aus mehr als 30 km Entfernung kämen. Patienten, die einer neurochirurgischen Versorgung bedürften, seien auch längere Anfahrtstrecken und an Fahrtzeiten zumutbar. Im Übrigen sei, was typischerweise für einen lokalen Sonderbedarf spreche, weder eine besondere Häufung von Krankheiten, die neurochirurgische Eingriffe erforderlich machten, noch eine sogenannte Enklavenlage erkennbar. Ebenfalls sei darauf hinzuweisen, dass in Bayern im Fachgebiet "Neurochirurgie" eine Überversorgung mit 187,2 % bestehe. Umgerechnet auf A-Stadt mit 123.000 Einwohnern sei nach den Verhältniszahlen ein Vertragsarztsitz ausreichend, selbst wenn man das Umland noch mit einrechne. Die hohe Nachfrage nach neurochirurgischen Leistungen in A-Stadt sei historisch bedingt. Denn es habe sich am Bezirkskrankenhaus A-Stadt ein gewisser neurochirurgischer Schwerpunkt etabliert, der zutreffend auch mit Einzelermächtigungen für spezialisierte, am Krankenhaus angestellte Ärzte abgebildet werde. Der Beklagte führte weiter aus: "Im Prinzip möchte der Kläger diesen Schwerpunkt nunmehr in das MVZ überführen. Es ist aber nicht Sinn und Zweck einer Sonderbedarfszulassung, einen lokalen Schwerpunkt in einem Facharztbereich aufzubauen, der flächendeckend über ganz Bayern angeboten werden sollte. Eine weitere Zulassung in A-Stadt wäre sogar strukturell für die Versorgungssituation kontraproduktiv und würde die Bedarfsplanung konterkarieren." Letztendlich führe dies zum Nachteil bislang nicht versorgter Regionen. Die sinkenden Fallzahlen bei den Ermächtigungen sprächen auch für deren Auslaufen. Mit einzubeziehen seien auch Versorgungsangebote aus Baden-Württemberg.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin entgegnete, es gebe keine Anhaltspunkte dafür, Leistungsangebote aus Baden-Württemberg mit einbeziehen zu müssen. Was den Planungsbereich betreffe, habe das Bundessozialgericht - wenn auch nicht für den Bereich "Neurochirurgie", aber für Strahlentherapeuten gerade in großräumigen Flächenstaaten wie Bayern diese Planung infrage gestellt (BSG, Urteil vom 04.04.2016, Az. [B 6 KA 24/15 R](#)). Aktuell verfüge das MVZ A-Stadt seit 1.7.2015 über einen Angestelltensitz Neurochirurgie. Seit 01.01.2017 sei ein weiterer Angestelltensitz "Neurochirurgie" hinzugekommen. Diese zwei Angestelltensitze seien aber nicht ausreichend, um das Patientenaufkommen versorgen zu können.

In der mündlichen Verhandlung am 12.04.2018 wurde die Sach- und Rechtslage mit den anwesenden Beteiligten umfassend besprochen.

Die Klägerseite machte darauf aufmerksam, dass mit den zwei Angestelltenstellen im MVZ ca. 1.600 Fälle im Quartal abgerechnet würden bei einer durchschnittlichen Fallzahl bei Neurochirurgen von 400. Aufgrund dieses immensen Aufkommens bestehe ein zusätzlicher Bedarf. Soweit der Beklagte einwende, die Versorgungssituation sei historisch bedingt, sei dies zutreffend. Dadurch ergebe sich aber auch ein spezieller, umfangreicher und größerer Einzugsbereich. Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin führte weiter aus, die Landkreise H. und, I. seien nicht mit "Neurochirurgie" versorgt, so dass letztendlich eine Einwohnerzahl von 300.000 Einwohnern zu versorgen sei. Der Klägerin gehe es nur darum, den Status quo beizubehalten.

Hierzu entgegnete die Beigeladene zu 1, dass dann die beiden Angestelltensitze genau der Verhältniszahl entsprechen würden. Im Übrigen bestehe, so der Beigeladene zu 1, bei der Klägerin ein Widerspruch insofern, als diese einerseits angebe, ganz Schwaben versorgen zu wollen, andererseits aber von einem 25 km-Radius spreche. In Ausnahmefällen könne auch das Versorgungsangebot in Baden-Württemberg mit berücksichtigt werden. In der Vergangenheit habe es für den Fachbereich "Neurochirurgie" keine eigene Planung gegeben. Dies habe vermutlich dazu geführt, dass nunmehr der Fachgruppendurchschnitt viel zu niedrig sei. Es sei darum gegangen, die Vertragsarztsitze zu sichern. Bis eine ausgewogene Planung erreicht werde, vergehe noch einige Zeit. Der konkrete Ort A-Stadt sei mehr als gut versorgt. Die Zentrumsstruktur ziehe automatisch Patienten an sich. Ein übergroßer Praxisumfang rechtfertige keine Sonderbedarfszulassung. Die erteilten Ermächtigungen stammten aus einer Zeit vor der Bedarfsplanung im Bereich der Neurochirurgie.

Der Beklagte führte aus, die Voraussetzungen für eine Sonderbedarfszulassung seien sehr eng. In dem Zusammenhang sei festzustellen, dass der Landkreis A-Stadt rein rechnerisch Überversorgt sei und die Fallzahlen beim MVZ historisch bedingt seien. Es sei nicht Sinn und Zweck der Sonderbedarfszulassung, eine historisch gewachsene Schwerpunktbildung zu unterstützen oder eine deutschlandweite Versorgung aufzubauen. Dadurch werde die Bedarfsplanung ad absurdum geführt. Aufgabe sei es vielmehr, die Versorgung in Bayern zu sichern. Entgegen der Auffassung der Klägerseite seien auch Versorgungsangebote in Baden-Württemberg mit zu berücksichtigen. Denn die Patienten seien nicht gezwungen, sich in Bayern behandeln zu lassen.

In der mündlichen Verhandlung am 12.04.2018 stellte der Prozessbevollmächtigte der Klägerin den Antrag aus dem Schriftsatz vom 04.04.2016.

Der Vertreter des Beklagten beantragte, die Klage abzuweisen.

Die Beigeladenen zu 8 und 9 stellten keine Anträge.

Der Vertreter der Beigeladenen zu 1 schloss sich dem Antrag des Vertreters des Beklagten an.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung war die Beklagtenakte. Im Übrigen wird auf den sonstigen Akteninhalt, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie die Sitzungsniederschrift vom 12.04.2018 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

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

Der angefochtene Bescheid des Berufungsausschusses ist als rechtmäßig anzusehen. Denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Sonderbedarfszulassung bzw. Sonderbedarfsanstellung (für Frau Dr. D. und Herrn Dr. C.).

Zu klären ist, ob ein Sonderbedarf auf dem Gebiet der "Neurochirurgie" besteht. Das Gebiet der "Neurochirurgie" ist wegen Überversorgung (187,2 %) vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß [§ 103 Abs. 1](#) und 2 SGB V gesperrt. Zulassungsbeschränkungen sind angeordnet. Deshalb kommt eine Zulassung, abgesehen von den Fällen des [§ 103 Abs. 3a, Abs. 4 SGB V](#) nur dann ausnahmsweise in Betracht, wenn ein Sonderbedarf nach [§ 101 Abs. 1 Ziff. 3 SGB V](#) i.V.m. §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie besteht. Der Gesetzgeber differenziert hier zwischen einem zusätzlichen lokalen oder einem qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf.

Für die rechtliche Beurteilung kommt es auf den maßgeblichen Zeitpunkt an. Hierbei ist zu differenzieren zwischen den jeweiligen Klagearten. Während bei einer (reinen) Anfechtungsklage die Sach- und Rechtslage bei Erlass des Verwaltungsaktes bzw. des Widerspruchsbescheides maßgeblich ist, ist bei Verpflichtungs- und Leistungsklagen auf den Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung vor der Tatsacheninstanz abzustellen (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum Sozialgerichtsgesetz, Rn 32, 33, 34 zu § 54). Nachdem es sich hier um eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) handelt, gelten die Grundsätze über Vornahmeklagen; so auch für Verpflichtungsklagen bei Ermessensentscheidungen, Entscheidungen mit Beurteilungsspielraum und Prognoseentscheidungen. Diese grundsätzlichen Überlegungen finden auch Anwendung bei Entscheidungen der Zulassungsgremien über die Erteilung einer Zulassung (BSG, Urteil vom 22.10.2014, Az. [B 6 KA 44/13 R](#)). Dies hat zur Folge, dass bis dahin alle Tatsachenänderungen zu berücksichtigen sind (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2017, Az. [B 6 KA 28/16 R](#)).

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die gerichtliche Überprüfung der Entscheidungen der Zulassungsgremien nur eingeschränkt möglich ist. Dies hängt damit zusammen, dass den Zulassungsgremien bei der Konkretisierung und Anwendung der unbestimmten Tatbestandsmerkmale "qualifikationsbezogener Sonderbedarf" und "lokaler Sonderbedarf" ein Beurteilungsspielraum zusteht, da es sich um "sachverständige, gruppenplural zusammengesetzte Gremien handelt, die bei der Entscheidung über das Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarf eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren zu berücksichtigen und gegeneinander abzuwägen haben" (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2010, Az. [B 6 KA 22/09 R](#)). Allerdings unterliegt es der gerichtlichen Prüfung, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zu Grunde liegt, ob die Verwaltung die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs ermittelten Grenzen eingehalten hat und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zu treffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (vgl. BSG, Urteil vom 14.07.1993, Az. 6 Rka 71/91). Denn nur auf dieser Grundlage können die Zulassungsgremien ihren Beurteilungsspielraum ermessensfehlerfrei ausüben. "Die Ermittlung des Sachverhalts muss das nach pflichtgemäßem Ermessen erforderliche Maß ausschöpfen, d.h. sich soweit erstrecken, wie sich Ermittlungen als erforderlich aufdrängen" (vgl. BSG, Urteil vom 08.12.2010, Az. [B 6 KA 36/09 R](#)).

Zu Recht wurde ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf abgelehnt. Denn die Voraussetzungen hierfür nach § 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie liegen nicht vor. Nach § 37 Abs. 1 Buchstabe a Bedarfsplanungs-Richtlinie ist die Prüfung und Feststellung einer bestimmten Qualifikation nach Abs. 2 erforderlich. Danach ist eine besondere Qualifikation anzunehmen, wie sie durch den Inhalt des Schwerpunktes, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung beschrieben ist. Wie der Beklagte zutreffend in dem angefochtenen Bescheid ausführt, ist die Facharztbezeichnung "Neurochirurgie" alleine für die Annahme eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs nicht ausreichend.

Auch liegen die Voraussetzungen für einen lokalen Sonderbedarf i.S.d. [§ 101 Abs. 1 Ziff. 3 SGB V](#) i.V.m. §§ 36, 37 Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht vor. Ein solcher setzt u.a. voraus, dass aufgrund durch von dem Zulassungsausschuss/Berufungsausschuss festzustellenden Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs (z.B. in Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geographische Besonderheiten, Verkehrsanbindung, Verteilung der niedergelassenen Ärzte), ein zumutbar Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und aufgrund dessen Versorgungsdefizite bestehen. Bei der Beurteilung ist den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11-14 Rechnung zu tragen (§ 36 Abs. 4 Bedarfsplanung-Richtlinie). Ein lokaler Sonderbedarf wird typischerweise bejaht, wenn in einer begrenzten Region eine besondere Häufung von Krankheiten vorkommt, die neurochirurgische Eingriffe erforderlich machen, oder, wenn es sich um eine sogenannte Enklavenlage handelt.

Der Beklagte bzw. die Beigeladene zu 1 haben hierzu eine Umfrage unter den nächstgelegenen neurochirurgischen Praxen durchgeführt, in denen neurochirurgische Leistungen angeboten werden. Ergebnis dieser Umfrage war, dass teilweise ein Bedarf bejaht wurde (eine Neurochirurgin aus N-D-Stadt mit freien Kapazitäten für 100 Patienten; angestellte Neurochirurgen am MVZ Klinikum E-Stadt; ein Neurochirurg aus F-Stadt). Andererseits haben die übrigen Neurochirurgen, darunter ein Neurochirurg in B-Stadt, Neurochirurgen beim MVZ G-Stadt und die neurochirurgische Zweigpraxis in A-Stadt (nach den Angaben dort 200 zusätzliche Kapazitäten) einen Bedarf verneint.

Damit ist der Beklagte grundsätzlich seiner Pflicht nachgekommen, sich ein möglichst genaues Bild der Versorgungslage zu machen, wie sie von der Rechtsprechung gefordert wird. Dabei stellt sich allerdings die Frage, ob alle Versorgungsangebote im Umkreis von 109 km in die Prüfung mit einzubeziehen sind. An sich sind nur solche Versorgungsangebote zu berücksichtigen, zu denen die Versicherten einen zumutbaren Zugang haben. Wie bereits ausgeführt, wurden mit der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie ab 01.01.2013 unterschiedliche Planungsbereiche festgelegt. Den Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist in Gesamtschau zu entnehmen, dass die Zuordnung zu den Planungsbereichen fachbereichsspezifisch erfolgt. Je spezieller der Fachbereich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) eingestuft wird, umso größer wird der Planungsbereich festgelegt. So gilt für Ärzte, die der hausärztlichen Versorgung angehören, also zum Beispiel für Fachärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung der Mittelbereich in Abgrenzung

des Bundesinstituts für Bau-Stadt-und Raumforschung als Planungsbereich (§ 11 Bedarfsplanungs-Richtlinie), während für Fachärzte, die der gesonderten fachärztlichen Versorgung angehören, also zum Beispiel für Laborärzte, Strahlentherapeuten und Neurochirurgen der Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung als Planungsbereich genannt wird. Auch fällt auf, je größer die Verhältniszahlen (Verhältnis Arzt zu Patienten) sind, umso größer sind die jeweiligen Planungsbereiche. Indirekt ergibt sich daraus auch eine unterschiedliche Versorgungsdichte und eine Definition des Bedarfs (vgl. BayLSG, Urteil vom 11.01.2017, Az. [L 12 KA 20/16](#)).

Mit dem Bayerischen Landessozialgericht (aaO) ist das Gericht der Auffassung, dass sich die Änderung der Grundstrukturen der Bedarfsplanung (Bedarfsplanungs-Richtlinie gemäß dem GKV- Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011 ([BGBl. I. S. 2983, BT-Drucks. 17/6096](#), 17/7274)) auch auf die Frage auswirken muss, welche Entfernungen den Versicherten zuzumuten sind, um Versorgungsangebote wahrnehmen zu können. Insofern wird es geboten sein, im Einzelfall je nach Fachgebiet die bisherige Rechtsprechung zu modifizieren. Nach der bisherigen höchstrichterlichen Rechtsprechung bleiben nur bei allgemeinen ärztlichen Leistungen Versorgungsangebote nicht berücksichtigt, die mehr als 25 km (zumutbare Entfernung) entfernt sind (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2010, Az. [B 6 KA 22/09 R](#)). Bei speziellen Versorgungsangeboten sind größere Entfernungen (mehr als 25 km) den Patienten zumutbar. Für die Fachgruppe der Neurochirurgen gab es bis zum 01.01.2013 überhaupt keine Bedarfsplanung. Eine Prüfung des Bedarfs fand somit nicht statt; auch nicht im Zusammenhang mit der Erteilung von Ermächtigungen. In der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie ist nunmehr auch für die Fachgruppe der Neurochirurgen eine Bedarfsplanung vorgesehen. Allein der Umstand, dass die Fachgruppe der Neurochirurgen der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet wurde (§ 14 Bedarfsplanungs-Richtlinie), verbunden mit einer großräumigen Planung bei dieser Fachgruppe (Bezirk der KVB) spricht unabhängig von der bisherigen Rechtsprechung dafür, dass den Versicherten zum Aufsuchen neurochirurgischer Versorgungsangebote größere Entfernungen zugemutet werden können.

Andererseits gilt auch für die gesonderte fachärztliche Versorgung prinzipiell der Grundsatz der wohnortnahen Versorgung. Expressis verbis ist zwar eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung für den Bereich Neurochirurgie nicht vorgesehen. In § 26 Abs. 4 Nr. 3 sechster Spiegelstrich Bedarfsplanungs-Richtlinie wird jedoch als eines der Auswahlkriterien, die auch für die gesonderte fachärztliche Versorgung gelten, die "bestmögliche Versorgung der Versicherten" genannt. Aus der Formulierung "bestmögliche Versorgung der Versicherten" in § 26 Abs. 4 Nr. 3 sechster Spiegelstrich Bedarfsplanungs-Richtlinie ergibt sich, dass auch für die gesonderte fachärztliche Versorgung trotz der Großräumigkeit des Planungsbereichs (§ 14 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie) zumindest indirekt eine möglichst flächendeckende und wohnortnahe Versorgung bei gleichmäßiger Verteilung der Vertragsarztsitze anzustreben ist (vgl. SG Marburg, Urteil vom 16.03.2016, Az. [S 12 KA 170/15](#)). Aus diesen grundsätzlichen Überlegungen heraus können beispielsweise Versicherte aus Südbayern selbst für eine großräumig angelegte gesonderte fachärztliche Versorgung nicht auf Versorgungsangebote in Nordbayern verwiesen werden. Dies wäre mit dem Grundsatz einer wohnortnahen Versorgung nicht zu vereinbaren.

Der Beklagte möchte Versorgungsangebote im Umkreis von 109 km berücksichtigen, was offenbar mit den Angaben der Klägerin zum geplanten Einzugsbereich zusammenhängt. Vorstellbar wäre grundsätzlich eine Abstufung, was die "Zumutbarkeit" angeht, nach den Versorgungsebenen hausärztliche Versorgung (zumutbar: maximal 25 km), allgemeine fachärztliche Versorgung (zumutbar: maximal 50 km), spezialisierte fachärztliche Versorgung (zumutbar: maximal 75 km) und gesonderte fachärztliche Versorgung (zumutbar: maximal 100 km). Es wird jedoch gerade bei den Versorgungsebenen mit großen Planungsbereichen, insbesondere aber bei der vierten Versorgungsebene (gesonderte fachärztliche Versorgung) je nach Fachgruppe zu differenzieren sein, je nachdem, ob es sich um ein Fachgebiet handelt mit keinem, mittlerem oder großen Patientenkontakt. Ein genereller Maßstab kann deshalb nicht vorgegeben werden. Dabei versteht sich von selbst, nicht nur die Entfernungen, sondern auch die Fahrzeiten mit zu berücksichtigen. Nachdem es sich beim Bereich der Neurochirurgie zwar um die vierte Versorgungsebene handelt, jedoch von zumindest mittleren Patientenkontakten auszugehen sein wird, erscheinen Versorgungsangebote in G-Stadt (Entfernung 103 km; Fahrzeit: 59 Minuten) und E-Stadt (Entfernung 109 km; Fahrzeit: 65 Minuten) unter keinen Umständen berücksichtigungsfähig.

Letztendlich kommt es aber darauf nicht an. Wie bereits ausgeführt, ist für die Beurteilung des Sachverhalts der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung vor der Tatsacheninstanz maßgeblich, d.h. die bis dahin erfolgten Tatsachenänderungen sind zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2017, Az. [B 6 KA 28/16 R](#)). Die tatsächliche Versorgungssituation am geplanten Standort A-Stadt ist aktuell davon geprägt, dass in A-Stadt eine Filialpraxis besteht, sowie ab 01.07.2015 ein Angestelltensitz Neurochirurgie und ab 01.01.2017 ein weiterer Angestelltensitz "Neurochirurgie" bei der Klägerin. Vorher gab es in A-Stadt und Umgebung nur die Filialpraxis sowie Ermächtigungen am Bezirkskrankenhaus A-Stadt (abnehmend von ursprünglich 7 auf 4 mit Einschränkung des Überweiserkreises, nicht nur rein neurochirurgische Leistungen erbringend). Ferner sind die bestehenden Versorgungsangebote im Umkreis bis auf die Versorgungsangebote in G-Stadt (Entfernung 103 km; Fahrzeit: 59 Minuten) und E-Stadt (Entfernung 109 km; Fahrzeit: 65 Minuten) zu berücksichtigen.

Was die Versorgungsangebote der Filialpraxis in A-Stadt betrifft, sind diese zwar anzurechnen (vgl. BSG, Urteil vom 08.12.2010, Az. [B 6 KA 36/09 R](#)), wobei sich allerdings die Frage stellt, ob die angegebenen freien Kapazitäten (200) objektivierbar sind. Denn die Filialpraxis steht wöchentlich nur sieben Stunden zur Verfügung.

Hinsichtlich der zwei Angestelltenstellen bei der Klägerin ist zunächst festzustellen, dass diese gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt mit lediglich 400 (Fallzahl pro Arzt) mit 1.600 sehr hohe Fallzahlen aufweisen. Dies könnte für einen zusätzlichen lokalen Sonderbedarf sprechen. Andererseits ist die niedrige durchschnittliche Fallzahl nach Auffassung des Gerichts zu relativieren, zumal es im Vorfeld vor Einführung der Bedarfsplanung bei Neurochirurgen im Jahr 2013 zu einer nicht unerheblichen Zahl an Praxisneugründungen gekommen sein durfte, um nicht der Bedarfsplanung zu unterliegen. Deshalb dürfte die wahre erbringbare Fallzahl eines in Vollzeit beschäftigten Neurochirurgen wesentlich darüber liegen. Dafür spricht auch der Umstand, dass selbst ein ermächtigter Arzt 312 Fälle pro Quartal erbracht hat und auf die beiden Angestelltensitze bei der Klägerin 1.600 Fälle entfallen.

Der vor Ort in A-Stadt nicht zu leugnende neurochirurgische Schwerpunkt ist, wie die Beteiligten übereinstimmend ausführten, historisch bedingt. Die Besonderheit zeichnet sich darin aus, dass das Bezirkskrankenhaus A-Stadt zu einem der beiden Standorte der Klinik für Neurochirurgie gehört, die bundeslandübergreifend an zwei Standorten, nämlich am Bezirkskrankenhaus A-Stadt (Freistaat Bayern) und am Universitätsklinikum D-Stadt (Baden-Württemberg) organisiert ist. Das Bezirkskrankenhaus A-Stadt ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität D-Stadt und verfügt nach dem Internetauftritt europaweit über einen der modernsten Operationssäle für operative Eingriffe am Gehirn - die BrainSuite iMRI. Dieser stationäre Schwerpunkt mit zumindest bundesweiter Bedeutung muss sich nicht zwangsläufig im

ambulanten Bereich fortsetzen. Jedenfalls führt diese historisch gewachsene Versorgungssituation nicht zu einem lokalen ambulanten Sonderbedarf. Letzterer setzt voraus, dass er seinen Ursprung in der Region hat. Hier aber stammt eine evtl. erhöhte Nachfrage aus dem stationären überörtlichen Bereich. Deshalb ist der historisch gewachsene Sonderbedarf nicht einem lokalen Sonderbedarf bei einer örtlich besonderen Häufung von Krankheiten, die neurochirurgische Eingriffe erforderlich machen, oder, einer sogenannten Enklavenlage gleichzusetzen.

Für einen lokalen Sonderbedarf spricht auch nicht, dass zuvor mehrere Ermächtigungen von Krankenhausärzten bestanden. Die dort erbrachten Leistungen bleiben zur Feststellung, welcher Versorgungsbedarf bereits gedeckt ist, außer Betracht (vgl. BSG, Urteil vom 08.12.2010, Az. [B 6 KA 36/09 R](#)), da diese Leistungserbringung gegenüber derjenigen der niedergelassenen Ärzte nachrangig ist; anders bei bedarfsunabhängigen Ermächtigungen, so z.B. bei [§ 117 SGB V](#) (BSG, Urteil vom 08.12.2010, Az. [B 6 KA 36/09 R](#)). Insofern kann die Klägerin nicht mit dem Argument gehört werden, es gehe ihr nur darum, dass der status quo beibehalten werde. Im Übrigen waren die im Rahmen der Ermächtigungen erbrachten Leistungen nicht rein neurochirurgischer Art. Es handelte sich auch um radiologische und orthopädische Leistungen.

Auch unter Anwendung der Verhältniszahlen (1 Arzt je 161.207 Einwohner) fällt auf, dass bei einer Einwohnerzahl von ca. 150.000 in A-Stadt und Umland an sich 1 Vertragsarztsitz ausreichend wäre und deshalb rein tatsächlich die Versorgung durch zwei Angestelltensitze und eine Filialpraxis weit darüber hinausgeht. Selbst wenn man weitere Landkreise (H., J.) mit einrechnen würde, was zu einer Einwohnerzahl von ca. 300.000 führen würde, wären zwei Vertragsarztsitze als ausreichend anzusehen. Hinzu kommen noch die Versorgungsangebote aus N-D-Stadt, B-Stadt und F-Stadt. Eine Sonderbedarfszulassung in einer bereits mehr als ausreichend versorgten Region würde dazu führen, dass eine ungleiche Verteilung der Vertragsarztsitze nicht nur gefestigt wird, sondern noch zunimmt. Dies würde weitere Sonderbedarfszulassungen nach sich ziehen (vgl. SG Marburg, Urteil vom 16.03.2016, Az. [S 12 KA 170/15](#)).

Im Rahmen des Verfahrens nicht klärungsbedürftig ist allerdings die Frage, ob Versorgungsangebote aus Baden-Württemberg mit zu berücksichtigen sind. Denn in dem angefochtenen Bescheid des Berufungsausschusses wurde nur auf dem Planungsbereich Bayern abgestellt. Nur dieser Bescheid ist Gegenstand des hier streitgegenständlichen Verfahrens. Gleichwohl wäre es nach Auffassung des Gerichts rechtlich nicht zu beanstanden gewesen, in den Beurteilungsspielraum ausnahmsweise Versorgungsangebote aus Baden-Württemberg mit einfließen zu lassen. Denn der Landkreis A-Stadt ist Grenzlandkreis zu Baden-Württemberg. In D-Stadt sind bzw. waren vier Neurochirurgen zugelassen. Wie das Hessische Landessozialgericht (Hess. LSG, Urteil vom 20.10.2010, Az. [L4 KA 68/09](#)) zutreffend ausgeführt hat, reduziert sich der Sicherstellungsauftrag nicht auf Planbereichsgrenzen. "Zulassungen und Ermächtigungen haben in diesem System vorrangig die Funktion, den Behandlungsanspruch der Versicherten zu erfüllen. Die Zulassungsgremien und die Kassenärztliche Vereinigung sind deshalb - da der Gesetzgeber insoweit keine überregionalen Gremien geschaffen hat, welche zur Schließung derartiger Versorgungslücken zuständig sind - auch verpflichtet, den Versorgungsbedarf außerhalb des Planungsgebiets in den Blick zu nehmen, wenn sich im Rahmen eines Ermächtigungsantrags ein Mangel im Leistungssystem zeigt. In dem Ausnahmefall, dass ein Krankenhausarzt hochspezialisierte ärztliche Leistungen erbringt, welche in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen fallen und welche ansonsten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht vorgehalten werden, sind die Zulassungsgremien daher gehalten, durch eine entsprechende räumliche Ausweitung der Ermächtigung den Versicherten Zugang zu diesen Leistungen zu verschaffen."

Aus den genannten Gründen ist ein zusätzlicher lokaler Sonderbedarf für den Standort A-Stadt nicht erkennbar.

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2018-05-23