

## S 11 KA 260/04

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

11

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 11 KA 260/04

Datum

10.02.2005

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Gerichtsbescheid

Leitsätze

1. Die Auflösung eines fachärztlichen Notdienstes und Eingliederung der Fachärzte (hier: Fachärztin für Gynäkologie) in den allgemeinen Notdienst ist vom Gestaltungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigung gedeckt; 2. Auch unter Geltung von [§ 73 Abs 1, Abs. 1a SGB V](#) besteht keine Verpflichtung zur Vorhaltung von fachärztlichen Notdiensten; 3. Insbesondere ergibt sich aus den Regelungen des Vertrages über die hausärztliche Versorgung nicht, dass der Notdienst nur noch von Hausärzten zu verrichten ist;

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Die Sprungrevision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auf 4000,00 EUR festgelegt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Teilnahme der Klägerin am allgemeinen Bereitschafts-dienst in M. streitig.

Die Klägerin ist seit 01.09.1983 approbierte Ärztin und nimmt seit dem 11.03.1991 als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der vertragsärztlichen (fachärztlichen) Versorgung mit Praxis-sitz in M. teil. Im Einzugsbereich der klägerischen Praxis war seit 1993 ein gynäkologischer Bereitschaftsdienst vorgehalten, an dem die Klägerin bis zum 31.03.2004 teilgenommen hat. Mit Schreiben vom 05.11.2003 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass in der Bereitschaftsdienstgruppe W. zu Beginn des Jahres 2004 von ehemals sieben nur noch drei Ärzte für die Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes zur Verfügung stehen würden. Es habe daher am 29.10.2003 ein Strukturgespräch stattgefunden, in dem man nach sorgfältiger Abwägung aller Möglichkeiten die Aufteilung des Bereichs W. und die Zuordnung zu den umliegenden Gruppen beschlossen habe. Durch die damit verbundene Vergrößerung der Dienstbereiche für alle Ärzte sei mit erheblichen zu-sätzlichen Belastungen zu rechnen. Die zuständige Bezirksstelle sei deshalb beauftragt, umgehend die Integration der Gynäkologen und HNO-Ärzte in den allgemeinen Bereit-schaftsdienst zu veranlassen und zum 01.01.2004 umzusetzen. Damit werde eine Verrin-gerung der Dienstfrequenz erreicht. Die Klägerin wurde darauf hingewiesen, dass sie auf Grund eines noch zu erteilenden Bescheides, ab dem 01.01.2004 verpflichtet sei, am all-gemeinen Bereitschaftsdienst im Bereitschaftsdienstbereich M. teilzunehmen. Damit ent-falle die Teilnahmeverpflichtung am gynäkologischen Bereitschaftsdienst.

Auf das Anhörungsschreiben vom 05.11.2003 haben sich neben der Klägerin acht weitere Gynäkologen der Bereiche M. E. und A. in einem gemeinsamen Protestschreiben vom 14.11.2003 an die Beklagte gewandt. Sie bemängelten dabei, nicht in die Entscheidung einbezogen worden zu sein und den geringen zeitlichen Rahmen von nur sieben Wochen für die Realisierung der geplanten Veränderungen. Die Unterzeichner des Schreibens seien seit 20 Jahren und länger nur gynäkologisch und ambulant tätig, hätten also mit den Fach-gebieten Innere Medizin und Pädiatrie nur am Rande zu tun. Des Weiteren sei eine Viel-zahl der neuen, für sie fachfremden Medikamente mit ihren Wirkungen und Nebenwirkun-gen nicht so bekannt, wie es für Akutsituationen erforderlich ist. Damit sei ein Fortbil-dungsbedarf hinreichend begründet. Durch die Eingliederung der Gynäkologen in den all-gemeinen Dienst und die damit verbundene Einstellung des Facharzt-dienstes sei ein deutli-cher Qualitätsverlust in der Patientinnenbetreuung zu verzeichnen. Die Unterzeichner sa-hen sich deshalb nicht in der Lage, ab 01.01.2004 am allgemeinen Dienst teilzunehmen.

Mit Bescheid vom 10.12.2003 wurde gegenüber der Klägerin die Integration in den allge-meinärztlichen Bereitschaftsdienstbereich M. ab 01.04.2004 bei gleichzeitiger Befreiung vom gynäkologischen Bereitschaftsdienst verfügt. Die Beklagte verwies dabei auf ihren Sicherstellungsauftrag gemäß [§ 75 SGB V](#) und die Kassenärztliche Bereitschaftsdienstord-nung. Nach § 3 Abs. 2 und 3 der Bereitschaftsdienstordnung (BDO) müsse Größe und Fläche des zu versorgenden Territoriums so ausgerichtet sein, dass für die Bevölkerung

eine ausreichende Versorgung sichergestellt wird. Die Klägerin sei als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Praxissitz in M. vertragsärztlich tätig und damit grundsätzlichen verpflichtet, am allgemeinen Bereitschaftsdienst teilzunehmen (§ 3 Abs. 5 BDO). Nach § 9 BDO könne die Beklagte "nach den gegebenen Bedürfnissen und Möglichkeiten sowie nach den örtlichen Verhältnissen" fachärztliche Bereitschaftsdienste einrichten. Da bei sei zu berücksichtigen, "dass die Organisation des allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienstes nicht in unzumutbarer Weise beeinflusst" werde. Die allgemeinärztliche Bereitschaftsgruppe M. habe den Antrag gestellt, die Ärzte der Facharztgruppen Gynäkologie und HNO-Heilkunde wieder in den allgemeinärztlichen Dienst zu integrieren. Dies wurde damit begründet, dass das Territorium des Bereitschaftsdienstbereiches M. zusätzlich um die Stadt W. einschließlich des Ortsteils G. sowie der Ortsteile S. und der Gemeinde Gr. erweitert wurde. Die Beklagte stellte die Entwicklung der Bereitschaftsdienstgruppe dar und führte aus, dass nach der Rechtsauffassung des Sozialgerichts Dresden die Zuordnung von Ärzten aus benachbarten Dienstbereichen grundsätzlich sachgerecht sei. Ein kompletter Wochendienst, einschließlich Wochenende, pro Arzt und pro Quartal sei allen betroffenen Ärzten danach zumutbar.

In ihrem Widerspruch hiergegen vom 02.01.2004 führte die Klägerin aus, sie sehe sich außer Stande, zum gesetzten Termin 01.04.2004 die notwendigen, organisatorischen, materiellen und fachlichen Voraussetzungen für eine Teilnahme am allgemeinen Bereitschaftsdienst zu schaffen. Ergänzend gab sie mit Schreiben vom 24.01.2004 an, dass sich aus [§ 73 Abs. 1](#) a SGB V ergebe, dass nur die darin aufgeführten Ärzte an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen dürfen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.03.2004 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück und ordnete gemäß [§ 86 a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) die sofortige Vollziehung des angefochtenen Bescheides vom 10.12.2003 an. Zur Begründung führte die Beklagte noch-mals die Gründe auf, aus denen die Aufteilung des Bereitschaftsdienstbereichs W. erforderlich war. Den Argumenten der Klägerin sei insoweit gefolgt worden, als ihre Integration nicht, wie ursprünglich beantragt zum 01.01.2004, sondern erst zum 01.04.2004 erfolgen werde. Der Klägerin stehen damit vom Zeitpunkt der Ankündigung des Vorhabens bis zur Umsetzung fast fünf Monate zur Verfügung, um die von ihr dargelegten organisatorischen, materiellen und fachlichen Voraussetzungen für die Teilnahme am allgemeinen Bereitschaftsdienst zu realisieren.

Gegen den Bescheid vom 10.12.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.03.2004 wandte sich die Klägerin zunächst mit ihrem Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung (Aktenzeichen S 11 KA 255/04 ER). Der Antrag wurde durch Beschluss vom 16.04.2004 abgewiesen. Die Beschwerde wurde durch Beschluss vom 24.10.2004 (Aktenzeichen L [1 B 108/04](#) KA-ER) zurückgewiesen.

Die Klägerin hält die am 15.03.2004 eingegangene Klage aufrecht und beantragt sinngemäß die Zulassung der Sprungrevision. Sie ist der Auffassung, die angegriffenen Bescheide verstießen gegen die Bestimmung des [§ 73 Abs. 1](#) a SGB V. Hieraus ergebe sich zwingend, dass die Klägerin in die fachärztliche Versorgung zu integrieren sei. Ausnahmen daraus ergeben sich nicht, auch nicht aus [§ 75 SGB V](#). Ein Mangel an Allgemeinärzten in ihrem Bereitschaftsdienstbezirk liege nicht vor, da dort 19 vergleichbare Vertragsärzte vorhanden seien. Selbst bei Bestehen eines Mangels, würde ein solcher Notstand der Beklagten keine zusätzlichen Kompetenzen verleihen. Aus [§ 73 Abs. 1](#) a SGB V ergebe sich, dass Fachärzte nicht zu allgemeinärztlichen Diensten herangezogen werden dürften, denn andernfalls hätte der Gesetzgeber weiterhin eine einheitliche ärztliche Versorgung beibehalten können. Die von der Beklagten als Satzung erlassene Bereitschaftsdienstordnung verstoße gegen [§ 73 Abs. 1](#) a SGB V. Rein vorsorglich lies die Klägerin vortragen, sie sei seit 1988 als Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe tätig. Sie habe seit dieser Zeit regelmäßig an Weiterbildungen, spezifisch für Gynäkologen, aber nicht für Ärzte der Allgemeinmedizin, teilgenommen. Um den allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst zweckmäßig im Interesse der Versicherten erfüllen zu können, müsse die Klägerin sich entsprechend auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin weiterbilden, sich mit den technischen Voraussetzungen und Möglichkeiten nach dem heutigen Stand vertraut machen und sich außerdem noch kostspielige Gerätschaften anschaffen. Dies sei innerhalb weniger Monate nicht zu bewältigen.

Die Klägerin beantragt: Der Bescheid der Beklagten vom 10.12.2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 01.03.2004 wird aufgehoben.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie bezieht sich zur Begründung auf ihre Ausführungen in dem einstweiligen Rechtschutzverfahren S 11 KA 255/04 ER. Danach treffe die Verpflichtung zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst sowohl Hausärzte als auch Fachärzte. Nach der von der Beklagten im Rahmen ihres autonomen Satzungsrechts erlassenen Bereitschaftsdienstordnung müssten die Belange des fachärztlichen Bereitschaftsdienstes hinter denen des allgemeinen Bereitschaftsdienstes zurücktreten. Der fachärztliche Bereitschaftsdienst sei nur ein zusätzliches, begrüßenswertes, Angebot, das in dünnbesiedelten Gebieten nicht mehr aufrechterhalten werden könne. Dann seien auch die Fachärzte zum allgemeinen Bereitschaftsdienst heranzuziehen. Falls die Fachkenntnisse der Klägerin so mangelhaft seien, dass sie sich zur Teilnahme am allgemeinen Bereitschaftsdienst nicht in der Lage sehe, könne sie diesem Konflikt auch dadurch begegnen, dass sie auf eigene Kosten einen zum allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst befähigten Vertreter für ihre Dienstzeiten organisiere. Weiter verwies die Beklagte auf den Beschluss vom 10.04.2004 in dem Antragsverfahren S 11 KA 255/04 ER.

Die Beteiligten wurden mit Schreiben vom 07.12.2004 zu der beabsichtigten Entscheidung mittels Gerichtsbescheid angehört und hatten Gelegenheit hierzu Stellung zu nehmen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf eine Verwaltungsakte, die Akte des Antragsverfahrens S 11 KA 255/04 ER sowie die Akte des Gerichtsverfahrens.

Entscheidungsgründe:

Die Vorsitzende kann ohne mündliche Verhandlung und ohne Hinzuziehung der ehrenamtlichen Richter entscheiden, da die Klage keine besonderen Schwierigkeiten aufweist und der Sachverhalt ausreichend geklärt ist ([§ 105](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

Die zulässige Klage ist in der Sache unbegründet. Der Bescheid vom 10.12.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.03.2004, mit dem die Klägerin zum 01.04.2004 dem allgemeinen Bereitschaftsdienstbereich M. zugeordnet wird, verletzt sie nicht

rechtswidrig in ihren Rechten im Sinne von [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#).

Die Ermächtigungsgrundlage für die Errichtung und Durchführung des vertragsärztlichen Notfalldienstes ergibt sich aus § 75 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V). Der in [§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (in der Fassung des 2. GKV-NOG vom 23.06.1997) erteilte Auftrag an die Beklagte zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Ver-sorgung umfasst auch die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in den sprech-stundenfreien Zeiten (= Notfalldienst). Aus der Pflicht der Vertragsärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergibt sich auch die grundsätzliche Pflicht zur Teilnah-me an einem Notfalldienst. Da es sich insofern um eine gemeinsame Aufgabe aller Ver-tragsärzte handelt, sind auch alle Vertragsärzte zur Mitwirkung heranzuziehen, und zwar in einer alle gleichmäßig belastenden Weise (BSG, Urt. v. 11.06.1986, Az. [6 RKA 5/85](#)). Die Beklagte kann aufgrund ihres Auftrags zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung den Notdienst im Rahmen ihrer Satzungsautonomie selbständig regeln (vgl. BSG, Urt. v. 12.10.1994; Az. 6 RKA 29/93 LSG Bayern, Urt. v. 25.04.2001, Az. [L 12 KA 60/00](#)). Vor-liegend ist die Beklagte ihrem Auftrag durch Bildung der Bereitschaftsdienstordnung (vom 24.11.2001, zuletzt geändert durch Beschluss vom 11.06.2003, Beilagen zu den KVS-Mitteilungen Heft 12/2001 und Heft 07 bis 08/2003) nachgekommen. Danach legt die zu-ständige KVS-Bezirksstelle die kassenärztlichen Bereitschaftsdienstgruppen und kassen-ärztlichen Bereitschaftsdienstbereiche fest (§ 3 Abs. 3 Satz 1 BDO). Dabei sollen die örtli-chen Verhältnisse und die landschaftlichen Gegebenheiten berücksichtigt werden, um die ärztliche Hilfe sicherzustellen (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BDO). Für den allgemeinen und fachärzt-lichen Bereitschaftsdienst können voneinander abweichende kassenärztliche Bereitschafts-dienstbereiche festgelegt werden (§ 3 Abs. 3 Satz 3 BDO). Die Zuordnung des Vertrags-arztes erfolgt zu dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienstbereich, in welchem sich der Praxissitz befindet. Im Ausnahmefall können die Bezirksstellen aus Gründen der Sicher-stellung hiervon abweichende Regelungen treffen (§ 3 Abs. 5 Satz 1 und 2 BDO).

Bei der Erstellung der Bereitschaftsdienstgruppen und Bereitschaftsdienstbereiche steht der Kassenärztlichen Vereinigung ein Ermessensspielraum zu, der gerichtlich nur einge-schränkt überprüft werden kann. Wie der Wortlaut des § 3 BDO zeigt, handelt es sich bei der Entscheidung über die Bereitschaftsdienstbereiche um eine Ermessensentscheidung. Die Beklagte war daher verpflichtet, bei der Neuordnung der Bereitschaftsdienste, Ermes-sen auszuüben. Bei der Ermessensentscheidung hat sich die Verwaltung am Normzweck zu orientieren und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens zu beachten ([§ 39 Abs. 2 SGB I](#), [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#)). Die Beklagte ist dabei an die allgemeinen rechtsstaatlichen Grundsätze, wie das Willkürverbot und den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, der aus [Art. 3 GG](#) (dem allgemeinen Gleichheitssatz) folgt, gebunden (BVerfGE 18, 253, 263; [48, 210](#), 216; [49, 168](#), 184). Dabei ist [Art. 3 Abs. 1 GG](#) erst dann verletzt, wenn das Verwaltungs-handeln unter keinem denkbaren rechtlichen Aspekt mehr vertretbar ist und sich daher der Schluss aufdrängt, dass es auf sachfremden und damit willkürlichen Erwägungen beruht. Dies liegt hier nicht vor. Die Beklagte hat sich bei der Aufteilung des Bereitschaftsdienstbereichs W. und der An-gliederung an die umliegenden Gruppen von sachgerechten Überlegungen leiten lassen. Nach den Darlegungen der Beklagten, die durch das Gericht nicht angezweifelt werden, waren im Bereitschaftsdienstbereich W. bis Mitte des Jahres 2003 sechs Vertragsärzte und eine Ärztin nach § 1 Abs. 2 BDO im Bereitschaftsdienst eingruppiert. Zum 30.06.2003 haben zwei Ärzte einer Gemeinschaftspraxis die vertragsärztliche Tätigkeit altershalber ohne Praxismachfolger beendet. Zum 31.12.2003 ging eine weitere Vertragsärztin in den Ruhestand, für die ebenfalls kein Nachfolger gefunden werden konnte, sodass für den Dienstbereich W. nur noch drei Vertragsärztinnen für die Sicherstellung der Versorgung im Bereitschaftsdienst zur Verfügung standen. Die Beibehaltung dieser geringen Teilneh-merzahl hätte auch nach Auffassung des Gerichts zu einer unverhältnismäßig hohen Belas-tung dieser Ärzte geführt. Diesem drohenden Ungleichgewicht bei der Dienstbelastung musste durch geeignete Maßnahmen seitens der Beklagten entgegengesteuert werden, um wieder eine annähernd ausgewogene Dienstbelastung herzustellen. Die getroffene Maßnahme der Aufteilung des Bereiches W. und die Auflösung des fach-ärztlichen Bereitschaftsdienstes stellt sich nicht als willkürlich dar. Dabei hatte das Gericht nicht zu prüfen, ob die Beklagte die zweckmäßigste, vernünftigste oder gerechteste Lösung gewählt hat. Unter Berücksichtigung der Verpflichtung der Beklagten, den Bereitschafts-dienst so zu organisieren, dass durch ihn alle dafür in Betracht kommenden Ärzte mög-lichst gleichmäßig belastet werden, stellt sich diese Maßnahme als hinreichend sachgerecht dar. Die Beklagte hatte dabei auch zu beachten, dass der einzelne Arzt einen Anspruch darauf hat, dass er, soweit die Umstände dies erlauben, nicht in stärkerer Weise als andere Ärzte in gleicher Lage zum Bereitschaftsdienst herangezogen wird. Diesem Anliegen wur-de in sachgerechter Weise Rechnung getragen. Die Auflösung des fachärztlich-gynäkologischen Bereitschaftsdienstes im Landkreis M. E. und die Zuordnung zum allge-meinen Bereitschaftsdienst führt für den neuen Dienstbereich zu einer Reduzierung der Dienstfrequenz. Sachliche Gründe liegen somit vor. Die Auflösung des fachärztlich-gynäkologischen Bereitschaftsdienstes verstößt auch nicht gegen [Art. 12 GG](#). Es handelt sich lediglich um einen Eingriff in die Berufsausübungsfrei-heit nach [Art. 12 Abs. 1 GG](#). Zur Legitimation von Berufsausübungsregelungen bedarf es je nach Gewicht des Eingriffs unterschiedlich gewichtiger rechtfertigender Gründe. Die Gerichte können hinsichtlich der Eingriffe in das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit erst einschreiten, wenn die Regelung bezogen auf das ihr zugrunde liegende Gemeinwohl-ziel schlechthin ungeeignet, eindeutig nicht erforderlich oder auch bei Anerkennung eines Beurteilungsspielraums unzumutbar ist (vgl. [BVerfGE 99, 341](#), 453). Hier stellt sich die Neuordnung des Bereitschaftsdienstes als Eingriff mit geringer Eingriffsintensität dar. Es ist der Klägerin nach Auffassung des Gerichts durchaus zuzumuten, sich durch Qualifizie-rungsmaßnahmen für den allgemeinen Bereitschaftsdienst zu qualifizieren, sofern ihre Kenntnisse tatsächlich hierfür nicht mehr ausreichen. Die Neuordnung dient auch der Si-cherstellung der gleichmäßigen notfallärztlichen Versorgung der versicherten Bevölkerung und somit der Gesundheit von Menschen und ist damit einem besonders wichtigen Ge-meinschaftsgut (vgl. [BSG 82, 55](#), 61; [BSG SozR 3-2500 § 72 Nr. 8 S. 22](#)). Damit ist der Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit hinreichend gerechtfertigt.

Nach § 9 BDO "können" nach den gegebenen Bedürfnissen und Möglichkeiten sowie nach örtlichen Verhältnissen durch die zuständigen KVS-Bezirksstellen fachärztliche Bereit-schaftsdienste eingerichtet werden (Satz 1). Aus dem Wortlaut ergibt sich auch hier ein Ermessensspielraum der Beklagten, ob und unter welchen Verhältnissen ein fachärztlicher Bereitschaftsdienst vorgehalten werden muss. Keinesfalls besteht eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung, einen fachärztlichen Bereitschaftsdienst vorzuhalten. § 9 der BDO verstößt nach Auffassung des Gerichts auch nicht gegen höherrangiges Recht, insbesondere nicht gegen [§ 73 Abs. 1](#), 1 a SGB V. Etwas anderes ergibt sich insbesondere nicht aus der Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich, wie er durch das GSG seit dem 01.01.1993 in [§ 73 Abs. 1](#) und 1 a SGB V präzisiert wurde. Aus dem Wortlaut kann nicht abgeleitet werden, dass der allgemeinärztliche Notfalldienst nur noch von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten abgeleistet werden dürfe, während die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte gegebenenfalls ausschließlich fachärztlichen Notfalldienst zu erbringen hätten. Dies folgt bereits daraus, dass vom Vertragsarzt im Bereitschaftsdienst/Notfalldienst keine optimale, noch nicht einmal eine "normale" ärztliche Versorgung erwartet und verlangt wird. Er soll sich vielmehr auf qualifizierte Maßnahmen der "Ersten Hilfe" beschränken und die regulä-re Weiterversorgung den behandelnden Ärzten überlassen. Sinn des allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienstes ist es lediglich, die Zeit bis zum Einsetzen einer normaler Versor-gung zu

überbrücken und gegebenenfalls die Einweisung zur stationären Versorgung zu veranlassen (h.M., vgl. Henke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, [§ 75 SGB V](#), RdNr. 12; LSG Niedersachsen, Urteil vom 25.04.2001, Az: L [3/5 KA 67/99](#)).

Die Klägerin verkennt, dass die Leistungen im Bereitschaftsdienst eine Ausnahme von der regulären Aufteilung in haus- und fachärztlichen Bereich dargestellt. Nur für die reguläre Versorgung beansprucht die Gliederung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich nach [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) Geltung. Hätte der Gesetzgeber tatsächlich die Trennung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich auch für den Notfalldienst regeln wollen, so hätte es nahe gelegen, auch den Notdienst in den Katalog der hausärztlichen Versorgung in [§ 73 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) aufzunehmen. Ferner hätte es nahe gelegen, [§ 75 SGB V](#) entsprechend zu modifizieren. Da der Gesetzgeber trotz Kenntnis der seit Jahren zur Teilnahme am Notdienst bekannten Rechtsprechung der Sozialgerichte hier nicht tätig geworden ist, ist auch weiterhin davon auszugehen, dass es dem gesetzgeberischen Willen nicht widerspricht, einen Teilnehmer an der fachärztlichen Versorgung dem allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienstbereich zuzuordnen.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Regelung in § 2 Abs. 3 Ziff. 1, 4. Spiegelstrich des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (Anlage 5 zum BMV-Ä bzw. zum EKV-Ä). Daraus ergibt sich lediglich, dass die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet sind, über die "allgemeinen hausärztlichen Versorgungsaufgaben" (Absatz 2) hinaus noch weitere "besondere hausärztliche Versorgungsfunktionen" zu erfüllen haben. Zu diesen besonderen Versorgungsfunktionen gehört im Rahmen der Patientenbetreuung auch "die Notfallversorgung, einschließlich der Einbindung in den organisierten ärztlichen Notfalldienst". Hieraus kann allerdings nicht abgeleitet werden, dass der Notfalldienst von den Vertragspartnern der Bundesmantelverträge nunmehr ausschließlich den Hausärzten zugewiesen wurde. Vielmehr bringt die Formulierung zum Ausdruck, dass der Hausarzt neben den spezifisch hausärztlichen Versorgungsaufgaben, wie sie in [§ 73 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) und in § 2 Abs. 2 des Hausarztvertrages beschrieben sind, selbstverständlich bei der Patientenbetreuung die ihm wie allen anderen Vertragsärzten obliegenden Verpflichtungen weiterhin erfüllen muss. Dazu gehören insbesondere auch die Verpflichtungen aus der Teilnahme an einem Notfalldienst ([§ 75 SGB V](#)). Es ist - soweit ersichtlich - bislang noch niemand ernsthaft auf die Idee gekommen, dass wegen der Bestimmung in § 2 Abs. 3 des Hausarztvertrags es jedem an der fachärztlichen Versorgungsform teilnehmenden Vertragsarzt untersagt wäre, etwa "Patienten ärztlich zu betreuen" oder gar "die notwendigen Behandlungsdaten aus der eigenen Untersuchung oder Behandlung des Versicherten zu dokumentieren" (vgl. Klückmann in Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB V, § 73 Rz. 15). Gerade die Erwähnung der Notfallversorgung und des organisierten ärztlichen Notfalldienstes bei den "besonderen hausärztlichen Versorgungsfunktionen" belegt daher, dass auch unter der Geltung des Hausarztvertrags die Notfallversorgung nicht nur von den Hausärzten, sondern von allen Vertragsärzten sicherzustellen ist.

Der weitere Vortrag der Klägerin, der die Umorganisation im Bereitschaftsdienst auslösende Mangel an Allgemeinärzten in ihrem Bereitschaftsdienstbezirk liege überhaupt nicht vor, da dort 19 vergleichbare Vertragsärzte vorhanden seien, ist ersichtlich unzutreffend. Die Klägerin hat hierbei insgesamt acht an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte mitgezählt (ein Gynäkologe, ein Urologe, ein HNO-Arzt, ein fachärztlicher Internist, ein Neurologe/Psychiater, ein Chirurg, zwei Orthopäden). Ohne diese Fachärzte verblieben nur 11 hausärztlich tätige Kollegen zur Versorgung des - um Teile des ehemaligen Bereitschaftsdienstbereiches W. vergrößerten - Territoriums im erweiterten Dienstbereich M ... Mit dieser Anzahl von 11 hausärztlich tätigen Kollegen kann das legitime Ziel der Beklagten, jedem Vertragsarzt zur Vermeidung einer übermäßigen Belastung höchstens eine ganze Woche Bereitschaftsdienst je Quartal zuzumuten, nicht erreicht werden. Hierzu sind bei einem regelmäßig 13 Wochen umfassenden Quartal nicht nur 12, sondern rechnerisch mindestens 13 Ärzte je Dienstgruppe nötig. Wenn gerade deshalb die Einstellung des fachärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Integration der Fachärzte in den allgemeinen - dann auch die Notfälle aus den Bereichen Gynäkologie und HNO umfassenden - Bereitschaftsdienst von der Beklagten verfügt wurde, so ist dies auch dann nicht zu beanstanden, wenn in dem sowohl territorial als auch fachlich vergrößerten Versorgungsgebiet anschließend im Ergebnis sogar 20 Haus- und Fachärzte sich die Bereitschaftsdienste aufteilen können. Hingegen bleibt unklar, mit welcher Berechtigung die Klägerin zur Sicherstellung des allgemeinen Bereitschaftsdienstes zwar auf andere Fachärzte verweist, sich selbst aber davon ausgenommen wissen will.

Danach war, wie festgestellt, zu entscheiden. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Die Streitwertfestsetzung folgt auf Grundlage von [§ 25 Abs. 2 Satz 1](#) i.V.m. [§ 13 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 GKG (a. F.). Hinreichende Anhaltspunkte für die wirtschaftliche Bedeutung des Verfahrens für die Klägerin sind nicht erkennbar, insbesondere ist der als Streitwert angegebene Betrag von 20.000,00 EUR nicht nachvollziehbar. Daher war vom Regelstreitwert (4.000,00 EUR) auszugehen. Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 161 Abs. 1, Abs. 2](#) i.V.m. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2005-03-15