

L 12 KA 355/04

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Nürnberg (FSB)

Aktenzeichen

S 6 KA 14/03

Datum

16.03.2004

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 355/04

Datum

02.03.2005

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 16. März 2004 aufgehoben. Es wird festgestellt, dass der Bescheid des Beklagten vom 25. April 2003 rechtswidrig ist.

II. Der Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten und die Kosten des Verfahrens zu tragen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die der Beigeladenen zu 8) (Klinik für Psychiatrie am Klinikum N. der Stadt N.) vom Beklagten auf der Grundlage des § 31 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs.1 BMV-Ä und § 9 Abs.1 EKV-Ä erteilten Ermächtigung, auf Grund von Überweisungen durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte Drogenersatztherapien gemäß den BUB-Richtlinien durchzuführen (Methadon-Substitution).

Der Zulassungsausschuss Ärzte Mittelfranken hat mit Beschluss vom 12. Juni 2002/Bescheid vom 24. September 2002 das Klinikum für Psychiatrie am Klinikum N. der Stadt N. zur Durchführung von Drogenersatztherapien ermächtigt. Der Zulassungsausschuss habe zu prüfen gehabt, ob die Voraussetzungen für eine Ermächtigung im Sinne von § 31 Abs.2 Ärzte-ZV i. V. m. § 5 Abs.1 BMV-Ä und § 9 Abs.1a EKV-Ä vorliegen würden. Eine Ermächtigung als nachrangiges Instrument zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung könne vom Zulassungsausschuss nur erteilt werden, wenn eine Lücke in der ambulanten Versorgung der Versicherten bestehe, die mit Hilfe der selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilung geschlossen werden solle. Der Zulassungsausschuss stelle fest, dass bezogen auf die niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater im Planungsbereich Stadt N. ein quantitatives Bedürfnis nicht erkennbar sei. Aus qualitativen Gründen bestehe dann die Notwendigkeit für eine Ermächtigung, wenn die niedergelassenen Vertragsärzte die betreffenden Leistungen nicht oder nicht in einem ausreichenden Ausmaße erbringen würden. Der Zulassungsausschuss unterstelle, dass in der Stadt N. derzeit noch Bedarf an Ärzten, welche die Voraussetzungen zur Drogensubstitutionsbehandlung erfüllten, bestehe und gebe dem Antrag daher statt.

Hiergegen richtet sich der Widerspruch der Klägerin vom 10. Oktober 2002. Die Psychiatrische Klinik am Klinikum N. sei seit 1. April 1995 gemäß [§ 118 Abs.1 Satz 2 SGB V](#) (alt) zur Behandlung eines genau definierten Patientenkreises (schwere psychiatrische Krankheitsbilder u.a. auch Sucht- und Drogenabhängigkeit) ermächtigt gewesen. Die Vergütung der Leistungen sei bereits seit dem 1. Januar 1996 gemäß [§ 120 Abs.2 SGB V](#) von den Krankenkassen direkt erfolgt, nachdem das Klinikum zu diesem Zeitpunkt der "Vereinbarung nach den [§§ 118, 120 SGB V](#) über die Erbringung, Vergütung und Abrechnung von Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen der Bayerischen Bezirkskrankenhäuser zwischen dem Verband der bayerischen Bezirke und den Landesverbänden der Krankenkassen in Bayern" beigetreten sei. U.a. sei dort geregelt, dass Methadon-Substitutionsbehandlungen nicht Bestandteil des Vertrages seien (§ 8). Im Juli 2000 habe das Klinikum die Ermächtigung zur Durchführung von Drogensubstitutionsbehandlungen gemäß den NUB-Richtlinien für denjenigen Personenkreis, der in der Ermächtigung nach [§ 118 SGB V](#) definiert gewesen sei, beantragt. Der Zulassungsausschuss habe dem Antrag in Form einer Sicherstellungsermächtigung stattgegeben, weil zum einen ein Versorgungsbedarf bestanden habe und darüber hinaus zum damaligen Zeitpunkt der Leistungsumfang, den eine gemäß [§ 118 Abs.1 SGB V](#) (alt) ermächtigte Einrichtung vorzuhalten habe, nicht ausdrücklich definiert gewesen sei. Diese Unsicherheit sei durch das Zustandekommen der Vereinbarung nach [§ 118 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) (neu) nicht mehr gegeben. Dort sei nämlich klar definiert, dass zu der vereinbarten Patientengruppe u.a. auch solche mit Suchterkrankungen zählen würden (§ 3). Weiter sei bestimmt, dass das Leistungsspektrum der Institutsambulanz im Sinne einer Komplexbehandlung das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie entsprechend dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu umfassen habe. Da somit die Methadon-Substitutionsbehandlungen nach den BUB-Richtlinien Teil der Komplexleistung im Sinne des Vertrages nach [§ 118 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) seien, sei die Methadon-Substitution auch von der gesetzlichen

Ermächtigung nach [§ 118 Abs.2 SGB V](#) umfasst. Das Klinikum der Stadt N. sei daher bereits kraft Gesetzes ermächtigt. Eine zusätzliche Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss sei nicht zulässig und könne allenfalls deklaratorischen Charakter haben.

Die Beigeladenen zu 6) und 7) haben mit Schriftsatz vom 8. Januar 2003 beantragt, den Widerspruch der Klägerin zurückzuweisen. Die Methadon-Substitution sei nicht Leistungsinhalt nach § 5 der Bundesvereinbarung gemäß [§ 118 Abs.2 SGB V](#). Zuerst müsse festgestellt werden, dass die Methadonbehandlung als solche nicht zu den Leistungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie zähle. Erstes Ziel der Behandlung von Suchtkranken sei die Suchtmittelfreiheit. Sei dieses Ziel nicht unmittelbar und zeitnah erreichbar, so sei im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes, das erforderliche begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuungs-Maßnahmen mit einbeziehe, eine Substitution zulässig. Die Tatsache, dass in § 3 der Bundesvereinbarung nach [§ 118 Abs.2 SGB V](#) die Patientengruppe der Suchterkrankten aufgeführt sei, sage lediglich aus, dass eben diese Patientengruppe der Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz bedürfe. In § 5 der Bundesvereinbarung nach [§ 118 Abs.2 SGB V](#) hingegen würden die Leistungsinhalte der psychiatrischen Institutsambulanzen festgelegt. Gemäß [§ 75 i. V. m. § 73 Abs.2 SGB V](#) habe die Klägerin die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, die Methadonbehandlung gehöre eindeutig dazu. Die Krankenbehandlung im Sinne des [§ 27 SGB V](#) umfasse auch die Behandlung von Suchterkrankungen (Richtlinien zur substitionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger - BUB Anlage A Nr.2). Es stehe zweifelsfrei fest, dass für die Methadonambulanz (66/ 74531) wie bisher im Bedarfsfall durch den Zulassungsausschuss eine Ermächtigung auszusprechen sei.

Auch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern hat mit Schriftsatz vom 4. Februar 2003 die Auffassung vertreten, dass die Methadon-Substitution nach den BUB-Richtlinien eindeutig in den Bereich des gesetzlichen Sicherstellungsauftrages der Klägerin falle. Damit hätten auch die Abwicklung und Vergütung entsprechend der für Vertragsärzte geltenden Regelungen über die Klägerin zu erfolgen.

Der Beklagte hat mit Beschluss vom 27. März 2003/Bescheid vom 25. April 2003 den Widerspruch der Klägerin gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte Mittelfranken vom 12. Juni 2002 zurückgewiesen. Die Klinik für Psychiatrie des Klinikums Nürnberg im Klinikum N. der Stadt N. sei nicht kraft Gesetzes zur Durchführung der Methadon-Substitution gemäß [§ 118 Abs.2 Satz 1 SGB V](#) ermächtigt, weil die mit Drogenersatzmitteln zu versorgenden Versicherten nicht zur Gruppe psychisch Kranker gehörten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Klinik bedürften. Diese Gruppe werde gemäß [§ 118 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) durch die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der KBV geschlossenen Vereinbarung festgelegt. Wie sich aus der Präambel sowie aus den §§ 1 (Ziele), 3 (Patientengruppen) und 5 (Leistungsinhalte) der Vereinbarung entnehmen lasse, handle es sich um einen spezifischen Versorgungsauftrag für Personen, bei denen in der Regel eine langfristige kontinuierliche Behandlung medizinisch notwendig sei und der Wahrnehmung dieser kontinuierlichen Behandlung mangelndes Krankheitsgefühl, mangelnde Krankheitseinsicht oder Impulskontrolle entgegenstehen würden. Nach § 3 Abs.3 der Vereinbarung sei eine langfristige, kontinuierliche Behandlung zwar auch bei Suchterkrankungen, vor allem mit Komorbidität, indiziert, aus dem Leistungsangebot des § 5 der Vereinbarung könne dies aber nur dahingehend verstanden werden, dass auch Suchterkrankungen im Rahmen des spezifischen Leistungsangebots der psychiatrischen Institutsambulanz therapiert werden könnten. Der Einschluss der Methadon-Substitution, eines Drogen-Ersatzmittels, könne dem Regelungsgehalt der Vereinbarung aber nicht entnommen werden. Die substitionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger in der vertragsärztlichen Versorgung werde speziell in den BUB-Richtlinien Anlage A 2 geregelt. Nach der Präambel umfasse die Krankenbehandlung im Sinne des [§ 27 SGB V](#) auch die Behandlung von Suchterkrankungen, wobei das alleinige Auswechseln des Opiats durch ein Substitutionsmittel jedoch keine geeignete Behandlungsmethode darstelle und von der Leistungspflicht der GKV nicht umfasst werde. Damit sei der Einsatz eines Drogenersatzmittels auch nicht Teil der ambulanten Behandlung durch eine psychiatrische Institutsambulanz auf Grund der Ermächtigung zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung nach [§ 118 Abs.2 SGB V](#). Die Klinik sei also nur zu einer langfristigen, kontinuierlichen Behandlung der Suchterkrankung mit dem Ziel der Suchtmittelfreiheit kraft Gesetzes ermächtigt. Für den Fall, dass dieses Ziel nicht unmittelbar und zeitnah erreichbar sei, habe das Vertragsarztrecht durch eine Sonderregelung, nämlich durch die auf [§ 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 5](#) und [§ 135 Abs.1 SGB V](#) beruhenden BUB-RL, die Möglichkeit geschaffen, im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes eine Substitution durchzuführen. Die Methadon-Substitution sei somit nicht von vorneherein Teil der Komplexbehandlung von Suchtkranken, sondern eine Behandlungsmethode, die durch eine normative Sonderregelung in die vertragsärztliche Versorgung einbezogen worden sei und deren Vergütung nach [§ 85 Abs.2a SGB V](#) erfolge. Die Klinik könne die Methadon-Substitution nur als GKV-Leistung erbringen, wenn zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung hierfür ein Bedürfnis bestehe. Dies habe der Zulassungsausschuss zutreffend bejaht.

Hiergegen richtet sich die Klage der Klägerin vom 27. Mai 2003 zum Sozialgericht Nürnberg. In dem Klageerhebungsschriftsatz wird die Auffassung wiederholt, dass die Methadon-Substitutionsbehandlungen nach den BUB-Richtlinien Teil der Komplexleistung im Sinne des Vertrages nach [§ 118 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) seien und die Methadon-Substitution damit von der gesetzlichen Ermächtigung nach [§ 118 Abs.2 SGB V](#) umfasst werde. Das Klinikum der Stadt N. sei daher bereits kraft Gesetz ermächtigt und auch verpflichtet, bei Patienten, die sie dort im Rahmen ihrer gesetzlichen Ermächtigung betreue, auch die Behandlungsform der Methadon-Substitution durchzuführen.

Das Sozialgericht Nürnberg hat mit Urteil vom 16. März 2004 die Klage abgewiesen. Die form- und fristgerecht zum sachlich und örtlich zuständigen Sozialgericht Nürnberg erhobene Anfechtungsklage sei unzulässig, denn der Klägerin fehle im Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung das Rechtsschutzbedürfnis, da die an den Beigeladenen zu 1) erteilte Ermächtigung lediglich bis zum 30. September 2003 befristet gewesen sei. Unabhängig davon sei der Bescheid des Zulassungsausschusses vom 24. September 2002 in der Gestalt des Bescheides des Berufungsausschusses vom 25. April 2003 nicht rechtswidrig. Die Beigeladene zu 1) sei nicht kraft Gesetzes zur Durchführung der Methadon-Substitution gemäß [§ 118 Abs.2 Satz 1 SGB V](#) ermächtigt, da die mit Drogenersatzmitteln zu versorgenden Versicherten nicht zu der Gruppe psychisch Kranker gehörten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Klinik bedürften. Zwar gehörten zu der Patientengruppe nach § 3 Abs.3 der Vereinbarung auch solche mit Suchterkrankungen. Der Einschluss der Methadon-Substitution, eines Drogenersatzmittels, könne jedoch nicht dem Regelungsgehalt der Vereinbarung entnommen werden, denn zu den in § 5 der Vereinbarung genannten Psychopharmaka gehöre dieses Drogenersatzmittel nicht. Die Beigeladene zu 1) sei deshalb nach § 31 Abs.2 Ärzte-ZV i. V. m. § 5 Abs.1 BMV-Ä und 9 Abs.1 BMV-Ä/EK vom 1. Juli 2002 bis 30. Juli 2003 zur Durchführung der Drogenersatztherapie gemäß den BUB-Richtlinien (Methadon-Substitution) ermächtigt worden. Nach diesen Richtlinien könnten die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Spitzenverbände der Krankenkassen im Bundesmanteltarifvertrag Regelungen treffen, die über die Voraussetzungen des § 31 Abs.1 Ärzte-ZV hinaus Ermächtigungen zur Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vorsehen, wenn zur Sicherstellung hierfür ein Bedürfnis bestehe. Eine derartige Versorgungslücke könne sich entweder daraus ergeben, dass in einem bestimmten Bereich zu wenige niedergelassene Ärzte vorhanden

seien, um den Bedarf zu decken (quantitativ - allgemeiner Bedarf), oder daraus, dass eine Institutsambulanz besondere, für eine ausreichende Versorgung notwendige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anbiete, die von den niedergelassenen Ärzten nicht bzw. nicht im erforderlichen Umfang erbracht würden (qualitativ-spezifischer Bedarf). Die Beklagte rüge zu Unrecht eine nicht ausreichende Feststellung eines qualitativen Bedarfes. Insbesondere unter Berücksichtigung des in der Institutsambulanz des Beigeladenen zu 1) behandelten Personenkreises schließe sich die Kammer den Ausführungen des Beigeladenen zu 1) an, wonach es sich hier um die Behandlung von schwer zugänglichen Patienten handle, also um einen Personenkreis, dessen Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte nicht sichergestellt werden könne. Diese Personen würden oftmals nur unzureichend oder gar nicht ambulant versorgt, weil sie nicht bereit seien oder motiviert werden könnten, einen niedergelassenen Nervenarzt aufzusuchen. Allein diese Tatsache rechtfertige es, das Leistungsangebot der psychiatrischen Institutsambulanzen dem betroffenen Personenkreis in der ambulanten Versorgung auch unabhängig vom Bestehen eines Versorgungsdefizits zur Verfügung zu stellen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 26. Mai 2004 zum Bayer. Landessozialgericht, die mit Schriftsatz vom 13. Juli 2004 näher begründet wurde. Dem Rechtsschutzinteresse der Klägerin stehe nicht entgegen, dass sich der Rechtsstreit hinsichtlich der nur befristet erteilten Ermächtigung bereits durch Zeitablauf erledigt habe. In derartigen Fällen könne das Begehren in Form einer Fortsetzungsfeststellungsklage weiter verfolgt werden. Das besondere Interesse im Sinne des [§ 131 Abs.1 Satz 3 SGG](#) sei regelmäßig zu bejahen, wenn der Streit über die Ermächtigung bei im Wesentlichen gleichen bedarfsrelevanten Tatsachen maßgeblich von Rechtsfragen abhängt, die künftig voraussichtlich wieder bedeutsam würden. So verhalte sich der Fall hier. Der Zulassungsausschuss Ärzte Mittelfranken habe zwischenzeitlich eine Folgeermächtigung der Klinik mit ähnlicher Argumentation ausgesprochen wie im streitgegenständlichen Verfahren. Die Klage sei auch begründet. Der Beschluss des Beklagten vom 27. März 2002 sei rechtswidrig. Der Ermächtigung der Klinik als ärztlich geleitete Einrichtung im Wege einer sogenannten Institutsermächtigung stehe schon entgegen, dass diese nur subsidiär gegenüber vorrangig zu erteilenden persönlichen Ermächtigungen - z.B. von Krankenhausärzten - sei. In diesem Zusammenhang sei zu beachten, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine Ermächtigung zur Erbringung qualifikationsgebundener Leistungen nur Ärzten erteilt werden dürfe, die auch über die entsprechende Qualifikation verfügten. Gegenstand einer Institutsermächtigung könnten derartige Leistungen demgegenüber grundsätzlich nicht sein. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG sei die Erteilung von Institutsermächtigungen anstelle möglicher persönlicher Ermächtigungen in solchen Bereichen überhaupt ausgeschlossen, in denen die Leistung nur von in bestimmter Weise qualifizierten Ärzten erbracht und abgerechnet werden dürfe und daher ein enger Zusammenhang zwischen der persönlichen ärztlichen Qualifikation und der Berechtigung zur Leistungserbringung bestehe (vgl. BSG, Urteil vom 26. Januar 2000, [B 6 KA 51/98 R](#)). Wie der Beklagte in seiner Entscheidung vom 27. März 2003 selbst ausführe, setze die substitutionsgestützte Behandlung gesetzlich Versicherter eine Genehmigung der zuständigen KV voraus (Anlage A 2. Abschnitt § 10 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden - BUB-Richtlinien). Um die Genehmigung zu erhalten, müsse der betreffende Arzt bestimmte qualifikationsgebundene Voraussetzungen erfüllen (Fachkundenachweis "suchtmedizinische Grundversorgung" - Anlage A, 2. Abschnitt § 11 BUB-Richtlinien). Damit bestehe für Leistungen im Rahmen der Substitution ein enger Zusammenhang zwischen der persönlichen ärztlichen Qualifikation und der Berechtigung zur Leistungserbringung. Die vom Beklagten ausgesprochene Institutsermächtigung sei bereits deshalb rechtswidrig. Im Übrigen bestünde aber auch kein Bedarf für diese Ermächtigung. Vorliegend könne die Klinik auch die Leistungen der Drogensubstitution bereits auf Grund ihrer gesetzlichen Ermächtigung nach [§ 118 Abs.2 SGB V](#) erbringen und gemäß [§ 120 Abs.2 SGB V](#) direkt mit den Krankenkassen abrechnen. Die ärztliche Versorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gliedere sich in einen ambulanten und einen stationären Versorgungsbereich (vgl. [§ 27 Abs.1 Nr.1](#) und [5, §§ 28, 39 SGB V](#)). [§ 118 SGB V](#) stelle eine vom Gesetzgeber gewollte Durchbrechung dieser Trennung dar. Damit würden die dort genannten stationären Einrichtungen zur Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen gesetzlich ermächtigt. Der Umfang des Leistungsspektrums, das im Rahmen dieser gesetzlichen Ermächtigung erbracht werden könne, bestimme sich allein nach der bundesgesetzlichen Regelung bzw. dem nach [§ 118 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) auf Bundesebene zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV gemeinsam und einheitlich geschlossenen dreiseitigen Vertrag vom 14. Februar 2001. Da die gesetzliche Ermächtigung das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie umfasse, seien auch Methadon-Substitutionsbehandlungen Teil der Komplexleistung im Sinne des Vertrages nach [§ 118 Abs.2 Satz 2 SGB V](#). Das Klinikum sei daher bereits kraft Gesetzes ermächtigt und auch verpflichtet, bei Patienten, die sie dort im Rahmen ihrer gesetzlichen Ermächtigung betreue, auch die Behandlungsform der Methadon-Substitution durchzuführen, wenn diese angezeigt sei. Eine zusätzliche Bedarfsermächtigung durch den Zulassungsausschuss sei daher nicht zulässig.

Die Klägerin stellt den Antrag, das Urteil des Sozialgerichts München vom 16 März 2004, Az.: [S 6 KA 14/03](#) aufzuheben und festzustellen, dass der Bescheid des Beklagten vom 25. April 2003 rechtswidrig ist.

Die Beigeladenen zu 2), 4) und 5) stellen den Antrag, die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Der Beklagte hat mit Schriftsatz vom 26. August 2004 vorgetragen, dass die Berufungsbegründung die Rechtsmeinung der Klägerin beinhalte, der der Beklagte und das Sozialgericht Nürnberg nicht gefolgt seien.

Der Senat hat die Vertragspartner der Vereinbarung gemäß [§ 118 Abs.2 SGB V](#) um Stellungnahme zum Umfang der Leistungspflicht gemäß § 5 der Vereinbarung gebeten. Der IKK-Bundesverband hat in seiner Stellungnahme vom 21. Februar 2005 auf eine von einem Kompetenz-Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie erstellte Arbeitshilfe für die Umsetzung der Vereinbarung über Psychiatrische Institutsambulanzen gemäß [§ 118 Abs.2 SGB V](#) verwiesen, in der als Indikation für eine Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz u.a. Abhängigkeitskrankheiten mit Komorbidität, bei denen also zur gleichen Zeit eine andere schwere psychische Erkrankung besteht, genannt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit Schriftsatz vom 22. Februar 2005 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit Schriftsatz vom 23. Februar 2005 haben die Auffassung vertreten, dass die gesetzliche Ermächtigung nach [§ 118 Abs.2 SGB V](#) bei dem Personenkreis des § 3 der Vereinbarung gemäß [§ 118 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) auch die Methadonsubstitution und damit die Abrechnung der Nrn. 202 bis 204 EBM umfasse. Der AOK-Bundesverband vertrat demgegenüber in seiner Stellungnahme vom 1. März 2005 die Auffassung, dass die Drogensubstitution nicht zum Leistungsinhalt nach [§ 118 Abs.2 SGB V](#) gehöre. Die Beigeladenen zu 6) und 7) schließlich haben mit Schriftsatz vom 23. Februar 2005 ausgeführt, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen bei Abschluss der Vereinbarung gemäß [§ 118 Abs.2 SGB V](#) nicht davon ausgegangen seien, dass zu den Leistungen gemäß § 5 der Vereinbarung "automatisch" auch die Durchführung von Drogensubstitutionen gemäß den BUB-Richtlinien gehöre.

Dem Senat liegen die Akten des Zulassungsausschusses Ärzte Mittelfranken, die Verwaltungsakte des Beklagten, die Akte des Sozialgerichts

Nürnberg mit dem Az.: [S 6 KA 14/03](#) sowie die Akte des Bayer. Landessozialgericht mit dem Az.: [L 12 KA 355/04](#) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig. Die Klägerin konnte im Rahmen des Berufungsverfahrens ihr Klagebegehren auf einen Fortsetzungsfeststellungsantrag umstellen. Dem Fortsetzungsfeststellungsantrag gemäß [§ 131 Abs.1 Satz 3 SGG](#) steht insbesondere nicht entgegen, dass das erstinstanzliche Gericht mangels eines Antrags auf Feststellung der Rechtswidrigkeit des Bescheides des Beklagten vom 25. April 2003 die Anfechtungs- und Verpflichtungsklage der Klägerin bereits als unzulässig abgewiesen hat, weil sich der angegriffene Verwaltungsakt, der eine befristete Ermächtigung der Psychiatrischen Institutsambulanz an der Klinik für Psychiatrie am Klinikum N. der Stadt N. befristet bis 30. Juni 2003 vorgesehen hatte, in zeitlicher Hinsicht vor der mündlichen Verhandlung am 16. März 2004, auf die das Urteil vom gleichen Tage erging, erledigt hatte. Vielmehr ist auch in einem solchen Fall die Einlegung der Berufung zulässig und im Rechtsmittelverfahren kann auf eine Fortsetzungsfeststellungsklage übergegangen werden (vgl. BSG [SozR 3-1500 § 131 Nr.5](#)). Die Klägerin hat auch ein berechtigtes Interesse an der Feststellung der Rechtswidrigkeit des streitgegenständlichen Bescheides. Denn die Klärung der Rechtmäßigkeit/Rechtswidrigkeit des Bescheides des Beklagten vom 25. April 2003 hat auch für künftige Ermächtigungen Bedeutung. Die Klinik für Psychiatrie des Klinikums N. im Klinikum N. wurde nämlich mittlerweile bereits wieder für den Zeitraum vom 1. Juli 2003 bis 30. Juni 2005 in identischem Umfang wie in dem hier streitgegenständlichen Bescheid ermächtigt und auch für die Folgezeiträume ist mit entsprechenden Entscheidungen zu rechnen.

Der Fortsetzungsfeststellungsantrag der Klägerin ist auch begründet. Auf den Antrag der Klägerin war festzustellen, dass der Bescheid des Beklagten vom 25. April 2003 rechtswidrig ist. Als Rechtsgrundlage für die Ermächtigung der Klinik für Psychiatrie am Klinikum N. der Stadt N. hat sich der Beklagte auf [§ 31 Abs.2 Ärzte-ZV](#) gestützt. Danach steht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Befugnis zu, in den Bundesmantelverträgen Regelungen über die Ermächtigung zur Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vorzusehen. Das ist mit den [§§ 5 Abs.1 BMV-Ä](#), [§ 9 Abs.1 EKV-Ä](#) geschehen.

Eine Ermächtigung auf der Grundlage des [§ 31 Abs.1 Ärzte-ZV i.V.m. §§ 5 Abs.1 BMV-Ä](#), [§ 9 EKV-Ä](#) kommt vorliegend aber schon deswegen nicht in Betracht, weil die von der Ermächtigung des Zulassungsausschusses umfasste ärztliche Leistung zur Überzeugung des Senats bereits Gegenstand der in [§ 118 Abs.2 SGB V](#) kraft Gesetzes vorgesehenen Ermächtigung ist. Für einen Ermächtigungsbeschluss der Zulassungsgremien im Umfang des Regelungsgehaltes des [§ 118 Abs.2 SGB V](#) besteht deshalb kein Raum. Die gesetzliche Ermächtigung des [§ 118 Abs.2 SGB V](#) wird näher definiert und begrenzt durch den auf der Grundlage des [§ 118 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Bundesebene abgeschlossenen Vertrages vom 14. Februar 2001 (DÄ 2001, A-566). In diesem Vertrag werden insbesondere der Patientenkreis und die Leistungsinhalte der Versorgung festgelegt (vgl. die [§§ 1, 3, 5](#) sowie die Präambel). Die in den vorgenannten vertraglichen Bestimmungen enthaltenen Voraussetzungen bedürfen der Auslegung. Bei der Auslegung von Verträgen mit rechtlicher Wirkung gegenüber Dritten (Normsetzungsverträgen) ist nicht auf den subjektiven Willen der Beteiligten, sondern auf die objektive Erklärungsbedeutung abzustellen. Die Auslegung ist dabei nicht, wie bei Bewertungs- und Vergütungsregelungen, beschränkt auf eine Wortauslegung. Ebenso wie ansonsten bei Normen können außer der Auslegung nach dem Wortlaut und der grammatischen Interpretation auch eine systematische, eine teleologische und eine entstehungsgeschichtliche Auslegung in Betracht kommen. Hinsichtlich der von der gesetzlichen Ermächtigung des [§ 118 Abs.2 SGB V](#) erfassten Personengruppen ist in [§ 3](#) der o.g. vertraglichen Vereinbarung eine - nicht abschließende - Aufzählung enthalten, die als Hautindikationen Schizophrenien, affektive Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, ferner auch Suchtkrankheiten mit Komorbidität und gerontopsychiatrische Krankheitsbilder benennt. Angesichts des eindeutigen Wortlautes kann es nach Auffassung des Senats nicht zweifelhaft sein, dass der Personenkreis, für den mit Bescheid des Zulassungsausschusses Ärzte Mittelfranken vom 24. September 2002 in Gestalt des streitgegenständlichen Bescheides des Beklagten vom 25. April 2003 die Ermächtigung zur Durchführung von Drogenersatztherapien gemäß der BUB-Richtlinien (Methadon-Substitution) erfolgt ist, unter den Anwendungsbereich der o.g. Vereinbarung vom 14. Februar 2001 fällt. Nach dem Beschluss des Zulassungsausschusses Ärzte Mittelfranken vom 12. Juni 2002/Bescheid vom 24. September 2002 geht es um die Methadon-Substitution bei dem "Personenkreis, welcher in der Ermächtigung dieser Klinik gemäß [§ 118 SGB V](#) unter Buchstabe a) definiert ist". Die hier in Bezug genommene Ermächtigung wurde mit Beschluss des Zulassungsausschusses Ärzte Mittelfranken vom 17. März 1999/Bescheid vom 15. April 1999 erteilt für die ambulante Behandlung von Patienten mit schweren Erkrankungen und zwar bei folgenden Erkrankungen: endogene Psychose und/oder organisch psychische Erkrankung, insbesondere psychische Erkrankung im höheren Lebensalter und/oder Abhängigkeit und Sucht und/oder Persönlichkeitsstörung, die mit erheblichen Einbußen der sozialen Kompetenz und Integrationsfähigkeit einhergehen und die Notwendigkeit einer eingehenden sozialpsychiatrischen, über das ambulant vorgehaltene nervenärztliche oder psychiatrische Behandlungsangebot niedergelassener Vertragsärzte hinausgehenden Betreuung, insbesondere durch nichtärztliche Mitarbeiter, z.B. Sozialpädagogen, Psychologen, Ergotherapeuten, erfordern. Vor diesem Hintergrund steht zur Überzeugung des Senats fest, dass es in dem streitgegenständlichen Bescheid vom 25. April 2003 um die Methadon-Substitution bei Suchtkrankheiten mit Komorbidität i.S. von [§ 3](#) der o.g. Vereinbarung geht. Dies wird letztlich auch von den Prozessbeteiligten und den Vertragspartnern der o.g. Vereinbarung vom 14. Februar 2001, soweit sie auf die Anfrage des Senats geantwortet haben, letztlich nicht in Zweifel gezogen. Der Senat ist darüberhinaus der Auffassung, dass zum Leistungsspektrum i.S. von [§ 5](#) der Vereinbarung für die Behandlung der Personengruppe der Suchtkranken mit Komorbidität letztlich auch die Methadon-Substitution gehört. Das Leistungsangebot einer Institutsambulanz zur Behandlung u.a. von Suchtkrankheiten mit Komorbidität umfasst nach [§ 5](#) der o.g. Vereinbarung im Sinne einer Komplexleistung das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie entsprechend dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Dazu gehören insbesondere die psycho-pathologische Befunderhebung, psychologische Diagnostik (Psychometrie), Psychopharmakotherapie, das Instrumentarium der sozialtherapeutischen einschließlich der nachgehenden Behandlung, die Psychoedukation in indikativen Gruppen unter Einbezug der Angehörigen der Kranken und die Psychotherapie entsprechend der Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Die vorgenannte Aufzählung umfasst zwar nicht ausdrücklich die Methadon-Substitution. Aber die in [§ 5 S.5](#) der Vereinbarung enthaltene Aufzählung ist nicht abschließend ("insbesondere"), sondern benennt lediglich das typische Diagnostik- und Therapiespektrum einer Psychiatrischen Institutsambulanz. Diese beispielhafte Aufzählung wird aber überlagert von dem in [§ 5 S.4](#) der Vereinbarung enthaltenen Grundsatz, dass die Behandlung des in [§ 3](#) definierten Personenkreises als Komplexleistung erbracht wird. Die zu erbringende Komplexleistung erfasst dabei - soweit medizinisch indiziert - auch die Methadon-Substitution nach Maßgabe der BUB-Richtlinien. Damit ist zugleich auch ausgesagt, dass die alleinige tägliche Methadon-Substitution, die

allein auf die Verhinderung der körperlichen Entzugssymptomatik mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Drogenfreiheit ausgerichtet ist, nicht Bestandteil der gesetzlichen Ermächtigung nach [§ 118 Abs.2 SGB V](#) i.V.m. der Vereinbarung vom 14. Februar 2001 ist.

[§ 118 Abs.2 SGB V](#) i.V.m. der Vereinbarung vom 14. Februar 2001 umfasst die Methadon-Substitution nur als Bestandteil einer Komplexleistung, die nicht nur auf die Behandlung der Suchterkrankung, sondern auch auf die Behandlung der zusätzlich vorliegenden psychischen Erkrankung ausgerichtet ist. Hierzu ist klarzustellen, dass der zwischen den Krankenkassen und dem Verband der Bayerischen Bezirke geschlossene Vertrag gemäß [§§ 118, 120 SGB V](#) über die Erbringung, Vergütung und Abrechnung von Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz vom 3. Juni 2002, der feststellt, dass die Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger nach den BUB-Richtlinien nicht Gegenstand dieser Vereinbarung ist (vgl. § 5, 4 Absatz), nicht zu Lasten der Klägerin die auf Bundesebene abgeschlossene Vereinbarung vom 14. Februar 2001 abändern kann.

Im Übrigen wäre selbst dann, wenn der Beklagte seine Entscheidung über die Ermächtigung der Klinik für Psychiatrie am Klinikum N. der Stadt N. auf § 31 Abs.2 Ärzte-ZV hätte stützen können, seine zu Entscheidung zu beanstanden gewesen.

Nach dieser Vorschrift können die Zulassungsausschüsse über die Ermächtigungstatbestände des § 31 Abs.1 Ärzte-ZV hinaus geeignete Ärzte und in Ausnahmefällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Durchführung bestimmter, in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) ermächtigen, wenn dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist. Eine Versorgungslücke, die durch eine Ermächtigung geschlossen werden muss, kann entweder in quantitativer Hinsicht (die Zahl der zugelassenen Vertragsärzte reicht nicht aus, um den Bedarf sicherzustellen) oder in qualitativer Hinsicht (bestimmte, für eine ausreichende Versorgung benötigte Leistungen werden von den zugelassenen Vertragsärzten nicht angeboten) bestehen. Die Zulassungsgremien sind zunächst übereinstimmend davon ausgegangen, dass hinsichtlich der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater im Planungsbereich Stadt N. ein quantitatives Bedürfnis nicht erkennbar sei. Die Zulassungsgremien sind aber ohne nähere nachvollziehbare Begründung auch davon ausgegangen, dass hinsichtlich der Drogensubstitutionsbehandlung ein qualitatives Bedürfnis vorliegt. Der Zulassungsausschuss hat hierzu lediglich ausgeführt, dass unterstellt werde, dass in der Stadt N. derzeit noch Bedarf an Ärzten, welche die Voraussetzungen zur Drogensubstitutionsbehandlung erfüllen, bestehe. Hierauf hat der Beklagte Bezug genommen und lapidar festgestellt, dass der Zulassungsausschuss zu Recht die maßgeblichen Voraussetzungen geprüft und der Klinik eine Ermächtigung erteilt habe. Diese Ausführungen lassen schon keinerlei nachprüfbare Tatsachen erkennen, dass es in Nürnberg keine niedergelassenen Ärzte gibt, die eine Drogensubstitutionsbehandlung durchführen könnten. Aber selbst wenn eine Versorgungslücke bei den niedergelassenen Ärzten hinsichtlich der Drogensubstitutionsbehandlung in Nürnberg bestehen sollte, hat der Beklagte darüber hinaus keinerlei Ausführungen zum sogenannten Nachrang der Institutsermächtigungen gemacht. Deswegen kann insbesondere nicht beurteilt werden, ob vorrangig persönliche Ermächtigungen, insbesondere der im Bescheid genannten Dres.Braunwarth und Heepe, in Betracht kämen. Zur Rangfolge der verschiedenen Formen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist grundsätzlich klarzustellen, dass die ambulante vertragsärztliche Versorgung in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte zu gewährleisten ist. Verbleibende Versorgungslücken, die die Heranziehung weiterer Ärzte erfordern, sind auf der Grundlage des [§ 116 SGB V](#) i.V.m. § 31a Ärzte-ZV vorrangig durch die Ermächtigung von Krankenhausärzten zu schließen. In zweiter Linie sind sie gemäß § 31 Abs.1 Ärzte-ZV durch Ermächtigung weiterer Ärzte zu beseitigen. Erst danach können unter den Voraussetzungen des § 31 Abs.1 Buchstabe a und b Ärzte-ZV ärztlich geleitete Einrichtungen im Wege sogenannter Institutsermächtigungen an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt werden (vgl. etwa BSG, SozR 3-5520 § 31 Ärzte-ZV Nr.10 S.44/ 45). Der Nachrang der Institutsermächtigungen ergibt sich aus der Entstehungsgeschichte sowie dem Wortlaut und dem Gesamtsystem der Bestimmungen über die Arztzulassung und -ermächtigung (vgl. insbesondere BSG, [SozR 3-5520 § 31 Nr.5](#) S.8 f.). Während [§ 116 Satz 2 SGB V](#) bzw. § 31a Abs.1 Satz 2 Ärzte-ZV bei Vorliegen der Voraussetzungen einen Rechtsanspruch auf eine persönliche Ermächtigung einräumen, enthält die für Institutsermächtigungen maßgebliche Vorschrift des § 31 Abs.1 Ärzte-ZV nur eine Kann-Regelung. Hier werden zunächst Ermächtigungen für Ärzte, insbesondere für solche in Krankenhäusern und in Einrichtungen der beruflichen Reha.,- sieht die Vorschrift hingegen nur in "besonderen Fällen" und damit erst vor, wenn vorhandene Versorgungslücken ansonsten nicht zu schließen sind. Weiter ist die Erteilung von Institutsermächtigungen anstelle möglicher persönlicher Ermächtigungen - ohne dass es auf die Vorrangfrage ankäme - in solchen Bereichen überhaupt ausgeschlossen, in denen Leistungen nur von in bestimmter Weise qualifizierten Ärzten erbracht und abgerechnet werden dürfen und daher ein enger Zusammenhang zwischen der persönlichen ärztlichen Qualifikation und der Berechtigung zur Leistungserbringung besteht. Ein solcher enger Zusammenhang zwischen der persönlichen ärztlichen Qualifikation und der Berechtigung zur Leistungserbringung ergibt sich aus den §§ 2, 10 der BUB-Richtlinien, wonach derjenige Arzt, der eine Substitutionsbehandlung durchführen will, einer Genehmigung durch die Klägerin bedarf. Eine solche Genehmigung besitzen die im Bescheid des Zulassungsausschusses vom 24. September 2002 genannten Dres.Braunwarth und Heepe, die - allein - im Rahmen der Ermächtigung tätig werden dürfen.

Von daher wäre unter dem Gesichtspunkt des Nachrangs einer Institutsermächtigung vorrangig an eine persönliche Ermächtigung der Dres.Braunwarth und Heepe zu denken gewesen, die ohnehin nach dem streitgegenständlichen Bescheid des Beklagten die in der Ermächtigung genannten Leistungen als Institutsangestellte erbringen sollen. Nach alledem war dem Aufhebungs- und Feststellungsbegehren der Klägerin zu entsprechen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs.1 Satz 1](#) 2.Halbsatz SGG i.V.m. [§ 154 Abs.1 VwGO](#), da die Klage zum Sozialgericht nach dem 1. Januar 2002 erhoben wurde. Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-02-14