L 1 KA 1/17 B ER

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
1
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 18 KA 194/16 ER
Datum
13.12.2016
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KA 1/17 B ER
Datum
05.07.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze
Vertragsarztangelegenheiten
Klage gegen eine Ermächtigung gemäß § 116 SGB V zur Erbringung von Leistungen der intravitrealen Medikamentengabe (IVM)
1. Hinsichtlich der Frage, ob eine Versorgungslücke aufgrund eines qualitativ-speziellen Bedarfs besteht, die eine Ermächtigung gemäß § 116 SGB V rechtfertigt, stehen den Zulassungsinstanzen verschiedene Ermittlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Zurückgegriffen werden kann u.a. auf Umfragen unter den betroffenen Fachärzten.
2. Solche Umfrageergebnisse sind von den Zulassungsinstanzen sorgfältig auszuwerten, ggf. durch weitere Ermittlungen zu ergänzen (z.B. durch Hinzuziehung von Statistiken) und kritisch zu würdigen. Angaben in einer Umfrage zu freien Kapazitäten dürfen jedoch nicht ohne eine vertretbare Begründung verworfen werden.
I. Auf die Beschwerde der Antragstellerin wird der Beschluss des Sozialgerichts Dresden vom 13. Dezember 2016 aufgehoben und die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Beschluss des Antragsgegners vom 22. Juni 2016 betreffend die Ermächtigung des Beigeladenen zu 7. (S 18 KA 184/16) wird wiederhergestellt.

II. Die Antragsgegnerin hat die Kosten des Verfahrens zu tragen. Außergerichtliche Kosten der Beigeladenen sind nicht zu erstatten.

III. Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 10.000,00 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin, eine Kassenärztliche Vereinigung (KÄV), wendet sich im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes gegen die dem zu 7. beigeladenen Krankenhausarzt vom Antragsgegner erteilte Ermächtigung zur Erbringung von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM) in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die ambulant durchgeführte IVM ist eine ärztliche Leistung, die erstmals zum 1. Oktober 2014 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde (insbesondere Gebührenordnungspositionen [GOP] Nr. 31371 bis 31373) und deren Abrechnung eine Genehmigung der KÄV gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur IVM (Dt. Ärzteblatt 2014, 111 [41], A-1765; Dt. Ärzteblatt 2017, 114 [20], A-1021) erfordert. Bis zum 30. September 2014 waren IVM-Leistungen in Sachsen überwiegend von Krankenhausärzten, u.a. von Ärzten des Universitätsklinikums Y ... (nachfolgend: Universitätsklinikum Y ...), auf Grundlage einer Vereinbarung mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen erbracht worden. Der Bewertungsausschuss empfahl am 24. September 2014 in seiner 335. Sitzung den Zulassungsausschüssen für Ärzte, Fachärzte für Augenheilkunde, die in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V tätig sind, gemäß § 116 SGB V soweit und solange zur Erbringung von IVM-Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, wie dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich sei (Dt. Ärzteblatt 2014, 111 [42], A-1826).

Dementsprechend ermächtigte der Zulassungsausschuss Ärzte A ... (nachfolgend: Zulassungsausschuss) mit Beschluss vom 22. September 2014 den Beigeladenen zu 7., einen am Universitätsklinikum Y ... tätigen Facharzt für Augenheilkunde, mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2014 sowie befristet bis zum 31. Dezember 2015 zur Erbringung von IVM-Leistungen – im Einzelnen Leistungen gemäß GOP Nr. 01436, 01600, 01601, 01602, 31371, 31372, 31373, 31502, 40120, 40122, 40124 und 40126 – im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf Überweisung von niedergelassen und vertragsarztrechtlich angestellten Fachärzten für Augenheilkunde als Definitionsauftrag.

Auf den Widerspruch der augenärztlichen Gemeinschaftspraxis von Dr. X ... und Dr. W ... aus A ... begrenzte der Antragsgegner die dem Beigeladenen zu 7. vom Zulassungsausschuss erteilte Ermächtigung mit Beschluss vom 25. Februar 2015 (Bescheid vom 26. März 2015) auf 170 Behandlungsfälle pro Quartal.

Auch den am Universitätsklinikum Y ... tätigen Fachärzten für Augenheilkunde Dr. V ..., Dr. U ... und Dr. T ... sowie dem am Krankenhaus A ... tätigen Facharzt für Augenheilkunde Dr. R ... hatte der Zulassungsausschuss mit Beschluss vom 22. September 2014 hinsichtlich der Fallzahl unbeschränkte Ermächtigungen zur Erbringung von IVM-Leistungen erteilt. Während die Ermächtigungen von Dr. V ..., Dr. U ... und Dr. R ... bestandskräftig wurden, hatte die Gemeinschaftspraxis von Dr. X ... und Dr. W ... auch gegen die Ermächtigung von Dr. T ... Widerspruch eingelegt, woraufhin der Antragsgegner dessen Ermächtigung – ebenso wie die des Beigeladenen zu 7. – auf 170 Behandlungsfälle pro Quartal begrenzt hatte.

Unter dem 31. März 2015 beantragte der Beigeladene zu 7. die Erteilung einer Ermächtigung über dem 31. Dezember 2015 hinaus im bisherigen Umfang. Dr. V ..., Dr. U ..., Dr. T ... und Dr. R ... beantragten ebenfalls eine weitere Ermächtigung.

Der Zulassungsausschuss führte daraufhin eine Umfrage unter den niedergelassenen Fachärzten für Augenheilkunde im Planungsbereich A .../Stadt zu den beantragten Ermächtigungen durch, in der u.a. nach Wartezeiten und freien Kapazitäten für IVM-Leistungen gefragt wurde. Zwei augenärztliche Gemeinschaftspraxen, die IVM-Leistungen erbringen dürfen, befürworteten die Erteilung weiterer Ermächtigungen (Gemeinschaftspraxis Dr. Q ..., Dr. P ..., Dr. O ...: Wartezeit zwei bis vier Wochen, 100 Behandlungsfälle pro Quartal freie Kapazität, "mehr über längere Zeiträume", an Klinikärzte werde bei "Komplikationen und schwieriger Diagnostik" überwiesen, die Erteilung von vier "vollen" und drei "eingeschränkten" Ermächtigungen sei "ausreichend"; Gemeinschaftspraxis Dr. N ..., Dr. M ..., Dr. L ...: Wartezeit zwei bis vier Wochen, 100 Behandlungsfälle pro Quartal freie Kapazität, es sollten nur jeweils zwei Ermächtigungen pro Klinik erteilt werden). Dagegen lehnten fünf Augenarztpraxen, die IVM-Leistungen erbringen dürfen, die Erteilung jeglicher Ermächtigung ab und gaben weitere freie Kapazitäten an (Dr. I ...: Wartezeit maximal eine Woche, 100 bis 150 Behandlungsfälle pro Quartal freie Kapazität; Dr. J ...: "zeitnahe" Behandlung, 30 bis 40 Behandlungsfälle pro Quartal freie Kapazität; Dr. H ...: "keine Wartezeit", 250 Behandlungsfälle pro Quartal freie Kapazität, "ausbaubar"; Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. G ..., Dr. E ..., Dr. F ...: keine Wartezeit, drei zugelassene Behandler, 1.125 Behandlungsfälle pro Quartal freie Kapazität, ein "vollausgestatteter Operationssaal" derzeit ungenutzt; Gemeinschaftspraxis Dr. X ..., Dr. [T.] W ...: mindestens 625 Behandlungsfälle pro Quartal freie Kapazität, "bei Bedarf auch mehr"). Von den 21 nur konservativ tätigen A ... Augenarztpraxen, die Stellung nahmen, lehnten sechs die Erteilung von Ermächtigungen ab (Dr. D ...: nicht notwendig, bessere Therapieeffizienz im niedergelassenen Bereich; Dipl.-Med. C ...: nicht erforderlich; Schille: keine Versorgungslücke für eigene Patienten; [A.] W ...: nicht nötig; Dipl.-Med. AA ...: kein Bedarf; Dr. BB ...: nicht notwendig), drei Ärzte befürwortete die Erteilung von jeweils zwei Ermächtigungen pro Klinik (Dr. CC ...: Überweisung an Kliniken bei "bestimmten Begleitgründen", i.Ü. bei niedergelassenen Kollegen zeitnahe Versorgung sichergestellt; ebenso Dr. DD ... und Dr. EE ...: Ermächtigungen im bisherigen Umfang würden abgelehnt), fünf Ärzte und eine Gemeinschaftspraxis stimmten der Fortführung der bisherigen Ermächtigungen zu (Dr. FF ...: sie sei aber "mit Qualität und Wartezeit" im niedergelassenen Bereich "sehr zufrieden", Kliniken für "Sonderfälle"; Gemeinschaftspraxis Dipl.-Med. GG ..., Dipl.-Med. HH ...; Dr. II ...; Dr. JJ ...; Dr. KK ...; LL ...: überweist alle Patienten an ermächtigte Ärzte, da keine Gewähr für "ordnungsgemäße" Diagnosen bei niedergelassenen Ärzten) und sechs Ärzte gaben weder befürwortende noch ablehnende Stellungnahmen ab, teilten aber mit, dass sie von der Möglichkeit der Überweisung an Klinikärzte Gebrauch machten (Dr. MM ...; NN ...; Dr. OO ...: Überweisung in Kliniken bei "komplexen Krankheitsbildern und Komorbiditäten"; Dr. PP ...; Dr. QQ ...; Dr. RR ...: kurze Wartezeiten bei niedergelassenen Kollegen, aber auch 10 % der Überweisungen in die Kliniken).

Der Zulassungsausschuss erteilte sodann Dr. V ... und Dr. U ... vom Universitätsklinikums Y ... jeweils eine Ermächtigung zur Erbringung von IVM-Leistungen im Umfang von 150 Behandlungsfällen pro Quartal und Dr. R ... vom Krankenhaus A ... eine Ermächtigung im Umfang von 400 Behandlungsfällen pro Quartal.

Dagegen lehnte er mit Beschlüssen vom 7. Dezember 2015 die weitere Ermächtigung des Beigeladenen zu 7. und von Dr. T ... ab, da hierfür kein Bedarf bestehe. Zur Versorgung der Versicherten mit IVM-Leistungen im Planungsbereich A .../Stadt seien neben den Ermächtigungen von Dr. V ..., Dr. U ... und Dr. R ... keine weiteren Ermächtigungen mehr erforderlich. Denn im Planungsbereich bestehe nicht nur bei 42,5 augenärztlichen Zulassungen eine Überversorgung von 125,1 % (Stand 1. Oktober 2015), sondern darüber hinaus seien von den 14 zur Erbringung von IVM-Leistungen berechtigten niedergelassenen Augenärzten erhebliche freie Kapazitäten angezeigt worden.

Der Beigeladene zu 7. und Dr. T ... legten gegen diesen Beschluss unter dem 18. De-zember 2015 Widerspruch ein. Am Universitätsklinikum Y ... würde eine "sehr große Patientenpopulation" betreut, die IVM-Leistungen erhielten (im Jahr 2015 ca. 1.940 abgerechnete Behandlungen). Die Patienten stammten teils aus dem A ... Umfeld, teils sogar aus anderen Bundesländern. Auch würden Patienten von Ärzten überwiesen, die selbst IVM-Leistungen erbringen dürften. Bei einer Begrenzung der Ermächtigungen auf 1.200 Fälle pro Jahr sei damit zu rechnen, dass in ca. 840 Fällen pro Jahr die Behandlung durch ermächtigte Klinikärzte nicht mehr möglich sein werde. Dies sei angesichts langjähriger und enger Arzt-Patienten-Verhältnisse, dem meist hohen Alter der Patienten sowie dem Wunsch vieler Patienten, weiter in einer Klinik behandelt zu werden, nicht nachvollziehbar. Abgesehen davon werde der Bedarf durch Überweisungen aus dem niedergelassenen Bereich gesteuert. Schließlich sei aus demografischen Gründen mit einer steigenden Inzidenz bei Erkrankungen zu rechnen, die IVM-Leistungen erforderten.

Die Antragstellerin wandte gegen die Widersprüche ein, dass Ermächtigungen nur ausnahmsweise zur Schließung von Versorgungslücken erteilt werden dürften. Dies sei aber angesichts des Versorgungsgrads im Planungsbereich A .../Stadt und freier Kapazitäten der niedergelassenen Ärzte nicht der Fall. Mit den verbleibenden Ermächtigungen könnten vor allem Patienten aus dem Umland im Universitätsklinikum Y ... weiterversorgt werden. Im Übrigen könnten jedoch die Wünsche von Patienten auf Behandlung durch bestimmte Klinikärzte bei der Entscheidung keine Berücksichtigung finden.

Der Antragsgegner ermittelte aufgrund der Widersprüche die Zahl der abgerechneten IVM-Leistungen der bisher ermächtigten Klinikärzte. Diese stellten sich wie folgt dar:

Arzt BZ IV/14* BZ I/15* BZ II/15* BZ III/15* BZ IV/15* Beig. zu 7** 56 0 78 93 97 Dr. T ...** 94 0 100 87 94 Dr. V ... 96 220 139 147 112 Dr. U ... 219 283 177 167 140 Dr. R ... 759 685 683 730 690 Summe 1.224 1.188 1.177 1.224 1.133 * BZ = Zahl der IVM-Behandlungen im

angegebenen Quartal ** im Quartal I/2015 keine IVM-Leistungen aufgrund eines Widerspruchsverfahrens

Mit Beschluss vom 22. Juni 2016 (Bescheid vom 15. August 2016) ermächtigte der Antragsgegner den Beigeladenen zu 7. unter Anordnung der sofortigen Vollziehung befristet bis zum 30. Juni 2018 zur Erbringung von IVM-Leistungen – im Einzelnen Leistungen gemäß GOP Nr. 01436, 01600, 01601, 01602, 31371, 31372, 31373, 31502, 40120, 40122, 40124 und 40126 – im Rahmen der vertragsärztliche Versorgung begrenzt auf 100 Behandlungsfälle pro Quartal auf Überweisung von niedergelassenen und in Praxen bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) angestellten Fachärzten für Augenheilkunde sowie unbegrenzt auf Überweisung von niedergelassenen und in Praxen bzw. MVZ angestellten Fachärzten für Augenheilkunde, die selbst IVM-Leistungen erbringen, jeweils als Definitionsauftrag. Im Übrigen wies der Antragsgegner den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte er aus, dass zwar angesichts eines Versorgungsgrads im Fachgebiet Augenheilkunde von 125,1 % kein quantitativer Bedarf bestehe. Anders verhalte sich dies aber in qualitativer Hinsicht im Hinblick auf IVM-Leistungen. Zwar hätten die zur Erbringung von IVM-Leistungen berechtigten Fachärzte überwiegend angegeben, dass sie entsprechenden Patientenanfragen gerecht werden könnten. Jedoch hätte sich die "überwiegende" Zahl der konservativ tätigen Ärzte für "weitere Ermächtigungen" ausgesprochen. Insbesondere seien die Angaben der niedergelassenen und zur Erbringung von IVM-Leistungen berechtigten Ärzte zu ihren freien Kapazitäten "zu hoch gegriffen". Diese Ärzte hätten in den letzten Quartalen immer mehr IVM-Leistungen erbracht. Gleichzeitig seien ihre allgemeinen Fallzahlen gefallen bzw. unverändert geblieben. Es sei daher "nicht ganz von der Hand zu weisen", dass diese Ärzte ihre Tätigkeit von konservativen Leistungen hin zu IVM-Leistungen verlagerten. Ferner hätten im Quartal IV/2015 die allgemeinen Fallzahlen der Ärzte, die in der Umfrage freie Kapazitäten angegeben hätten, über dem Fachgruppendurchschnitt in Sachsen gelegen. Es seien deshalb Zweifel daran aufgekommen, ob diese Leistungserbringer überhaupt noch Patienten der bisher ermächtigten Klinikärzte ohne Probleme aufnehmen könnten. Bislang hätten ermächtigte Krankenhausärzte im Durchschnitt 1.175 IVM-Leistungen im Quartal abgerechnet. Aufgrund der vom Zulassungsausschuss für die Zeit ab dem 1. Januar 2016 erteilten Ermächtigungen könnten aber nur 700 IVM-Leistungen pro Quartal erbracht werden. Im Ergebnis sei deshalb die Behandlungsfallzahl der Ermächtigungen "dem Umfang der bisherigen Leistungserbringung anzupassen, um die Fortsetzung der Behandlung für die bisherigen Patienten zu gewährleisten". Dabei sei auch zu bedenken, dass insbesondere für Patienten mit einer altersbedingten feuchten Makuladegeneration (AMD) der Erfolg der Behandlung mittels IVM und Kontrolluntersuchungen davon abhängig sei, dass diese konsequent und kontinuierlich, ggf. auch über Jahre, gemäß den Empfehlungen der Fachgesellschaften durchgeführt werde und die Vergabe kurzfristiger Behandlungstermine gewährleistet sei. Schließlich komme hinzu, dass bei einem operativen Eingriff am Auge – "einem der empfindlichsten Organe" – das Vertrauen in den Behandler eine große Rolle spiele. Die Anordnung der sofortigen Vollziehung sei im überwiegenden öffentlichen Interesse geboten, um den Patienten, die bisher im Rahmen von Ermächtigungen behandelt wurden, eine Fortsetzung der Behandlung mit IVM-Leistungen zu gewährleisten.

Aufgrund von Widersprüchen ermächtigte der Antragsgegner durch weitere Beschlüsse vom 22. Juni 2016 auch Dr. T ... zur Erbringung von IVM-Leistungen im Umfang von 100 Behandlungsfällen pro Quartal und erhöhte den Umfang der Ermächtigung von Dr. R ... auf 700 Behandlungsfälle, sodass – entsprechend dem ungefähren Leistungsumfang der ermächtigten Klinikärzte bis zum Quartal IV/2015 – Ermächtigungen für IVM-Leistungen im Umfang von 1.200 Behandlungsfällen pro Quartal bestanden (Dr. V ... und Dr. U ...: jeweils 150; Beigeladener zu 7. und Dr. T ...: jeweils 100; Dr. R ...: 700).

Die Antragstellerin reagierte auf die Beschlusslage des Antragsgegners, indem sie mit Dr. R ... im Wege eines außergerichtlichen Vergleichs vereinbarte, dass dieser von seiner Ermächtigung nur im Umfang von maximal 500 Behandlungsfällen pro Quartal Gebrauch machen werde und verzichtete im Gegenzug auf eine Klage gegen die Ausweitung der Ermächtigung. Gegen die beiden am 18. August 2016 zugestellten Beschlüsse des Antragsgegners vom 22. Juni 2015, die den Beigeladenen zu 7. und Dr. T ... jeweils zur Erbringung von 100 IVM-Leistungen pro Quartal ermächtigten, erhob die Antragstellerin am Montag, den 19. September 2016 zum Sozialgericht Dresden (SG) Klage (Beigeladener zu 7.: S 18 KA 184/16; Dr. T ...: S 18 KA 185/16).

Am 23. Juni 2016 hat die Antragstellerin beim SG einen Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage vom 19. September 2016 gegen die Ermächtigung des Beigeladenen zu 7. gestellt, ferner einen weiteren Antrag gegen die Ermächtigung von Dr. T ... (S 18 KA 195/16 ER). Die Voraussetzungen einer Ermächtigung nach § 116 SGB V lägen mangels Versorgungslücke nicht vor. Im Planungsbereich A .../Stadt bestehe im Bereich der Fachärzte für Augenheilkunde eine Überversorgung bzw. ein Versorgungsgrad von 122 %. 14 Fachärzte dürften IVM-Leistungen erbringen. Diese hätten in der Umfrage des Zulassungsausschusses freie Kapazitäten im Umfang von 9.350 bis 9.560 IVM-Behandlungen pro Jahr (2.330 bis 2.390 Behandlungen pro Quartal) angegeben. Der Antragsgegner habe diese Zahl zum einen "lapidar" als zu hoch gegriffen bewertet. Zum anderen gehe die Antragstellerin davon aus, dass gerade angesichts unterdurchschnittlicher allgemeiner Fallzahlen der für IVM-Leistungen ermächtigten Fachärzte ihre Angaben zuträfen. Die entsprechenden Zahlen würden sich wie folgt darstellen:

Arzt* FZ IV/14** FZ I/15** FZ II/15** FZ III/15** FZ IV/15** Kap.*** Sachsen 1.604 1.660 1.648 1.587 1.594 1 1.644 1.553 1.857 1.637 1.620 625 2 819 811 876 794 755 3 890 920 913 897 943 4 880 1064 933 982 780 5**** 322 361 329 299 335 1.125 6 1.735 2.240 2.478 2.640 2.676 7 840 887 800 875 829 8 1.531 1.484 1.398 1.289 1.225 250 9 1.103 1.354 1.277 1.243 1.311 100 bis 150 10 1.991 2.031 1.971 1.793 1.910 30 bis 40 11 845 855 836 901 798 100 12 687 728 714 646 604 13 1.061 1.136 1.171 1.066 1.127 100 14 1.052 1.011 1.084 872 956 Summe mind. 2.330 * Übersicht wurde von der Antragstellerin ohne die Arztnamen vorgelegt ** FZ = allgemeine Fallzahl des Arztes im angegebenen Quartal *** freie Kapazität der (ggf. Gemeinschafts-) Praxis des Arztes im Quartal (Jahresangaben umgerechnet, Angaben gemäß Umfrage des Zulassungsausschusses) **** halber Versorgungsauftrag

Ebenso wenig sei die Behauptung des Antragsgegners belegt worden, dass eine Steigerung der IVM-Leistungen durch die niedergelassenen Augenärzte zu Lasten der konservativen Behandlung der Versicherten gehe bzw. die konservativen Behandlungen "leiden" würden. Schließlich dürfe der Antragsgegner die Gleichstellung der bisherigen Fallzahlen mit dem sicherzustellenden Bedarf nicht mit der Notwendigkeit der Fortsetzung der Behandlung der bisherigen Patienten sowie mit dem besonderen Vertrauen der Patienten in die Krankenhausärzte aufgrund der Operation an einem empfindlichen Organ begründen. Es sei nicht ersichtlich, weshalb den Versicherten ein Wechsel des Behandlers unzumutbar sei. Nicht jedem Versicherten, der einmal im Universitätsklinikum Y ... augenärztlich behandelt worden sei, müsse die dortige Fortführung der Behandlung in Zukunft offenstehen, wenn die Behandlung ebenso durch niedergelassene Ärzte durchgeführt werden könne. Schließlich gebe es keine Anhaltspunkte dafür, dass niedergelassene Ärzte keine kurzfristigen Termine für IVM-Leistungen anbieten könnten oder nicht qualitätsgerecht behandeln würden. Im Ergebnis werde zwar nicht in Abrede gestellt, dass Krankenhausärzte an der Erbringung von IVM-Leistungen mitwirken müssten. Jedoch sei "mit der Erbringung von 700 Fällen pro Quartal am

Krankenhaus A ...t sowie von 300 Fällen pro Quartal durch zwei Ärzte am Universitätsklinikum Y ..." "der aus Bedarfsgründen erforderlichen Mitwirkung von Krankenhausärzten im Rahmen der Ermächtigung ausreichend Rechnung getragen". Die Ermächtigung des Beigeladenen zu 7. verstoße daher gegen den gesetzlichen Grundsatz des Vorrangs der Leistungserbringung durch niedergelassene Vertragsärzte gegenüber den Krankenhausärzten.

Der Antragsgegner hat darauf hingewiesen, dass aufgrund der Einigung zwischen der Antragstellerin und Dr. R ... nicht mehr 1.200 Behandlungsfälle pro Quartal, sondern nur noch 1.000 Behandlungsfälle zur Abrechnung gebracht werden könnten. Damit werde genau das Maß erreicht, das die Antragstellerin nach ihrer Antragsbegründung als "ausreichend" erachtet habe und das auch im Planungsbereich erforderlich sei. Im Üb¬rigen hätten die ermächtigten Krankenhausärzte im Jahr 2013 noch über 5.100 Behandlungsfälle abgerechnet; es habe also schon eine massive Einschränkung stattgefunden.

Die zu 1. beigeladene Krankenkasse hat mitgeteilt, dass sie gegen die Ermächtigung des Beigeladenen zu 7. keine Einwände habe.

Der Beigeladene zu 7. hat geltend gemacht, dass seine Patienten aufgrund der Begrenzung der Ermächtigungen von Dr. V ... und Dr. U ... nicht klinikintern übernommen werden könnten. Dem Antragsgegner sei darin zuzustimmen, dass die Angaben zu freien Kapazitäten (2.390 Fälle pro Quartal), die ausgehend von einer Prüfzeit pro IVM-Leistung gemäß Anhang 3 des EBM von 23 Minuten 117,5 % einer Zulassung (100 % = 780 Stunden) entsprächen, zu hoch gegriffen seien. Er sei daher der Meinung, dass niedergelassene Fachärzte die Behandlung seiner Patienten nicht sicherstellen könnten bzw. dass diese Ärzte nach Übernahme seiner Patienten die weniger lukrativen konservativen Behandlungen nicht mehr im notwendigen Maße erbringen würden, sodass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet sei. Schließlich liege "eine gewisse Willkür" darin, dass die Antragstellerin nur die Ermächtigungen des Beigeladenen zu 7. und von Dr. T ... angegriffen habe, nicht aber auch die anderen Ermächtigungen.

Das SG hat den Antrag mit Beschluss vom 13. Dezember 2016 abgelehnt, da dieser unzulässig sei. Der Antragstellerin fehle das Rechtsschutzbedürfnis. Sie habe Ermächtigungen im Umfang von 1.000 Behandlungsfällen pro Quartal bestandskräftig werden lassen und Klagen nur gegen die Ermächtigungen des Beigeladenen zu 7. und Dr. T ... erhoben. In der Antragsbegründung vom 22. September 2016 habe sie vorgetragen, dass Ermächtigungen im Umfang von 1.000 Fällen ausreichend seien, um die Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Damit habe sie ihr "durch die eingereichten Schriftsätze präzisiertes, eindeutiges Rechtsschutzziel" zum Ausdruck gebracht. Nachdem Dr. R ... außergerichtlich auf die Abrechnung von 200 Behandlungsfällen verzichtet habe und somit unter Einschluss der Ermächtigungen des Beigeladenen zu 7. und von Dr. T ... nur noch maximal 1.000 Behandlungsfälle pro Quartal abgerechnet werden könnten, sei "kein rechtsschutzwürdiges Interesse der Antragstellerin mehr erkennbar, wieso das Gericht im Eilverfahren die Ermächtigung des Beigeladenen zu 7. einer summarischen Prüfung unterziehen sollte." Die weitere Inanspruchnahme des Gerichts sei rechtsmissbräuchlich.

Die Antragstellerin hat gegen den ihr am 14. Dezember 2016 zugestellten Beschluss am 13. Januar 2017 Beschwerde eingelegt. Zwar werde eine Mitwirkung von Krankenhausärzten bei der Erbringung von IVM-Leistungen im Planungsbereich A .../Stadt nicht grundsätzlich abgelehnt. Das SG habe aber unzutreffend unterstellt, dass die Antragstellerin die Ermächtigung von Dr. R ... im Umfang von 700 Behandlungsfällen akzeptiert habe. Vielmehr sei außergerichtlich vereinbart worden, dass Dr. R ... höchstens 500 Fälle pro Quartal abrechnen dürfe. Unter diesen Umständen wäre eher eine Klage gegen die Ermächtigung von Dr. R ... "rechtsmissbräuchlich" gewesen. Die Einigung mit Dr. R ... sei in der Antragsbegründung vom 22. September 2016 irrtümlich unberücksichtigt geblieben. Ziel der Antragstellerin sei es, die Mitwirkung der Krankenhausärzte bei IVM-Leistungen auf die 800 Behandlungsfälle von Dr. V ..., Dr. U ... und Dr. R ... zu begrenzen. In der Sache bleibe es dabei, dass die in A ... niedergelassenen Ärzte freie Behandlungskapazitäten im ausreichenden Umfang angezeigt hätten und damit die dem Beigeladenen zu 7. und Dr. T ... erteilten Ermächtigungen rechtswidrig seien.

Die Antragstellerin beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Dresden vom 13. Dezember 2016 aufzuheben und die aufschiebende Wirkung der Klage (S 18 KA 184/16) gegen den Beschluss des Antragsgegners vom 22. Juni 2016 wiederherzustellen.

Der Antragsgegner beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Er ist der Auffassung, dass die Versorgungssituation der Versicherten mit IVM-Leistun¬gen in den letzten Jahren umfangreich hinterfragt worden sei und mit den nunmehr festgelegten Behandlungsfallzahlen eine gute Versorgungssituation eingetreten sei.

Der Beigeladene zu 7. hat keinen Antrag gestellt. Der Beschluss des SG ist seiner Meinung nach nicht zu beanstanden. Der Antragstellerin sei es darum gegangen, dass Ermächtigungen nicht im Umfang von mehr als 1.000 Behandlungsfällen für A ... Krankenhausärzte ausgesprochen werden. Die Behauptung im Beschwerdeverfahren, dass 800 Behandlungsfälle ausreichend seien, habe die Antragstellerin nicht näher begründet.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte und die beigezogene Verwaltungsakte des Antragsgegners, die vorgelegen hat, Bezug genommen.

II.

Die zulässige Beschwerde der Antragstellerin hat Erfolg.

1. Der Antrag der Antragstellerin auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage (S 18 KA 184/16) gegen die vom Antragsgegner mit Beschluss vom 22. Juni 2016 erteilte Ermächtigung des Beigeladenen zu 7. zur Erbringung von IVM-Leistungen ist zulässig; er ist insbesondere statthaft.

Gemäß § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann das Gericht der Hauptsache in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, auf Antrag die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen. Diese Anordnungsbefugnis besteht nicht nur dann, wenn die aufschiebende Wirkung von Widerspruch oder Anfechtungsklage von Gesetzes wegen entfällt (§ 86a Abs. 2 Nr. 1 bis 4 SGG), sondern auch dann, wenn eine Behörde die sofortige Vollziehung des Verwaltungsakts gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG angeordnet hat (Keller in: Meyer-Lade-wig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl., § 86a Rn. 22a sowie § 86b Rn. 5). In diesen Fällen umfasst die Anordnungsbefugnis die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs oder der Anfechtungsklage, die in § 86b Abs. 1 Satz 3 SGG eigens erwähnt wird (Landessozialgericht [LSG] Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23. März 2011 – L 11 KA 97/10 B ER – juris Rn. 54; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 20. Mai 2009 – L 11 B 5/09 KA ER – juris Rn. 29; Sächsisches LSG, Beschluss vom 25. Februar 2015 – L 8 KA 25/14 B ER – Entscheidungsumdruck S. 11 [unveröffentlicht]).

Ein solcher Fall liegt hier vor. Denn der Anfechtungsklage gegen eine Entscheidung des Berufungsausschusses, die wie ein Widerspruchsbescheid wirkt (vgl. § 97 Abs. 3 SGB V), kommt nach § 86a Abs. 1 SGG aufschiebende Wirkung zu (Keller in: Meyer-Ladewig/Kel-ler/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl., § 86a Rn. 23). Die aufschiebende Wirkung entfällt, wenn der Berufungsausschuss – wie hier der Antragsgegner mit Beschluss vom 22. Juni 2016 – die sofortige Vollziehung angeordnet hat (vgl. auch § 97 Abs. 4 SGB V).

2. Der Antrag ist auch begründet.

Nach welchen Maßstäben das Gericht nach einer Anordnung gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG über die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung zu entscheiden hat, ist in § 86b Abs. 1 SGG nicht umfassend geregelt. Für die behördliche Anordnung der sofortigen Vollziehung bestimmt bereits § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG, dass sie nur im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten erfolgen darf und eine schriftliche Begründung des besonderen Interesses am Sofortvollzug erfordert. Hieraus ergibt sich, dass das Gericht bei seiner Entscheidung über die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung zunächst zu prüfen hat, ob die behördliche Vollzugsanordnung formell rechtmäßig getroffen worden ist. Ist das nicht der Fall, ist die aufschiebende Wirkung schon deshalb wiederherzustellen. Ergibt die Prüfung dagegen keinen formellen Mangel der behördlichen Anordnung, hat das Gericht losgelöst von der Verwaltungsentscheidung eine eigene umfassende Interessenabwägung vorzunehmen, in die die betroffenen öffentlichen und privaten Interessen einzubeziehen und bei der auch die Erfolgsaussichten im Hauptsacheverfahren zu berücksichtigen sind (Keller in: Meyer-Ladewig/Kel¬ler/Leithe¬rer/Schmidt, SGG, 12. Aufl., § 86b Rn. 12i). Die aufschiebende Wirkung ist insbesondere dann wiederherzustellen, wenn der angefochtene Verwaltungsakt offensichtlich rechtswidrig ist und der Betroffene durch ihn in subjektiven Rechten verletzt wird. Denn am Vollzug eines offensichtlich rechtswidrigen Verwaltungsaktes besteht kein öffentliches Interesse. Sind die Erfolgsaussichten nicht offensichtlich, müssen die für und gegen eine sofortige Vollziehung sprechenden Gesichtspunkte gegeneinander abgewogen werden, wobei die Anforderungen an die Erfolgsaussichten der Klage weiterhin zu berücksichtigen sind, jedoch umso geringer sind, je schwerer die fragliche Entscheidung wirkt (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl., § 86b Rn. 12i und 12f).

Diesen Maßgaben zufolge ist die aufschiebende Wirkung der Klage der Antragstellerin gegen die Ermächtigung des Beigeladenen zu 7. wiederherzustellen. Die Anordnung der sofortigen Vollziehung durch den Antragsgegner genügt zwar den daran zu stellenden formellen Anforderungen. Insbesondere hat der Antragsgegner seine Begründungspflicht (§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG) erfüllt. Bei der folglich vorzunehmenden Interessenabwägung ist aber zu berücksichtigen, dass die Klage aller Voraussicht nach erfolgreich sein wird.

a) Gegen die Zulässigkeit der Klage bestehen keine Bedenken.

Sie ist als Anfechtungsklage gegen einen Beschluss des Antragsgegners – einen Verwaltungsakt gemäß § 31 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – gemäß § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG statthaft. Die Antragstellerin kann sich auch auf eine Klagebefugnis gemäß § 54 Abs. 1 Satz 2 SGG berufen. Denn eine KÄV ist durch Entscheidungen der Zulassungsinstanzen aufgrund der ihr übertragenen Verantwortung für eine den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entsprechende Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung stets und unmittelbar in ihren eigenen Rechten betroffen (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 11. Februar 2015 – B 6 KA 11/14 R – juris Rn. 16 m.w.N.). Hieraus folgt ihre Befugnis, die Rechtswidrigkeit einer Zulassungsentscheidung unabhängig von dem Nachweis eines darüber hinausgehenden konkreten rechtlichen Interesses im Einzelfall gerichtlich geltend zu machen (BSG, Urteil vom 2. Juli 2014 – B 6 KA 23/13 R – juris Rn. 13).

Damit kommt der Antragstellerin auch ein Rechtsschutzinteresse zu. Aus einer Beschwer der Klagepartei folgt in der Regel ohne Weiteres ihr Rechtsschutzinteresse (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl., vor § 51 Rn. 16a). Dies gilt nur ausnahmsweise dann nicht, wenn die begehrte gerichtliche Aufhebung der für rechtswidrig befundenen Entscheidung der Klagepartei keinerlei rechtliche oder tatsächliche Vorteile bringen kann (z.B. BSG, Urteil vom 22. März 2012 – B 8 SO 24/10 R – juris Rn. 10). Soll aber – wie hier – eine nach Auffassung der KÄV einem Krankenhausarzt zu Unrecht erteilte Ermächtigung gemäß § 116 SGB V gerichtlich aufgehoben werden, liegt die Beseitigung dieser Beschwer (siehe vorstehende Ausführungen) stets in ihrem rechtlichen Interesse. Auch wenn die hierzu vorgebrachte Begründung – vorliegend etwa zur Frage, ob bei IVM-Leistungen eine Versorgungslücke im Umfang von 800 oder 1.000 Behandlungsfällen pro Quartal besteht – nicht zutrifft oder zu einer Begründung versehentlich falsche Angaben gemacht werden, entfällt das Rechtsschutzinteresse der KÄV nicht.

Abgesehen davon könnte der Senat der Sichtweise des SG auch deshalb nicht folgen, weil das Rechtsschutzinteresses der Klagepartei im Zeitpunkt der jeweiligen gerichtlichen Entscheidung zu beurteilen ist (vgl. nochmals BSG, Urteil vom 22. März 2012 – B 8 SO 24/10 R – juris Rn. 10). Insoweit hat die Antragstellerin nunmehr geltend gemacht, dass die Erteilung von Ermächtigungen im Umfang von mehr als 800 Behandlungsfällen im Quartal rechtswidrig sei, ohne dass zuvor – insbesondere nicht in der Antragsbegründung vom 22. September 2016 – ein verbindlicher Verzicht oder Ähnliches erklärt worden ist.

Die Antragstellerin hat auch nicht willkürlich, die Ermächtigungen des Beigeladenen zu 7. und von Dr. T ... angegriffen. Von ihrem Rechtsstandpunkt her war die Erteilung von Ermächtigungen an Dr. V ..., Dr. U ... und Dr. R ... im Umfang von 700 Behandlungsfällen pro Quartal durch den Zulassungsausschuss nicht zu beanstanden. Handlungsbedarf ergab sich für die Antragstellerin erst dadurch, dass der Antragsgegner den Umfang der Ermächtigungen auf 1.200 Behandlungsfälle ausweitete. Die entsprechenden drei Beschlüsse vom 22. Juni 2016 hat die Antragstellerin gleichermaßen beanstandet. Dabei ist eine Klage gegen die Ermächtigung von Dr. R ... nur unterblieben, weil innerhalb der Klagefrist ein Vergleich erzielt werden konnte, nach dem Dr. R ... auf die Abrechnung von immerhin zwei Drittel der gerade erst erstrittenen zusätzlichen Behandlungsfälle verzichtete. Willkür ist in dieser Vorgehensweise nicht zu erblicken.

b) Die Klage der Antragstellerin ist auch offensichtlich begründet.

Rechtsgrundlage für die dem Beigeladenen zu 7. erteilte Ermächtigung ist § 116 SGB V i.V.m. § 31a Abs. 1 Zulassungsordnung für Vertragsärzte (A&776;rzte-ZV). Nach diesen Vorschriften kann ein Krankenhausarzt, der über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügt, mit Zustimmung des Krankenhausträgers zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden, soweit und solange die ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt ist. Aufgrund des mit dieser Formulierung zum Ausdruck gebrachten Vorrangs der niedergelassenen Vertragsärzte kann eine Ermächtigung nur erteilt werden, soweit und solange eine Versorgungslücke im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung besteht. Diese kann sich daraus ergeben, dass in einem (Planungs-) Bereich zu wenige niedergelassene Ärzte vorhanden sind, um den Bedarf zu decken (quantitativ-allgemeiner Bedarf), oder daraus, dass bestimmte, für eine ausreichende Versorgung der Versicherten benötigte Leistungen von den niedergelassenen Ärzten in einem (Planungs-) Bereich nicht bzw. nicht im erforderlichen Umfang vorgehalten werden (qualitativ-spezieller Bedarf; vgl. BSG, Urteil vom 19. Juli 2006 – B 6 KA 14/05 R – juris Rn. 16 ff. sowie Rn. 19 zur Maßgeblichkeit des Planungsbereichs; BSG, Urteil vom 30. Januar 2002 – B 6 KA 12/01 R – juris Rn. 18 ff.).

Vorliegend ist die Ermächtigung – wie im Beschluss vom 22. Juni 2016 ausgeführt – nicht zur Deckung eines quantitativ-allgemeinen Bedarfs erteilt worden, da der Planungsbereich A .../Stadt im Bereich der Augenheilkunde eine erhebliche Überversorgung aufweist. Der Antragsgegner erteilte die Ermächtigung vielmehr aufgrund eines qualitativ-speziellen Bedarfs bzw. deshalb, um den Bedarf der Versicherten an Leistungen der IVM – einer besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethode – zu decken, die nach EBM nur von den Ärzten mit einer besonderen Genehmigung abgerechnet werden darf.

Bei der Entscheidung darüber, ob und inwieweit eine Ermächtigung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, haben die Zulassungsinstanzen einen Beurteilungsspielraum. In diesem Zusammenhang beschränkt sich die Kontrolle der Gerichte darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtiger und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Zulassungsinstanzen die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs ermittelten Grenzen eingehalten haben und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet haben, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (BSG, Urteil vom 12. September 2001 – B 6 KA 86/00 R – juris Rn. 19; vgl. schon BSG, Urteil vom 28. Oktober 1986 – 6 RKa 14/86 – juris Rn. 22).

Die Begründung des Antragsgegners im Beschluss vom 22. Juni 2016 zur Ermächtigung des Beigeladenen zu 7. wird diesen Maßgaben nicht gerecht.

(1) Die Erwägung, dass die Behandlungsfallzahl der Ermächtigungen für IVM-Leistungen "dem Umfang der bisherigen Leistungserbringung anzupassen" sei, um sicherzustellen, dass diejenigen Patienten, die bisher bei ermächtigten Klinikärzten behandelt wurden, auch künftig bei diesen Ärzten behandelt werden können, vermag die Ermächtigung des Beigeladenen zu 7. für sich genommen – d.h. unabhängig von Kapazitätsengpässen im Bereich der niedergelassenen Ärzte – nicht zu rechtfertigen.

Mit der Formulierung "soweit und solange" in § 116 Satz 2 SGB V hat der Gesetzgeber verdeutlicht, dass Ermächtigungen das Fortbestehen einer Versorgungslücke erfordern. Auch in der Empfehlung des Bewertungsausschusses vom 24. September 2014 war klargestellt, dass Ermächtigungen von Klinikärzten zur Erbringung von IVM-Leistungen nur erteilt werden sollen, "soweit und solange" dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich sei. Damit wird vorausgesetzt, dass die von ermächtigten Ärzten behandelten Patienten – ggf. auch solche mit chronischen Erkrankungen, z.B. einer AMD – den Behandler wechseln müssen, sobald im Bereich der niedergelassenen Ärzte ausreichende Kapazitäten vorhanden sind. Ermächtigungen zur Fortsetzung der Behandlung der bisherigen Patienten ohne das Fortbestehen einer Versorgungslücke können – wenn überhaupt – nur in besonders gelagerten Ausnahmefällen erteilt werden.

Derartige Ausnahmefälle sind hier nicht ersichtlich. In diesem Zusammenhang kann insbesondere nicht davon ausgegangen werden, dass Patienten mit einer AMD, die IVM-Leistungen benötigen, von vornherein kein Behandlerwechsel zuzumuten sei. Es handelt sich um eine Krankheit, an der in Deutschland zumindest eine halbe Millionen Menschen leiden (Dt. Ärzteblatt 2014, 111 [40], A-1678), sowie um eine Behandlung, die deutschlandweit jährlich hunderttausendfach und in aller Regel ohne gravierende Komplikationen durchgeführt wird (Dt. Ärzteblatt 2015, 112 [40], A-1626; siehe auch http://cms.augeninfo. de/fileadmin/pat brosch/IVOM.pdf). Es kann auch nicht argumentiert werden, dass meist ältere Patienten, die langjährig am Auge bzw. einem der "empfindlichsten Organe" behandelt wurden, einem niedergelassenen Facharzt, der nach der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung zur Erbringung von IVM-Leistungen berechtigt ist, kein Vertrauen entgegenbringen könnten. Der Antragsgegner darf gerade nicht unterstellen, dass Klinikärzte kompetenter oder gar vertrauenswürdiger als niedergelassene Ärzte seien (vgl. BSG, Urteil vom 12. September 2001 – B 6 KA 86/00 R – juris Rn. 25; BSG, Urteil vom 6. Juni 1984 – 6 RKa 7/83 – juris Rn. 22). Ebenso wenig ist der Wunsch von Versicherten, in einer Klinik behandelt zu werden, oder der Umstand, dass in allen Fällen Überweisungen von niedergelassenen Ärzten vorliegen, für die Begründung einer Ermächtigung von Bedeutung (BSG, Urteil vom 12. September 2001 – B 6 KA 86/00 R – juris Rn. 28).

Abgesehen davon hätte der Antragsgegner, wenn es ihm nur um die Sicherstellung der Behandlungsfortsetzung durch die bisher ermächtigten Klinikärzte gegangen wäre, die angegriffene Ermächtigung entsprechend beschränken müssen (dazu z.B. BSG, Urteil vom 12. September 2001 – B 6 KA 86/00 R – juris Rn. 26). Dies ist aber nicht geschehen. Wie aus der Fallstatistik ersichtlich ist, würde die neue Ermächtigung dem Beigeladenen zu 7., der bislang zwischen 56 und 97 Behandlungsfälle pro Quartal übernommen hatte, sogar die Aufnahme von mehr Neupatienten denn je ermöglichen.

(2) Des Weiteren trägt auch nicht das Argument des Antragsgegners, dass Ermächtigungen im Umfang der bisherigen Leistungserbringung zu erteilen seien, weil die medizinisch notwendige kontinuierliche und konsequente Weiterbehandlung der von ermächtigten Klinikärzten behandelten Patienten oder generell eine Behandlung der Versicherten, die IVM-Leistungen benötigen, im Bereich der niedergelassenen Ärzte aufgrund mangelnder Kapazitäten nicht sichergestellt sei oder nur bei einer Vernachlässigung der Versorgung mit konservativen Leistungen ermöglicht werden könne. Dieser Erwägung liegt – soweit im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ersichtlich – kein richtiger und vollständig ermittelter Sachverhalt bzw. keine nachvollziehbare Begründung zugrunde.

Hinsichtlich der Frage, ob eine Versorgungslücke besteht, weil im Bereich der niedergelassenen Ärzte keine hinreichenden Kapazitäten

vorhanden seien, stehen dem Antragsgegner verschiedene Ermittlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Zurückgreifen kann er insbesondere auf Umfragen unter den betroffenen Fachärzten zu freien Kapazitäten bzw. zum Auslastungsgrad und zu Wartezeiten im jeweiligen Planungsbereich (z.B. BSG, Urteil vom 15. März 1995 – 6 RKa 42/93 – juris Rn. 19). Die Ermittlung des entscheidungserheblichen Sachverhalts darf sich allerdings typischerweise nicht immer in solchen Befragungen erschöpfen. Denn die Gefahr, dass die Äußerungen der befragten niedergelassenen Ärzte in starkem Maße auf deren subjektiven Einschätzungen beruhen und von deren individueller Interessenlage mit beeinflusst sein können, erfordert eine kritische Würdigung der Antworten durch die Zulassungsinstanzen. Die Angaben müssen daher sorgfältig ausgewertet und – soweit möglich – durch weitere Ermittlungen ergänzt und objektiviert werden (für die Sonderbedarfszulassung BSG, Urteil vom 28. Juni 2000 – B 6 KA 35/99 – juris Rn. 38). Hierzu können z.B. Statistiken herangezogen werden (vgl. Flint in Hauck/Noftz, SGB V, Stand 6/2013, § 116 Rn. 24 m.w.N.).

Vorliegend hat die Befragung der niedergelassenen Fachärzte, die IVM-Leistungen erbringen dürfen, durch den Zulassungsausschuss ergeben, dass freie Kapazitäten im Umfang von mindestens 2.330 Behandlungsfällen pro Quartal bestünden und diese Kapazitäten bei Bedarf – z.B. bei demografisch bedingt steigender Inzidenz der Erkrankungen, aufgrund derer IVM-Leistungen erforderlich sind – auch noch ausbaubar seien. Dem angegriffenen Beschluss ist nicht zu entnehmen, weshalb trotz dieses Umfrageergebnisses nicht einmal freie Kapazitäten im niedergelassenen Bereich bestehen sollen, um künftig etwa 500 weitere Behandlungsfälle pro Quartal aufzunehmen, die sich ergeben, wenn die Behandlungsfälle, die bisher durch ermächtigte Klinikärzte erbracht wurden (nach Berechnung des Antragsgegners 1.175 Fälle), von den Behandlungsfällen abgezogen werden, die nach den vom Zulassungsausschuss erteilten Ermächtigungen für die Zeit ab dem 1. Januar 2016 von diesen Ärzten noch erbracht werden dürften (700 Fälle). Der Antragsgegner hat die Angaben der zur Erbringung von IVM-Leistungen berechtigten Fachärzte in der Umfrage aus nicht tragfähigen Gründen als falsch bezeichnet und auch nicht alternativ aufgezeigt, ob und in welchem Umfang bzw. aufgrund welchen Datenmaterials seiner Auffassung nach tatsächlich freie Kapazitäten bestünden. Selbst wenn Umfrageergebnisse kritisch gewürdigt werden müssen, dürfen sie nicht ohne eine vertretbare Begründung verworfen werden. Eine solche Begründung ist hier nicht ersichtlich.

Insoweit versteht sich zunächst von selbst, dass die Fachärzte, die zur Erbringung von IVM-Leistungen berechtigt sind, seit Aufnahme dieser Leistung in den EBM am 1. Oktober 2014 sukzessive Kapazitäten aufgebaut haben und dementsprechend auch zunehmend solche Leistungen erbracht haben. Der Antragsgegner hat selbst darauf hingewiesen, dass der ursprünglich weitgehend von Klinikärzten erbrachte Umfang von IVM-Leistungen zunehmend im niedergelassenen Bereich aufgenommen worden sei.

Ebenso ist selbstverständlich, dass die zur Erbringung von IVM-Leistungen berechtigten Fachärzte ihre konservativen Tätigkeiten einschränken mussten bzw. müssen, um den zunehmenden Bedarf an IVM-Leistungen abzudecken. Dies gilt insbesondere, wenn zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung 14 Fachärzte für Augenheilkunde (13,5 Zulassungen) IVM-Leistungen für das Patientengut von Fachkollegen mit insgesamt 41,5 Zulassungen im Planungsbereich A .../Stadt (Anlage 1.1.2 zur Fortschreibung des sächsischen Bedarfsplans zum 1. Januar 2017; Zahl der zugelassene Ärzte ohne angestellte Ärzte und Ermächtigungen) erbringen müssen. D.h. unter Umständen müssen diese spezialisierten Fachärzte tatsächlich Neupatienten ohne besondere Erkrankungen abweisen oder sogar Bestandspatienten bitten, für einfache Routinekontrollen einen anderen Fachkollegen aufzusuchen. Dies ist weder zu missbilligen noch ein Grund, das Umfrageergebnis hinsichtlich bestehender Kapazitäten für IVM-Leistungen in Frage zu stellen. Vor allem ist auch nicht ersichtlich, weshalb die vielen über Bedarf zugelassenen Fachärzte für Augenheilkunde bei einer Überversorgung von 120,3 % (Stand 1. Januar 2017) nicht in der Lage sein sollten, wenigstens die durch etwa 500 IVM-Leistungen (siehe oben) bei den betreffenden Leistungserbringern "verdrängten" konservativen Leistungen, die selbst nach den Berechnungen des Beigeladenen zu 7. lediglich ein Viertel einer Zulassung in Anspruch nähmen ([23 Minuten Prüfzeit mal 500 Fälle] / [780 Stunden einer Vollzeitzulassung mal 60 Minuten]), ordnungsgemäß zu übernehmen.

Des Weiteren ist nicht ersichtlich, weshalb die Angaben zu freien Kapazitäten anzuzweifeln seien, weil die Fachärzte für Augenheilkunde, die IVM-Leistungen erbringen dürfen und in der Umfrage des Zulassungsausschusses freie Kapazitäten angegeben hatten, im Quartal IV/2015 – wie der Antragsgegner erklärt hat – allgemeine Fallzahlen über dem Landesdurchschnitt der Fachgruppe (1.594 Fälle) erzielt hätten. Dabei kann dahinstehen, ob die allgemeinen Fallzahlen operierender Augenärzte überhaupt mit den Fallzahlen nur konservativ tätiger Augenärzte zu vergleichen sind. Denn aus der von der Antragstellerin vorgelegten Aufstellung ergibt sich, dass die allgemeinen Fallzahlen der Ärzte, die IVM-Leistungen erbringen dürfen, ganz überwiegend – umgekehrt – unter dem Landesdurchschnitt lagen. So hatte z.B. Prof. Dr. G ..., dessen allgemeine Fallzahl bei einem halben Versorgungsauftrag 335 betrug (hochgerechnet 670 Fälle bzw. 924 unter dem Landesdurchschnitt; Nr. 5 auf der Übersicht der Antragstellerin), angegeben, dass seine Gemeinschaftspraxis mit drei für IVM-Leistungen zugelassenen Ärzten (er selbst sowie Dr. E ... und Dr. F ...) eine freie Kapazität von 1.125 Behandlungsfälle pro Quartal habe, dass keine Wartezeiten anfielen und sogar ein Operationssaal bislang gänzlich ungenutzt sei. Auch Dr. H ... hatte erklärt, dass er eine freie Kapazität von 250 Behandlungsfällen habe und dass es bei ihm keine Wartezeiten gebe, wobei seine allgemeine Fallzahl 1.225 (369 Fälle unter dem Landesdurchschnitt, Nr. 8 auf der Übersicht) betrug. Des Weiteren hatte Dr. SS ... mit einer allgemeinen Fallzahl von 1.311 (283 Fälle unter dem Landesdurchschnitt, Nr. 9 auf der Übersicht) eine freie Kapazität von 100 bis 150 Behandlungsfällen und Wartezeiten von maximal einer Woche angegeben. Weshalb die berechtigten Leistungserbringer im niedergelassenen Bereich bzw. ggf. nur die vorgenannten drei Praxen die ca. 500 IVM-Leistungen pro Quartal der bisher ermächtigten Klinikärzte (siehe oben) im Planungsbereich A .../Stadt nicht sollten übernehmen können, kann also mit den allgemeinen Fallzahlen dieser Ärzte nicht plausibel begründet werden.

Dem angegriffenen Beschluss ist auch nicht in nachvollziehbarer Weise zu entnehmen, dass aufgrund einer Gesamtschau der Stellungnahmen der Fachärzte in der Umfrage des Zulassungsausschusses auf Falschangaben zu freien Kapazitäten bzw. auf tatsächlich bestehende Kapazitätsengpässe geschlossen werden kann. Der Antragsgegner hat zwar darauf hingewiesen, dass die nur konservativ tätigen Augenärzte überwiegend weitere Ermächtigungen befürwortet hätten und dies "teilweise" mit einem hohen Patientenaufkommen begründet worden sei. Es ist jedoch nicht ersichtlich, dass der Antragsgegner die Stellungnahmen der nur konservativ tätigen Ärzte, z.B. zu Wartezeiten, im Rahmen einer kritischen Würdigung heranziehen wollte, um die Richtigkeit der Angaben zu freien Kapazitäten bei IVM-Leistungen in Zweifel zu ziehen – zumal auch die nur konservativ tätigen Ärzte eventuell aus Konkurrenzgründen interessengeleitet votiert haben könnten. Abgesehen davon betraf die Umfrage alle für die Zeit ab 1. Januar 2016 beantragten Ermächtigungen für Klinikärzte zur Erbringung von IVM-Leistungen – d.h. es ging vor allem um die Frage, ob es überhaupt weitere Ermächtigungen geben sollte, und nicht nur um die Frage, ob neben Dr. V ..., Dr. U ... und Dr. R ... auch der Beigeladene zu 7. und Dr. T ... ermächtigt werden sollten. Dabei waren teilweise Ermächtigungen nur im begrenzten Umfang befürwortet worden. Lediglich sechs von 21 nur konservativ tätigen Praxen hatten einer Fortführung aller beantragten Ermächtigungen zugestimmt. Diese hatten ihre Stellungnahmen wiederum unterschiedlich begründet.

Dr. LL ... hatte z.B. grund¬sätzlich in Zweifel gezogen, dass im niedergelassenen Bereich "ordnungsgemäße" Diagnosen erstellt würden. Dr. FF ... hatte demgegenüber betont, sie sei mit der Qualität und der Wartezeit im niedergelassenen Bereich "sehr zufrieden", befürworte Ermächtigungen aber für "Sonderfälle". Ähnlich hatten weitere Ärzte mitgeteilt, dass sie Patienten mit "komplexen Krankheitsbildern und Komorbiditäten" und Fälle mit "bestimmten Begleitgründen" an Klinikärzte überwiesen (Dr. CC ..., Dr. OO ...). Dies hatte den Antragsgegner aber nicht – jedenfalls nicht ersichtlich – bewogen, auch dem Beigeladenen zu 7. eine Ermächtigung zu erteilen. Eine Ermächtigung für bestimmte Sonderfälle der IVM-Behandlung wäre außerdem an Voraussetzungen geknüpft gewesen, die hier nicht gewahrt wurden. Denn auch in Bezug auf die Diagnose und Therapie schwieriger oder komplexer Krankheitsbilder sind niedergelassene Vertragsärzte im Regelfall zur Versorgungssicherstellung in der Lage (vgl. nochmals BSG, Urteil vom 15. März 1995 – 6 RKa 27/94 – juris Rn. 14). Besondere Kenntnisse oder Erfahrungen gemäß § 116 Satz 2 SGB V zur Behandlung schwieriger oder komplexer Fälle dürfen daher nur dann zu einer Ermächtigung führen, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot des ermächtigten Arztes niederschlagen, das bei niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht ausreichend angeboten wird (BSG, Urteil vom 27. Juni 2001 – B 6 KA 39/00 R – juris Rn. 18). Auf ein besonderes Leistungsangebot des Beigeladenen zu 7., das bei niedergelassenen Fachärzten, die IVM-Behandlungen durchführen dürfen, unzureichend vorhanden sei, hat der Antragsgegner nicht abgestellt.

Weitere Gründe, aus denen der Antragsgegner im Rahmen seines Beurteilungsspielraums vertretbar hätte darauf schließen können, dass im niedergelassenen Bereich trotz der Angabe von 2.330 Behandlungsfällen freier Kapazität für IVM-Leistungen möglicherweise nicht einmal 500 weitere Behandlungsfälle übernommen werden könnten oder dass im Prognosezeitraum bis zum 30. Juni 2018 mit einem starken Anstieg des entsprechenden Bedarfs zu rechnen sei, der auch die angegebenen Reserven zum Ausbau weiterer Kapazitäten übersteigen würde, sind dem angegriffenen Beschluss nicht zu entnehmen.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Kosten der Beigeladenen sind nach § 162 Abs. 3 VwGO nicht erstattungsfähig, da sie zu keinem Zeitpunkt einen Antrag gestellt haben (vgl. BSG, Urteil vom 31. Mai 2006 – B 6 KA 62/04 R – juris Rn. 19).

IV.

Die Streitwertwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 53 Abs. 2 Nr. 4, § 52 Abs. 1 und 2, § 47 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Gerichtskostengesetz und entspricht derjenigen im erstinstanzlichen Verfahren.

V.

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde angefochten werden (§ 177 SGG).

Klotzbücher Wagner Stinshoff
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2017-08-08