

L 4 KA 36/05

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4

1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 28 KA 3171/03

Datum
16.03.2005
2. Instanz
Hessisches LSG

Aktenzeichen
L 4 KA 36/05
Datum

15.03.2006
3. Instanz

Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei der Einschätzung des Versorgungsbedarfs nach [§ 73 Abs. 1](#) a Satz 3 SGB V ist auf die zur Sonderbedarfszulassung nach [§ 101 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) entwickelten Grundsätze (siehe: Bundessozialgericht, Urteil vom 28. Juni 2000, Az: [B 6 KA 35/99 R](#)) zurückzugreifen.

Im Rahmen des ihnen zustehenden und gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraums haben die zuständigen Gremien ihre Ermittlungsmöglichkeiten voll auszuschöpfen.

Bedarfsabhängig erteilte Ermächtigungen für Krankenhausärzte sind bei der Bedarfsermittlung außer Acht zu lassen, denn der Grundsatz des Vorranges niedergelassener Vertragsärzte bei der ambulanten Versorgung der Patienten gilt mangels entgegenstehender gesetzlicher Regelung auch im Rahmen der Beurteilung des Versorgungsbedarfs nach [§ 73 Abs. 1](#) a Satz 3 SGB V.

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 16. März 2005 und der Beschluss des Beklagten vom 4. Juni 2003 aufgehoben, soweit sie nicht den Antrag des Klägers auf Sondergenehmigung für präventive Rekto-Sigmo-Koloskopie betreffen. Der Beklagte wird verurteilt, den Antrag des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats in diesem Umfang neu zu bescheiden. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Der Beklagte hat vier Fünftel und der Kläger ein Fünftel der Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 40.500,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Berechtigung des Klägers zur gleichzeitigen Teilnahme an der haus- und fachärztlichen Versorgung gemäß [§ 73 Abs. 1](#) a Satz 3 SGB V.

Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Kläger ist Internist mit gastro-enterologischem Schwerpunkt. Er übt seine Praxis in A-Stadt aus. Am 2. Januar 2002 beantragte er die Genehmigung zur gleichzeitigen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung betreffend Oesophago-Gastro-Duodenoskopie, Rekto-Sigmo-Koloskopie mit Polypektomie, Röntgen der Thoraxorgane und Langzeit-EKG. Zur Begründung führte er aus, dass aufgrund der besonderen Versorgungssituation im Raum A-Stadt ab 1. Januar 2003 die Sicherstellung bestimmter, vor allem gastroenterologischer, Leistungen im ambulanten Bereich nicht mehr gewährleistet seien, da nur noch eine einzige fachärztliche Kollegin diese Leistungen erbringen dürfte.

Mit Schreiben vom 4. Dezember 2002, von dem der Kläger inhaltlich Kenntnis erhielt, empfahl die Bezirksstelle Kassel der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) dem Zulassungsausschuss für Ärzte (ZA), den Antrag des Klägers abzulehnen, weil nach seiner Auffassung die vom Kläger beantragten sog. K.O.-Leistungen durch die niedergelassenen Fachärzte am Ort bzw. in der Region sichergestellt seien. Insoweit war bei der Bezirksstelle Kassel ein Schreiben des Internisten Dr. G. vom 15. November 2002 eingegangen, nach dessen Einschätzung wohl 60 bis 70 % der bisher vom Kläger mit entsprechenden Leistungen betreuten Patienten im Falle der Ablehnung seines Antrages andere Internisten in der Umgebung von A-Stadt aufsuchen würden. Demgegenüber befürwortete Frau Dr. L. mit ihrem Schreiben vom 6. November 2002 den Antrag des Klägers, weil ein Ausbau der eigenen Kapazitäten nur noch in geringem Umfang möglich gewesen sei. Mit Beschluss vom 17. Dezember 2002 lehnte der ZA den Antrag des Klägers ab, weil eine bedarfsgerechte fachärztliche Versorgung durch die niedergelassenen Fachärzte am Ort bzw. in der Region nach der Stellungnahme der Bezirksstelle Kassel der KVH gewährleistet sei.

In dem sich anschließenden Widerspruchsverfahren bekräftigte die Bezirksstelle Kassel der KVH mit Schreiben vom 4. Juni 2003 ihre ablehnende Haltung zum Antrag des Klägers, weil den Patienten der am gleichen Ort praktizierenden Fachärztin Dr. L. im Verhinderungsfall zumutbar sei, die beiden nächstgelegenen internistischen Praxen im Umkreis von etwa 12 bis 15 km aufzusuchen. Hinzu komme, dass in K. und F. weitere fachärztliche Internisten niedergelassen seien, deren Praxen nur etwas mehr als 30 km entfernt lägen, die aber für die Versorgung von Patienten, die außerhalb von A-Stadt wohnten, eine Rolle spielen könnten. Mit Beschluss vom 4. Juni 2003 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Nach der unwidersprochenen Stellungnahme der Bezirksstelle Kassel der KVH besitze der Kläger keine Genehmigung zur Erbringung koloskopischer Leistungen, weshalb der Widerspruch insoweit schon deshalb unbegründet sei. Für die übrigen beantragten Leistungen habe es keiner befristeten Ausnahmeregelung im Sinne des [§ 73 Abs. 1](#) a Satz 3 SGB V bedurft, weil die bedarfsgerechte Versorgung im Sinne des Gesetzes nach der Stellungnahme der Bezirksstelle Kassel der KVH sichergestellt sei. Diese Leistungen würden in A-Stadt selbst von der Gemeinschaftspraxis Dres. L. und von dem Internisten Dr. G. in R. erbracht wie auch die beantragten radiologischen Leistungen. Hinzu komme die Gemeinschaftspraxis Dres. S. in B. mit einer Entfernung von 17 km von A-Stadt und eine Gemeinschaftspraxis in Z. mit einer Entfernung von 12 km von A-Stadt, die ebenfalls die beantragten radiologischen Leistungen erbrächten. Im Regelfall sei den Versicherten die Zurücklegung von Entfernungen im Bereich von 12 bis 17 km zumutbar. Notfälle könne der Kläger auch betreuen, ohne im Besitz einer Genehmigung nach [§ 73 Abs. 1](#) a Satz 3 SGB V zu sein.

Die Beigeladene zu 1.) erteilte dem Kläger mit Bescheid vom 11. Juli 2003 die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Koloskopie nach der Qualitätssicherungsvereinbarung rückwirkend ab 1. Oktober 2002. Die Genehmigung präventiver Koloskopien blieb streitbefangen.

Gegen den ihm am 30. Juli 2003 zugestellten Beschluss des Beklagten hat der Kläger am Montag, dem 1. September 2003, Klage beim Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben. Bei der Praxis Dr. L. und anderen Facharzt Praxen in der Umgebung müssten inzwischen Wartezeiten von bis zu sieben Wochen für Koloskopien in Kauf genommen werden. In der Regel seien Patienten aus A-Stadt und Umgebung Fahrzeiten nach R. und N. mit öffentlichen Verkehrsmitteln von mindestens einer Stunde bis zu zwei Stunden nicht zumutbar. Wegen der zum Beispiel bei Magenspiegelungen einzunehmenden Medikamente sei es ihnen auch verboten, ein Kraftfahrzeug zu führen. Mit Urteil vom 16. März 2005 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dem Zulassungsausschuss stehe bei der Beurteilung, ob ein Bedarf für eine Sonderzulassung nach [§ 73 Abs. 1](#) a SGB V bestehe, ein gerichtlich nur beschränkt überprüfbarer Spielraum zu. Dieser Spielraum sei vorliegend nicht überschritten. Im Übrigen hat sich das Sozialgericht den Ausführungen im angegriffenen Beschluss des Beklagten angeschlossen.

Gegen das ihm am 17. August 2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 15. September 2005 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt eingelegt. Zur Begründung trägt er vor, bis zum Ende des Jahres 2002 in großem Umfang auch fachinternistische Leistungen zur Versorgung der Region erbracht zu haben. Diese sog. K.O.-Leistungen könne er künftig nur noch aufgrund einer Sonderbedarfsregelung abrechnen. Aufgrund seines unstreitig gebliebenen Sachvortrages stehe fest, das seit 1. Januar 2003 für die Bad Wildunger Bevölkerung insoweit eine erhebliche Versorgungslücke entstanden sei. Indirekt habe die KVH einen entsprechenden Bedarf dadurch anerkannt, dass sie der A-Klinik in A-Stadt über die Zulassung für ambulantes Operieren die Ermächtigung für Koloskopien erteilt habe. Insoweit gebühre jedoch den niedergelassenen Ärzten der Vorzug. Inzwischen seien die Wartezeiten für die beantragten Leistungen bei Frau Dr. L. auf sechs bis acht Wochen angewachsen. Die internistische Praxis Dres. S. in B. gebe es seit Ende 2003 nicht mehr. Der Beklagte sei daher bei Ausübung seines Beurteilungsspielraums nicht von einem richtig und vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen, denn er habe sich ebenso wenig wie das Sozialgericht mit in den vorgetragenen Tatsachen auseinandergesetzt. Zwar treffe es zu, dass er derzeit über keine Genehmigung zur Durchführung präventiver koloskopischer Leistungen verfüge, hierfür sei aber die Beigeladene zu 1.) verantwortlich, die insoweit über seinen Widerspruch bis heute nicht entschieden habe.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 16. März 2005 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung seines Beschlusses vom 4. Juni 2003 zu verurteilen, seinen Antrag unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte und die Beigeladene zu 1.) beantragen,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte nimmt auf die Begründung des angegriffenen Urteils Bezug und führt ergänzend aus, dass für Gastroskopien in der Praxis Dr. G. kaum Wartezeiten, für präventive Koloskopien Wartezeiten von nur vier bis fünf Wochen und für kurative Koloskopien eine Wartezeit von 14 Tagen angegeben worden seien, wobei Akut- und Notfälle bei Gastro- und Koloskopien umgehend angenommen werden könnten. Außerdem besitze die A-Klinik in A-Stadt eine Ermächtigung zur Durchführung von Koloskopien, die aber auf einer Vereinbarung nach [§ 115 b SGB V](#) (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) beruhe. Dem an diesem Krankenhaus beschäftigten Arzt Dr. J. sei außerdem eine Ermächtigung zur Koloskopie, aber nur auf Überweisung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt und befristet (vom 16. Dezember 2003 bis 31. Dezember 2005), erteilt worden. Der Kläger könne sich nicht darauf berufen, dass die Praxen in R., Z., B. und N. in einem anderen Planungsbereich gelegen seien. Da es hier um eine Ausnahmegenehmigung gehe, könne die Versorgungssituation auch unter Einbeziehung nahe gelegener Versorgungsmöglichkeiten unbeschadet der Grenzen eines Planungsgebietes beurteilt werden. Dem Sinn der Vorschrift entspreche hier eine pragmatische Handhabung, die der Beklagte, gestützt auf die Einschätzung des Geschäftsausschusses der Bezirksstelle Kassel der KVH, gewählt habe. Auch eine erneute telefonische Umfrage bei Facharztpraxen wenige Tage vor der mündlichen Verhandlung habe ergeben, dass ein besonderes Versorgungsbedürfnis für die Erbringung der beantragten Leistungen durch den Kläger nicht bestehe.

Die übrigen Beigeladenen haben sich nicht geäußert.

Wegen weiterer Einzelheiten und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Beschluss des Zulassungsausschusses vom 17. Dezember 2002 ist nicht mehr Gegenstand des Verfahrens, weil er durch den Beschluss

des Berufungsausschusses vom 4. Juni 2003 überholt ist und der beklagte Berufungsausschuss in vollem Umfang an die Stelle des Zulassungsausschusses tritt. Daher ist auch der als Widerspruchsbescheid zu qualifizierende Beschluss des Berufungsausschusses ausschließlich Streitgegenstand in einem sich anschließenden sozialgerichtlichen Verfahren, in dem die Klage nur gegen den Berufungsausschuss zu richten ist (so zutreffend Hess in: Kasseler Kommentar, [§ 97 SGB V](#) Rdnr. 3 und 4 m.w.N.).

Die zulässige Berufung ist überwiegend sachlich begründet.

Der Beklagte war unter Abänderung des angegriffenen Urteils des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 16. März 2005 sowie seines Beschlusses vom 4. Juni 2003 zur teilweisen Neubeschheidung des Antrages des Klägers auf gleichzeitige Teilhabe an der haus- und fachärztlichen Versorgung gemäß [§ 73 Abs. 1](#) a Satz 3 SGB V zu verurteilen, weil er bei Anwendung des ihm in [§ 73 Abs. 1](#) a Satz 3 SGB V eingeräumten Beurteilungsspielraums nicht von einem vollständig und richtig ermittelten Sachverhalt ausgegangen ist, soweit es nicht um die Sondergenehmigung für präventive Rekto-Sigmo-Koloskopie geht.

Bis zum 31. Dezember 2002 beruhte die Befugnis des Klägers zur Abrechnung der beantragten Leistungen auf §§ 6, 9 Abs. 1 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2000. Für den nachfolgenden Zeitraum kann der Kläger nur unter den Voraussetzungen des [§ 73 Abs. 1](#) a Satz 3 SGB V zur Abrechnung der beantragten Leistungen befugt sein. Die Verfassungsmäßigkeit der Regelung in [§ 73 Abs. 1](#) a SGB V hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in seinem Beschluss vom 17. Juni 1999 bestätigt (Az.: [1 BvR 2507/97](#)). Danach kann der Zulassungsausschuss u.a. für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine befristete Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung genehmigen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Mithin liegt es im pflichtgemäßen Ermessen des Zulassungsausschusses und schließlich des Beklagten, die beantragte Genehmigung zu erteilen, wenn anders eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Ähnlich wie bei der Sonderbedarfszulassung nach [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) steht den zuständigen Gremien bei der Einschätzung des Versorgungsbedarfs ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungskriterien und deren Sozialgericht und der Beklagte zutreffend ausgegangen sind. Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die durch Auslegung des Begriffs "bedarfsgerechte Versorgung" zu ermittelnden Grenzen eingehalten und ob die Subsumtionserwägungen so hinreichend in der Begründung der Entscheidung verdeutlicht wurden, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (Bundessozialgericht - BSG - Urteil vom 28. Juni 2000, Az.: [B 6 KA 35/99 R](#)). Hierbei ist es sachgerecht und statthaft, die niedergelassenen Ärzte, die die beantragten Leistungen bereits erbringen, nach der Aufnahmekapazität ihrer Praxen zu befragen. Insoweit durfte der Beklagte grundsätzlich auch Praxen heranziehen, die zwar nicht im Planungsgebiet der klägerischen Praxis (W.), wohl aber in näherer Umgebung in einem angrenzenden Planungsgebiet (E.) liegen, denn die klägerische Praxis liegt selbst am östlichen Rand des Planungsgebiets. Insoweit sind auch die vom Vorstand der KVH am 14. September 2002 aufgestellten Beurteilungskriterien und deren allgemeine Auslegung in der Sitzung des Geschäftsausschusses vom 27. November 2002 nicht zu beanstanden. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass alle für die Versorgung in Betracht kommenden Fachärzte konkret nach der Aufnahmekapazität in der Gegenwart und auch in absehbarer Zukunft befragt werden, was schon im Hinblick auf den in der mündlichen Verhandlung erweiterten Vortrag des Beklagten offensichtlich nicht der Fall war. Auf den klägerischen Vortrag, dass einige vom Beklagten genannte Praxen für Patienten unter Berücksichtigung der notwendigen Vorbereitungen auf die Untersuchungen etc. sowie die regionale Verkehrssituation nur unter unzumutbaren Bedingungen erreichbar wären, hätten die betreffenden Ärzte auch hierzu befragt werden müssen. Um eine kritische Würdigung der Antworten zu ermöglichen, wären außerdem Angaben bei bestehenden Facharztpraxen, auf die der Beklagte verweist, einzuholen gewesen, in welchem Umfang Patienten aus dem Planungsgebiet des Klägers bereits Facharztpraxen im angrenzenden Planungsgebiet aufsuchen. Dies muss jedenfalls dann gelten, wenn es sich - wie hier - nach den vom Beklagten herangezogenen Kriterien bereits um einen Grenzfall handelt, weil die zur Diskussion stehenden Leistungen im Planungsbereich des Klägers nur von einer Facharztpraxis (Dr. L.) erbracht werden. Den genannten Anforderungen ist der Beklagte nicht in ausreichendem Umfang nachgekommen. So hat der Beklagte nur Stellungnahmen von zwei Fachärzten, nämlich Dr. L. und Dr. G., eingeholt, ohne jedoch bei Praxen im angrenzenden Planungsgebiet die Zumutbarkeit der Anreise aus dem Planungsgebiet des Klägers nachzufragen und anhand von tatsächlichen Patientenbewegungen zu überprüfen. Von einer weiteren Facharztpraxis (Dr. P., N.) wurde lediglich auf telefonische Nachfrage eine in der Größenordnung nicht näher beschriebene Aufnahmekapazität für Gastroskopie und Koloskopie bezeichnet, wobei diese Praxis aber nach eigenen Angaben überwiegend Patienten aus dem Planungsgebiet K. betreut. Ob unter Berücksichtigung der Verkehrsanbindungen auch eine Betreuung von Patienten aus dem Planungsgebiet des Klägers in nennenswertem Umfang möglich erscheint, wurde nicht erfragt. Im Übrigen hat der Beklagte bei den genannten und fünf weiteren Praxen lediglich die Abrechnungsfrequenzen bezüglich der beantragten Leistungen in den Quartalen 4/2001 bis 3/2002 überprüft. Möglicherweise aus diesem Grund ist dem Beklagten auch entgangen, dass die Facharztpraxis Dres. S. in B. zum Ende des Jahres 2003 aus Altersgründen geschlossen wurde. Es ist aber nicht auszuschließen, dass der Beklagte bei Kenntnis der tatsächlichen Versorgungslage unter Berücksichtigung zu erwartender oder bereits eingetretener Praxissschließungen sowie unter Einbeziehung der noch nachzufragenden begründeten Erwartungen von Facharztpraxen aus einem angrenzenden Planungsgebiet über die Betreuung von Patienten aus dem Planungsgebiet des Klägers im Rahmen seines Beurteilungsspielraumes einen Versorgungsbedarf für die vom Kläger beantragten sog. K.O.-Leistungen feststellt und im Rahmen seines weitergehenden Ermessens eine befristete Ausnahmegenehmigung für die vom Kläger beantragten Leistungen erteilt. Bei seiner erneuten Entscheidung wird der Beklagte daher sämtliche Praxen, die die vom Kläger beantragten Leistungen bereits erbringen und auf die der Beklagte verweist, konkret auch über die Möglichkeiten einer zumutbaren Versorgung von Patienten aus dem Planungsgebiet des Klägers zu befragen und die Antworten anhand der vorhandenen Daten über die örtliche Herkunft der Patienten zu verifizieren haben. Bei Ermittlung des Versorgungsbedarfs kann die dem an der A-Klinik beschäftigten Arzt Dr. J. befristet erteilte Ermächtigung zur Durchführung von Koloskopien auf Überweisung von Vertragsärzten allerdings nicht berücksichtigt werden, sofern es sich nicht wider Erwarten um eine bedürfnisunabhängige Ermächtigung im Sinne des § 5 Abs. 2 Bundesmantelvertrag - Ärzte handeln sollte, denn auch eine Ermächtigung nach §§ 31, 31 a Zulassungsverordnung - Ärzte darf nur nach quantitativer bzw. qualitativer Bedarfsprüfung erteilt werden, wobei den niedergelassenen Vertragsärzten nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) und unter Berücksichtigung der durch [Art. 12 Abs. 1](#) Grundgesetz geschützten Berufsfreiheit (siehe Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 17. August 2004, Az.: [1 BvR 378/00](#)) für den gesamten Bereich der ambulanten Versorgung der Vorrang gebührt. Die bei Entscheidung über einen Ermächtigungsantrag notwendige Bedarfsprüfung darf nämlich nicht dadurch ersetzt werden, dass sie für den Fall einer etwaigen Versorgungslücke vorsorglich auf Facharztüberweisungen beschränkt erteilt wird (so zutreffend: BSG, Urteil vom 15. März 1995, Az.: [6 RKA 42/93](#) m.w.N. und Schallen, Zulassungsverordnung für Ärzte etc., Kommentar, 4. Aufl. 2004, Rdnr. 694). Der Grundsatz des Vorranges niedergelassener Vertragsärzte gilt unter dem Gesichtspunkt der Berufsfreiheit und mangels einer anderweitigen gesetzlichen Regelung auch für die Beurteilung des Versorgungsbedarfs nach [§ 73 Abs. 1](#) a Satz 3 SGB V. Allerdings war der Gesetzgeber nicht daran gehindert, aus übergeordneten Gesichtspunkten des Allgemeinwohls (so etwa zur

Kostendämpfung zwecks Sicherstellung der Finanzierbarkeit des öffentlichen Gesundheitssystems) besondere Regelungen zur Förderung des ambulanten Operierens im Krankenhaus zu treffen ([§ 115b SGB V](#)) und insoweit von einer vorrangigen Berücksichtigung niedergelassener Vertragsärzte abzusehen. Aus diesem Grund muss bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs die in der A-Klinik im Zusammenhang mit [§ 115b SGB V](#) bestehende Befugnis zur Durchführung von Koloskopien, bei der es sich gerade um keine Ermächtigung handelt, Berücksichtigung finden, zumal die Zulassungsgremien zutreffend für verpflichtet gehalten werden zu prüfen, inwieweit die Teilnahme des Krankenhauses am ambulanten Operieren bestehende Ermächtigungen von Krankenhausärzten berühren. Denn soweit das Krankenhaus ambulante Operationen selbst vornimmt, kann dadurch das Ermächtigungsbedürfnis für den angestellten Krankenhausarzt zur Durchführung ambulanter Operationen entfallen (so: Heinemann/Liebold, Kassenarztrecht, C 115 b-6). Dies kann sich im Übrigen auch auf Koloskopie-Leistungen auswirken, soweit diese im Zusammenhang mit ambulanten Operationen stehen.

Soweit der Kläger die Genehmigung zur Erbringung von Leistungen der präventiven Rektosigmo-Koloskopie begehrt, ist die Berufung allerdings ohne Weiteres unbegründet. Denn er besitzt nicht die hierfür zwingend voraussetzende Genehmigung nach § 2 der auf [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) beruhenden Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie vom 20. September 2002, die ihm bislang, aus welchen Gründen auch immer, ausdrücklich nur für "kuratives" Koloskopieren erteilt wurde. Im überragenden öffentlichen Interesse an der Qualitätssicherung kann hiervon auch nicht im Einzelfall abgesehen werden. Soweit der Kläger einwendet, die Beigel. zu 1.) verzögere das insoweit wohl noch anhängige Widerspruchsverfahren, ist er auf seine dortigen Verfahrensrechte zu verweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 155 Abs. 1, 162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), wobei der Senat den Umfang des Unterliegens des Klägers hinsichtlich präventiver Koloskopie-Leistungen mit einem Fünftel vom Gesamtbegehren schätzt. Den Beigeladenen war unter Billigkeitsgesichtspunkten kein Kostenerstattungsanspruch einzuräumen.

Die Revision war nicht zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die endgültige Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2006-08-21