

S 12 KA 428/09 ER

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 428/09 ER

Datum
12.08.2009
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung in vertragsärztlichen Zulassungssachen ist grundsätzlich auch vor einer Entscheidung des Berufungsausschusses zulässig.

Ist ein Beschluss des Zulassungsausschusses wegen unzureichender Begründung der Ablehnung einer Ermächtigung (hier: Facharzt für Anästhesie) rechtswidrig, so besteht dennoch kein Anordnungsanspruch, wenn es an einer hinreichenden Erfolgsaussicht des Widerspruchs fehlt.

Werden Anästhesieleistungen nach dem AOP-Vertrag zu [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) vergütet, so besteht hierfür kein Bedarf für eine Ermächtigung.

1. Der Antrag auf Erlass einstweilige Anordnung vom 16. Juli 2009 wird abgewiesen.

2. Der Antragssteller hat dem Antragsgegner die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Er hat auch die Gerichtskosten zu tragen. Weiter Kosten sind nicht zu erstatten.

3. Der Streitwert wird auf 9.000,00 Euro festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten im Rahmen eines einstweiligen Anordnungsverfahrens um die Ermächtigung des Antragsstellers.

Der Antragsteller ist Facharzt für Anästhesie – Rettungsmedizin und Palliativmedizin -. Er ist Chefarzt der Anästhesieabteilung am DY.-Krankenhaus gGmbH A-Stadt. Der Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ermächtigte ihn zuletzt mit Beschluss vom 27. Februar 2007, befristet bis zum 31. März 2007, für folgende Leistungen: Durchführung ambulanter anästhesiologischer Leistungen auf Überweisung der an diesem Krankenhaus tätigen ermächtigten Ärzte und Belegärzte, ausgenommen solcher Anästhesien, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen am DY.-Krankenhaus gGmbH in A-Stadt gemäß [§ 115b SGB V](#) durchgeführt werden.

Der Antragsteller beantragte mit Schreiben vom 2. Dezember 2008 die Verlängerung seiner Ermächtigung. Er trug vor, sofern das DY.-Krankenhaus A-Stadt nach [§ 115b SGB V](#) tätig werde, seien selbstverständlich diese Leistungen nach § 7 AOP-Vertrag abzurechnen. Nur im Zusammenhang mit solchen Leistungen könne das Krankenhaus auch ambulante anästhesiologische Leistungen erbringen. Für die am Krankenhaus tätigen ermächtigten Belegärzte könnten anästhesiologische Leistungen nicht erbracht werden. Er wolle diese ermächtigten Belegärzte bei der eigenen Operation als Anästhesist unterstützen. Hierfür bedürfe er der Ermächtigung. Soweit die Beigeladene zu 1) davon ausgehe, er habe in den letzten vier Quartalen durchschnittlich 77 Fälle pro Quartal abgerechnet, so spreche dies für einen entsprechenden Bedarf. Die Beigeladene zu 1) habe auch nicht dargelegt, dass kein Bedarf bestehe. Alle anderen niedergelassenen Anästhesisten hätten keine Einwendungen gegen eine Erneuerung seiner Ermächtigung.

Das Kompetenzzentrum Bedarfsprüfung und Sicherstellung der Beigeladenen zu 1) legte dar, dass eine anästhesiologische Leistung bei ambulanten operativen Eingriffen gemäß [§ 115b SGB V](#) nicht über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werde, sondern direkt mit den Krankenkassen. Dies geschehe unabhängig davon, ob der Eingriff nach [§ 115b SGB V](#) durch einen (ermächtigten) Operateur des Krankenhauses oder einen belegärztlich tätigen Vertragsarzt erbracht werde. § 7 Abs. 4 AOP Vertrag stelle hier den belegärztlich tätigen Vertragsarzt ausdrücklich dem Operateur des Krankenhauses gleich und setze so auch die Abrechenbarkeit der anästhesiologischen Leistungen gleich. Eine Analyse der Abrechnungsdaten der im DY.-Krankenhaus ermächtigten Ärzte habe ergeben, dass der Antragssteller

vielfach anästhesiologische Leistungen für die ermächtigten Ärzte erbringe und die Leistungen mit der Pseudoziffer 98115 als Leistung nach [§ 115b SGB V](#) kennzeichne. Auch in diesen Fällen sei eine Abrechnungsmöglichkeit der Anästhesie durch das Krankenhaus direkt mit den Krankenkassen gegeben. Gleiches gelte, wenn die Operation durch einen Belegarzt erbracht werde. Ein Sicherstellungsbedarf sei nicht gegeben.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte lehnte mit Beschluss vom 31. März 2009 den Antrag auf weitere Ermächtigung ab. Zur Begründung bezog er sich auf die Stellungnahme des Kompetenzzentrums Bedarfsprüfung und Sicherstellung. Dieser halte eine weitere Ermächtigung des Antragstellers zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten nicht mehr für erforderlich.

Hiergegen legte der Antragsteller am 2. Juni 2009 Widerspruch ein, über den der Antragsgegner noch nicht entschieden hat.

Der Antragsteller hat am 16. Juli 2009 einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gestellt. Zur Begründung trägt er vor, ein Anordnungsanspruch sei gegeben.

Der Umfang von durchschnittlich 77 abgerechneten Fällen in den letzten vier Quartalen belege einen Bedarf. Tatsächlich habe er sogar mehr Fälle erbracht, als bei seiner ersten Antragstellung im Jahr 2007. Bei der Ermächtigung nach § 31a Ärzte-ZV handele es sich um eine gebundene Entscheidung, sodass der Antragsgegner verpflichtet sei, die einmal erteilte Ermächtigung zu erneuern. Er begehre eine Ermächtigung nicht für ambulante Operationen im Sinne von [§ 115b SGB V](#). Schon nach der ursprünglichen Ermächtigung seien entsprechende Operationen ausgenommen gewesen. Zudem bestehe die Möglichkeit der isolierten Abrechenbarkeit von Anästhesieleistungen bei ambulanten Eingriffen des [§ 115b SGB V](#) nur, wenn der Eingriff durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt durchgeführt werde. Bei Eingriffen ermächtigter Krankenhausärzte komme hingegen eine isolierte Abrechnung der Anästhesieleistungen nicht in Betracht. Er führe auch bei zahlreichen Leistungen, die nicht Bestandteil des Katalogs für stationärsersetzende Leistungen seien, die Anästhesien durch. Im Einzelnen handele es sich um folgende Eingriffe:

OPS Bezeichnung
1-464.00 Biopsie Prostata
5-201 PR-Entfernung
5-640.x Vorhautlösung
5-849.3 Hundebissverletzung
5-892.0d Abszess Gesäß
5-892.08 Abszess Axilla
5-895.08 Abszess
UA 8-201.0 Reposition Schulter
8.201.1 Reposition Schulter
8-201.4 Reposition Ellenbogen
5-641.0 Kondylomabtragung
5-892.0c Abszess Vulva

Vorraussetzung des § 7 Abs. 4 AOP-Vertrag sei, dass die Anästhesieleistung bei Operateuren des Krankenhauses oder Belegärzten durch das Krankenhaus erbracht werde. Er wolle aber die Anästhesien als ermächtigter Arzt erbringen. Es liege damit kein Fall des § 7 Abs. 4 AOP-Vertrag vor. Für ermächtigte Ärzte komme der AOP-Vertrag ohnehin nicht in Betracht. Am DY.-Krankenhaus gebe es keinen anderen Anästhesisten, der die Durchführung der Anästhesie übernehmen könne. Damit bestehe eine Versorgungslücke. Die Qualität der Anästhesie im Rahmen von ambulanten Operationen sei nur dann gewährleistet, wenn der zuständige Anästhesist über hinreichende Erfahrung, insbesondere mit Vollnarkosen verfüge. Dies sei bei ermächtigten Krankenhausärzten eher der Fall als bei niedergelassenen Anästhesisten. Die Ermächtigung sei auch für diejenigen Eingriffe notwendig, die nicht unter § 3 APO-Vertrag fielen. Hätten die niedergelassenen Ärzte noch ausreichend Kapazitäten, um die Anästhesien durchzuführen, hätten sie nicht mitgeteilt, dass sie keine Einwendungen gegen die Ermächtigung hätten. Der Anordnungsgrund liege in den erheblichen wirtschaftlichen Nachteilen, die für ihn entstünden, wenn er zunächst den Ausgang des Widerspruchsverfahrens abwarten müsste. In diesem Falle würden ihm Honorare in Höhe von 36.000 Euro entgehen. An das Vorliegen eines Anordnungsgrundes seien nur geringe Anforderungen zu stellen, da eine Klage in der Hauptsache offensichtlich begründet wäre. Es gebe am Krankenhaus keinen weiteren Anästhesisten. Den Honorarverlust könne er nicht nachholen. Der wirtschaftliche Schaden sei für ihn irreparabel. Zudem würden die [Art. 12](#) und [19 Abs. 4 GG](#) es gebieten, dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung stattzugeben. Zur Glaubhaftmachung des Anordnungsgrundes hat er eine eidesstattliche Versicherung zur Gerichtsakte gereicht.

Der Antragssteller beantragt,
den Antragsgegner im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihn ab sofort zur Teilnahme zur vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 31a Ärzte-ZV zu ermächtigen.

Der Antragsgegner beantragt,
den Antrag zurückzuweisen.

Es sei weder Anordnungsanspruch noch Anordnungsgrund hinreichend glaubhaft gemacht. Gemäß § 7 Abs. 4 APO-Vertrag seien Krankenhäuser bei der Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen. Dies gelte insbesondere auch für die separate Abrechenbarkeit anästhesiologischer Leistungen/Narkosen, sofern im Krankenhaus bei Eingriffen gemäß [§ 115b SGB V](#) sowohl ein Operateur als auch ein Anästhesist des Krankenhauses beteiligt sei, oder die Leistungen nach [§ 115b SGB V](#) durch einen belegärztlich tätigen Vertragsarzt erfolge und das Krankenhaus nur die Anästhesieleistung erbringe. Das bedeute, dass bei sämtlichen ambulanten Operationen im Sinne des [§ 115b SGB V](#) die anästhesiologischen Leistungen vom Krankenhaus abgerechnet werden könnten, und zwar unabhängig davon, ob die Hauptleistung von einem Krankenhausarzt für das Krankenhaus oder von einem Belegarzt erbracht worden sei. Wenn der Antragsteller die Anästhesieleistung im Rahmen ambulanter Operationen als angestellter Krankenhausarzt vornehmen könne, so entstehe keine Versorgungslücke, die durch eine Ermächtigung auszufüllen wäre. Allenfalls für solche Eingriffe, die nicht in den Katalog gemäß § 3 APO-Vertrag fielen, könne in Betracht gezogen werden, eine Ermächtigungsmöglichkeit

für den Antragsteller anzunehmen. Dies setze allerdings voraus, dass der Antragsteller die konkreten Eingriffe benenne. Hierfür müsste zusätzlich eine Versorgungslücke dargelegt werden. An einer solchen Substantiierung fehle es. Auf die Abrechenbarkeit für die Vergangenheit komme es nicht an. Im Hinblick auf die Statusqualität der Ermächtigung könne diese nicht rückwirkend erteilt werden. Mangels fehlender Substantiierung fehle es deshalb auch an einem Anordnungsgrund.

Die Beigeladene zu 1) beantragt,
den Antrag abzuweisen.

Auch sie ist der Auffassung, es bestehe weder ein Anordnungsgrund noch ein Anordnungsanspruch. Soweit es nur um eine Ermächtigung bezüglich der Operationen gehe, die nicht dem AOP-Vertrag unterlägen, sei weder ein quantitativer noch ein qualitativer Bedarf ersichtlich. In dem Antrag auf einstweilige Anordnung sei nicht einmal dargetan worden, inwiefern die vertragsärztliche Versorgung im Planungsbereich ohne die Ermächtigung nicht sichergestellt sein sollte. Der Hinweis auf die Abrechnung bis zum 10. Juli 2009 sei nicht nachvollziehbar, da derzeit keine Ermächtigung vorliege und folglich keine entsprechenden Leistungen erbracht werden dürften.

Die übrigen Beteiligten haben keinen Antrag gestellt und sich zur Sache nicht geäußert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 17. Juli 2009 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weitem Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte verwiesen.

II.

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist grundsätzlich zulässig, aber unbegründet.

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist grundsätzlich zulässig.

Das Gericht der Hauptsache kann auf Antrag einen Erlass einer einstweiligen Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint ([§ 86b Abs. 2 S. 1](#) u. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG). Es müssen ein Anordnungsanspruch und ein Anordnungsgrund glaubhaft gemacht werden ([§ 920](#) Zivilprozessordnung i. V. m. [§ 86b Abs. 2 S. 4 SGG](#)).

Der Antragsgegner war rechtlich nicht verpflichtet, vor Anrufung des Gerichts einen entsprechenden Antrag bei dem Antragsgegner zu stellen. [§§ 86a, 86b SGG](#) stellen ein solches Erfordernis nicht auf, wenn die Kammer dies auch für äußerst sinnvoll hält.

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist aber unbegründet.

Der Beschluss des Zulassungsausschusses vom 31. März 2009 ist zwar rechtswidrig. Er genügt nicht den Mindestanforderungen an eine Begründung. Dennoch fehlt es an einer hinreichenden Erfolgsaussicht des Widerspruchs, weshalb ein Anordnungsanspruch nicht glaubhaft gemacht wurde.

Rechtsgrundlage der Entscheidung der Zulassungsgremien ist [§ 116 SGB V](#), § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV. Nach diesen Vorschriften kann der Zulassungsausschuss mit Zustimmung des Krankenhausträgers einen Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen, soweit und solange deren ausreichende ärztliche Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Der in dieser Formulierung zum Ausdruck kommende Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte gilt für den gesamten Bereich der ambulanten Krankenversorgung und mithin auch für diagnostische Leistungen auf Überweisungen von denjenigen Ärzten, die die Patienten unmittelbar behandeln. Nicht nur die eigenverantwortliche ambulante Behandlung, sondern auch die Beratung und Unterstützung eines anderen Vertragsarztes bei dessen Behandlung obliegen in erster Linie den entsprechend weitergebildeten und qualifizierten Vertragsärzten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) setzt die Erteilung einer Ermächtigung gemäß [§ 116 SGB V](#), § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV an einen weitergebildeten Krankenhausarzt einen quantitativ-allgemeinen oder einen qualitativ-speziellen Versorgungsbedarf voraus, bei dessen Überprüfung und Feststellung die Zulassungsgremien über einen der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglichen Beurteilungsspielraum verfügen. Ein quantitativ-allgemeiner Bedarf liegt vor, wenn in einem Planungsbereich in einer Arztgruppe zu wenige niedergelassene Ärzte vorhanden sind, um den Bedarf zu decken. Das Vorliegen eines qualitativ-speziellen Bedarfs setzt voraus, dass ein Krankenhausarzt besondere, für eine ausreichende Versorgung notwendige Untersuchungs- und Behandlungsleistungen anbietet, die von den niedergelassenen Ärzten nicht bzw. nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden (vgl. BSG, Ur. v. 30.01.2002 - [B 6 KA 12/01 R - SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#) = [MedR 2002, 529](#) = KRS 02.028 = USK 2002-89, zitiert nach juris Rdnr. 18 bis 20; BSG, Ur. v. 12.09.2001 - [B 6 KA 86/00 R - SozR 3-2500 § 116 Nr. 23](#), juris Rdnr. 18, jeweils m. w. N.).

Maßstab für die Bedarfsprüfung ist grundsätzlich der Planungsbereich. Bei der Ermittlung eines Bedarfs in quantitativ-allgemeiner Hinsicht sind als Voraussetzung für die Ermächtigung eines Krankenhausarztes, also der Prüfung, ob im jeweiligen Planungsbereich eine ausreichende Anzahl von Ärzten einer bestimmten Arztgruppe für die ambulante Versorgung zur Verfügung steht, die Angaben des Bedarfsplans zugrunde zu legen (vgl. BSG, Ur. v. 14.07.1993 - [6 RKA 71/91 - SozR 3-2500 § 116 Nr. 4](#) = [BSGE 73, 25](#) = [MedR 1994, 73](#) = [NJW 1994, 1612](#) = USK 93140, juris Rdnr. 19; BSG, Beschl. v. 20.04.1998 - [B 6 KA 36/97 B](#) - juris Rdnr. 11; BSG, Ur. v. 22.06.1994 - [6 RKA 46/93, SozR 3-2500 § 116 Nr. 10](#) = USK 94164, juris Rdnr. 21 f.). Auch für die Prüfung des qualitativ-speziellen Bedarfs ist grundsätzlich der Zuschnitt der regionalen Planungsbereiche maßgeblich (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Ur. v. 09.02.2005 - [L 3 KA 290/03 - MedR 2005, 559](#), juris Rdnr. 33; LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 24.09.1997 - [L 11 KA 88/97](#) -, juris Rdnr. 64). Hierbei ist der Bedarf in der jeweiligen Gruppe der Gebietsärzte (Arztgruppe) maßgeblich. Auf den Bedarf in Teilgebieten ist nicht gesondert abzustellen. Das beruht darauf, dass nach ärztlichem Berufsrecht Ärzte mit Gebietsbezeichnungen alle Leistungen ihres Gebietes erbringen dürfen, auch wenn es sich um solche handelt, die in ein Teilgebiet des Fachgebietes fallen. Selbst wenn man bei der Prüfung der Versorgungslücke die Teilgebiete zugrunde

legen würde, dürften bei der Ermittlung des Bedarfs nicht nur die Ärzte berücksichtigt werden, die die entsprechende Teilgebietsbezeichnung zu führen berechtigt sind bzw. führen; es wären vielmehr alle Gebietsärzte, deren Gebiet das Teilgebiet zugeordnet ist, einzubeziehen. Aus diesem Grunde wird auch in dem durch die Bedarfsplanung rechtlich vorgegebenen Rahmen bei der Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades eine Differenzierung nach Teilgebieten nicht vorgenommen (vgl. BSG, Urt. v. 14.07.1993 - [6 RKa 71/91](#) -, aaO., juris Rdnr. 19). Lediglich dann, wenn ein besondere Zuschnitt des Planungsbereiches wie die Trennung in einen Stadt- und Landkreis, wobei in der geographischen Mitte des Landkreises der Planungsbereich Stadtkreis liegt, gegeben ist, kann die unter Bedarfsplanungskriterien ermittelte rechnerische Nichtauslastung des Planungsbereiches eine tatsächliche Unterversorgung der Versicherten u. U. nicht bewirken (vgl. BSG, Urt. v. 25.11.1998 - [B 6 KA 81/97 R](#) - aaO., juris Rdnr. 26).

Bei der Prüfung der Frage, ob ein besonderer Versorgungsbedarf für eine Zulassung (z. B. Nr. 24 Buchst. b) BedarfspIRL-Ä) oder Bedarf für eine Ermächtigung (§ 116) vorliegt, steht den Zulassungsgremien ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu. Die ortsnahen fachkundigen Zulassungsinstanzen können nämlich nur ungefähr entscheiden, ob und inwieweit die bereits niedergelassenen Ärzte eine qualitativ ausreichende Versorgung gewährleisten, da zur Beantwortung dieser Frage eine Vielzahl von Faktoren in die Entscheidung einzubeziehen sind (vgl. BSG, Urt. v. 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#) = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#) m.w.N., juris Rn. 34). Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zu Grunde liegt, ob die durch Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" 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. Entscheidungen der Zulassungsgremien sind daher hinzunehmen, wenn sie sich im Rahmen der Beurteilungsermächtigung halten (vgl. BSG, Urt. v. 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#) = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#) m.w.N., juris Rn. 34; s. a. BSG, Urt. v. 05.11.2003 - [B 6 KA 2/03 R](#) - [SozR 4-5520 § 24 Nr. 1](#), juris Rn. 27).

Ausgehend von diesen Grundsätzen ist der Beschluss des Zulassungsausschusses vom 31. März 2009 rechtswidrig. Zur Begründung beschränkt sich der Beschluss weitgehend auf die Wiedergabe des Beteiligtenvorbringens. Die eigentliche Prüfung beschränkt sich auf die Feststellung auf Seite 5, man sei unter Berücksichtigung des Kompetenzzentrums Bedarfsprüfung und Sicherstellung zu dem Ergebnis gekommen, dass eine weitere Ermächtigung des Arztes zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten nicht mehr erforderlich sei.

Allerdings wird aus dem bisherigen Vortrag des Antragstellers nicht ersichtlich, dass eine Versorgungslücke besteht. Der Beklagte und die Beigeladene zu 1) haben insofern zutreffend darauf hingewiesen, dass für alle am Krankenhaus erbrachten operativen Eingriffe, die dem Vertrag nach [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) - Ambulantes Operieren und stationäres Operieren im Krankenhaus - (AOP-Vertrag), abgeschlossen zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, unterliegen, keine gesonderte Abrechnung auch der anästhesiologischen Leistungen rechtfertigen. Nach § 7 Satz 4 AOP-Vertrag sind Krankenhäuser bei Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen. Dies gilt insbesondere auch für die separate Abrechenbarkeit anästhesiologischer Leistungen/Narkosen, sofern im Krankenhaus bei Eingriffen gemäß [§ 115b SGB V](#) sowohl ein Operateur als auch ein Anästhesist des Krankenhauses beteiligt sind oder die Leistung nach [§ 115b SGB V](#) durch einen belegärztlich tätigen Vertragsarzt erfolgen und das Krankenhaus nur die Anästhesieleistung erbringt. Danach rechnen die Krankenhäuser auch die anästhesiologischen Leistungen ab, wenn die operativen Eingriffe durch angestellte Krankenhausärzte oder Belegärzte erbracht werden. Daneben besteht aber für die Ermächtigung anderer Ärzte auf Erbringung ambulanter Operationen, die dem AOP-Vertrag unterliegen, kein Raum. Daher besteht auch kein Bedarf für die Ermächtigung eines Anästhesiologen, um anästhesiologische Leistungen für ambulante Operationen nach dem AOP-Vertrag durch ermächtigte Ärzte zu erbringen.

Soweit demnach allenfalls ein Bedarf für ambulante Operationen bestehen kann, die nicht dem AOP-Vertrag unterliegen, so hat der Antragsteller zwar einzelne Operationen genannt, wobei hier dahin stehen kann, ob diese Operationen tatsächlich nicht dem AOP-Vertrag unterliegen. Er hat aber zum einen nicht dargelegt, in welchem Umfang solche Operationen anfallen, zum anderen ist nicht ersichtlich, dass die niedergelassenen Anästhesisten nicht die entsprechenden Anästhesieleistungen erbringen könnten. Hierbei kommt es nicht darauf an, dass die niedergelassenen Anästhesisten keine Einwendungen gegen seine Ermächtigung erhoben haben, wie der Antragsteller vorträgt und was die Kammer zu seinen Gunsten als wahr unterstellt. Insofern können die niedergelassenen Ärzte nicht über einen Versorgungsbedarf verfügen. Allein der Umstand, dass der Antragsteller die Anästhesieleistungen als ermächtigter Arzt erbringen möchte, begründet noch keine Versorgungslücke. Grundsätzlich ist ferner davon auszugehen, dass auch die niedergelassenen Ärzte entsprechend qualifiziert sind. Der Kläger hat nicht substantiiert dargelegt, weshalb er eine besondere Qualifikation für Vollnarkosen als Krankenhausarzt haben sollte.

Von daher ist nicht ersichtlich, dass eine Bedarfssituation besteht, die einen Anspruch auf Ermächtigung begründen könnte.

Im Hinblick auf eine nicht ersichtliche Versorgungslücke besteht auch kein Anordnungsgrund. Die Interessen des Antragstellers auf Generierung weiterer Einnahmen durch seine Ermächtigung haben gegenüber dem in [§ 116 SGB V](#) zum Ausdruck kommenden Vorrang der niedergelassenen Ärzte zurückzustehen. Der Antragsteller erzielt seine Einkünfte hauptsächlich aus seiner Angestelltentätigkeit. Zu berücksichtigen ist ferner, dass er angegeben hat, es bestehe eine Kostenquote von etwas 75 %. Ausgehend von der bisherigen Quartalvergütung in Höhe von 18.000 Euro ergibt dies eine Nettoeinnahme in Höhe von 4.500 Euro im Quartal. Insofern handelt es sich um eine Nebeneinnahme des Antragstellers, sodass auch unter Berücksichtigung der Berufsfreiheit des Antragstellers sich keine Interessenabwägung zu seinen Gunsten ergibt.

Nach allem war der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil trägt die Verfahrenskosten.

Der Streitwertbeschluss beruht auf dem Gerichtskostengesetz i. d. F. des Gesetzes zur Modernisierung des Kostenrechts (Kostenrechtsmodernisierungsgesetz - KostRMOG) vom 05.05.2004, [BGBl. I S. 718](#).

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die

Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Bei persönlichen Ermächtigungen von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist von den erzielbaren Einnahmen abzüglich der Praxiskosten und Abgaben an das Krankenhaus im streitigen Zeitraum auszugehen (vgl. BSG v. 06.09.1993 - [6 RKa 25/91](#) - [SozR 3-1500 § 193 Nr. 6](#) = [NZS 1994, 142](#) = Breith 1994, 258 = [MDR 1994, 615](#)). Bei einem Streit über Inhalt bzw. Umfang der erteilten Ermächtigung ist als Streitwert der Regelstreitwert festzusetzen (vgl. Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit, Streitwertkatalog 2007, Stand: 1. April 2007, www.sozialgerichtsbarkeit.de, Abschnitt IX Ziffer 6.1).

Ausweislich der Angaben des Antragstellers erzielte er in den vergangenen Quartalen durchschnittlich einen Umsatz von 18.000,00 Euro und beträgt die Kostenquote 75 %. Dies ergibt einen Nettoerlös von 4.500,00 Euro im Quartal. Soweit der Antragsteller im Laufe des Verfahrens einen weiteren Honorarverlust von 36.000,00 Euro genannt hat, fehlt es hierfür an einer Substantiierung. Eine vorläufige Anordnung könnte nur bis zum Erlass des Widerspruchbescheides ergehen. Hierfür veranschlagt die Kammer einen Zeitraum von 6 Monaten, so dass von einem möglichen Honorarverlust von 9.000,00 Euro auszugehen ist. Dies ergab den festgesetzten Streitwert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-10-28