

## S 12 KA 435/10

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 435/10  
Datum  
23.02.2011  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 21/11  
Datum  
24.06.2014  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Ein sog. Facharztfilter für die Ermächtigung eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Pneumologie kann dahingehend ausgestaltet werden, dass eine Überweisung durch niedergelassene Kinder- und Jugendmediziner und Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, nach Vollendung des 12. Lebensjahres aber Überweisungen ausschließlich durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie und Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie erforderlich ist.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die Gerichtskosten zu tragen und dem Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

3. Der Streitwert wird auf 14.800,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um den Umfang der Ermächtigung, soweit die Ermächtigung auf Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen nach der Vollendung des 12. Lebensjahres beschränkt ist.

Der Kläger ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Allergologie und Kinder-Pneumologie. Er ist als Leiter der Pädiatrischen Pulmologie, Allergologie, Asthma- und Neurodermitisschulung an AAA, A-Stadt beschäftigt.

Der Kläger wurde zuletzt durch Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte in Hessen vom 11.09.2007 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für folgende Leistungen, befristet bis zum 30.09.2009, ermächtigt: Untersuchungen zum Zwecke der Krankheitserkennung auf dem Gebiet Allergologie und Pneumologie auf Überweisung durch niedergelassene Kinder- und Jugendmediziner, abzurechnen nach den Nrn. 01310, 01311, 01600 bis 01602, 02200, 04115, 04311, 04330, 04334, 04340, 04341, 13650, 30110, 30111, 30120, 30122, 30130 und 40120 EBM.

Der Zulassungsausschuss fasste mit Beschluss vom 27.01.2009 die Ermächtigung neu und nahm in den Ermächtigungskatalog folgende Leistungen auf: 01321, 01436, 01600 bis 01602, 02200, 04330, 04530, 04535, 30110, 30110, 30111, 30120, 30122, 30130 und 40120 EBM. Ferner ermächtigte es den Kläger zur Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm DMP-Astma bronchiale für bestimmte Leistungen.

Der Kläger beantragte am 04.02.2009 die Erneuerung seiner Ermächtigung im gleichen Umfang wie bisher.

Die zu 1) beigelegene Kassenärztliche Vereinigung Hessen führte unter Datum vom 17.09.2009 zum Antrag des Klägers aus, dieser habe in den letzten 4 Quartalen durchschnittlich 385 Fälle pro Quartal abgerechnet. Sie habe die im Planungsbereich A Stadt-Stadt niedergelassenen 14 Kinder- und Jugendmediziner befragt, 13 Ärzte hätten eine Stellungnahme abgegeben. Alle Ärzte hätten sich für eine Fortführung der Ermächtigung ausgesprochen. Bereits zuvor habe der Beklagte festgestellt, dass niedergelassene Pneumologen in der Regel problemlos pneumologisch-allergologische Diagnostik und Therapien auch bei Kindern ambulant in ihren Praxen erbringen könnten. Dies würde insbesondere für über 12-jährige Kinder gelten. Für Frau Dr. C. habe der Beklagte eine Ermächtigung bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres begrenzt, da die Patienten über 12 Jahre behandelnden Pädiater die Möglichkeit hätten, an niedergelassene Pneumologen zu verweisen. Internistische Fachärzte mit dem Schwerpunkt Pneumologie seien auch in der Lage zu beurteilen, ob die Hinzuziehung eines

spezialisierten Kinder-Pneumologen im Einzelfall erforderlich sei. Sie befürworte deshalb eine Ermächtigung des Klägers auch nur in diesem Umfang. Im Hinblick auf die Ermächtigung der Frau Dr. C. sei der Ermächtigungsumfang auf 200 Fälle pro Quartal einzuschränken. Die Ermächtigung solle bis zum 30.09.2011 befristet werden.

Der Zulassungsausschuss ermächtigte den Kläger mit Beschluss vom 29.09.2009, befristet bis 30.09.2011, für folgende Leistungen:

1. Untersuchungen zum Zwecke der Krankheitserkennung auf dem Gebiet der Allergologie und Pneumologie auf Überweisung durch niedergelassene Kinder- und Jugendmediziner und Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, abzurechnen nach den Nrn. 01321, 01436-, 01600 bis 01602, 04330, 04530, 04535, 30110, 30110, 30111, 30120, 30122, 30130 und 40120 EBM für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres; nach Vollendung des 12. Lebensjahres sind Überweisungen ausschließlich durch Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie zulässig. Überweisungen von Patienten bis zum 18. Lebensjahr sind durch niedergelassene Kinderärzte möglich, soweit es sich um chronisch erkrankte Kinder handelt, die nicht "erwachsen" werden, wie z. B. M. Down (ICD-10:Q90), Scimitar-Syndrom (Q26.8), Ataxien (G11), Mukoviszidose (E84.9), Bronchiolitis obliterans (J44 und J84), Immundefekte (D80 bis D90), knochenmarktransplantierte Patienten oder um Kinder, bei denen erst nach Vollendung des 12. Lebensjahres der Verdacht auf angeborene schwere Erkrankungen im Bereich der Atemwege auftaucht, wie z. B. angeborene und erworbene Erkrankungen der oberen Atemwege, Lunge, Bronchien, Pleura des Mediastinismus, angeborene Lungenfehlbildung, zystische Fibrose, bronchiale Dysplasie und schlafbezogene Atemregulationsstörungen (Q30 bis Q34 und J43, J47, J67, J95, J96, J98, Q89.3) sowie knochenmarktransplantierte Patienten. Die Ermächtigung für Leistungen nach Nr. 30130 EBM gilt ohne Einschränkungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, im Übrigen ist sie eingeschränkt auf Insektengiftallergien.

- nur in Verbindung mit Auftragsleistungen (Indikations- und Definitionsauftrag) gemäß der Allgemeinen Bestimmungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab abrechenbar - eingeschränkt auf 200 Fälle im Quartal -

Ferner ermächtigte er ihn wiederum für die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm DMP-Asthma bronchiale.

Hiergegen legte der Kläger am 05.11.2009 Widerspruch ein. Er trug vor, er widerspreche der Entscheidung über eine Altersbegrenzung der behandlungsfähigen Patienten auf bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres sowie der Entscheidung einer Fallzahlbegrenzung auf 400 Patienten/Quartal. Die Pädiatrie sei als eigenständiges Fach innerhalb des Versorgungssystems etabliert. Der Pädiater werde für Patienten bis zum 18. Lebensjahr ausgebildet. Der internistische Pneumologe habe während seiner Ausbildung nahezu keinen Kontakt zum Kind. Durch die Entscheidung des Zulassungsausschusses werde nicht nur eine sehr gut funktionierende Struktur einer integrativen Versorgung von Kindern mit Lungenerkrankungen vernichtet, deren Aufbau Jahre gedauert habe. Es sei eine Entscheidung gegen die Kollegen und Patienten. Die Ausnahmeregelungen seien aus Arbeitsschwerpunkten anderer Universitätsambulanzen abgeleitet worden und hätten für seine Arbeit keinerlei Bedeutung. Dafür fänden aber die von ihm genannten Arbeitsschwerpunkte der Klinik, die primäre Ciliäre Dyskinesie, die refluxassoziierten Erkrankungen der Atemwege und die bronchologischen Erkrankungen keine Berücksichtigung. Insgesamt zeige die Entscheidung wenig Sachverstand. Er verweise auch auf die UN-Konvention über die Rechte der Kinder, die Stellungnahme des Marburger Bundes im Beschluss Nr. 14 sowie die im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Aussagen des neuen Bundesgesundheitsministers. Ferner verweise er auf weitere Stellungnahmen von Fachverbänden und Ärztezusammenschlüsse.

Die Beigeladene zu 1) führte unter Datum vom 11.01.2010 aus, sie habe eine erneute Überprüfung der Versorgungssituation vorgenommen. Diese hat ergeben, dass die niedergelassenen Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie und Internisten/Lungen- und Bronchialheilkunde im Planungsbereich A-Stadt-Stadt sowie im Radius (30 km) von A Stadt-Stadt weiterhin Kinder- und Jugendliche ab Vollendeten 12. Lebensjahr bis zum Vollendeten 18. Lebensjahr pneumologisch in nicht unerheblichem Umfang behandelten. Sie verweise auf ihre beigelegte Aufstellung. Diese Statistik belege die Spruchpraxis des Beklagten, dass niedergelassene Pneumologen in der Regel problemlos pneumologisch-allergologische Diagnostik und Therapie auch bei Kindern ambulant in ihren Praxen erbringen könnten, was insbesondere für über 12-jährige Kinder gelte. Auf Grund ihrer Fachkunde als internistische Fachärzte mit dem Schwerpunkt Pneumologie seien diese Ärzte auch in der Lage zu beurteilen, ob die Hinzuziehung eines spezialisierten Pneumologen im Einzelfall erforderlich sei. Zu Berücksichtigen sei aber auch die Stellungnahme eines Pneumologen, der die Altersgrenze für nicht stimmig halte, da die speziellen Fragestellungen oder Gerätschaften für dieses Alter doch eindeutig in den Händen der Kinderklinik liegen würden. Er rege an, die Zulassungsbeschränkungen zu lockern. Eine Analyse der Abrechnungsdaten des Klägers habe ergeben, dass dieser in den Quartalen III/08 bis II/09 Jugendliche über 12 Jahre wie folgt behandelt habe, nämlich im Quartal III/08 79 von insgesamt 344 eingereichten Scheinen, im Quartal IV/08 seien es 89 von 410, im Quartal I/09 95 von 443 und im Quartal II/09 120 von 431 Scheinen. Die Patienten über 12 Jahre seien dem Kläger vollständig durch Kinderärzte zugewiesen worden. Im Bereich A-Stadt sei lediglich ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Pneumologie zugelassen. Es sei daher unumgänglich, die Ermächtigung auch auf Überweisungen von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu erweitern, eine Erweiterung auf Kinder-Pneumologen sei nicht ausreichend. Eine Differenzierung der Behandlungsmöglichkeiten nach dem Alter der Patienten werde dann obsolet und sollte entfallen. Es werde ein Gesamtbehandlungsbedarf von 600 Fällen je Quartal gesehen. Für Frau Dr. C. sei eine Ermächtigung auf 200 Fälle begrenzt worden. Von daher sollte der Kläger eine Fallzahl von 400 Fällen erhalten.

Der Berufungsausschuss führte zunächst am 27.01.2010 eine Verhandlung durch. Er erließ einen Aufklärungsbeschluss gegenüber der Beigeladenen zu 1) und vertagte die Sache.

Die Beigeladene zu 1) führte in Erledigung des Auftrags des Beklagten unter Datum vom 23.03.2010 aus, hinsichtlich der Gesamtzahl sowie dem Anteil der 12 - 18-jährigen Patienten je niedergelassenen Pneumologen verweise sie auf ihre ergänzte Statistik. Hinsichtlich der weiteren Fragen verweise sie auf die beigelegten anonymisierten Antworten der befragten Ärzte.

Der Beklagte fasste mit Beschluss vom 31.03.2010 die Ermächtigung, befristet bis 30.09.2011, neu. Abweichend zum Beschluss des Zulassungsausschusses vom 29.09.2009 erstreckte er unter Nr. 1 die Ermächtigung nach Vollendung des 12. Lebensjahres auch auf Überweisungen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie. Den Fallzahlumfang erhöhte er auf 400 Fälle im Quartal. Zur Begründung führte er aus, hinsichtlich des Fallzahlumfangs folge er den Ausführungen der Beigeladenen zu 1). Trotz spezifisch pädiatrischer Abrechnungsziffern im Bereich der Kinder-Pneumologie (Nrn. 04530 ff. EBM) seien Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie berechtigt, Kinder und Jugendliche pneumologisch zu behandeln und damit alle Behandlungen zu erbringen, für die der Kläger ermächtigt zu werden wünsche. Der Erwerb einer formalen Ermächtigung zur Behandlung von Patienten impliziere, dass der betreffende Arzt auch fachlich in der Lage sei, diejenigen Handlungen vorzunehmen, die von

seiner formalen Berechtigung umfasst seien. Pneumologen behandelten auch tatsächlich im erheblichen Umfang Kinder und Jugendliche. Diese benötigten auch keine Überweisung eines Hausarztes oder eines Kinder- und Jugendmediziners, da in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Kinder und Jugendliche unmittelbar einen Facharzt aufsuchen könnten. Es bestehe daher weder eine quantitative noch eine qualitative Versorgungslücke. Allerdings sei nicht auszuschließen, dass im Einzelfall auch bei Patienten, die das 12. Lebensjahr vollendet hätten, spezifisch kinderpneumologische Erkenntnisse zur Behandlung erforderlich seien. Deshalb sei auch den Pneumologen die Möglichkeit zu eröffnen, eine Überweisung an einen Kinder-Pneumologen vorzunehmen. Die Überweisungsmöglichkeit sei auf Kinder- und Jugendmediziner mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Pneumologie zu erstrecken, weil auch diese vorrangig zur Versorgung pneumologisch-allergologischer Patienten berufen seien. Die Altersgrenze von 12 Jahren sei insbesondere auch nach Auffassung der ärztlichen Beisitzer des Ausschusses sachgerecht. Bei regelmäßiger altersgemäßer Entwicklung könne davon ausgegangen werden, dass Kinder, die das 12. Lebensjahr vollendet hätten, grundsätzlich von ihrer körperlichen Entwicklung her in fachärztlichen Praxen von Pneumologen behandelt werden könnten, die ansonsten überwiegend erwachsene Menschen behandelten. Hier erscheine es sachgerecht, im Sinne einer Generalisierung eine solche Grenze bei Vollendung des 12. Lebensjahres vorzunehmen. Diese Grenzziehung entspreche auch der tatsächlichen Praxis in den niedergelassenen pneumologischen Praxen, wie sich aus den Darlegungen der Beigeladenen zu 1) ergebe. Für spezielle Fallgestaltungen habe bereits der Zulassungsausschuss eine Überweisungsmöglichkeit auch durch Kinderärzte vorgesehen. Ein besonderer bundesweiter Bedarf sei nicht ersichtlich. Es möge sein, dass der Kläger auch Patienten behandle, die aus anderen Planungsbereichen stammten. Hieraus folge jedoch nicht, dass diese Patienten alternativlos auf das Angebot des Klägers angewiesen seien.

Hiergegen hat der Kläger am 27.05.2010 die Klage erhoben. Er sieht sich in seinen rechtlich geschützten Interessen beschwert, soweit der Ermächtigungsumfang auf Untersuchungen von Kindern bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres beschränkt sei. Es fehle an einer ausreichenden Bedarfsermittlung. Die Altergrenze sei willkürlich gewählt. Aus den Ausführungen des Beklagten werde nicht deutlich, was er für einen "erheblichen Umfang" halte, wenn er auf die Ausführungen der Beigeladenen zu 1) zur Behandlung von Pneumologen verweise. Es bleibe auch ungeklärt, ob die niedergelassenen Pneumologen zur Übernahme der vom Kläger versorgten 400 Fälle in der Lage seien. Es bleibe unklar, weshalb auf die Altersgrenze von 12 Jahren abgestellt werde. Der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie sei Spezialist zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach der hessischen Weiterbildungsordnung umfasse die Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie in Ergänzung zur Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation von angeborenen und erworbenen Erkrankungen der oberen und unteren Atemwege, der Lunge, des Mediastinums und der Pleura bei Kindern und Jugendlichen bei Beginn bis zum Abschluss ihrer somatischen Entwicklung sowie der hiermit verbundenen allergischen Erkrankung. Diese Kompetenz sei über einen Weiterbildungszeitraum von 36 Monaten in Vollzeit zu erwerben. Anders als bei der internistischen Schwerpunktweiterbildung im Bereich Pneumologie konzentriere sich die Weiterbildung hier ausschließlich auf die entsprechenden Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen. Dennoch gehe der Beklagte davon aus, die Behandlung durch Pneumologen sei ausreichend, auch würden sie die speziell notwendigen technischen Instrumente vorhalten. Der in der Verhandlung vor der Beklagten befragte internistische Pneumologe und Beisitzer habe eingeräumt, keine Bronchoskopie bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr vorzunehmen. Er führe demgegenüber 200 bis 250 Bronchoskopien pro Jahr bei etwa 150 Patienten durch. Willkürlich sei auch die Altersbegrenzung auf dem Gebiet der Allergologie. Nach der Weiterbildung sei hierfür in Ergänzung der Facharztkompetenz eine Weiterbildungszeit von 18 Monaten Voraussetzung. Umfasst würden von der Zusatzweiterbildung die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung der durch Allergene und Pseudoallergene ausgelösten Erkrankungen verschiedene Organsysteme einschließlich der immunologischen Aspekte. Dies zeige eine weitere Spezialisierung, über die Fachärzte für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie ohne entsprechende Zusatzweiterbildung nicht verfügten. Es sei auch nicht nachvollziehbar, weshalb der Beklagte von den Ausführungen des Kompetenzzentrums Bedarfsprüfung und Sicherstellung der Beigeladenen zu 1) abgewichen sei. Soweit der Beklagte darauf verweise, dass Bronchoskopien heutzutage in aller Regel nicht mehr ambulant durchgeführt würden, entspreche dies nicht der Versorgungsrealität. Es bleibe weiterhin offen, anhand welcher Kriterien die sachkundigen ärztlichen Beisitzer des Beklagten davon ausgingen, dass die Behandlung in fachärztlichen Praxen von Pneumologen gleichwertig durchgeführt werden könne. Es handele sich um 400 pneumologische Behandlungsfälle pro Jahr, die durch die niedergelassenen Pneumologen zu versorgen seien.

Der Kläger beantragt,

unter Aufhebung des Beschlusses vom 31.03.2010, soweit darin eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Vollendung des 12. Lebensjahres nur nach Überweisungen ausschließlich durch Fachärzte für innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Pneumologie zulässig ist, den Beklagten zu verpflichten, ihn über seinen Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er ist der Auffassung, der Vorwurf unzureichender Ermittlung treffe nicht zu. Er habe im Einzelnen dargelegt, dass Fachärzte für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie zur pneumologisch-allergologischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in der Lage seien. Auf Grund der von der Beigeladenen zu 1) mit Schriftsatz vom 23.03.2010 zur Verfügung gestellten Statistik habe er feststellen können, dass im Planungsbereich A-Stadt in den Quartalen III/08 bis II/09 von 3 niedergelassenen Pneumologen pro Quartal im Schnitt ca. 190 Kinder und Jugendliche behandelt würden, die das 12. Lebensjahr bereits vollendet hätten. Dies habe er völlig zutreffend als erheblichen Umfang bezeichnet. Der Ausschluss der Überweisungsmöglichkeit für Kinder- und Jugendmediziner ab dem Alter der Patienten von 12 Jahren beruhe auf der systematischen Überlegung innerhalb des Vertragsarztesrechtes, das bei Ermächtigung aus qualitativ-spezifischen Gründen überweisungsberechtigt diejenigen Vertragsärzte sein könnten, die auf Grund ihrer spezifischen Fachlichkeit zur Behandlung der infrage stehenden Krankheitsbilder berufen seien. Es gehe auch nicht um die Frage, ob der Kinder-Pneumologe eine höhere Qualifikation besitze. Unter vertragsärztlichen Aspekten sei allein entscheidend die Frage, ob für die Behandlung pneumologisch-allergologischer Probleme dieser Altersgruppe niedergelassene Ärzte zur Verfügung stünden, die berufsrechtlich befugt seien, derartige Leistungen zu erbringen und die vertragsärztlich berechtigt seien, diese Leistungen abzurechnen. Ferner sei zu prüfen, ob die vorhandenen Vertragsärzte auch tatsächlich in der Versorgung dieser Patienten tätig seien. Er weise im Übrigen ausdrücklich darauf hin, dass die Behandlungsmöglichkeit von 12 - 18-jährigen Patienten keineswegs ausgeschlossen sei, sondern lediglich auf die Überweisungsmöglichkeit durch niedergelassene Fachärzte für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie begrenzt worden sei. Der Kläger sei nicht berechtigt, die Nr. 13662 EBM - Bronchoskopie - abzurechnen, da hierfür nach den Abrechnungsbestimmungen lediglich Fachärzte für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie berechtigt seien. Dasselbe gelte für die Nr. 09315 EBM - Bronchoskopie - welche nur von HNO-Ärzten abgerechnet werden dürfe. Das

kinderpneumologische Kapitel enthalte keine Gebührensätze für Bronchoskopien. Bei dem Beisitzer Herrn Dr. DD habe es sich um einen fachärztlichen Internisten mit dem Schwerpunkt Pneumologie und der Zusatzbezeichnung Allergologie gehandelt. Im Übrigen führe der Kläger selbst aus, den beisitzenden Pneumologen befragt zu haben.

Die Beigeladenen haben sich schriftsätzlich zum Verfahren nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 31.05.2010 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einem Vertreter der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie einem Vertreter der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)). Sie konnte dies trotz Ausbleibens eines Vertreters des Beigeladenen zu 8) tun, weil dieser ordnungsgemäß geladen wurde.

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Beschluss des Beklagten vom 31.03.2010 ist, soweit darin eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Vollendung des 12. Lebensjahres nur nach Überweisungen ausschließlich durch Fachärzte für innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Pneumologie zulässig ist, rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seines Widerspruchs unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Der angefochtene Beschluss des Beklagten vom 31.03.2010 ist, soweit er angefochten ist, rechtmäßig.

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-spezialen 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-spezialen 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, Urte. v. 19.07.2006 - [B 6 KA 14/05 R](#) - [B 6 KA 14/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 116 Nr. 3](#) = [GesR 2007, 71](#) = [MedR 2007, 127](#) = [ZMGR 2007, 40](#) = USK 2006 95, zitiert nach juris Rdnr. 15 u. 17; BSG, Urte. 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, juris Rdnr. 18 bis 20; BSG, Urte. 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, Urte. v. 19.07.2006 - [B 6 KA 14/05 R](#) - aaO., Rdnr. 17; BSG, Urte. 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, Urte. 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-spezialen Bedarfs ist grundsätzlich der Zuschnitt der regionalen Planungsbereiche maßgeblich (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urte. v. 09.02.2005 - [L 3 KA 290/03](#) - [MedR 2005, 559](#), juris Rdnr. 33; LSG Nordrhein-Westfalen, Urte. 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, Urte. 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, Urte. 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).

Das Bundessozialgericht folgert aus [§ 116 SGB V](#) weiter, dass der darin zum Ausdruck kommende Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte für den gesamten Bereich der ambulanten Krankenversorgung gilt. Nicht nur die eigenverantwortliche ambulante Behandlung, sondern auch die Beratung und Unterstützung eines anderen Vertragsarztes bei dessen Behandlung obliegen in erster Linie den entsprechend weiter gebildeten und qualifizierten Vertragsärzten. Angesichts des hohen und zunehmenden Grades der Spezialisierung ärztlicher Tätigkeit kann davon ausgegangen werden, dass im Regelfall auch frei praktizierende Ärzte für die Diagnose und Therapie seltener Erkrankungen oder schwieriger und komplexer Krankheitsbilder und damit auch für eine entsprechende Konsiliartätigkeit zur Verfügung stehen. Dem muss die Ermächtigungspraxis Rechnung tragen, denn eine Einschaltung des Krankenhausarztes ist erst dann gerechtfertigt, wenn die Möglichkeiten der Vertragsärzte ausgeschöpft sind (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.2001 - [B 6 KA 39/00 R](#) - KRS 01.083 = USK 2001 - 166, juris Rdnr. 16). Spezielle Kenntnisse und Erfahrungen eines Krankenhausarztes sind erst dann von Bedeutung, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen (vgl. BSG, a. a. O., Rdnr. 18). Es kann eine Ermächtigung nicht auf Überweisung durch alle Vertragsärzte erteilt werden, denn dann könnte der überweisende Arzt nach eigenem Gutdünken über die Notwendigkeit der Einschaltung des Krankenhausarztes befinden und den spezialisierten Gebiets- oder Teilgebietsarzt übergehen, mit der Folge, dass der Vorrang der frei praktizierenden Ärzte nicht gewahrt wäre. Eine Einschaltung von Krankenhausärzten in die ambulante vertragsärztliche Versorgung ist grundsätzlich erst dann gerechtfertigt, wenn die Möglichkeiten der zugelassenen Vertragsärzte ausgeschöpft sind. Deshalb kann es geboten sein, bei Ermächtigungen, die nicht auf quantitative Versorgungsdefizite, sondern auf das spezielle Leistungsangebot des Krankenhausarztes gestützt werden, die Befugnis zur Überweisung an den Krankenhausarzt denjenigen Gebiets- oder Teilgebietsärzten vorzubehalten, die aufgrund ihrer Ausbildung und der Ausrichtung ihrer Tätigkeit für die Behandlung der in Frage kommenden Krankheiten in erster Linie zuständig sind (vgl. BSG, aaO., Rdnr. 19 m.w.N.). Es ist dabei von der Regel auszugehen, dass die niedergelassenen Ärzte aufgrund ihres gleichwertigen aktuellen Ausbildungsstandes dem Versorgungsanspruch der Versicherten auch in qualitativer Hinsicht voll entsprechen können. Geboten ist die Beteiligung eines Krankenhausarztes nur wegen solcher Kenntnisse und Erfahrungen, die für die ambulante Versorgung der Versicherten notwendig sind. Ein Krankenhausarzt ist nicht allein deshalb an der kassenärztlichen Versorgung zu beteiligen, weil er auf seinem Fachgebiet oder bei speziellen Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund langjähriger Tätigkeit oder aus anderen Gründen besondere Kenntnisse und Erfahrungen hat. Vielmehr ist die ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten gewährleistet, wenn genügend niedergelassene Ärzte der Fachgruppe für die kassenärztliche Versorgung zur Verfügung stehen und die Leistungen des Fachgebiets - evtl. auch mit den unterschiedlichen Methoden ihre Erbringung - erbringen können. Die Versorgung durch diese Ärzte ist dann als ausreichend anzusehen, ohne dass es noch auf ihre unterschiedlichen Kenntnisse und Erfahrungen ankäme. Auch der junge Arzt erbringt insoweit bereits vollwertige Leistungen (vgl. BSG, Urteil vom 06.06.1984 - [6 Rka 7/83](#) - [SozR 5520 § 29 Nr. 5](#) = USK 84141, juris Rdnr. 22).

Für den Bereich der Kinder hat das Bundessozialgericht nunmehr im Rahmen der Prüfung einer Sonderbedarfszulassung darauf hingewiesen, es bedürfe auch der Überprüfung, ob nicht auch Internisten mit dem Schwerpunkt (Erwachsenen-)Pneumologie die pneumologische Leistungen an Kindern quantitativ und qualitativ angemessen erbrächten und damit den bestehenden Versorgungsbedarf deckten. Es sei nicht ausgeschlossen, dass auch solche Ärzte - evtl. aufgrund von Kenntnissen durch zeitweilige Weiterbildung in einer Kinderabteilung und/oder Kinderarztpraxis - zur Erbringung kinderpneumologischer Leistungen in der Lage und möglicherweise auch über das Vorliegen von Notfällen hinaus bereit seien. Dies erfordere freilich, dass sie die besonderen Anforderungen an Untersuchungen und Behandlungen bei (auch sehr kleinen) Kindern beachten und die entsprechende spezielle apparative Ausstattung besäßen. Diskutiert werde insoweit, ob ein sachgerechtes Vorbringen bei sehr kleinen Kindern z. B. Pusteübungen an einer Kerze vor der Lungenfunktionsprüfung sowie den Einsatz von Laufbandtestgerät, Schweißtestgerät, oszillometrischem Lungenfunktionsprüfungsgerät und besonderer Software erfordere. Über die kindgemäße Untersuchung bzw. Behandlung hinaus müssten die Ärzte auch in der Lage sein, die Befunde zutreffend zu bewerten, insbesondere auch Mängel der Befundungsergebnisse, die auf entwicklungspezifischer Non-Kooperation des Kindes beruhten, zu erkennen. Schließlich müssten sie bei ihren Therapieentscheidungen um etwaige Unterschiede zur Behandlung von Erwachsenen wissen. Bei diesen könne in bestimmten Fällen - z. B. Asthma - eine eher "schematische" Vorgehensweise in Betracht kommen, bei Kindern hingegen könnten Differenzierungen erforderlich sein, z. B. in dem bei der Medikation im Falle notwendiger inhalativer Therapie je nach Entwicklungsstand des Kindes und der unterschiedlichen Eignung der Medikamente zwischen den verschiedenen Medikamenten auch zwischen einer Anzahl von Inhalationsgeräten und Dosier-Aerosolen sachgerecht auszuwählen sei. Die Zulassungsgremien dürften sich nicht damit begnügen, diejenigen pneumologisch qualifizierten Ärzte bzw. Praxen, die solche Leistungen möglicherweise bereits erbrächten bzw. erbringen könnten, zu befragen, sondern es müssten auch deren Angaben, da diese interessenorientiert sein könnten, anhand ihnen zugänglicher weiterer Unterlagen - insbesondere der sogenannten Anzahlstatistiken - verifiziert werden. Es müsse auch ermittelt und überprüft werden, welche medizinisch-technische Ausstattung zur kindgerechten Leistungserbringung erforderlich sei, und überprüft werden, ob diese Ärzte und Praxen darüber verfügten (BSG, a. a. O., Rdnr. 30 f.).

Ausgehend von diesen Grundsätzen ist nicht zu erkennen, dass der Beklagte seinen Beurteilungsspielraum überschritten hat. Er hat im Einzelnen dargelegt, dass die strittigen Leistungen in hinreichendem Umfang von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht werden. Er hat deshalb den sog. Facharztfilter vorgeschaltet. Nach Ziff. 1 der Ermächtigung können die Leistungen aufgrund einer Überweisung durch niedergelassene Kinder- und Jugendmediziner und Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie erbracht werden, also auch generell aufgrund einer Überweisung von Kinder- und Jugendmedizinern. Damit überlässt er grundsätzlich auch den zum hausärztlichen Bereich gehörenden Kinder- und Jugendmedizinern (vgl. [§ 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)) die Entscheidung, ob eine fachärztlich Behandlung beim Kläger als ermächtigten Arzt erfolgen kann. Im Hinblick auf den bereits auf Kinder- und Jugendliche eingegrenzten Patientenbereich mag dies gerechtfertigt sein, was aber letztlich dahinstehen kann, da diese Regelung, soweit sie den Kläger begünstigt, nicht angegriffen wird. Lediglich für den Bereich der Kinder ab dem 13. Lebensjahr und Jugendlichen begrenzt der Beklagte den sog. Facharztfilter auf Pulmonologen, seien es allgemeine (Erwachsenen-)Pulmonologen oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der besonderen Weiterbildung Kinder-Pneumologie.

Der Beklagte kommt damit in nicht zu beanstandender Weise den Anforderungen an den Vorrang der niedergelassenen Ärzte nach. Er hat zunächst mit Hilfe der Beigeladenen zu 1) aufgeklärt, dass insbesondere die im Planungsbereich niedergelassenen (Erwachsenen-)Pulmologen, die nach der Weiterbildungsordnung auch zur Behandlung der Kinder und Jugendlichen berechtigt und befähigt sind, solche Behandlungen vornehmen. Insbesondere werden von ihnen bei Kindern nach Vollendung des 12. Lebensjahres die hier insb. in Betracht kommenden pulmonologischen Leistungen erbracht. So wurden von drei Pulmologen bei Kindern nach Vollendung des 12. Lebensjahres in den Quartalen III/08 bis II/09 jeweils 100 und mehr Leistungen nach Nr. 13650 EBM (Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex; Obligater Leistungsinhalt: Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit grafischer(-en) Registrierung(en) und/oder Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr und/oder Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung und/oder Bestimmung(en) der Lungendehnbarkeit (Compliance) mittels Ösophaguskatheter; Fakultativer Leistungsinhalt: Bestimmung(en) des intrathorakalen Gasvolumens, Applikation(en) von broncholytisch wirksamen Substanzen, Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie), Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und expiratorischer Messung, Druckmessung an der Lunge mittels P0 I und Pmax und grafischer Registrierung, Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen, Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts, Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse) in Ruhe und/oder unter definierter und reproduzierbarer Belastung und/oder unter Sauerstoffinsufflation, Bestimmung(en) des Residualvolumens mittels Fremdgasmethode, einmal im Behandlungsfall, 37,28 EUR, 1065 Punkte) und 21 und mehr Leistungen nach Nr. 30111 EBM (Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I), einschl. Kosten; Obligater Leistungsinhalt: Spezifische allergologische Anamnese, Prick-Testung, und/oder Scratch-Testung und/oder Reibtestung und/oder Skarifikationstestung und/oder Intrakutan-Testung und/oder Konjunktivaler Provokationstest und/oder Nasaler Provokationstest, Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle, Überprüfung der lokalen Hautreaktion, Vorhaltung Notfallmedizinischer Versorgung, einmal im Krankheitsfall, 45,33 EUR, 1295 Punkte) erbracht. Die Anzahl der Patienten im Alter zwischen 12 und 18 Jahren, ermittelt anhand der Pneumologischen Grundpauschale nach Nr. 13641 EBM lag dabei bei 251 und mehr Patienten im Quartal. Die Leistung nach Nr. 13650 EBM beinhaltet insb. die spezifisch pädiatrische Leistung nach Nr. 04330 EBM (Spirographische Untersuchung; Obligater Leistungsinhalt: Darstellung der Flussvolumenkurve, In- und expiratorische Messungen, Graphische Registrierung, 5,95 EUR, 170 Punkte). Auch entspricht die Leistungslegende nach Nr. 13650 EBM im Wesentlichen der hier im Zentrum stehenden Ermächtigung bezüglich der spezifisch kinderpneumologischen Leistung nach Nr. 04530 EBM (Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie). Soweit die im Planungsbereich tätigen (Erwachsenen-)Pulmologen die Leistungen erbringen, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Versorgung ihrer Patienten unzureichend ist. Dem Vortrag des Klägers, aus den Ausführungen des Beklagten werde nicht deutlich, was er für einen "erheblichen Umfang" halte, wenn er auf die Ausführungen der Beigeladenen zu 1) zur Behandlung von Pneumologen verweise, es bleibe auch ungeklärt, ob die niedergelassenen Pneumologen zur Übernahme der vom Kläger versorgten 400 Fälle in der Lage seien, vermochte die Kammer daher nicht zu folgen.

Auch die Leistungslegende nach Nr. 13650 EBM stellt im Bereich "fakultativer Leistungsinhalt" im sechsten Spiegelstrich ausdrücklich auf Kinder ab dem siebten Lebensjahr, neben Jugendlichen und Erwachsenen ab, im obligaten Leistungsinhalt, zweiter Spiegelstrich auf Kinder bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr. Der EBM-Geber geht damit in Anknüpfung an das ärztliche Weiterbildungsrecht davon aus, dass (Erwachsenen-)Pulmologen Kinder und Jugendliche behandeln können.

Der Beklagte war daher grundsätzlich befugt, den sog. Facharztfilter auf Pulmologen zu begrenzen. Im Rahmen seines Beurteilungsspielraums konnte er aber den Facharztfilter für Patienten nach Vollendung des 12. Lebensjahres weiter spezifizieren. Die insoweit fachkundig mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin besetzte Kammer rechnet es ärztlichem Erfahrungswissen zu, dass ältere Kinder und Jugendliche auch von Allgemeinärzten bzw. von entsprechenden Fachärzten behandelt werden. Spezifisch kinderärztliches Erfahrungswissen ist insbesondere bei kleineren Kindern gefragt. Insofern hält es die Kammer für zulässig, hinsichtlich des sog. Facharztfilters eine Unterscheidung nach dem Alter vorzunehmen. Damit wird nicht die Behandlungsberechtigung des Klägers nach dem Alter der Patienten beschränkt, sondern lediglich der Umfang der zulässigen Überweiser. Jedenfalls war die hier getroffene Untergrenze von 12 Jahren von der Kammer nicht zu beanstanden. Es handelt sich damit zwar um eine gewillkürte Grenze, die sicherlich auch auf 13 oder 14 Jahre festgesetzt hätte werden können, nicht aber um eine willkürliche und damit unzulässige Grenze.

Der Kläger hat nicht dargelegt, inwieweit auch gerade bei Kindern über 12 Jahren und Jugendlichen eine besondere medizinisch-technische Ausstattung zur kindgerechten Leistungserbringung erforderlich ist, über die die Pulmologen nicht verfügten. Zwischen den Beteiligten konnte dabei geklärt werden, dass es auf Bronchoskopien nicht ankommt, da diese von Kinder- und Jugendärzten nicht ambulant erbracht werden können. Der Kammer ist von daher nicht ersichtlich, dass die (Erwachsenen-)Pulmologen generell ungeeignet wären, Kinder über 12 Jahren und Jugendliche zu behandeln. Erst wenn dies der Fall wäre, könnte davon ausgegangen werden, dass der vom Beklagten gewählte Facharztfilter unzulässig wäre. Von daher konnte der Beklagte auch von den Ausführenden des Kompetenzzentrums Bedarfsprüfung und Sicherstellung der Beigeladenen zu 1) abweichen.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

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

Die Streitwertfestsetzung erfolgte durch Beschluss des Vorsitzenden.

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](#)).

Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung angegeben, in zwei führe die Einschränkung der Ermächtigung zu etwa 600 weniger Patienten. Der Fallwert betrage 28 EUR. Das Produkt aus Fallzahl mal Fallwert ergab den festgesetzten Wert.  
Rechtskraft

Aus  
Login  
HES  
Saved  
2014-11-20