L 12 KA 101/13

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 1 KA 6/13
Datum
21.08.2013
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 101/13
Datum
01.10.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 14/15 B
Datum
28.10.2015
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die Erteilung einer Institutsermächtigung nach § 119a SGB V setzt das Vorhandensein einer ärztlich geleiteten Abteilung voraus, d.h. das tatsächliche Vorhandensein eines Arztes. Allein der Verweis auf ein Behandlungskonzept ist nicht ausreichend.
I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 21.08.2013, Az.: S 1 KA 6/13, wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens einschließlich der Kosten der Beigeladenen zu 2) zu tragen. Die Kosten der übrigen Beigeladenen sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Ermächtigung der Klägerin nach § 119a SGB V.

Die Klägerin ist eine Stiftung des öffentlichen Rechts, die nach eigenen Angaben seit mehr als 30 Jahren schwerst mehrfach behinderte blinde und sehbehinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene betreut, insgesamt circa 500 Personen überwiegend auch mit geistiger Behinderung. Mit mehreren Schreiben (07.11. und 06.12.2011, 10.01., 20.02., 28.03., 07.05., 19.10., 31.10., 06.11., 30.11. und 10.12.2012) beantragte die Klägerin eine Institutsermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 119a SGB V. Ärzte/innen aus der Einrichtung betreuten seit mehr als 30 Jahren die schwerst mehrfach behinderten Kinder und Jugendlichen. Nach der Schulzeit lebten erwachsene Bewohner in Wohngruppen und besuchten die Werkstatt oder Förderstätte. Alle Kinder und Jugendlichen würden gleichzeitig von Haus- und Kinderärzten betreut.
Die Ärzte im Blindeninstitut seien bisher über ein Teilungsabkommen mit dem Krankenkassen pauschal finanziert gewesen. Seitens der Krankenkassen sei dieses Teilungs-abkommen nun gekündigt worden, so dass für die Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen die ärztliche Leistung wegfalle, die bisher die hausärztliche Betreuung ergänzt habe. Deshalb bestehe eine wesentliche Versorgungslücke für präventive und beratende Angebote sowie die Unterstützung und Ermöglichung kurativer Behandlungen. Diese sei jedoch weiterhin erforderlich, denn aufgrund der labilen Gesundheitssituation vieler Betreuter komme es häufig zu akuten Krisen, die eine unmittelbare ärztliche Intervention verlangten. Aufgrund der permanent labilen Gesundheitssituation bedürfe es mehrmals täglich einer Überprüfung der Vitalfunktionen, die mit den punktuell stattfindenden Hausbesuchen der niedergelassenen Vertragsärzte nicht leistbar seien. Andererseits müssten auch aufgrund akuter gesundheitlicher Krisen spontan Verordnungen angepasst werden, was nur durch den jeweiligen Institutsarzt/die Institutsärztin erfolgen könne. Aber auch aufgrund der hohen Zahl der durch Sonden ernährten Personen, dem Bedarf von schwer erkrankten Menschen mit zum Teil palliativ-medizinischer Behandlung sowie für die Sterbebegleitung sei eine ärztliche Präsenz vor Ort notwendig. Die Beratungs- und Kommunikationsfunktion zwischen der Einrichtung und den niedergelassenen Ärzten sei von großer Wichtigkeit. Nach Klinikaufenthalten und zu postoperativen Behandlungen würden die Menschen mit geistiger Behinderung und komplexen Mehrfachbehinderungen in der Regel in die Einrichtungen zurückverlegt, da bei den Reha-Einrichtungen dem besonderen Bedarf, zum Beispiel im Bereich der Kommunikation, nicht ausreichend Rechnung getragen werden könnte. Eine ärztliche Betreuung bei der Klägerin führe daher zur Vermeidung von weiteren Krankenhausaufenthalten, da die Patienten ansonsten in die Klinik zurück verlegt werden müssten. Nach dem Weggang der langjährig beschäftigten Kinderärztin (April 2012) habe man nun zum 01.10.2012 Herrn Dr. S., einen Neurologen mit der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin und Ärztliches Qualitätsmanagement für diese Aufgabe gewinnen können, der die medizinische Abteilung leite und die fachliche Verantwortung für die medizinische Versorgung in Kooperation mit den Hausärzten trage. Er bringe aufgrund seines bisherigen beruflichen Werdeganges Erfahrung in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung mit und absolviere die Weiterbildung "Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung", die von der Bundesärztekammer anerkannt sei und die

er im Frühjahr 2014 abschließen werde. Geplant sei die Einstellung eines zweiten Arztes, aus finanziellen Gründen könne dies jedoch erst nach Erteilung der Institutsermächtigung geschehen. Eine vollständige Aufzählung der notwendigen EBM-Ziffern sei noch nicht möglich, da diese von der jeweiligen Fachrichtung des noch einzustellenden Arztes abhängen würden.
Der Zulassungsausschuss holte Stellungnahmen der im Planungsbereich niedergelassenen Neurologen ein, die weit überwiegend im Wesentlichen durch Ankreuzen des Feldes "Ja" auf die Frage, ob eine Versorgungslücke bestehe, die beantragte Institutsermächtigung befürworteten.

Mit Beschluss vom 19.12.2012 (ausgefertigt am 21.01.2013) lehnte der Zulassungsausschuss den Antrag ab. Nach dem Willen des Gesetzgebers könne auf der Grundlage des § 119a SGB V nur dann eine Ermächtigung erteilt werden, wenn die in der ärztlich geleiteten Abteilung der Einrichtung tätigen Ärzte entweder besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anböten oder über Kenntnisse verfügten, welche die bereits zugelassenen Ärzte nicht erbringen, beziehungsweise nicht vorweisen könnten. Laut der Gesetzesbegründung sollten diese ärztlich geleiteten Abteilungen mit ihren multiprofessionellen Angeboten die ärztliche Versorgung durch die niedergelassene Ärzte ergänzen und ihnen auch als fachlich spezialisiertes Kompetenzzentrum beratend zur Seite stehen. Im Blindeninstitut sei mit Dr. S. lediglich ein Arzt vorhanden, der auf das Gebiet der Neurologie beschränkt sei. Die Tatsache, dass durch den von der Blindeninstitutsstiftung angestellten Arzt eine Beratungs- und Kommunikationsfunktion sowie eine ärztliche Präsenz für Notfallbehandlungen gewährleistet werden, rechtfertige nicht die beantragte Institutsermächtigung. Die Leistungen resultierten aus der Behinderung der Patienten, seien Betreuungsaufgaben und nicht der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen. Auch aus dem eingereichten Katalog der beantragten Gebührenziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) könne keine Versorgungslücke abgeleitet werden, die es rechtfertige, eine solche Institutsermächtigung zu erteilen, da diese Leistungen im Planungsbereich der Stadt W. in ausreichendem Umfange von den zugelassenen Vertragsarztpraxen bzw. in den Medizinischen Versorgungszentren erbracht würden. Von den 16 in der Stadt W. als Nervenärzte bzw. Neurologen zugelassenen Ärzten hätten elf mitgeteilt, dass sie bereits derzeit geistig behinderte Patienten der Einrichtung der Klägerin ambulant behandelten. Fünf Allgemeinärzte und Kinderärzte, die über die Zusatzqualifikation Kinderkardiologie und Kinderpneumologie verfügten, seien regelmäßig bei der Klägerin tätig. Die Klägerin habe weder dargelegt noch sei es für den ZA ersichtlich, über welche "besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse" Herr Dr. S. verfüge und ob damit die vom Gesetzgeber geforderten tatbestandlichen Voraussetzungen erfüllt würden.
Im hiergegen eingelegten Widerspruch beantragte die Klägerin hilfsweise, sie nach § 31 Abs. 1 der Ärzte-ZV im Wege einer Institutsermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Allein die Zahl der in der Einrichtung betreuten 228 Kinder und Jugendlichen sowie 281 Erwachsenen hätte eine dezidierte Prüfung erforderlich gemacht, mit welcher Häufigkeit und in welcher besonderen Form Behandlungsbedarf vor Ort bestehe und ob und ggf. in welchem Umfang die Verbringung der Betreuten zu niedergelassenen Ärzten in deren Praxis möglich sei. Es sei auch nicht erkennbar, dass der ZA anhand der bereits beantragten EBM-Positionen einen konkreten Versorgungsbedarf überprüft habe. Ferner verfüge Herr Dr. S. über besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie besondere Kenntnisse. Durch die alltägliche Präsenz des Institutsarztes und den Kontakt mit Patienten werde es diesem ermöglicht, Symptome bei nicht sprechenden Patienten mit geistiger und schwerster Behinderung besser zu deuten. Die Klägerin verfüge darüber hinaus über eines breites interdisziplinäres Spektrum von Pädagogen und Psychologen, das es ermögliche, für diesen Personenkreis mit einem multiprofessionellen Angebot eine angemessene Gesundheitsfürsorge zu gewährleisten.

Der Beklagte wies den Widerspruch mit Bescheid vom 11.04.2013 (Beschluss 07.03.2013) als unbegründet zurück. Die Voraussetzungen des § 119a SGB V lägen nicht vor, da bei der Klägerin lediglich ein einziger Neurologe tätig sei, der auf neurologische Leistungen beschränkt sei. Er biete keine besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an, die niedergelassene Ärzte nicht anbieten würden. Bei den beantragten Leistungen (Grundpauschale für ermächtigte Einrichtungen, Pauschalen für unvorhersehbare Inanspruchnahme durch Patienten und Notfallbehandlungen, Reanimation, Beatmung, dringende Besuche, Begleitung eines Kranken beim Transport, Verordnungen, Krankheitsberichte und Stellungnahmen, Infusionen, kleinchirurgische Eingriffe und Punktionen, Einzelinhalationstherapie, Wärmetherapie, Unterwassermassage, Atemgymnastik, neurologische Gesprächsleistungen und Pauschalen, EEG und neurophysiologische Untersuchungen wie SEP, VEP, AEP, MEP) handle es sich um ein Leistungsspektrum, das durch die niedergelassenen Ärzte in der erforderlichen Art und Weise und in dem erforderlichen Umfang sichergestellt werden könnte. Es lägen auch nicht die Voraussetzungen für eine Ermächtigung nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 Ärzte-ZV vor. Nach dieser Vorschrift könnten zwar über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder in besonderen Fällen Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden, soweit dies notwendig sei, um einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes. Auch hier sei jedoch das Vorliegen einer nicht ausreichenden Versorgung eines begrenzten Personenkreises erforderlich. Auch insoweit könne der besondere Personenkreis durch die niedergelassenen Ärzte ausreichend versorgt werden.

In der hiergegen zum Sozialgericht Nürnberg einen gelegten Klage wiederholt und vertieft die Klägerin ihre bereits vorgebrachten Argumente. Die Besonderheit der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bestünde darin, dass innerhalb der Einrichtung ein multiprofessionelles Zusammenwirken zum Beispiel mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden erfolge und eine adäquate Diagnostik zum Beispiel in Krisensituationen im gewohnten Umfeld ermögliche. Dieses könnten niedergelassene Ärzte in eigener Praxis nicht leisten. Es werde auch nicht die Regelversorgung ersetzt, sondern ergänzt.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 21.08.2013 abgewiesen. Die Voraussetzungen des § 119a SGB V lägen nicht vor. Zwar sei die Klägerin eine ärztlich geleitete Einrichtung, da ein Arzt in der Einrichtung tätig sei, dieser sei jedoch im Falle einer Ermächtigung auf neurologische Leistungen beschränkt. Er biete auch keine besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Kenntnisse an, die die niedergelassenen Ärzte im Planungsbereich W. nicht anbieten würden. Ferner gäbe es bei der Klägerin keine Abteilungen mit multiprofessionellen Angeboten, die die ärztliche Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte ergänze oder ihnen als fachlich spezialisiertes Kompetenzzentrum beratend zur Seite stehen könnte. Das beantragte Leistungsspektrum könne durch die niedergelassenen Ärzte sichergestellt werden. Der Umfang des Bedarfs könne dahinstehen, da die Klägerin nicht über eine ärztlich geleitete Abteilung im Sinne des § 119a SGB V verfüge. Zutreffend habe der Beklagte auch die Voraussetzung für eine Ermächtigung nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 Ärzte-ZV verneint. Die durchgeführte Befragung der im Planungsbereich W. niedergelassenen Vertragsärzte habe gezeigt, dass die Versorgung sichergestellt sei. Dies werde insbesondere dadurch bestätigt, dass die befragten Vertragsärzte hierzu auch Angaben über die Anzahl der Behandlungen und die Zahl der von ihnen versorgten Patienten aus der Blindeninstitutsstiftung angegeben hätten. Es bestünde deshalb kein Bedarf für weitere Nachforschungen, zumal Versorgungslücken in diesem überversorgten Planungsbereich weder vorgetragen noch erkennbar seien.

Mit ihrer Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht verfolgt die Klägerin ihr Begehren auf Erteilung der Ermächtigung weiter. Die Vorinstanz habe § 119a SGB V unzutreffend ausgelegt. Zwar habe das SG zutreffend festgestellt, dass es sich beim Blindeninstitut um eine ärztlich geleitete Einrichtung handle, da ein Arzt in der Einrichtung tätig sei. Wenn das Gericht jedoch im Weiteren zu dem Schluss komme, die Klägerin verfüge nicht über eine ärztlich geleitete Abteilung im Sinne des § 119 a SGB V, knüpfe es offensichtlich weitere Voraussetzungen an die ärztlich geleitete Abteilung, die sich jedoch aus der Norm des § 119a SGB V nicht herleiten ließen. Schon gar nicht könne der Norm die Erforderlichkeit von mehreren fachunterschiedlichen Ärzten entnommen werden. Hierzu sei jedoch auszuführen, dass neben dem vollzeitig in der Einrichtung angestellten leitenden Arzt mehrere auf Basis von Honorarverträgen tätige Ärzte der Fachgebiete (Kinder-) Psychiatrie, Orthopädie und Augenheilkunde sowie auch Orthoptistinnen, ein Rehabilitationslehrer für Orientierung und Mobilität, Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten arbeiteten. Damit erfülle die ärztlich geleitete Abteilung nicht nur die tatsächlichen Voraussetzungen des § 119a SGB V, sondern sogar die vermeintlich notwendigen, von der KVB und dem Beklagten geforderten weiteren Anforderungen. Darüber hinaus sei die Klägerin auch bereit, nach Erteilung einer Institutsermächtigung einen weiteren Arzt mit ergänzender Fachrichtung anzustellen. Es werde ohne nähere Begründung oder Ermittlung trotz umfassendem Vortrag der Klägerin ein besonderes Versorgungsangebot der Klägerin verneint. Die Diagnose von Erkrankungen sei häufig ausschließlich in der für die Behinderten gewohnten Umgebung innerhalb der Einrichtung möglich, da jede Verlegung in eine fremde Umgebung einer Praxis eines niedergelassenen Arztes oder in ein Krankenhaus zu Reaktionen führen könne, die für sich genommen als Krankheitssymptome interpretiert werden könnten. Auch sei erforderlich, dass der oder die Behandler die Patienten kennen, um den "normalen" Zustand der Behinderung abgrenzen zu können von zusätzlichen nicht mehr normalen Symptomen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung. Vielfach gelinge dies auch nur mit Unterstützung der nichtärztlichen Hilfsberufe wie Physiotherapeuten oder Logopäden, um überhaupt eine Kommunikation mit den Behinderten zu ermöglichen. Die Formulierung "besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" in § 119 a SGB V meine nicht Untersuchung- und Behandlungsmethoden im Sinne des § 135 SGB V. Die Besonderheit der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden könne vielmehr nur innerhalb der Art und Weise der Leistungserbringung bestehen, nämlich in dem innerhalb der Einrichtung multiprofessionellen Zusammenwirken bei Umgang und Diagnostik zum Beispiel auch in Krisensituationen. Multiprofessionell bedeute daher entgegen der Lesart der KVB nicht fachübergreifend ärztlich, sondern das Zusammenwirken des Arztes mit verschiedenen auch nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Dies bestätigten auch die zutreffenden Stellungnahmen des Universitätsklinikums W. und der Kinderklinik am M., die im bisherigen Verfahren nicht ansatzweise Berücksichtigung gefunden hätten. Zudem sei unverständlicherweise in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht bereits das Vorhandensein einer Abteilung mit multiprofessionellen Angeboten im Zusammenhang mit der fachärztliche Qualifikation als Neurologe angezweifelt worden. Abgesehen von der persönlichen und fachlichen Qualifikation von Dr. S. für die Behandlung von Behinderten komme es hierauf jedoch gar nicht an, da es gerade im Wesen einer Institutsermächtigung läge, dass diese nicht etwa bei Ausscheiden eines Arztes erlösche, sondern gerade die Möglichkeit der Verpflichtung eines qualifizierten oft aber nicht von vornherein gleich qualifizierten Nachfolgers ermögliche. Abgesehen davon, dass die überwiegende Mehrheit der befragten Ärzte im Planungsbereich die Institutsermächtigung befürwortet hätten, hätte innerhalb der Bedarfsprüfung ermittelt werden müssen, ob die erforderliche Versorgung noch gewährleistet werden könne, wenn die Leistungserbringung durch Mitarbeiter der Klägerin wegfalle. Im Rahmen der Bedarfsprüfung hätte auch geklärt werden müssen, ob für die beantragten EBM-Leistungen tatsächlich bei der in Rede stehenden Patientengruppe ein Handlungsbedarf bestehe, ob dieser Bedarf durch die niedergelassenen Ärzte im erforderlichen Umfang und der erforderlichen Art und Weise - nämlich in der Einrichtung und nicht in der Praxis gedeckt werde und ob - wie vorliegend - hierfür ein konkreter Versorgungsbedarf bestehe. Abschließend sei festzuhalten, dass es mit der Intention des Gesetzgebers, die Versorgung behinderter Menschen zu verbessern, nicht ansatzweise in Einklang zu bringen sei, dass seit der Einführung des § 119a SGB V zum 01.01.2004 noch keine einzige Einrichtung in Bayern auf dieser Grundlage eine Ermächtigung erhalten habe, sowie bundesweit lediglich zwei Einrichtungen.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin beantragt,
1. das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 21.08.2013, Az.: S 1 KA 6/13 aufzuheben,
2. den Bescheid des Berufungsbeklagten vom 11.04.2013 (Beschluss vom 07.03.2013) aufzuheben und den Berufungsbeklagten zu verurteilen, über den Widerspruch der Berufungsklägerin gegen den Bescheid des Zulassungsausschusses Ärzte - Unterfranken vom 19.12.2012 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden,
3. hilfsweise: Festzustellen, dass der Bescheid des Berufungsbeklagten vom 11.04.2013 (Beschluss vom 07.03.2013) rechtwidrig ist.

Die Bevollmächtigte des Beklagten beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte ist mit dem SG der Auffassung, dass die Klägerin mit Dr. S. keine besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anbieten würde, die die niedergelassenen Ärzte nicht anböten. Zudem sei Dr. S. als Neurologe auf neurologische Leistungen beschränkt. Auch biete die Klägerin kein fachlich spezialisiertes Kompetenzzentrum an, das den niedergelassenen Ärzten beratend zur Seite stehen könnte. Der Gesetzgeber habe in seiner Begründung zu § 119a SGB V verdeutlicht, dass die Versorgung der geistig behinderten Versicherten in diesen Einrichtungen ergänzend und damit subsidiär zur Versorgung durch niedergelassenen Vertragsärzte hinzutrete. Eine allgemeine Ambulanz, wie sie hier entstehen solle, sei damit nicht gemeint, vielmehr fordere § 119a SGB V eine Ergänzung der Regelversorgung mit multiprofessionellen Angeboten.

Dieser Auffassung schließt sich die Beigeladene zu 1) an. Die Klägerin mache im Wesentlichen nur geltend, dass für die Betreuung der Versicherten in ihrer Einrichtung die permanente Präsenz eines Arztes generell unabdingbar sei, spezielle Leistungen wolle und könne sie in ihrer Einrichtung aber nicht anbieten. Die von der Klägerin beantragten EBM-Leistungen seien demgegenüber allgemeine Leistungen, für die kein besonderer Bedarf bestünde. Eine Ermächtigung nach § 119a SGB V können nur erteilt werden, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung von Versicherten mit geistiger Behinderung und die besonderen ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Klägerin durch niedergelassene Ärzte nicht sichergestellt sei. Allein der Umstand, dass die Klägerin eine Einrichtung der Behindertenhilfe sei, begründe den erforderlichen Bedarf nicht. Aus der Spezialität der Regelung des § 119a SGB V könne sie keinen Vorrang ableiten. Auch sei zu Recht eine Ermächtigung auf der Grundlage des § 98 Abs. 2 Nr. 11 SGB V in Verbindung mit § 31 Abs. 1 Nr. 2 Ärzte-ZV abgelehnt worden. Vorliegend sei der gegenständlichen Personenkreis an Versicherten bereits nach räumlichen beziehungsweise wohn- und aufenthaltsbezogenen Kriterien nicht hinreichend stringent abgrenzbar, denn die Einrichtung der Klägerin beschränke sich nicht auf eine konkrete Adresse. Zudem fehle es an der weiteren Voraussetzung, wonach eine entsprechende Ermächtigung nur in Betracht komme, wenn andernfalls die vertragsärztliche Versorgung der dort genannten Personen im Hinblick auf deren besondere Bedürfnisse nicht ausreichend gesichert sei, denn die vorgetragenen Argumente - mögliche Zeitverluste bei Inanspruchnahme durch (externe) Vertragsärzte, vermehrte

Notfälle oder Ähnliches - seien insoweit irrelevant. Fiskalische Erwägungen, die hier im Vordergrund stünden, spielten keine Rolle.

Die Beigeladene zu 2) beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene zu 2) schließt sich den Ausführungen des Beklagten sowie der Beigeladenen zu 1) vollinhaltlich an. Ergänzend wird ausgeführt, dass nach Kündigung des Teilungsabkommens ab dem Jahr 2013 die nichtärztlichen medizinisch-therapeutischen Leistungen über einen Rahmenvertrag finanziert würden. Die Klägerin habe immer wieder deutlich gemacht, dass der Arzt der Absicherung für das nichtärztliche Personal diene, welches einen hohen ärztlichen Beratungsbedarf habe, insbesondere bei medizinischen Notfällen oder um teilweise Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Dass dabei ein einziger Arzt nicht rund um die Uhr, 7 Tage die Woche diese gewünschte Betreuung sicherstellen könne, werde von der Berufungsklägerin zwar schon gesehen, ein weiterer Arzt jedoch erst nach erhaltener Institutsermächtigung eingestellt. Diese durchaus nachvollziehbare Intention der Berufungsklägerin begründe jedoch keinen Anspruch auf die beantragte Institutsermächtigung. Die besondere Art und Weise der Leistungserbringung im Sinne des § 119a SGB V werde von der Berufungsklägerin zusammenfassend darin gesehen, dass ein im Institut tätiger Arzt die Patienten mit ihrer eigenen (eingeschränkten) Kommunikationsweise bereits kenne und auch Krankheitssymptome besser deuten können. Die Patienten könnten im gewohnten Umfeld behandelt werden. Hierzu sei auszuführen, dass die Behandlung der Patienten auch durch niedergelassene Ärzte stattfinde, die regelmäßig in das Institut führen und die die Patienten bereits kennen würden. Ein multiprofessionelles Angebot sei hierin nicht zu erkennen. Dies könne auch nicht über mit Ärzten abgeschlossene Honorarverträge geschehen, da die entsprechenden Ärzte in eigener Praxis tätig seien und damit nicht in dem Maß für die Klägerin verfügbar seien, wie das in § 119a SGB V vorausgesetzt werde. Die Beschäftigung eines Arztes als Koordinator und Ansprechpartner für das nichtärztliche Personal bei der Klägerin sei sicher sinnvoll, begründe jedoch keinen Bedarf für eine Institutsermächtigung.

Der Beigeladene zu 6) hält das Urteil des SG für zutreffend.
Mit Schreiben vom 06.05.2014 übersandte der Beklagte eine bestandskräftig gewordene Entscheidung des Berufungsausschusses, mit dem eine persönliche Ermächtigung des Dr. S. abgelehnt wurde.

Mit Schreiben vom 07.08.2014 teilte die Beigeladene zu 1) mit, dass das Beschäftigungsverhältnis von Dr. S. bei der Klägerin zum 1. Juli beendet wurde und derzeit auch kein anderer Arzt bei der Klägerin beschäftigt sei. Berufungsbeklagter und Klägerin bestätigten dies in der Folgezeit. Mit Schriftsatz vom 29.08.2014 teilte die Klägerin mit, dass sie sich intensiv um eine Nachbesetzung der Anstellung von Dr. S. bemühe, bisher aber noch keinen Erfolg gehabt habe. Die Versorgung sei jedoch schon schlechter geworden, wie zwei anliegende Schreiben der M.-Kinderklinik bestätigten. Nach Auffassung der Klägerin sei jedoch die Institutsermächtigung nicht an einen speziellen Arzt gebunden, so dass der Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung nach § 119a SGB V aufrechterhalten werde. Der nunmehr bestandskräftig abgelehnte Antrag von Dr. S. sei ohnehin nur auf Hinweis der Beigeladenen erfolgt. Der Beklagte habe bisher nicht differenziert genug zwischen einer Institutsermächtigung mit der Voraussetzung von multiprofessionellen Angeboten und einer persönlichen Ermächtigung unterschieden. Ein ermächtigter Arzt alleine könne solche multiprofessionellen Angebote, die auch nur in Verbindung mit nichtärztlichem Personal vorgehalten werden könnten, gar nicht gewährleisten. Maßgeblich sei daher nicht die namentliche Benennung eines bestimmten Arztes, sondern das Behandlungskonzept der Behinderteneinrichtung. Daher werde das ursprüngliche Klageziel trotz vorübergehender Vakanz der Arztstelle weiterverfolgt, die Fortsetzungsfeststellungsklage werde nur hilfsweise erhoben. Für die Ermächtigung spreche weiterhin, dass die niedergelassenen Ärzte sie im Wesentlichen befürwortet hätten und im Rahmen der Ermittlungen mitgeteilt hätten, dass sie dieses spezifische Angebot nicht leisten könnten. Der Beklagte habe es aber unterlassen, gerade diesen speziellen Bedarf zu ermitteln und mit dem tatsächlichen Leistungsangebot gegenüberzustellen. Allein die Benennung des Versorgungsgrades sei hierbei nicht zielführend.

Beigezogen wurden die Akten des Beklagten und des Sozialgerichts sowie das Verwaltungsverfahren 139/13. Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten sowie die Akten des BayLSG Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 143 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber weder im Haupt- noch im Hilfsantrag begründet. Der angefochtene Bescheid des Beklagten vom 11.04.2013 ist rechtmäßig, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erteilung einer Institutsermächtigung nach § 119a SGB V.

Nach § 119a SGB V sind Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen, vom Zulassungsausschuss zur ambulanten ärztlichen Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung zu ermächtigen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne die besonderen Untersuchung-und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte nicht sichergestellt ist. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. In dem Zulassungsbescheid ist zu regeln, ob und in welchen Fällen die Ärzte in den Einrichtungen unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die ärztlich geleiteten Abteilungen sollen mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.
§ 119a SGB V regelt die bedarfsabhängige Institutsermächtigung von Einrichtungen der Behindertenhilfe zur ambulanten ärztlichen Behandlung von GKV-Versicherten mit geistiger Behinderung. Das verlangt eine Bedarfsermittlung in Bezug auf die Sicherstellung der Versorgung (§ 119a S. 1 SGB V). Kann der Bedarf bejaht werden, so besteht ein Rechtsanspruch der Einrichtung auf Ermächtigung. Die auf eine Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung zurückgehende Norm des § 119a SGB V wurde durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003, BGBl. I 2003, 2190 mit Wirkung zum 01.01.2004 verabschiedet. Sie berücksichtigt, dass geistige Behinderung über die üblichen Gesundheitsrisiken der Durchschnittsbevölkerung hinaus häufig mit spezifischer Erkrankungsrisiken und Behinderungen (Multimorbidität) verbunden ist. Der Ausschussbericht führt dazu aus, dass Menschen mit geistiger Behinderung Besonderheiten in Krankheitssymptomatik, Krankheitsverlauf sowie Diagnostik und Therapie aufwiesen, ebenso in ihrem krankheitsbezogenen Kommunikations- und Kooperationsverhalten, so dass ihre ärztliche Behandlung spezifischer fachlicher Kompetenzen und besonderer Rahmenbedingungen bedürfe. Deshalb solle mit der Regelung in § 119a SGB V ein zielgruppenspezifisches Angebot zur gesundheitlichen Versorgung geistig Behinderter ermöglicht werden, wobei an die bereits zum Teil vorhandenen Gesundheitsdienste in Einrichtungen der Behindertenhilfe angeknüpft werden könne. Dabei sei nicht daran gedacht, die ambulante Regelversorgung durch den niedergelassenen Arzt zu ersetzen, sondern diese ärztlich geleiteten Abteilungen sollten

mit ihren multiprofessionellen Angeboten die ärztliche Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte ergänzen und ihnen auch als fachlich spezialisiertes Kompetenzzentrum beratend zur Zeit stehen. Zur organisationsrechtlichen Umsetzung der Einbeziehung der ärztliche geleiteten Abteilungen in die ambulante Behandlung von geistig behinderten Versicherten erhielten die Träger der Behindertenhilfe einen Anspruch auf Zulassung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung. Da die Versorgung der geistig behinderten Versicherten in diesen Einrichtungen ergänzend und damit subsidiär der Versorgung durch niedergelassene Ärzte hinzutrete, sei der Behandlungsumfang auf das Leistungsspektrum zu begrenzen, das durch die niedergelassenen Ärzte nicht in der erforderlichen Art und Weise oder in dem erforderlichen Umfang sichergestellt werden könne. Im Ermächtigungsbescheid seien deshalb Regelungen darüber zu treffen, ob und in welchen Fällen die ärztliche Leistungserbringung in diesen Einrichtungen an die Voraussetzung einer Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt geknüpft sei. Die Behandlung sei auf diejenigen Versicherten mit geistiger Behinderung auszurichten, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung oder aus Gründen der wohnortnahen Versorgung der ambulanten Behandlung durch Einrichtungen nach Satz 1 bedürften. Die ärztlich geleiteten Abteilungen sollten mit den sonstigen behandelten Leistungserbringern eng zusammenarbeiten (BT-Drs. 15/1600, S. 14).

Die Klägerin ist zwar eine Einrichtung der Behindertenhilfe, verfügt jedoch zum maßgeblichen Zeitpunkt der Entscheidung des Senats über keine ärztlich geleitete Abteilung. Erforderlich nach dem Wortlaut des § 119a SGB V ist die Leitung der Abteilung durch einen Arzt. Aufgrund des Normzwecks sind über die Approbation (§ 3 BOÄ) hinaus weitere Qualifikationen zu fordern. Die Bedarfsprüfung nach § 119a Satz 1 Halbsatz 2 SGB V knüpft an die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bzw. Kenntnisse des Arztes bzw. der Ärzte der Einrichtung an. Zielgruppe der Ermächtigung sind nach Satz 2 die GKV-Versicherten, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind und hier multiprofessionell versorgt werden sollen. Der Hauptantrag auf Erteilung einer Institutsermächtigung nach § 119a SGB V scheitert bereits daran, dass die Klägerin wegen des Weggangs von Dr. S. über keine tatsächlich ärztlich geleitete Abteilung verfügt. Entgegen der Auffassung des Klägerbevollmächtigten kommt es nicht nur auf das Behandlungskonzept der Einrichtung für die ärztlich geleitete Abteilung an, sondern darüber hinaus auch auf das tatsächliche Vorhandensein eines Arztes in der Abteilung. Denn das Behandlungskonzept ist unter anderem abhängig von der jeweiligen Fachrichtung der in der Abteilung beschäftigten Ärzte sowie des ärztlichen Leiters der Abteilung. Selbst wenn man - wie die Klägerin - davon ausgeht, dass allein das Behandlungskonzept entscheidend ist, unabhängig von der namentlichen Benennung eines Arztes und unabhängig von der Benennung einer Fachrichtung, - reicht die im Wesentlichen als Begründung für den Antrag angeführte verbesserte Kommunikation mit dem Patienten nicht aus, um zu einem multiprofessionellen Angebot zu gelangen. Sinn und Zweck der Aufnahme des § 119a SGB V sind die Besonderheiten der ärztlichen Versorgung geistig Behinderter. Der Gesetzgeber legte zugrunde, dass die ärztliche Behandlung geistig Behinderter spezifischer fachlicher Kompetenzen und Rahmenbedingungen bedürfe. Grund hierfür sei die häufig vorhandene Multimorbidität und Besonderheiten in Bezug auf die Krankheitssymptome, im Krankheitsverlauf und Diagnostik und Therapie. Die Ermächtigung sollte die Möglichkeit bieten, neben der Regelversorgung an die bereits vorhandenen Gesundheitsdienste der Behindertenhilfe anzuknüpfen (so Begründung des Ausschusses für Gesundheit und Soziales BT-Drucksache 15/1600). Ob und in welchem Umfang die Beteiligung der Ärzte von Einrichtungen der Behindertenhilfe erforderlich ist, richtet sich grundsätzlich danach, ob gegenwärtig eine ausreichende ärztliche Versorgung dieses Patientenkreises gewährleistet ist. Um dies prüfen zu können, ist es erforderlich, konkrete ärztliche Leistungen zu benennen, die in der Einrichtung, nicht aber im niedergelassenen Bereich erbracht werden können.
Bereits hieraus ergibt sich, dass nicht das Behandlungskonzept allein, sondern - insbesondere wenn nur ein Arzt in der Einrichtung vorhanden ist - dieser namentlich genannt werden muss und die ärztlicher Qualifikation im Hinblick auf die Fachrichtung überprüfbar sein muss. Ohne konkreten Arzt kann schon nicht geprüft werden, welches besondere ärztliche Versorgungsangebot in Bezug auf welche Fachrichtung die Regelversorgung ergänzen soll.
Normzweck ist die Ergänzung der Regelversorgung mit multiprofessionellen Angeboten, somit die Hinzusetzung eines speziellen Profils zur vertragsärztlichen Versorgung. Dabei kann sich der qualitativ-spezielle Bedarf, der von den Zulassungsgremien zu überprüfen ist, nur auf den ärztlichen Bereich beziehen, eine verbesserte Kommunikation mit den Patienten ist wichtig, für die Bedarfsprüfung nach § 119a SGB V aber nicht ausreichend.

Die Klage ist auch im Hilfsantrag (Fortsetzungsfeststellungsantrag) unbegründet, denn die Klägerin hat - wie oben ausgeführt - kein multiprofessionelles Angebot vorgetragen, das die Regelversorgung ergänzt. Nach der Gesetzesbegründung (BT-Drucksache 15/1170, Seite 98 folgende) ist der bedarfsabhängige Anspruch auf Vertragsschluss nur subsidiär gegenüber der Behandlung durch ambulante tätige Ärzte. Da die Versorgung der geistig behinderten Versicherten in diesen Einrichtungen ergänzend und damit subsidiär zu der Versorgung durch niedergelassene Ärzte hinzutritt, ist der Behandlungsumfang in den Verträgen auf das Leistungsspektrum zu begrenzen, das durch die niedergelassenen Ärzte nicht in der erforderlichen Art und Weise oder in dem erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann. Die Zulassungsgremien haben deshalb Regelungen darüber zu treffen, ob und in welchen Fällen die ärztliche Leistungserbringung in diesen Einrichtungen an die Voraussetzung einer Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt geknüpft ist. Die Zulassungsgremien haben daher das Vorliegen einer Versorgungslücke in Bezug auf einen qualitativ-speziellen Bedarf - in Form eines multiprofessionellen Angebots - für Versicherte zu untersuchen, die wegen der Art und Schwere der geistigen Behinderung einer Behandlung in einer Einrichtung bedürfen. Zu ermitteln ist, ob innerhalb des Einzugsbereichs der Einrichtung der Behindertenhilfe unter Berücksichtigung etwaiger Spezialisierungen umliegender Versorgungsangebote die ärztliche Behandlung durch das vorhandene Leistungsangebot abgedeckt wird (juris-PK-SGB V 2. Aufl. /Köhler-Hohmann, Rdnr. 12). Diese Bedarfsprüfung zeigt, dass das in der Einrichtung angebotene multiprofessionelle Angebot sich zum einen auf ärztliche Leistungen und zum anderen auf konkrete Leistungen beziehen muss, die im niedergelassenen Bereich nicht oder nicht in ausreichendem Maße angeboten werden. Die reine Verbesserung der Kommunikation zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Institut beziehungsweise dem nicht ärztlichen Personal und den niedergelassenen Ärzten ist hierfür nicht ausreichend. Diese ist vielmehr die Grundlage dafür, dass im Bereich der geistig Behinderten überhaupt die Möglichkeit eine Institutsermächtigung besteht. Die beantragten Leistungen machen vielmehr deutlich, dass eine - sicherlich sinnvolle - Ergänzung der Regelversorgung vor Ort beabsichtigt ist, um schnell und effizient Entscheidungen für den Behinderten zu treffen, ein ärztliches multiprofessionellen Angebot, auf das die niedergelassenen Ärzte im Sinne eines Kompetenzzentrum zurückgreifen können und das von ihnen nicht angeboten wird, stellt es aber nicht dar. Auch die Einbindung von weiteren Fachärzten auf der Basis von Honorarverträgen in die Versorgung der Behinderten bei der Klägerin kann nicht dazu führen, dass diese Bestandteil des multiprofessionellen Teams im Sinne des § 119a SGB V sind. Die vom Gesetzgeber in § 119a SGB V genannte "ärztlich geleitete Abteilung" muss eine ständige Einrichtung im Institut darstellen, die mit Personal der Einrichtung besetzt wird, welches für das Institut verfügbar ist. Eine reine Kooperation mit außerhalb der Einrichtung tätigen Fachärzten kann das multiprofessionelle Angebot zwar ergänzen, nicht jedoch ersetzen.

Eine Ermächtigung kann auch nicht erfolgreich auf § 31 Abs. 1 Nr. 2 Ärzte-ZV gestützt werden. Danach kann eine Ermächtigung erteilt werden, sofern dies notwendig ist, um einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Die Ermächtigung muss sich in diesem Fall auf eine

bestimmte Personengruppe beschränken. Eine Ermächtigung kommt hiernach nicht in Betracht, wenn die Personengruppe, zu deren Versorgung die Ermächtigung erteilt werden soll, - wie hier - nicht abgrenzbar ist. Denn bereits aufgrund der unterschiedlichen Standorte der Häuser der Klägerin ist eine räumliche Abgrenzung und damit das Tatbestandsmerkmal "abgegrenzter Personenkreis" nicht möglich. Außerdem werden in der Einrichtung der Klägerin nicht nur geistig behinderte Versicherte, sondern auch anders behinderte Personen betreut. Zudem muss die Ermächtigung nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 Ärzte-ZV notwendig sein, um den begrenzten Personenkreis zu versorgen. Eine solche Notwendigkeit besteht dann nicht, wenn die Versorgung der Personengruppe bereits gewährleistet ist. Insofern betont das Tatbestandsmerkmal " notwendig" die Subsidiarität einer Ermächtigung nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 Ärzte-ZV (Rothfuß in Bäune, Kommentar zu Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, § 31, Rdnr. 26). Bei den beantragten Leistungen handelt es sich jedoch um ein Leistungsspektrum, das durch die niedergelassenen Ärzte in der erforderlichen Art und Weise und in dem erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann. Dies hat der Beklagte ermessensfehlerfrei festgestellt.

Das SG hat die Klage daher zutreffend abgewiesen, die Berufung war zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG iVm. § 154 Abs. 1 und 2 VwGO.

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor, § 160 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2015-12-28