

S 11 KA 671/04

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 11 KA 671/04
Datum
04.05.2005
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei der Erteilung von Ausnahmegenehmigungen nach [§ 73 Abs. 1a S. 3 SGB V](#) dürfen die Zulassungsgremien das Tätigwerden von Krankenhäusern nach [§ 115b SGB V](#) berücksichtigen.

- I. Die Klage wird abgewiesen.
- II. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens.
- III. Die Sprungrevision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist der Umfang der weiteren Genehmigung zur Leistungserbringung und Abrechnung gastroenterologischer Leistungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung streitig.

Der Kläger ist Facharzt für Innere Medizin und nimmt aufgrund Wahlentscheidung seit dem 01.01.1996 an der hausärztlichen Versorgung teil. Im Jahr 2001 hat er 1.551 Gastro-skopien, 755 Koloskopien und 87 Sigmoidoskopien abgerechnet. Mit Schreiben vom 11.03.2002 beantragte der Kläger, ab 01.01.2003 auch weiterhin gastroenterologische Leistungen nach GOP 740, 741, 760, 763 sowie die Zuschläge nach GOP 767 und 768 des Kapitels F IV des EBM-Ä abrechnen zu können. Der Zulassungsausschuss hat diesen Antrag mit Beschluss vom 26.08.2002 abgelehnt. In dem hiergegen angestrebten Antragsverfahren (S 25 KA 1092/02 ER) wurde dem Kläger durch Beschluss vom 20.12.2002 befristet bis zum Erlass des Widerspruchsbescheides genehmigt, trotz Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung die beantragten gastroenterologischen Leistungen weiterhin abzurechnen. Im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsausschuss am 29.01.2003 wurde ein Einvernehmen dahingehend erzielt, dass der Kläger pro Quartal 175 Koloskopien (GOP 760, 763 EBM-Ä) und 350 Gastroskopien (GOP 741 EBM-Ä), einschließlich Zuschläge, befristet bis zum 30.09.2003 abrechnen kann. Auf seinen weiteren Verlängerungsantrag vom 08.07.2003, in dem der Kläger zugleich um Überprüfung bzw. Erweiterung der Anzahl der Leistungen bat, hat der Zulassungsausschuss mit Beschluss vom 01.09.2003 eine weitere, befristete Genehmigung erteilt. Danach durfte der Kläger mit Wirkung vom 01.10.2003 bis 31.03.2004 pro Quartal 175 Koloskopien und 350 Gastro-skopien erbringen und abrechnen.

Mit Schreiben vom 17.12.2003 beantragte der Kläger die weitere Ermächtigung zur Erbringung gastroscopischer und koloskopischer Leistungen über das 1. Quartal 2004 hinaus. Der Antrag wurde zunächst zurückgestellt, da der Kläger die Anforderungen der Hygienequalität auch in der 2. Überprüfung nicht erfüllt hatte. Nachdem in der 3. Überprüfung die hygienisch-mikrobiologischen Anforderungen erfüllt waren, wurde der Antrag weiter bearbeitet. Der Zulassungsausschuss hat Ermittlungen bei den Fachärzten für Innere Medizin im Bereich Bautzen/Bischofswerda angestellt. Dabei gab die Fachärztin für Innere Medizin (Gastroenterologie) Dr. K. mit Schreiben vom 01.02.2004 an, dass die Erteilung der Genehmigung abzulehnen sei. Zur Abdeckung des Versorgungsbedarfs stünden nunmehr, ab 01.01.2004, auch die O.-Kliniken mit Standorten in Bautzen und Bischofswerda zur Verfügung, die gastroenterologische Leistungen im Rahmen des ambulanten Operierens erbringen können. Die Ärztin verwies weiter auf den niedrigen Wert ihres PMV und die damit verbundene Beschneidung ihrer Leistungsfähigkeit. Mit weiterem Schreiben vom 21.03.2004 teilte Frau Dr. K. die von ihr abgerechneten gastroenterologischen Leistungen des 1. Quartals 2004 mit und führte aus, es seien noch weitere 15 bis 20 Koloskopien zusätzlich möglich. Im Rahmen der weiteren Sachverhaltsermittlungen zog der Zulassungsausschuss das Schreiben der O.-Kliniken vom 22.12.2003, gerichtet an die Beigeladene zu 7.) bei. Bezug nehmend auf [§ 115b SGB V](#) gaben der Geschäftsführer und der ärztliche Direktor an, dass die gastroenterologischen Leistungen nach EBM-Ä, F IV der Ziffern 730 bis 765 komplett in den ambulanten Bereich ausgliedert worden seien. Ferner bestand noch eine persönliche Ermächtigung der Frau DM G. im Klinikum Bischofswerda, die zu ihren Kapazitäten bei der Durchführung kurativer Koloskopien befragt wurde. Die im Planungsbereich (Bischofswerda) ebenfalls niedergelassene Internistin Dr. med. M. (Kardiologin) gab mit Schreiben vom 05.03.2004 an, Gastroskopien lediglich im Rahmen der kardiologischen Differenzialdiagnostik des

Thoraxschmerzen durchzuführen. Eine Zahl von 6 Gastroskopen pro Woche werde auch künftig nicht überschritten. Der ebenfalls befragte DM V. bestätigte telefonisch, dass er eine größere Anzahl Gastroskopen machen könne, ihn aber keine Anforderungen erreichen. Schließlich stellte der Zulassungsausschuss Ermittlungen zur Entwicklung der Erbringung gastroenterologischer Leistungen im Landkreis Bautzen an. Danach wurden im Jahr 2003 im Landkreis Bautzen 3.448 Gastroskopen, 1.881 partielle und totale kurative Koloskopen und 961 präventive Koloskopen erbracht. Im Krankenhaus Bautzen würden pro Tag ca. 2 Koloskopen ambulant durchgeführt.

Mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 22.03.2004 wurde dem Kläger die befristete Genehmigung erteilt, vom 01.04.2004 bis 31.12.2004 pro Quartal 50 Koloskopen nach GOP 760 und 764 und 100 Gastroskopen nach GOP 741, einschließlich Zuschläge nach GOP 765, 767 und 768, zu erbringen und abzurechnen. Seit dem 01.01.2004 sei die Erbringung von kurativen Koloskopen in das Spektrum ambulanter Operationen an Krankenhäusern ([§ 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)) aufgenommen. Die O.-Kliniken hätten dieses Leistungsangebot gemeldet und auf Anfrage bestätigt, dass täglich durchschnittlich 2 Koloskopen durchgeführt würden. Weitere Kapazitäten seien vorhanden. Aufgrund des erweiterten Leistungsangebotes der Frau Dr. K., der noch immer vorhandenen freien Kapazitäten der fachärztlichen Leistungserbringer in Bischofswerda und der ab 01.01.2004 hinzu-gekommenen Kapazitäten für Koloskopen in den Krankenhäusern Bautzen und Bischofswerda sei der bisherige Umfang an Facharztleistungen zur Erbringung durch einen Hausarzt nicht mehr erforderlich. Um die weitere Entwicklung berücksichtigen zu können (Auslastung der vorhandenen Kapazitäten in Bischofswerda und Inanspruchnahme der Kapazitäten der Krankenhäuser in Bautzen und Bischofswerda) wurde die Befristung bis zum 31.12.2004 ausgesprochen.

Hiergegen hat der Kläger mit Schreiben vom 14.04.2004 Widerspruch eingelegt und die Abänderung des Beschlusses auf 220 Koloskopen und 350 Gastroskopen pro Quartal, zeitlich befristet bis 31.03.2006, beantragt. Der Zulassungsausschuss habe fehlerhaft bei der Ermittlung des Versorgungsangebotes die Gastroskopen und Koloskopen mit berücksichtigt, die von Krankenhäusern im Rahmen des [§ 115b SGB V](#) erbracht werden. Es handle sich um Leistungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung und nicht um Leistungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Ergänzend sei Ziff. 24b der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte für Genehmigungen nach [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) analog anzuwenden, wonach eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht zu bleiben habe. Die Berücksichtigung der ermächtigten DM G. verstoße gegen das Prinzip der Vorrangstellung der niedergelassenen gegenüber ermächtigten Ärzten. Bislang habe der Zulassungsausschuss bzw. der Berufungsausschuss dem Kläger jeweils befristete Genehmigungen mit einer Dauer von 6 Monaten erteilt. Dies sei in der Vergangenheit zulässig gewesen, da zunächst ermittelt werden musste, in welchem Umfang Frau Dr. K., die von dem hausärztlichen Versorgungsbereich in den fachärztlichen Versorgungsbereich gewechselt war, Gastroskopen und Koloskopen erbringen konnte. Außerdem musste ermittelt werden, in welchem Umfang präventive Koloskopen nachgefragt werden. Nunmehr stünden verlässliche Daten zur Verfügung, so dass es sachgerecht sei, die Genehmigung auf jeweils 2 Jahre zu befristen. Ein kürzerer Genehmigungszeitraum führe bei dem Kläger zu erheblichen Problemen. Er benötige zur Durchführung der endoskopischen Leistungen nicht nur entsprechende technische Geräte, sondern auch ein gesondertes Behandlungszimmer und entsprechend geschultes Personal. Er könne diese Ressourcen nur dann vorhalten, wenn er für die Zukunft eine einigermaßen verlässliche Planungsgrundlage hat.

Die Beigeladene zu 7) gibt in ihrer Stellungnahme (Schreiben vom 04.06.2004) an, dass die persönliche Ermächtigung der DM G. bis zum 30.06.2006 verlängert worden sei. Frau Dr. K. habe zum 01.01.2003 aus dem hausärztlichen in den fachärztlichen Versorgungsbereich gewechselt, ihre Praxisorganisation und ihr Leistungsangebot inzwischen so umgestellt, dass sie sich ausschließlich zu einer gastroenterologischen Schwerpunktpraxis entwickelt habe. Die Aussage des DM V., über Kapazitäten für Gastroskopen zu verfügen, sei mit Daten belegbar. Seine Inanspruchnahme sei eher rückläufig. Dazu komme, dass er seit dem 01.01.2004 seine Vertragstätigkeit nicht mehr in Einzelpraxis ausübe, sondern in Gemeinschaftspraxis mit einer ebenfalls in Bischofswerda seit 5 Jahren arbeitenden Job-Sharing GP, was wiederum eine zusätzliche verbesserte Arbeitsteilungsmöglichkeit schaffen dürfte.

Am 18.06.2004 kam es in der Bezirksstelle Dresden zu einem Gespräch mit den fachärztlich gastroenterologischen Leistungserbringern des Landkreises Bautzen (Frau Dr. K. und DM V.) sowie dem leitenden Chefarzt des Klinikums Bautzen/Bischofswerda. Danach wurde ein Bedarf von 870 Gastroskopen pro Quartal ermittelt, wobei Frau Dr. K. und DM V. jeweils bis 300 pro Quartal erbringen können. Im Klinikum Bischofswerda können aufgrund der Ermächtigung der DM G. pro Quartal 300 Gastroskopen erbracht werden. Als Bedarf für die kurativen Koloskopen wurde ein Wert von 500 pro Quartal ermittelt, hiervon können jeweils 250 durch Frau Dr. K. und die O.-Kliniken abgedeckt werden. Der Bedarf an präventiven Koloskopen wurde mit 220 pro Quartal ermittelt, wobei Frau Dr. K. bis zu 250 erbringen kann.

Der Beklagte hat auf den Widerspruch des Klägers mit Beschluss vom 23.06.2004 (Az.: 28/04) den Beschluss des Zulassungsausschusses insoweit abgeändert, als die Anzahl der erbringbaren Gastroskopen auf 300 pro Quartal erhöht wird. Die erteilte Ermächtigung wurde bis zum 31.03.2005 befristet. Im Übrigen wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Für die Beurteilung der Bedarfssituation könne bei [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) auf diejenigen Grundsätze zurückgegriffen werden, die im Rahmen der Prüfung von Ermächtigungsanträgen nach [§ 116 SGB V](#) entscheidungsrelevant sind. Dabei war zur Ermittlung der Versorgungssituation auf die Bedarfsplanung der fachärztlich tätigen Internisten im Planungsbereich Landkreis Bautzen abzustellen. Der Versorgungsgrad betrug im Planungsbereich zuletzt 122,2 %. Die Anzahl der pro Quartal durch den Kläger abrechenbaren Gastroskopen nach GOP 741 des EBM war auf 300 zu erhöhen, nachdem die im Planungsbereich niedergelassenen Leistungserbringer nicht über die erforderlichen Kapazitäten verfügen, um den Leistungsbedarf sicherzustellen. Dabei war die persönliche Ermächtigung der Frau DM G. zur Durchführung von Gastroskopen wegen der Vorrangstellung der niedergelassenen Ärzte nicht zu berücksichtigen. Hinsichtlich des Umfangs der abrechenbaren Koloskopen sei der Widerspruch als unbegründet zurückzuweisen gewesen. Den Bedarf an 500 kurativen Koloskopen könne Frau Dr. med. K. mit 250 Koloskopen abdecken. Der Überhang von weiteren 250 Koloskopen werde durch die O.-Kliniken GmbH im Rahmen der ambulanten Operationen nach [§ 115b SGB V](#) abgedeckt. Die Zulassung von Krankenhäusern gem. [§ 115b SGB V](#) werde bedarfsunabhängig definiert, sei also nicht im herkömmlichen Sinn Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Ein hausärztlich tätiger Facharzt, der eine Genehmigung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) anstrebe, sei in einer vergleichbaren Situation wie ein Krankenhausarzt, der eine Ermächtigung begehrt. Ersterem werde nur nach Maßgabe eines positiv festzustellenden Bedarfs eine Genehmigung erteilt. Eine Bedarfsprüfung werde hingegen im Rahmen des [§ 115b SGB V](#) nicht durchgeführt. Mit Schreiben vom 22.12.2003 sei eine entsprechende Mitteilung der O.-Kliniken GmbH zur Übernahme der gastroenterologischen Versorgung bei der Beigeladenen zu 7) eingegangen. Bei den präventiven Koloskopen werde ein Bedarf von 220 pro Quartal durch die Praxis K. abgedeckt. Dem Kläger sei langfristig bekannt gewesen, dass fachärztliche Leistungen nur aufgrund des Vorliegens besonderer Voraussetzungen erbringbar und abrechenbar sind und er insoweit an einer Bedarfsprüfung teilnehme. Der Beklagte verweist auf die Vorschriften zur Trennung der haus- und fachärztlichen Versorgung, sowie auf die Gesetzesbegründungen hierzu. Dem Kläger gebühre keine Vorrangstellung gegenüber Krankenhäusern, die nach [§ 115b SGB V](#) an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Eine

analoge Anwendung der Regelung in Nr. 24b Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte, wonach eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht bleibe, scheitere am unterschiedlichen Regelungs-/Ausnahmemechanismus. Eine Sonderbedarfszulassung aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs stelle eine für die Zukunft manifeste Statusregelung dar, wo hingegen die Genehmigung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) nur vorübergehender Natur sei. Zur Befristung führte der Beklagte aus, dass ähnlich den Befristungen im Rahmen von Ermächtigungen eine Dauer von 2 Jahren der Regelfall sei. Die Besonderheit des vorliegenden Falles sei jedoch, dass der Planungsbe-reich Bautzen voraussichtlich zum Jahresbeginn 2005 für eine Zulassung eines fachärzt-lich tätigen Internisten geöffnet werde. Einem niederlassungswilligen Facharzt müsse die Chance eröffnet werden, eine für eine wirtschaftliche Praxisführung erforderliche Anzahl von Patienten zu bekommen. Lediglich für eine Übergangszeit von 3 Monaten, d.h. bis zum 31.03.2005, werde die Genehmigung daher als sachgerecht angesehen.

Hiergegen hat der Kläger zum 13.08.2004 Klage erhoben. Der Beklagte habe zunächst korrekt den Versorgungsbedarf zur Erbringung koloskopischer Leistungen mit ca. 500 ku-rativen Koloskopien je Quartal festgestellt. Er sei jedoch rechtsirrig davon ausgegangen, dass bei der Ermittlung des Versorgungsangebots die Koloskopien mit zu berücksichtigen sind, die von Krankenhäusern im Rahmen des [§ 115b SGB V](#) erbracht werden. Um unnöti-ge Unterbringungskosten zu ersparen, sollte nach dem Sinn und Zweck des [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) eine vollstationäre Behandlung durch eine ambulante Behandlung ersetzt werden. Keinesfalls sei beabsichtigt gewesen, den Krankenhäusern die Möglichkeit zu eröffnen, in Konkurrenz zu den niedergelassenen Vertragsärzten zu treten. Auch aus dem Wortlaut des [§ 115b SGB V](#) ("ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe") ergebe sich, dass die Krankenhäuser nicht in Konkurrenz zu den niedergelasse-nen Vertragsärzten treten sollen. Dies werde durch den Wortlaut der Präambel des Vertra-ges nach [§ 115b SGB V](#) bestätigt, wonach die Vertragsparteien davon ausgegangen seien, dass die Krankenhäuser lediglich berechtigt sind, stationersetzende Leistungen ambulant zu erbringen. Werden die sonstigen ambulanten Leistungen nunmehr von Krankenhäusern im Rahmen des [§ 115b SGB V](#) erbracht, müssten die Krankenkassen diese Leistungen ein zweites Mal zahlen, da die Höhe der Gesamtvergütung nicht gemindert wird und die Kran-kenkassen für die nach [§ 115b SGB V](#) erbrachten Leistungen eine direkte Vergütung an die Krankenhäuser zu leisten haben. Hinsichtlich der Befristung der Genehmigung wiederholt der Kläger seinen Vortrag aus dem Widerspruchsverfahren und führt aus, dass der Beklagte bei seiner Entscheidung offensichtlich einen fehlerhaften Sachverhalt zugrunde gelegt habe. Bis zum Zeitpunkt der Klageerhebung habe keiner der im Planungsbereich niedergelassenen fachärztlichen Internisten einen Verzicht auf seine Zulassung erklärt. Es habe lediglich die unverbindliche Ankündigung einer im Planungsbereich niedergelassenen fachärztlichen Internistin gegeben, ihre Praxis zum Jahresende aufzugeben. Diese unver-bindliche Erklärung hätte der Beklagte bei seiner Entscheidung nicht berücksichtigen dür-fen. Selbst, wenn die fachärztliche Internistin in den nächsten Wochen oder Monaten auf ihre Zulassung verzichte, werde noch einige Zeit vergehen, bis der Landesausschuss den Versorgungsbezirk Bautzen für fachärztliche Internisten entsperre. Schließlich sei die Ver-gütung der fachärztlichen Internisten im Freistaat Sachsen so schlecht, dass es derzeit kaum niederlassungswillige fachärztliche Internisten gebe.

Der Kläger beantragt,

den Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 23.06.2004, ausgefertigt am 10.08.2004 (Az.: 28/04) abzuändern und den Beklagten zu verpflichten, über den Widerspruch des Klägers unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Ge-richts erneut zu entscheiden und die Sprungrevision zuzulassen.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Anders als die grundsätzlich zu berücksichtigende Vorrangstellung der niedergelassenen Hausärzte -die die Genehmigung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) begehren- gegenüber Ermächtigten, ist nach Auffassung des Beklagten diese Vorrangstellung gegenüber der ambulanten Leistungserbringung in Krankenhäusern nach [§ 115b SGB V](#) nicht gegeben. Im Übrigen verwies der Beklagte auf die Gründe des angefochtenen Beschlusses.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Der Beigeladene zu 7) teilte im Rahmen des Klageverfahrens mit, dass die für den 31.12.2004 geplante Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit der in der Stadt Bautzen tätigen Pneumologin verschoben wurde, da sich ein Facharzt für Innere Medizin um die Praxisnachfolge beworben habe.

Der erneute Weitergewährungsantrag des Klägers vom 24.12.2004 wurde durch Beschluss des Zulassungsausschusses vom 14.02.2005 abgelehnt. Zur Begründung führte der Zulas-sungsausschuss aus, dass die drei niedergelassenen fachärztlichen Leistungsempfänger (ohne Berücksichtigung der Leistungserbringung durch die ermächtigte Ärztin DM G.) einen Rückgang an Gastroskopien im Vergleich der Jahre 2003 zu 2004 von 14 % ver-zeichnen würden. Die von dem Kläger behaupteten Wartezeiten entsprächen nicht der Rea-lität. Die Leistungserbringung der O.-Kliniken im Rahmen von [§ 115b SGB V](#) sei spürbar und müsse Berücksichtigung finden. Über den hiergegen eingelegten Widerspruch des Klägers war zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung nicht entschieden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf die beigezogenen Gerichtsak-ten der Verfahren S 25 KA 1092/02 ER, S 25 KA 1050/02 ER, die Verwaltungsakte, sowie die Gerichtsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist in der Sache unbegründet. Der angefochtene Beschluss des Beklag-ten vom 23.06.2004 (Az.: 28/04), der isoliert ohne Berücksichtigung des Beschlusses des Zulassungsausschusses den Klagegegenstand bildet, ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht rechtswidrig in seinen Rechten im Sinne von [§ 54 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Dabei war in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreise der Krankenkassen und der Vertragsärzte zu entscheiden, weil es sich um eine Angelegen-heit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 SGG](#)).

Der Bescheid des Berufungsausschusses ist sowohl hinsichtlich des Umfangs der erteilten Genehmigung als auch des zeitlichen Rahmens

der Befristung rechtlich nicht zu beanstanden.

Zwar ist die in dem angefochtenen Bescheid ausgewiesene Frist (31.03.2005) zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung bereits abgelaufen. Damit hat sich der Bescheid durch Zeitablauf erledigt. Gleichwohl bedurfte es keiner Umstellung des Antrages als Fortsetzungsfeststellungsklage (§ 131 Abs. 1 Satz 2 SGG), da der Kläger sich ausdrücklich auch gegen die aus seiner Sicht zu geringe zeitliche Befristung gewendet hat und im Falle einer Neuverbescheidung der Beklagte auch über diesen Gesichtspunkt hätte entscheiden müssen. Schließlich hat der Kläger auch insoweit ein Verbescheidungsinteresse, da der Zulassungsausschuss durch Beschluss vom 14.02.2005 die weitere Erbringung der gastroenterologischen Leistungen im Hinblick auf die Leistungserbringung durch die O.-Kliniken gänzlich versagt hat.

Nach § 73 Abs. 1 a Satz 1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) nehmen an der hausärztlichen Versorgung Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, Ärzte, die nach § 95 a Abs. 4 u. 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und Ärzte, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, teil (Hausärzte). Der Kläger hat sich aufgrund Wahlentscheidung zum 01.01.1996 für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entschieden.

Einzige mögliche Anspruchsgrundlage für den Kläger, ihm trotz Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung die Genehmigung für bestimmte in der Liste zu § 6 Abs. 2 des Hausarztvertrages genannte Leistungen zu erteilen, ist § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V. Danach kann der Zulassungsausschuss für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V abweichende befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist.

Nach § 73 Abs. 1 c Satz 1 SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich das Nähere, insbesondere über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung zu vereinbaren. In dem Vertrag über die hausärztliche Versorgung (Hausarztvertrag) vom 06.09.1993, geändert durch Vertrag vom 11.12.1995 und 30.06.2000, wurden die maßgeblichen Übergangsregelungen getroffen. Entsprechend der Vereinbarung gem. § 6 Abs. 2 des Vertrages werden im gastroenterologischen Bereich - unbeschadet der Übergangsregelungen nach § 9 des Vertrages - die GOP-Nr. 731 bis 741, 745, 746 bis 752, 760, 763, 764, 767 bis 775 EBM längstens bis zum 31.12.2002 durch Ärzte erbracht, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Das gesetzgeberische Ziel, die Zurückdrängung kostensteigernder Entwicklungen auf Grund der ständigen Zunahme spezieller fachärztlicher Leistungen und die Verbesserung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgungsstruktur insbesondere durch die Stärkung der Funktion des Hausarztes wird damit ohne verfassungsrechtliche Eingriffe in das Recht der Berufsausübung der betroffenen Vertragsärzte erreicht (vgl. BSG, Urteil vom 18.06.1997, Az.: 6 RKA 58/96 = BSGE 80, 257). Der Bewertungsausschuss hat in seiner 63. Sitzung vom 20. Juni 2000 (abgedruckt im Deutschen Ärzteblatt S. A 1920) die Vorgaben der in § 73 Abs. 1 SGB V festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung umgesetzt. Danach sind u.a. die Gebührenordnungspositionen des Abschnitt F IV EBM-A nur von Vertragsärzten im fachärztlichen Versorgungsbereich berechnungsfähig (vgl. Katalog im Deutschen Ärzteblatt, S. B 1620 ff).

Die Beschlüsse verstoßen weder gegen Vertrauensschutzgesichtspunkte noch gegen höher-rangiges Recht.

Die getroffenen Regelungen halten sich innerhalb der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Es handelt sich um Maßnahmen der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung, indem die Berechtigung, bestimmte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abzurechnen, auf spezialisierte Arztgruppen beschränkt wird. Darin liegen zulässige Berufsausübungsregelungen im Sinne des Art. 12 Abs. 1 GG (vgl. Sächs. LSG, Beschl. vom 22.04.2003, L 1 KA 2/03 KA-ER). Die Regelungen, wonach die Leistungen des Abschnitts F IV EBM nunmehr nur noch von Ärzten der fachärztlichen Versorgung erbracht werden dürfen, greifen nicht in den Zulassungsstatus der Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, ein. Ein verfassungsrechtlich relevanter Eingriff in den Status ist nach der Rechtsprechung des BSG nur dann gegeben, wenn Regelungen den Vertragsarzt von der Erbringung bzw. Abrechenbarkeit solcher Leistungen ausschließen, die für sein Fachgebiet wesentlich sind (vgl. BSGE 82, 85, 59; BSG SozR 3-2500 § 72 Nr. 8). Es handelt sich bei den Leistungen des Abschnitts F IV EBM nicht um Leistungen, die für das Fachgebiet des Hausarztes wesentlich oder prägend sind. Sie stellen vielmehr typische Leistungen der fachärztlichen Internisten (mit/ohne Schwerpunkt Gastroenterologie) dar. Dieses ergibt sich aus dem Inhalt der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer vom 08.11.1993 (zuletzt geändert durch Beschluss vom 26.10.1996). Der Kläger ist als Hausarzt zugelassen und hat im Rahmen seines hausärztlichen Versorgungsauftrages die in der Weiterbildungsordnung dargestellten Gebiete, Fachkunden, fakultative Weiterbildungen und Schwerpunkte sicherzustellen. Danach umfasst die Allgemeinmedizin die gesundheitlichen Aspekte des gesamten menschlichen Lebensbereiches, die Krankheitserkennung und -behandlung der Patienten, unabhängig vom Alter, Geschlecht und Art der Gesundheitsstörung. Dazu gehören ferner die Erkennung und Bewertung psychosomatischer Erkrankungen und psychosozialer Zusammenhänge, die Versorgung und Gesundheitsführung, die Früherkennung von Krankheiten, die Behandlung lebensbedrohlicher Zustände, die ärztliche Betreuung von Familien, von chronisch Kranken und von alten Menschen, die Erkennung und Behandlung von milieu- und umweltbedingten Schäden, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die Kranken und die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten anderer Gebiete, Ärzten in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (Anlage 1 Nr. 1 der Sächs. Weiterbildungsordnung). Die vom Kläger begehrten Leistungen unterfallen nach der Sächsischen Weiterbildungsordnung dem Fachgebiet der Inneren Medizin (Anlage 1 Nr. 15. C. 3 der Sächs. Weiterbildungsordnung) und stellen keine hausärztlichen Leistungen dar.

Der Beklagte hat bei der Prüfung des § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V eine korrekte Bedarfsprüfung vorgenommen. Hinsichtlich der Frage, ob ein "Bedarf" besteht, haben die Zulassungsgremien einen - gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren - Beurteilungsspielraum (vgl. BSG SozR 3-2500 § 116 Nr. 1). Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich auf die Prüfung, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Zulassungsgremien die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffes ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht haben, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (vgl. BSG SozR 3-2500 § 116 Nr. 2, § 116 Nr. 4; zuletzt Urteil vom 12.09.2001, Az. B 6 KA 86/00 R). Entscheidungen der Zulassungsgremien sind daher hinzunehmen, wenn sie sich im Rahmen der Beurteilungsermächtigung halten.

Hier hat der Beklagte den Sachverhalt ausreichend ermittelt und eine ermessensfehlerfreie Entscheidung getroffen.

Von den gastroenterologischen Leistungen, die der Kläger bislang erbracht hat, waren nunmehr noch die Koloskopien (GOP Ziff. 760, 764 EBM-Ä) streitig. Der Bedarf an kura-tiven Koloskopien wurde im Planungsbereich mit 500 pro Quartal ermittelt. Davon kann Frau Dr. K. bis zu 250 pro Quartal erbringen. Zweifel an dieser Einschätzung hat die Kammer nicht. Anhaltspunkte dafür, dass die Angaben nicht den Tatsachen entsprechen, sind auch nicht ersichtlich. Die Übrigen erforderlichen kurativen Koloskopien können von den O.-Kliniken Bautzen/Bischofswerda abgedeckt werden. Der Beklagte ist bei der Be-darfsprüfung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) zurecht davon ausgegangen, dass die Leis-tungserbringung der Krankenhäuser nach § 115b SGBV berücksichtigt werden darf.

Nach [§ 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Kranken-hausträger gemeinsam und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe. In dem Katalog über das ambulante Operieren auf der Grundlage des Vertrages nach [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) (ab 01.01.2004, Deutsches Ärzteblatt 2003, Heft 37, S. A- 2398) sind sowohl die partielle Koloskopie nach der GOP Ziff. 760 EBM als auch die totale Koloskopie nach der GOP Ziff. 764 EBM aufgeführt. Die Krankenhäuser, hier die O.-Kliniken Baut-zen/Bischofswerda, sind zur ambulanten Durchführung der partiellen und totalen Kolosko-pie zugelassen ([§ 115b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Sie können dadurch unmittelbar tätig wer-den. Einer Ermächtigung bedarf es nicht (vgl. [BT-Drucksache 12/3608 S. 103](#)). Vorausset-zung der Leistungserbringung ist die Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss ([§ 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Die Mitteilung ist erforderlich, da die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und der Zulassungsausschuss zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen im Hinblick auf eine adäquate Versorgung der Versicher-ten über das Leistungsangebot der Krankenhäuser informiert sein müssen. Die kassenärzt-lichen Vereinigungen und die Zulassungsausschüsse können diese Informationen u.a. bei der Erteilung von Ermächtigungen für Krankenhausärzte zum ambulanten Operieren und bei Zulassung von Schwerpunktpraxen für ambulantes Operieren berücksichtigen (BT-Drucksache a.a.O.). Hier erfolgte die Mitteilung der O.-Kliniken mit Schreiben vom 22.12.2003. Danach werden ab 01.01.2004 auch die gastroenterologischen Leistungen nach den EBM-Ziffern 730 bis 765 erbracht.

Nach Auffassung der Kammer dürfen die Zulassungsgremien das Tätigwerden der Kran-kenhäuser nach [§ 115b SGB V](#) im ambulanten Bereich bei der Erteilung von Ausnahme-genehmigungen nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) berücksichtigen.

Insbesondere steht dem nicht Satz 3 der Ziff. 24 der Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte (BedarfsplRL-Ä) entgegen. Soweit dort ausgeführt ist, dass eine mögliche Leistungs-erbringung in Krankenhäusern außer Betracht zu bleiben hat, betrifft dies lediglich die Re-gelung der Sonderbedarfszulassung nach der Ziff. 24. Die Grundsätze der Sonderbedarfs-zulassung lassen sich nicht auf die Ausnahmegenehmigung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) übertragen. Bei der Zulassung nach Ziff. 24 BedarfsplRL-Ä erhält der Vertrags-arzt der betroffenen Arztgruppe eine Zulassung, obwohl der Landesausschuss Zulassungs-beschränkungen angeordnet hat. Die Zulassung erfolgt auch, unbeschadet der Regelung in Ziff. 25 Satz 1 BedarfsplRL-Ä, grundsätzlich ohne zeitliche Beschränkung. Nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) soll hingegen ein Hausarzt für einen befristeten Zeitraum, solange ein entsprechender Bedarf vorliegt, zusätzlich an der fachärztlichen Versorgung teilneh-men dürfen (vgl. [BT-Drucksache 14/1245 S. 69](#)). Es handelt sich dabei gerade um eine von den Sonderbedarfszulassungen abweichende Regelung. Hintergrund der Einführung des [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) war, einem Versorgungsdefizit dadurch zu begegnen, dass, beispiele-weise bis zur Niederlassung eines fachärztlichen Internisten, auch hausärztliche Internisten vorübergehend fachärztliche Leistungen erbringen dürfen. Damit unterscheidet sich [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) maßgeblich von der Sonderbedarfs-zulassung nach Ziff. 24 BedarfsplRL-Ä. Der Gesetzgeber hat in [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) keine Verweisung auf die BedarfsplRL-Ä aufgenommen, so dass auch aus diesem Grund eine Anwendung von Ziff. 24 Satz 3 BedarfsplRL-Ä ausscheidet.

Ein Bedarf für eine Genehmigung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) besteht nicht hinsicht-lich solcher Leistungen, die ambulant aufgrund von [§ 115b SGB V](#) in ausreichendem Um-fang angeboten und auch tatsächlich durchgeführt werden. Für das Verhältnis [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) zu [§ 115b SGB V](#) kann nichts anderes gelten als für das Verhältnis zwischen Leistungserbringung nach [§ 115b SGB V](#) und Ermächtigung eines Krankenhausarztes nach [§ 116 SGB V](#). Die tatsächliche Bedarfsdeckung eines Krankenhauses nach Maßgabe des [§ 115b SGB V](#) ist bei der Feststellung des Bedarfs nach [§ 116 SGB V](#), § 31a Ärzte-ZV zu berücksichtigen, da der Bedarf für die Ermächtigung in dem durch die Zulassung nach [§ 115b SGB V](#) vorgegebenen Umfang ggf. entfällt (vgl. BSG, Urteil vom 09.06.1999, Az. [B 6 KA 25/98 R](#); LSG Mecklenburg Vorpommern, Urt. v. 16.10.1996, Az.: L 1 KA 1/96). Die in § 3 des Katalogs nach [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) aufgeführten Leistungen sind Bestand-teil des Leistungskatalogs für ambulant zu erbringende Leistungen des Krankenhauses. Daraus ergibt sich, dass auf der Leistungsseite eine volle Identität zwischen den ambulan-ten Leistungen besteht, die nach [§ 115b SGB V](#) von Krankenhäusern erbracht werden, und denjenigen ambulanten Leistungen, die Vertragsärzte erbringen und abrechnen können (vgl. BSG a.a.O.). Die Vergütung stimmt hinsichtlich der Abrechnung ebenfalls überein und richtet sich auch für die im Krankenhaus erbrachten Leistungen nach EBM-Ä ([§ 115b Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Ein Unterschied besteht lediglich im Abrechnungsweg, da die Krankenhäuser unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden, während die Ver-tragsärzte von der KÄV aus der Gesamtvergütung vergütet werden. Dieser Unterschied in der Abrechnung führt allerdings nicht dazu, dass die Bedarfsdeckung durch die Kranken-häuser unbeachtlich zu bleiben hat. Entscheidend ist, dass hinsichtlich des Leistungsum-fangs und der Höhe der Vergütung zwischen der vertragsärztlichen Erbringung und der Erbringung im Krankenhaus nach [§ 115b SGB V](#) keine Unterschiede bestehen (vgl. BSG a.a.O.). Der Krankenhausarzt, der eine Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#) begehrt erhält diese nur, wenn ein qualitativer oder quantitativer Bedarf besteht, der anders nicht gedeckt werden kann. Gleiches gilt für die Genehmigung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#). Auch dem Facharzt für Innere Medizin, der entgegen der Teilnahme an der hausärztlichen Ver-sorgung ein Tätigwerden im fachärztlichen Bereich beantragt, ist die Ausnahmegenehmi-gung nur zu erteilen, wenn ein anders nicht zu deckender Bedarf hinsichtlich der von ihm angebotenen Leistungen besteht. Das in den Entscheidungen des BSG (vom 09.06.1999, [B 6 KA 25/98 R](#)) und LSG Mecklenburg-Vorpommern (vom 16.10.1996, Az.: L1 KA 1/96) dargestellt Rangverhältnis zwischen Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#) und [§ 115b SGB V](#) lässt sich somit auf das Verhältnis zwischen Ausnahmegenehmigung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) und [§ 115b SGB V](#) übertragen.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Entstehungsgeschichte und dem Sinn und Zweck des [§ 115b SGB V](#). Dem Kläger ist zuzustimmen, dass die durch das Gesundheits-strukturgesetz eingeführte Regelung des [§ 115b SGB V](#) die Möglichkeit des ambulanten Operierens im Krankenhaus ausbauen sollte, um eine kostenintensive vollstationäre Be-handlung zu vermeiden. Zielrichtung des [§ 115b SGB V](#) war deshalb in erster Linie, die Durchführung der stationären Versorgung auf das notwendige Maß zurückzuführen. Dar-aus ergibt sich jedoch nicht, dass die tatsächliche Leistungserbringung ambulanter Eingrif-fe durch Krankenhäuser bei der Ermittlung des Bedarfs nach

[§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) nicht berücksichtigt werden dürfe. Nach Auffassung der Kammer kommt es auf die tatsächlichen Versorgungsmöglichkeiten an. Hier wurde durch die O.-Kliniken mitgeteilt, dass ca. 250 kurative Koloskopien pro Quartal erbracht werden können. Allein diese tatsächliche Leistungserbringung deckt nunmehr einen Teil des Versorgungsbedarfs und ist bei der Frage der Ausnahmegenehmigung für den Kläger zu berücksichtigen. Dafür spricht auch der Sinn und Zweck der Regelung des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#). Nach dem Wortlaut des Gesetzes und der Gesetzesbegründung dient dieser ausschließlich der Sicherung einer maßgerechten Versorgung. Wird die Versorgung jedoch durch Krankenhäuser nach [§ 115b SGB V](#) sichergestellt, scheidet die Genehmigung für den Hausarzt, der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen will, aus.

Dem steht auch nicht der grundsätzliche Vorrang der ambulanten Leistungserbringung durch niedergelassene Vertragsärzte entgegen. Zu Recht hat der Beklagte bei der Widerspruchsentscheidung die Leistungserbringung der ermächtigten Krankenhausärztin, OA DM G., nicht berücksichtigt. Von der Leistungserbringung nach [§ 116 SGB V](#) im Rahmen einer Ermächtigung ist die Leistungserbringung durch Krankenhäuser nach [§ 115b SGB V](#) zu unterscheiden: Die persönlichen Ermächtigung eines Krankenhausarztes nach [§ 116 SGB V](#) wird durch die Zulassungsgremien nur aufgrund einer strengen Bedarfsprüfung erteilt. Eine derartige Bedarfsprüfung entfällt für die Krankenhäuser, die aufgrund von [§ 115b SGB V](#) im ambulanten Bereich tätig werden wollen. Sie haben lediglich die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss zu informieren ([§ 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Durch die Mitteilung sind die Krankenhäuser kraft Gesetzes zur Erbringung der gemeldeten Leistung zugelassen (BSG, Urteil vom 09.06.1999, Az. [B 6 KA 25/98 R](#)) ohne, dass die Zulassungsgremien hierauf Einfluss nehmen können.

Die vom Kläger vertretene Auffassung, wonach die von den O.-Kliniken erbrachten Leistungen nicht bei der Bedarfsprüfung berücksichtigt werden dürfen, würde schließlich zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Benachteiligung der fachärztlichen Leistungserbringer führen. Die Fachärzte, die ebenfalls im gastroenterologischen Bereich tätig sind (Fr. Dr. K., DM V. und Fr. Dr. M.), müssen die Leistungserbringung durch die O.-Kliniken dulden und können, anders als bei ausgesprochenen Ermächtigungen nach [§ 116 SGB V](#) (vgl. BVerfG, Beschl. vom 17.08.2004, 1 BvR 378/99), auch nicht im Sinne von Konkurrenzklagen gegen die Konkurrenz durch die Krankenhäuser vorgehen. Mit der Leistungserbringung durch die Krankenhäuser wird jedoch die Leistungsmenge und damit das mögliche abrechenbare Leistungsvolumen der Fachärzte maßgeblich beeinflusst. Damit werden auch die wirtschaftlichen Entwicklungschancen der gastroenterologisch tätigen Fachärzte beeinträchtigt. Werden bei der Prüfung von Ausnahmegenehmigungen nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) nunmehr die Krankenhäuser außer acht gelassen, kann ein (tatsächlich nicht bestehender) Leistungsbedarf zur Erteilung der Genehmigung führen, obwohl die niedergelassenen Fachärzte möglicherweise noch nicht ausgelastet sind. Dies widerspricht jedoch eindeutig dem Sinn und Zweck des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) (Ausnahme nur bei bestehendem tatsächlichen Bedarf). Vielmehr dürfen die durch die Tätigkeit der Krankenhäuser nach [§ 115b SGB V](#) ohnehin schon beeinträchtigten Gewinnerzielungschancen der niedergelassenen Fachärzte nicht noch durch nicht gerechtfertigte Ausnahmen nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) weiter vermindert werden.

Auch soweit die befristete Genehmigung für den Zeitraum von zuletzt einem Jahr (01.04.2004 bis 31.03.2005) ausgesprochen wurde, war dies nicht zu beanstanden. Die Befristung hat sich am Bedarf zu orientieren. Die Genehmigung ist zu erteilen, solange der Bedarf besteht. Anhaltspunkte dafür, dass Ausnahmegenehmigungen nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) in der Regel für die Dauer von 2 Jahren zu gewähren sind, enthält das Gesetz nicht. Auch insoweit hat der Beklagte einen gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraum. Hier durfte der Beklagte zum Zeitpunkt der Entscheidung noch davon ausgehen, dass die Situation des Versorgungsbedarfs zum Jahresanfang 2005 neu zu überprüfen ist. Maßstab für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der ausgesprochenen Befristung ist die Begründung des angefochtenen Bescheides. Dabei hat die Kammer eine ex-ante Betrachtung vorzunehmen. Es war somit zu prüfen, ob der Beklagte zum damaligen Zeitpunkt unter Berücksichtigung des damaligen Kenntnisstandes eine ermessensfehlerfreie Entscheidung getroffen hat. Zum Zeitpunkt der Entscheidung des Beklagten war die partielle Öffnung des Planungsbereichs Bautzen für einen Fachinternisten angekündigt. Zu Recht verweist deshalb der Beklagte in der Begründung des angefochtenen Bescheides darauf, dass einem ab Anfang 2005 niederlassungswilligen Facharzt die Chance eröffnet werden muss, eine für die wirtschaftliche Praxisführung erforderliche Anzahl von Patienten zu erhalten. Dass sich die Annahme des Beklagten nicht verwirklicht hat, steht dem nicht entgegen. Erst nachträglich eintretende Änderungen bei der Besetzung von fachärztlichen Vertragsarztsitzen sind bei der gerichtlichen Überprüfung der Entscheidung des Berufungsausschusses nicht zu berücksichtigen.

Gegen die von dem Kläger als zu gering eingeschätzte Befristung von einem Jahr sprechen auch keine Vertrauensschutzwägungen. Mit Urteil vom 26.06.2002 (Az. [B 6 KA 6/01R = SozR 3-2500 § 115b Nr. 3](#)) hat das BSG ausgeführt, dass für die Frage, ob ein Vertragsarzt Leistungen erbringen und abrechnen darf, die einem bestimmten Fachgebiet zugeordnet sind, entscheidend ist, ob er für dieses Fachgebiet zugelassen ist. Dem schließt sich die Kammer an. Der Vertragsarzt darf in der vertragsärztlichen Versorgung nicht systematisch Leistungen außerhalb des Gebietes seines Zulassungsstatus durchführen, auch wenn er auf Grund seiner Weiter- und Fortbildung die berufliche Qualifikation für die Erbringung dieser Leistungen besitzt (BSG a.a.O.). Danach kommt es auch für Vertrauensschutzgesichtspunkte auf den vertragsärztlichen Status an. Der Kläger nimmt aufgrund Wahlentscheidung an der hausärztlichen Versorgung teil und ist verpflichtet, den hausärztlichen Versorgungsbereich sicherzustellen. Die von ihm bisher aufgrund von Übergangs- und Ausnahmeregelungen erbrachten fachärztlichen Leistungen sind somit schon nicht von einem Vertrauenstatbestand erfasst. Für die von dem Kläger ohnehin nur aufgrund Ausnahmegenehmigung zu erbringenden Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs kann er sich somit nicht auf einen Vertrauensschutztatbestand berufen.

Der Kläger wusste spätestens seit dem 01.01.1996 (Hausarztvertrag mit Trennung der haus- und fachärztlichen Versorgung), dass die von ihm erbrachten fachärztlichen Leistungen nur noch bis zum 31.12.2002 erbracht werden können. Für den Zeitraum ab 01.01.2003 erfolgt eine weitere Genehmigung nur unter Beachtung der strengen Bedarfsprüfung. Deshalb liegt auch kein Vertrauensschutz vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit erteilten Ausnahmegenehmigungen vor. Der Zulassungsausschuss hat ebenso wie der Beklagte regelmäßig bekräftigt, aus welchen Gründen die vom Umfang und von der Befristung beschränkten Leistungen zurückgefahren werden. Es lag damit eine maßgebliche Änderung der Sach- und Rechtslage (gegenüber dem 01.01.2003) vor. Dies ergab sich zum einen aus dem endgültigen Wechsel der Frau Dr. K. von der haus- in die fachärztliche Versorgung (zum 01.01.2004), zum anderen aus dem Tätigwerden der O.-Kliniken nach [§ 115b SGB V](#) zum 01.01.2004. Schließlich hat der weitere Verlauf ab 01.04.2005 gezeigt, dass kein Versorgungsbedarf mehr besteht. Wie sich aus dem Beschluss des Zulassungsausschusses vom 14.02.2005 ergibt, sind die gastroenterologischen Leistungen bei den niedergelassenen Fachärzten weiter rückläufig (Minus 14% in 2004). Deshalb ist endgültig nicht mehr von einem Bedarf für ein Tätigwerden des Klägers auszugehen.

Danach war wir festgestellt zu entscheiden.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Sprungrevision nach [§ 161 SGG](#) liegen nach Auffassung der Kammer nicht vor. Unbeschadet der bislang fehlenden schriftlichen Zustimmung des Be-klagten liegen die Voraussetzungen, insbesondere des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#), nicht vor. Die grundsätzliche Bedeutung der Rechtsfrage wird von der mit einer Vertragsärztin und einem Krankenkassenvertreter besetzten Kammer nicht gesehen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2005-12-20