

S 18 KA 61/13

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KA 61/13

Datum

04.07.2013

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Gerichtsbescheid

Bemerkung

. Die Ermächtigung einer Hochschulambulanz nach [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) steht der Erteilung einer Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#) bei einem darüber hinaus gegebenen Bedarf nicht entgegen. Dies setzt voraus, dass unter Berücksichtigung der bereits im Rahmen des §

I. Der Beschluss vom 23.01.2013, Az. 65/12, ausgefertigt am 15.03.2013, berichtigt durch Beschluss vom 25.03.2013, wird aufgehoben.

Der Beklagte wird verurteilt, über den Widerspruch der Beigeladenen zu 1 gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte Dresden vom 02.07.2012 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

II. Die Kosten des Verfahrens trägt der Beklagte.

III. Der Streitwert wird auf 40.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beigeladene zu 1 ist als angestellte Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am U.-Klinikum D. tätig. Mit am 25.04.2012 beim Zulassungsausschuss für Ärzte D. eingegangenem Antrag vom 17.04.2012 beantragte die Beigeladene zu 1 die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 116 SGB V](#) für Leistungen der Diagnostik und Therapie von Dysplasien in der Frauenheilkunde nach Nr. 01320, 01602, 01730, 01735, 02300, 08340, 40120, 40122, 40124, 40144, 32010-32153 EBM. Nach Eingang von Stellungnahmen dreier vertragsärztlicher Arztpraxen und dreier an Krankenhäusern tätiger Ärzte lehnte der Zulassungsausschuss den Antrag mit Beschluss vom 02.07.2012 ab, weil unter Berücksichtigung der auf Grund einer Ermächtigung nach [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) eingerichteten Dysplasiesprechstunde am U.-Klinikum D. der Versorgungsbedarf gedeckt sei. Mit ihrem am 08.10.2012 hiergegen erhobenen Widerspruch machte die Beigeladene zu 1 geltend, die Ermächtigung des U.-Klinikums nach [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) sei auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang beschränkt und diene nicht der Sicherstellung der Versorgung. Nach Eingang weiterer Stellungnahmen der klagenden Kassenärztliche Vereinigung sowie niedergelassener Gynäkologen erteilte der Beklagte der Beigeladenen zu 1 mit Beschluss vom 23.01.2013, ausgefertigt am 15.03.2013 und berichtigt mit Beschluss vom 25.03.2013, die Ermächtigung zur Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie von Dysplasien in der Frauenheilkunde nach Nr. 01320, 01602, 02300, 08340, 40120, 40122, 40124, 40144 EBM auf Überweisung von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe befristet bis zum 31.12.2014. Das Leistungsangebot des U.-Klinikums im Rahmen von Forschung und Lehre sei für die Bedarfsprüfung ebenso wenig von Bedeutung wie die zur stationären Versorgung zählenden Dysplasiesprechstunden an D.er Krankenhäusern. Gegen den Beschluss des Beklagten richtet sich die am 12.04.2013 erhobene Klage, welche die Klägerin damit begründet, das Leistungsangebot nach [§ 115a](#), [§ 115b](#) und [§ 117 SGB V](#) sowie ambulante Operationen an den Krankenhäusern seien im Rahmen der Bedarfsprüfung nach [§ 116 SGB V](#) zu berücksichtigen. Der Beklagte hält den Bedarf für zahlenmäßig nicht bezifferbar. Entscheidend sei, dass die beantragte Ermächtigung eine spezielle differentialdiagnostische Leistung betreffe, die so im niedergelassenen Bereich nicht angeboten werde. Die Beigeladene zu 1 ist der Klage entgegen getreten. Zutreffend habe der Beklagte die Leistungsangebote der Krankenhäuser unberücksichtigt gelassen. Stationäre Leistungen setzten Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit voraus. Die im Rahmen der Ermächtigung zu erbringenden ambulanten Leistungen dienten hingegen der Vermeidung von Krankenhausbehandlungen. Das U.-Klinikum habe die streitgegenständlichen Behandlungsleistungen bislang mangels Ermächtigung nur übergangsweise nach [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) im Rahmen von Forschung und Lehre erbracht, weil ein vergleichbares ambulant Leistungsangebot fehle und um die an Mindestmengen gekoppelte Zertifizierung als Dysplasiesprechstunde und als Dysplasiezentrum zu erlangen. Tatsächlich seien die Leistungen für Forschung und Lehre ohne Bedeutung. Von der normalen Kolposkopie, die als Routinemethode nach der Weiterbildungsordnung Gegenstand der Facharztweiterbildung sei und ca. 5 Minuten dauere, sei die hier streitgegenständliche Differentialkolposkopie zu unterscheiden, die der Feststellung des Grades von Gewebeveränderungen diene und mindestens 20 Minuten in Anspruch nehme, weshalb sie in regulären Praxen wegen des hohen

Patientenaufkommens nicht durchführbar sei. Im ersten Quartal 2013 seien im Rahmen der Ermächtigung 111 Behandlungsfälle abgerechnet worden. Das gehe über den Bedarf für Forschung und Lehre weit hinaus. Für die Forschung spiele die Methode keine Rolle; jedenfalls seien keine Studien bekannt. Die Weiterbildungsordnung enthalte keine Vorgaben für die Zahl der im Rahmen der Facharztweiterbildung durchzuführenden Kolposkopien. Differentialkolposkopien hätten in der Weiterbildung einen viel geringeren Anteil als normale Kolposkopien.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht kann über den Rechtsstreit gemäß [§ 105 Abs. 1 SGG](#) durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist, der Sachverhalt geklärt ist und die Beteiligten auf Anfrage keine Gründe vorgetragen haben, die einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid entgegen stehen würden. Die Klage ist zulässig und begründet. Der angefochtene Beschluss ist aufzuheben und der Beklagte zur Neubeschcheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verpflichten. Die Beanstandung der Klägerin greift im Ergebnis durch. Die Gründe des angefochtenen Beschlusses des Beklagten tragen nicht die Annahme eines Versorgungsdefizits im Sinne des [§ 116 Satz 2 SGB V](#). Zutreffend geht der Beklagte zunächst davon aus, dass die Leistungsangebote der Dysplasiesprechstunden am D.-Krankenhaus und am Krankenhaus D.-F. nicht zu berücksichtigen seien, weil diese mit dem Gegenstand der angegriffenen Ermächtigung nicht vergleichbar seien. Diagnostische Eingriffe im Rahmen der vorstationären Behandlung nach [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) dienen der Klärung, ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, oder der Vorbereitung der vollstationären Krankenhausbehandlung und werden damit in der Regel in einem späteren Behandlungsstadium eingreifen als die zur Abklärung unklarer Befunde im Rahmen der ambulanten Diagnostik eingesetzte Kolposkopie. Die Prozedur (OPS-301 Nr. 1.671) ist auch weder in Anhang 1 in Verbindung mit dem Katalog ambulanter Operationen gemäß Anhang 2 Abschnitt 2.4 zu Kapitel 31 EBM noch in Anhang 2 des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Ersatzleistungen gemäß [§ 115b SGB V](#) im Krankenhaus (Anlage 1 zum AOP-Vertrag nach [§ 115b Abs. 1 SGB V](#)) aufgeführt und damit nicht von den in [§ 115b SGB V](#) geregelten ambulanten Krankenhausleistungen umfasst. Die im Verwaltungsverfahren befragten Ärzte beider Kliniken verfügen als Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe jeweils über eine Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#), die sich auf die Behandlung "gynäkologischer Problemfälle" erstreckt, ohne dass im Verzeichnis der Ermächtigungen der Bezirksgeschäftsstelle D. der Beigeladenen zu 1 der Leistungskatalog näher bestimmt wäre; die ermächtigten Ärzte sind indessen nicht identisch mit den in ihren Stellungnahmen (Bl. 17 und 19 der Verwaltungsakte) benannten Ärzten, die über Kenntnisse in der Differentialkolposkopie und ein Kolposkopie-Diplom der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie e.V. verfügen. Schließlich lässt sich die streitgegenständliche Dysplasiediagnostik auch nicht der spezifischen Behandlung schwerer Verlaufsformen onkologischer Erkrankungen nach [§ 116b Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 Buchst. a SGB V](#) zuordnen; die ergänzende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.03.2013 in der Beschlussfassung noch ohne Anlagen zu den Indikationsgruppen ist bislang nicht in Kraft getreten. Hingegen ist die Auffassung des Beklagten, das Leistungsangebot des U.-Klinikums D. im Rahmen von Forschung und Lehre gemäß [§ 117 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sei ebenfalls nicht zu berücksichtigen, mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts unvereinbar. Danach steht eine Ermächtigung der Hochschulambulanz nach [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) der Erteilung einer Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#) nicht von vorn herein entgegen. Dies setzt jedoch voraus, dass unter Berücksichtigung der bereits im Rahmen des [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) erbrachten Leistungen noch eine Versorgungslücke verbleibt. Das Bundessozialgericht billigt zwar eine Ermächtigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf der Rechtsgrundlage der [§ 116 SGB V](#), §§ 31, 31a Ärzte-ZV auch für solche ärztlichen Leistungen, die die poliklinischen Institutsambulanzen berechtigterweise im Rahmen der ihnen auf der Grundlage des [§ 117 Satz 1 SGB V](#) erteilten Ermächtigung erbringen und abrechnen dürfen. Es hat eine Ermächtigung jedoch nur "bei einem darüber hinaus gegebenen Bedarf" für zulässig erachtet (Bundessozialgericht, Urteil vom 01.07.1998, Az. [B 6 KA 43/97 R](#), juris Rn. 25). Im Urteil vom 02.09.2009, Az. [B 6 KA 34/08 R](#), juris Rn. 18, betont das Bundessozialgericht, dass bei der Bewertung der Leistungserbringung und der Leistungsangebote anderer Ärzte als der zugelassenen Vertragsärzte eine differenzierende Bewertung geboten ist. Wie in [§ 24 Satz 4 BedarfsplRL](#) ausdrücklich bestimmt ist, hat eine Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht zu bleiben. Aber nicht nur die stationären Leistungen der Krankenhäuser, sondern auch deren ambulante Leistungen sind unberücksichtigt zu lassen, soweit diese Leistungserbringung gegenüber derjenigen der niedergelassenen Ärzte nachrangig ist. So müssen Versorgungsangebote von Krankenhausärzten, die gemäß [§ 116 SGB V](#), [§ 31a Ärzte-ZV](#) ermächtigt wurden, bei der Prüfung eines Versorgungsbedarfs für Sonderbedarfszulassungen außer Betracht bleiben, weil die Versorgung auf Grund solcher Ermächtigungen nachrangig ist gegenüber der Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte. Aus dem gleichen Grund der Nachrangigkeit sind auch Versorgungsangebote auf Grund von Ermächtigungen zum Beispiel gemäß [§ 31 Abs. 1 Buchst. a Ärzte-ZV](#), [§ 116a](#), [§ 119a SGB V](#) unberücksichtigt zu lassen. Anderes gilt indessen für Ermächtigungen, die bedarfsunabhängig erteilt werden, wie zum Beispiel im Falle des [§ 117 SGB V](#), wonach Hochschulambulanzen nach Maßgabe der Erfordernisse von Forschung und Lehre unabhängig von einem durch die Vertragsärzte gedeckten oder nicht gedeckten Versorgungsbedarf zur Erbringung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen ermächtigt werden. Die hierdurch erfolgende Bedarfsdeckung ist zu berücksichtigen und kann bei der Prüfung und Feststellung, ob ein nicht gedeckter Versorgungsbedarf besteht, zur Ablehnung einer Sonderbedarfszulassung führen. Für das Verhältnis zwischen den Ermächtigungen nach [§ 116 SGB V](#) und nach [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) gelten diese Erwägungen gleichermaßen. Der im Hauptsacheverfahren angefochtene Bescheid des Berufungsausschusses lässt in Folge seiner unzutreffenden rechtlichen Prämisse die notwendigen Feststellungen vermissen, ob und inwieweit der qualitative Bedarf für die im Antrag genannten Leistungen bereits durch das Leistungsangebot im Rahmen von [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) abgedeckt ist. Das U.-Klinikum D. hat bereits bisher identische Leistungen in nennenswertem Umfang auf Grundlage des [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) erbracht. Konkrete Leistungsmengen hat der Beklagte nicht ermittelt. Die Beigeladene zu 1 beziffert die Zahl der Behandlungsfälle, die im ersten Quartal 2013 nach den für Ermächtigungen gemäß [§ 116 SGB V](#) geltenden Abrechnungsvorschriften abgerechnet wurden, auf 111. Angaben zu den bislang im Rahmen des [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) abgerechneten Behandlungsfällen hat sie nicht gemacht. Die Tatsache, dass das U.-Klinikum inzwischen als Dysplasiezentrum zertifiziert werden konnte, belegt jedoch, dass wenigstens die von der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie e.V. vorgegebenen Mindestmengen (300 Patientinnen, davon mindestens 150 pro Untersucher, 100 gesicherte Dysplasien, 100 Operationen je Untersucher) erbracht worden sein müssen; dies gilt entsprechend für die Zertifizierung der Dysplasiesprechstunde (arztgebunden jährlich 100 Patientinnen, davon 30 mit gesicherter Dysplasie). Diese im Einzelnen noch zu ermittelnden Zahlen fallen durchaus ins Gewicht und sind deshalb bei der Analyse der Bedarfsdeckung zu würdigen. Dem kann die Beigeladene zu 1 nicht entgegen halten, dass das U.-Klinikum die Leistungen bisher zu Unrecht nach [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) abgerechnet habe und sich unter Beachtung der Grenzen der Institutsermächtigung mangels Bedeutung für Forschung und Lehre tatsächlich nicht auf diese Rechtsgrundlage hätte stützen können. Allein das Ziel, eine Zertifizierung durch die Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie e.V. zu erlangen, begründet in der Tat noch keine Rechtfertigung für eine ambulante Leistungserbringung im Rahmen von Forschung und Lehre. Gleichwohl kann der berücksichtigungsfähige Beitrag der Institutsambulanz zur Bedarfsdeckung auf Grundlage des [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) selbst dann nicht als gleich Null angenommen werden, wenn der Umfang der bisher unter dem Dach von Forschung und

Lehre erbrachten Leistungen den tatsächlichen Lehr- und Forschungsbedarf überschritten haben sollte. Zum Einen hat das U.-Klinikum keine verbindliche und überprüfbare Erklärung abgegeben, dass es künftig jedenfalls nach Deckung des Bedarfs im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich auf Grund von Ermächtigungen keine Leistungen der Dysplasiediagnostik, namentlich Kolposkopien, mehr auf Grundlage des [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) erbringen und abrechnen werde. Zum Anderen ist die Behauptung, dass die Untersuchungen für Forschung und Lehre ohne Bedeutung wären, nicht glaubhaft. Die Beigeladene zu 1 hat sich in der Begründung ihres Antrags die Auffassung von Dr. med. H. zu eigen gemacht, die in ihrer Stellungnahme vom 20.11.2012 die beantragten Leistungen als "qualifizierte und moderne Diagnostik und Behandlung von Frauen mit Dysplasien der Portio und Cervix uteri" bezeichnet. Die Gemeinschaftspraxis Dr. med. D. und von A. erachtet die Kolposkopie mit evtl. Zytologie zur Feststellung von Krebsvorstufen als eine Routinemethode. Die Beigeladene zu 1 selbst weist darauf hin, dass die Diagnosemethode nach der Weiterbildungsordnung zum verbindlichen Inhalt der Weiterbildung zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gehört. Demnach liegt die Besonderheit der Untersuchung durch die Beigeladene zu 1 weniger in der Methode selbst als vielmehr in der durch das Kolposkopiediplom und die Anerkennung zum Führen einer Dysplasiesprechstunde an Hand von Qualitätssicherungsstandards belegten Sachkunde. Das U.-Klinikum hat nicht ohne Grund die Zertifizierung als Dysplasiezentrum vorangetrieben, obwohl nach jetziger Darstellung eine rechtliche Grundlage für die Erbringung und Abrechnung der hierfür vorausgesetzten Mindestmengen gefehlt haben soll. Der HTA-Bericht Nr. 57 des DIMDI bezeichnet die Kolposkopie, ggf. mit Biopsieentnahme und Histologie, als den Goldstandard zur Sicherung der Diagnose von Zervixkarzinomen (Nocon et al., Welchen medizinischen und gesundheitsökonomischen Nutzen hat die Kolposkopie als primäres Screening auf das Zervixkarzinom? Köln 2007, Seite 1 und 6). Dies legt nahe, dass das diagnostische Verfahren wie auch das Erkennen und die Differentialdiagnostik sowohl von malignen Veränderungen wie auch von Krebsvorstufen nicht von vorn herein der außeruniversitären Forschung und Ausbildung vorbehalten sind. Vor diesem Hintergrund ist es schlechterdings nicht vorstellbar, dass die kolposkopische Dysplasiediagnostik für die universitäre Ausbildung von Medizinern auf den Gebieten der Frauenheilkunde bzw. der gynäkologischen Onkologie bedeutungslos sein soll. Allein der Umstand, dass die Weiterbildungsordnung keine Mindestmengen an Kolposkopien für den Erwerb der Facharztqualifikation vorschreibt, rechtfertigt es nicht, den im Rahmen der Lehre anzusetzenden Leistungsbedarf entgegen dem eigenen fachlichen Anspruch des U.-Klinikums auf eine vernachlässigbare Menge herunterzurechnen. Ebenso unzutreffend ist die Behauptung, dass die Untersuchungsmethode in der Forschung keine Rolle spiele. Schon ein Blick in allgemein zugängliche medizinwissenschaftliche Datenbanken und die Inhaltsübersichten gynäkologischer Fachzeitschriften belegt das Gegenteil. Gerade im Hinblick auf den ständigen Fortschritt der diagnostischen Möglichkeiten bedarf das Verfahren im Vergleich mit anderen Untersuchungsmethoden der laufenden wissenschaftlichen Evaluation. Es ist deshalb durchaus Gegenstand zahlreicher Studien. Die Beurteilung des diagnostischen Wertes der Methode, die letztlich für die Einrichtung des Dysplasiezentrums den Ausschlag gab, wäre anderenfalls von vorn herein fachlich nicht untersetzt. Ob bzw. dass am U.-Klinikum D. bislang keine Studien hierzu durchgeführt wurden, ist insoweit ohne Belang. Schon aus der Allgemeinwohlverpflichtung der Universitätsklinik ergibt sich die Obliegenheit der universitären Forschungseinrichtungen, die dort mit öffentlichen Mitteln eingerichteten Strukturen der Versorgung gesetzlicher Versicherten in einer deren Art und Umfang angemessenen Weise auch der Forschung zur Verfügung zu stellen und ihre Arbeit wissenschaftlich zu begleiten. Der Beklagte kann der Forderung der Klägerin, den unter Berücksichtigung der nach [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) erbrachten Leistungen noch verbleibenden Bedarf festzustellen, nicht entgegen halten, dass die streitgegenständliche Behandlung nicht von Vertragsärzten, sondern nur von der Beigeladenen zu 1 im Rahmen der Institutsermächtigung des U.-Klinikums erbracht werde und deshalb die vertragsärztliche Versorgung nicht berührt sei. Denn [§ 116 Satz 2 SGB V](#) vermittelt einen Anspruch auf eine Ermächtigung nicht schon dann, wenn eine erforderliche Leistung von Vertragsärzten nicht erbracht wird, schützt also nicht lediglich die bereits vertragsärztlich zugelassenen Leistungserbringer vor Konkurrenz. Vielmehr wird bereits der Zugang weiterer Krankenhausärzte zur vertragsärztlichen Versorgung ohne Rücksicht auf das Bestehen oder Nichtbestehen einer tatsächlichen Konkurrenzsituation davon abhängig gemacht, dass zu Lasten der Versicherten ein Versorgungsdefizit besteht, das auch unter Rückgriff auf nichtvertragsärztliche Leistungserbringer nicht geschlossen werden kann, sofern die Leistungsangebote nicht gegenüber Ermächtigungen gesetzlich nachrangig sind. Des Weiteren hat der Beklagte sowohl im Rahmen der Bedarfsprüfung als gegebenenfalls auch bei der Ausgestaltung der Ermächtigung dem Vortrag der Beigeladenen zu 1 Rechnung zu tragen, dass die den Kern der streitgegenständlichen Dysplasiediagnostik bildende sog. Differentialkolposkopie sich in wesentlicher Hinsicht von der normalen Kolposkopie unterscheide, die jeder Facharzt für Frauenheilkunde auf Grund seiner Facharztweiterbildung beherrsche und im normalen Praxisbetrieb auch durchführen könne. Die Behauptung, dass ein Versorgungsdefizit bestehe, weil Vertragsärzte und andere Leistungserbringer die betreffende Leistung nicht bzw. nur nachrangig anbieten, setzt die Feststellung voraus, dass und in welcher Hinsicht sich die Leistung, die den Gegenstand des Antrags bildet, von den vertragsärztlich bereits angebotenen Leistungen unterscheidet. Bejahen die Zulassungsgremien ein Versorgungsdefizit, müssen die Kriterien, an Hand derer die vom Ermächtigungsantrag umfasste Leistung sich von den ausreichend angebotenen vertragsärztlichen Leistungen unterscheidet, in der Ermächtigung widerspiegeln - sei es, dass die besonderen Merkmale der Leistung im Verfügungssatz näher beschrieben werden, sei es, dass die für die Abgrenzung maßgeblichen Umstände in der Begründung des Ermächtigungsbescheides niedergelegt sind. Nach der Rechtsprechung sind besondere Kenntnisse und Erfahrungen eines Krankenhausarztes im Rahmen einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach [§ 116 SGB V](#) nicht zur Bejahung eines qualitativen Bedarfs ausreichend. Denn die niedergelassenen Ärzte können auf Grund ihres gleichwertigen aktuellen Ausbildungsstandes dem Versorgungsanspruch der Versicherten auch in qualitativer Hinsicht voll entsprechen. Besondere Kenntnisse und Erfahrungen können dann von Bedeutung sein, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen, das bei den niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht in ausreichendem Umfang gegeben ist (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 16.10.1991, Az. [6 RKA 37/90](#), juris Rn. 59; Urteil vom 06.06.1984, Az. [6 RKA 7/83](#), juris Rn. 22; Urteil vom 23.05.1984 Az. [6 RKA 2/83](#), juris Rn. 24; Urteil vom 14.12.1982, Az. [6 RKA 24/81](#), juris Rn. 19). Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit, im Rahmen einer Ermächtigung die besondere Expertise eines beratenden Krankenhausarztes im Wege der konsiliarischen Überweisung in Anspruch zu nehmen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 28.10.1986, Az. [6 RKA 11/86](#), juris Rn. 20); in diesem Sinne ist die angefochtene Ermächtigung indessen nicht ausgestaltet. Die Beigeladene zu 1 macht geltend, die Differentialkolposkopie, auf die sich der Ermächtigungsantrag richte, unterscheide sich von der routinemäßigen Kolposkopie, wie sie im Praxisbetrieb vertragsärztlicher Gynäkologen erbracht werde, insbesondere durch die Dauer der Untersuchung und durch die aus dem Sichtbefund abgeleitete diagnostischen Aussagen. Ein vom normalen kolposkopischen Vorgehen abweichender methodischer Ansatz der streitgegenständlichen Leistung lässt sich dieser Schilderung nicht entnehmen. Weder der Einheitliche Bewertungsmaßstab noch die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses oder die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer differenzieren zwischen verschiedenen Arten der Kolposkopie. Eine allgemein und verbindlich geltende Definition des Leistungsinhalts, die eine solche Abgrenzung erlauben würde, fehlt. Bestandteil des Leistungskatalogs ist auf Grund der Aufnahme in Anhang 1 EBM Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen lediglich die "Kolposkopie, einschließlich Essigsäure- und/oder Jodprobe". Läge der Differentialkolposkopie ein von der Kolposkopie nach Anhang 1 EBM abweichendes methodisches Konzept zu Grunde, wäre der Antrag auf die Ermächtigung schon deshalb abzulehnen, weil diese dann nicht mehr von der Anerkennung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst und somit gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) von vorn

herein aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen wäre. Damit reduziert sich die Argumentation der Beigeladenen zu 1 im Kern darauf, dass sie die im Wesentlichen gleiche Untersuchung nur gründlicher durchführe und deshalb zu spezielleren bzw. spezifischeren diagnostischen Aussagen gelange als dies unter den üblichen Bedingungen einer vertragsärztlichen Frauenarztpraxis praktikabel sei. Zudem sei ihre persönliche Expertise durch das an bestimmte Mindestmengen anknüpfende Kolposkopie-Diplom der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie e.V. belegt. Allein die Behauptung, über eine größere Erfahrung zu verfügen und deshalb eine bestimmte Leistung besser als andere Ärzte erbringen zu können, vermag die Annahme einer Versorgungslücke nicht zu rechtfertigen. Ebenso wenig kommt den Zertifikaten der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie e.V. die Funktion zu, die Leistungsangebote der Gesetzlichen Krankenversicherung voneinander abzugrenzen. Ein Versorgungsdefizit lässt sich auch nicht schon damit begründen, dass die niedergelassene Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren wegen des hohen Patientenaufkommens in der Regel nicht bereit und in der Lage seien, die erforderliche Zeit und Sorgfalt für eine gründliche und diagnostisch aussagekräftige kolposkopische Untersuchung aufzubringen. Denn dies ist nicht Ausdruck fehlender Qualifikation, unzureichender apparativer Ausstattung oder des sonstigen Unvermögens, eine gegenständlich hinreichend umrissene Leistung überhaupt zu erbringen, sondern vielmehr der eigenverantwortlichen Priorisierung anderer Angebote unter den Bedingungen wirtschaftlichen Erfolgsdruckes geschuldet. Die Kolposkopie wird in der vertragsärztlichen Praxis nicht gesondert vergütet, sondern durch die Versichertenpauschalen, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie sonstige Gebührenordnungspositionen abgegolten. Der Anreiz zur Vermeidung jeglichen Mehraufwandes für die Untersuchung liegt damit auf der Hand. Die Überweisung an eine ermächtigte Einrichtung oder einen ermächtigten Arzt speziell für diese Untersuchung, der dann hierfür eine eigene Pauschalvergütung geltend machen kann (die zudem nach dem Honorarverteilungsmaßstab nicht unmittelbar das RLV-Verteilungsvolumen der Fachgruppe 010 Fachärzte für Frauenheilkunde schmälert), liegt in dieser Situation im Sinne einer "Win-win-Konstellation" nahe. Das außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung geschaffene Leistungsangebot erzeugt sich so seinen Bedarf selbst. Die damit eingeleitete Konzentration qualifizierter Kolposkopien auf hierauf spezialisierte Einrichtungen birgt wiederum die Gefahr, den Verlust an fachlicher Kompetenz und das wirtschaftlich motivierte Vermeidungsverhalten seitens der niedergelassenen Vertragsärzte zu vertiefen. Allein die tendenzielle Neigung wirtschaftlich selbstständig agierender Leistungserbringer, den Fehlanreizen eines weitgehend auf Pauschalentgelten basierenden Vergütungssystems nachzugeben, begründet jedoch für sich gesehen noch keine Versorgungslücke. Vor diesem Hintergrund bedarf es der kritischen Prüfung, ob und an Hand welcher konkreten Merkmale sich die vom Ermächtigungsantrag der Beigeladenen zu 1 umfassten Differentialkolposkopien von den durch jeden Facharzt für Frauenheilkunde zu beherrschenden und routinemäßig anwendbaren Kolposkopien tatsächlich unterscheiden. Dabei ist sicherzustellen, dass es sich nicht nur um graduelle oder quantitative Abstufungen in der Art der Ausführung der Untersuchung handelt. Die Differenzierungskriterien müssen vielmehr eine therapeutische Relevanz in dem Sinne aufweisen, dass je nach Art und Weise des Vorgehens andersartige Befunde bzw. Befunde von unterscheidbar höherer diagnostischer Qualität erhoben werden können, so dass abhängig von Inhalt und Qualität der erhobenen Befunde ein unterschiedliches weiteres therapeutisches Vorgehen daran anknüpfen kann. Lassen sich keine in diesem Sinne belastbaren Unterscheidungskriterien definieren, ist der Bedarf als durch die allgemein bei Fachärzten für Frauenheilkunde auf Grund ihrer Qualifikation anzunehmende Befähigung, Kolposkopien durchzuführen, gedeckt anzusehen. Anderenfalls ist nochmals die Aktualität der bisherigen Annahme zu prüfen, ob bzw. dass die streitgegenständliche Leistung mit diesen zuvor definierten Merkmalen tatsächlich nicht bzw. nicht in ausreichendem Umfang von den bereits zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Versorgungszentren erbracht werden. Insoweit kann auch von Interesse sein, wie und ggf. mit welchen Konsequenzen die an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Frauenärzte die Dysplasiediagnostik vor der Einrichtung der Dysplasiesprechstunde am U.-Klinikum sichergestellt haben. Falls der Beklagte schließlich einen Bedarf bejahen sollte, der durch die Vertragsärzte allein nicht gedeckt ist, wird er nach Erhebung und Bewertung der im U.-Klinikum bislang nach [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) erbrachten Leistungen und, soweit erlangbar, belastbarer Aussagen zum tatsächlichen Lehr- und Forschungsbedarf, hilfsweise einer qualifizierten Schätzung auf Grundlage plausibler Anknüpfungstatsachen, neu zu beurteilen haben, ob daneben noch ein Bedarf für eine Dysplasiediagnostik an der gleichen Einrichtung im Rahmen einer Ermächtigung für die Beigeladene zu 1 besteht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 154 Abs. 1 VwGO](#) in Verbindung mit [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#).

Die Auferlegung außergerichtlicher Kosten der Beigeladenen auf Beteiligte oder die Staatskasse war nicht veranlasst ([§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 162 Abs. 3 VwGO](#)).

Der gemäß [§ 52 Abs. 1 GKG](#) in Verbindung mit [§ 1 Abs. 2 Nr. 3](#), [§ 3 Abs. 1](#) und [§ 63 Abs. 2 Satz 1 GKG](#) und [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach der sich aus dem Klageantrag ergebenden Bedeutung der Sache festzusetzende Streitwert bemisst sich in Ermangelung näherer Anhaltspunkte nach dem Auffangstreitwert gemäß [§ 52 Abs. 2 GKG](#) je Quartal der angestrebten Ermächtigung, deren Dauer innerhalb des zeitlich Rahmen nach [§ 42 Abs. 2 GKG](#) auf die für Ermächtigungen übliche Befristungsdauer von zwei Jahren anzusetzen ist.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2014-03-26