

S 18 KA 81/12

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KA 81/12

Datum

11.03.2014

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 8 KA 13/14

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Bemerkung

1. Die Ermächtigung eines sozialpädiatrischen Zentrums darf befristet werden. Bei der erstmaligen Ermächtigung ist eine Befristungsdauer von fünf Jahren nicht zu beanstanden (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 29.06.2011, Az. [B 6 KA 34/10 R](#), juris Rn. 1).

I. Der Beschluss des Beklagten vom 18.04.2012 in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 20.06.2012 wird aufgehoben, soweit der Beklagte in Nummer 6 des Verfügungssatzes die Zahl der auf Grund der Ermächtigung zu versorgenden Patienten auf 200 Fälle pro Quartal begrenzt und in Nummer 5 einen Überweisungsvorbehalt angeordnet hat. Der Beklagte wird verurteilt, insoweit über den Widerspruch der Klägerin gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses Ärzte Leipzig vom 17.03.2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

II. Die Kosten des Verfahrens tragen die Klägerin zu 1/3 und der Beklagte zu 2/3. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

III. Der Streitwert wird auf 30.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Ausgestaltung der Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ). Mit Schreiben vom 03.11.2008 beantragte das klagende Universitätsklinikum L., Anstalt öffentlichen Rechts, die Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums gem. [§ 119 SGB V](#) an der Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche. Als Grund gab sie die erhöhte Nachfrage nach ambulanter Versorgung mehrfach behinderter Kinder und Jugendlicher in den Klinikambulanzen, insbesondere in den Abteilungen Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie und Neurophysiologie, an. Wegen der hohen Patientenzahlen könne das SPZ L., D.-Straße, die Versorgung im Regierungsbezirk Leipzig nicht mehr ausreichend gewährleisten. Das neue SPZ solle zunächst ca. 300 Patienten pro Quartal betreuen. Die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin erfülle aufgrund ihres Maximalversorgungscharakters alle notwendigen medizinisch-fachlichen, räumlichen und apparativen Anforderungen an eine optimale Versorgung von Patienten mit den genannten Erkrankungen. Der Zulassungsausschuss Ärzte Leipzig lehnte mit Beschluss vom 17.03.2009 den Antrag auf die Ermächtigung ab. Im Planungsbereich Leipzig-Stadt sei das SPZ L., D.-Straße, ermächtigt, das ebenfalls auf Störungen bzw. Schädigungen bei Neu- oder Frühgeborenen spezialisiert sei. Fallzahlen bzw. Häufigkeitsstatistiken und Vergleichszahlen hinsichtlich des Behandlungsspektrums könnten nicht vorgelegt werden; das SPZ rechne direkt mit den Krankenkassen ab. Aus den Stellungnahmen der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen und des SPZ L., D.-Straße, zur Bedarfssituation lasse sich die Notwendigkeit eines weiteren SPZ nicht ableiten. Von unverhältnismäßig hohen Wartezeiten sei nicht auszugehen. Mit dem hiergegen gerichteten Widerspruch vom 20.04.2009 machte die Klägerin geltend, die Versorgung SPZ-pflichtiger Kinder im Bereich Leipzig sei durch das SPZ L., D.-Straße, nicht sichergestellt. Der Zulassungsausschuss habe den Bedarf unzureichend ermittelt. Die Spezialambulanzen der Abteilungen Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie und Neurophysiologie könnten die Versorgung der großen Anzahl SPZ-pflichtiger mehrfachbehinderter Kinder (2007: 857 Fälle, Quartal IV/2008: 386 Patienten, Quartal I/2009: 484 Patienten) nicht mehr gewährleisten. Bestimmte Krankheitsbilder würden im SPZ L., D.-Straße, nicht (ICD-10 Nr. D35, E70) oder nicht umfassend (G60-G64, G40) behandelt, bestimmte Leistungen nicht erbracht (Anfallstherapie, Botox-Therapie, Kopfschmerzstunde, klinische Neurophysiologie einschließlich EEG, Diagnostik von Muskelerkrankungen, Kinderorthopädie, Elektromyostimulation sowie Baclofen-Pumpeneinstellung), so dass viele Patienten für bestimmte Leistungen wieder in den Einrichtungen der Klägerin vorgestellt würden. Die Wartezeiten im SPZ L., D.-Straße, seien teilweise unzumutbar. Nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin müsse infolge der Zunahme der Zahl von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen sowie chronischer Erkrankungen mindestens ein SPZ pro 500.000 Einwohner vorhanden sein, um eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Der Direktionsbezirk Leipzig habe 1.069.441 Einwohner. Der Einzugsbereich des Universitätsklinikums Leipzig erstreckte sich auf etwa 1.200.000 Einwohner. Insgesamt sei von einem ungedeckten Bedarf für etwa 300 Patienten pro Quartal auszugehen. Hilfsweise beantragte die

Klägerin, eine Ermächtigung zur Betreuung von pro Quartal 300 Patienten mit Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht (ICD-10 Nr. P07), zerebralen Lähmungen und sonstige Lähmungssyndromen (G80-G99), Muskeldystrophie und multipler Sklerose (G35, G99), Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (G60-G64) sowie Stoffwechselerkrankungen (E70). Der Berufungsausschuss für Ärzte Sachsen wies den Widerspruch am 24.02.2010 zurück. In Umsetzung eines Richtwertes von einem SPZ auf etwa 450.000 Einwohner (Verweis auf Hollmann/Bode, "Kinderärztliche Praxis" 78, 2007, Nr. 5, S. 276 ff., bezogen auf SPZ mit mindestens zwei Teams) sei von einem Einzugsbereich des bisherigen SPZ L., D.-Straße, mit ca. 800.000 Einwohnern auszugehen. Diese Verhältniszahl sei zur Bedarfsbeurteilung jedoch nicht ausreichend. In jüngster Vergangenheit habe mit Wartezeiten von sechs Monaten und mehr ein gewisser Bedarf bestanden. Dem sei aber dadurch Rechnung getragen worden, dass zum Jahresbeginn 2010 Verträge zwischen den Krankenkassen und dem Träger des SPZ L., D.-Straße, über die Einrichtung eines vierten Teams geschlossen worden seien. Ob darüber hinaus noch eine Ermächtigung für ein weiteres SPZ erforderlich werde, möge die nächste Zukunft erweisen. Die Ermächtigung könne auch nicht aus speziellen qualitativen Gründen erteilt werden, denn das SPZ L., D.-Straße, habe in Übereinstimmung mit Stellungnahmen des Vorsitzenden des Kinderärztenetzes Leipzig e.V. und der Krankenkassenverbände bestätigt, alle überwiesenen Kinder auch aufzunehmen. Hiergegen erhob die Klägerin am 20.05.2010 Klage im Verfahren Az. S [11 KA 96/11](#). Der Beklagte habe den Versorgungsbedarf nicht ordnungsgemäß geprüft und die Ergebnisse der Bedarfsprüfung falsch gewürdigt. Das neue, vierte Team am SPZ L., D.-Straße, sei vollkommen ausgelastet, so dass dort keine Kapazitäten mehr bestünden. Etwa 1.200 SPZ-pflichtige Kinder würden derzeit über die Spezialambulanzen der Klägerin behandelt. Der Einzugsbereich belaufe sich auf etwa 1.690.000 Einwohner in der Region, so dass bei einer Zuordnungsgröße von 500.000 Einwohnern je SPZ ein weiteres SPZ benötigt werde. Der Beklagte habe die Stellungnahmen der Krankenkassenverbände und des Vorsitzenden des Kinderärztenetzes Leipzig e.V. fehlerhaft gewürdigt. Mit den Gründen für eine Ermächtigung aus qualitativen Gründen habe der Beklagte sich überhaupt nicht befasst. Die Klägerin betreue in ihren Spezialambulanzen eine Vielzahl SPZ-pflichtiger, teils schwerst mehrfachbehinderter Kinder. Diese könnten wegen der erforderlichen technischen Ausstattung und des erforderlichen multiprofessionellen Zusammenwirkens nicht im SPZ L., D.-Straße, behandelt werden. Die gegenteilige Behauptung des SPZ L., D.-Straße, sei nicht näher konkretisiert. Die Klägerin wolle vor allem die Behandlung derjenigen Patienten übernehmen, die bereits wegen der Komplexität und Schwere der Erkrankungen von Neurochirurgen, Kinderonkologen, Neuropädiatern und pädiatrischen Endokrinologen am Universitätsklinikum primär versorgt würden. Das Sozialgericht Dresden hat mit Urteil vom 26.10.2011, Az. S [11 KA 96/10](#), den Beklagten unter Aufhebung des Widerspruchsbescheides vom 26.04.2010 verurteilt, über den Widerspruch der Klägerin gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 17.03.2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Die Entscheidung des Beklagten, eine unbeschränkte Ermächtigung abzulehnen, sei nicht zu beanstanden. Der Beklagte sei zu Recht davon ausgegangen, dass ein weiterer Bedarf an sozialpädiatrischer Versorgung bestanden habe. Er habe aber auch zu Recht gewürdigt, dass zum Jahresbeginn 2010 Verträge zwischen den Krankenkassen und dem SPZ L., D.-Straße, über ein viertes Team geschlossen worden seien. Seine Einschätzung, dass mit der zusätzlichen Kapazität eines vierten Teams eine weitere Bedarfsdeckung gewährleistet ist, erscheine vertretbar. Dass nach Aussage des SPZ L., D.-Straße, auch das vierte Team voll ausgelastet sei, bedeute lediglich, dass zusätzliche Patienten behandelt und damit auch die Wartezeiten verkürzt würden. Seien mit dem vierten Team im SPZ Leipzig zusätzliche Behandlungskapazitäten geschaffen worden, seien die Angaben der befragten Ärzte und Einrichtungen zu den Wartezeiten von Anfang Januar 2010 für die nach der Arbeitsaufnahme des vierten Teams neu entstandene Versorgungslage nicht mehr nicht mehr aussagekräftig. Aus der Angabe einer Auslastung könne nicht auf eine Überlastung geschlossen werden. Die Feststellungen des Beklagten würden dagegen nicht die Verneinung eines qualitativen Bedarfs für die beantragte Ermächtigung tragen. Es liege nahe, dass im Universitätsklinikum L. mit den vorhandenen Spezialambulanzen wie auch der Vorhaltung umfassender und spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie fachärztlichen Spezialwissens eine Klientel von Kindern mit besonderem Betreuungsbedarf bzw. ungewöhnlich schweren, seltenen und komplexen Behinderungen vorhanden sei, die in besonderer Weise einer Behandlung in einem SPZ bedürfe (z.B. sehr frühgeborene Kinder, transplantierte Kinder, Kinder mit Anfallsleiden, Kinder mit Schädelhirnverletzungen, Kinder mit Mehrfachbehinderungen, Mukoviszidosepatienten, Kinder mit Chromosomenanomalien, Kinder mit cerebralen Lähmungen, sonstigen Lähmungssyndromen, Muskelerkrankungen sowie durch Alkohol- und Drogenkonsum der Mutter geschädigte Neugeborene). Dass in den eingeholten Stellungnahmen nicht über Behandlungsablehnungen durch das SPZ L., D.-Straße, berichtet worden sei, schließe einen qualitativen Bedarf nicht aus, wenn, wie die Klägerin vorgetragen habe, diese schwer und mehrfach behinderten Kinder derzeit in den Spezialambulanzen der Klägerin behandelt würden, obwohl deren Versorgung eigentlich Aufgabe eines SPZ wäre. Der Beklagte habe zudem mit dem schlichten Hinweis auf die nicht näher substantiierten Angaben des SPZ L., D.-Straße, es würden alle Krankheitsbilder behandelt, nicht den Vortrag der Klägerin gewürdigt, dass Patienten im SPZ L., D.-Straße, teilweise nicht umfänglich behandelt würden und die Behandlung teilweise ausgelagert werde (namentlich Anfallsleiden, Botox-Therapie, komplexe Kopfsprechstunde einschließlich TENS-Sprechstunde und Vermittlung Verhaltensmedizin, klinische Neurophysiologie einschließlich EEG, Diagnostik von Muskelerkrankungen, Kinderorthopädie, Elektromyostimulation und Baclofen-Pumpeneinstellung). Dies widerspreche dem gesetzgeberischen Anliegen einer ganzheitlichen Behandlung. Der Beklagte habe systematische Ermittlungen zum Leistungsangebot des SPZ L., D.-Straße, unterlassen und sich lediglich mit pauschalen Informationen des SPZ L., D.-Straße, begnügt, die der Nachfrage und Objektivierung bedurft hätten (namentlich durch Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter pro Team, deren fachliche Zusammensetzung und Zusatzqualifikationen, die Vorhaltung bestimmter von der Klägerin genannter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Statistiken der Krankenkassen zur Anzahl der Behandlungsfälle und der behandelten Diagnosen). Auch der Aufsatz von Hollmann/Bode bestätige, dass auf Grund der auch in SPZ fortschreitenden und notwendigen Spezialisierung neue Institutionen in aller Regel an bereits bestehenden Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin angesiedelt werden sollen. Die Stellungnahmen des Vorsitzenden des Kinderärztenetzes Leipzig e.V. könnten die Ablehnung nicht tragen, weil es ausschließlich darauf ankomme, ob andere SPZ die Versorgung bereits in ausreichendem Maße gewährleisten. Die Stellungnahme der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen übernehme nur die Äußerungen des SPZ L., D.-Straße, die der Entscheidung nicht unkritisch zu Grunde gelegt werden könnten. Es gebe keine Hinweise, dass eine für 300 Fälle im Quartal auf Grund eines speziellen qualitativen Bedarfs für spezielle Diagnosen erteilte Ermächtigung rechtswidrig wäre. Soweit die Klägerin eine Ermächtigung für Fallgruppen beantrage, für die mangels ausreichender Versorgung am SPZ Dresden-Neustadt dem SPZ am Universitätsklinikum Dresden eine Ermächtigung erteilt wurde, dränge sich auch die Frage auf, ob das SPZ L., D.-Straße, gegenüber dem SPZ Dresden Neustadt über eine besondere fachliche und technische Ausstattung verfüge, welche die Annahme rechtfertige, dass dort anders als im SPZ Dresden Neustadt die umfassende sozialpädiatrische Versorgung der bezeichneten Klientel von Kindern mit besonderem Betreuungsbedarf bzw. ungewöhnlich schweren, seltenen oder komplexen Behinderungen, wie sie insbesondere in den Spezialambulanzen der Klägerin behandelt wird, gewährleistet sei und insofern auch Kapazitäten bestünden. Nach dem Wiedereintritt in das Verwaltungsverfahren beantragte die Klägerin die Erteilung einer Ermächtigung entsprechend der Ermächtigung des SPZ am Universitätsklinikum Dresden im Umfang von 600 Fällen je Quartal. Diese Zahl entspreche den von der Ermächtigungsambulanz betreuten Fällen. Hierbei handele es sich um die besonders schweren Fälle. Im Jahr 2009 seien es bereits 400 pro Quartal gewesen. Weiter beantragte die Klägerin, keine zeitliche Befristung auszusprechen, hilfsweise einen großen Zeitrahmen festzustecken. Der Beklagte hob im Zuge der

Neubescheidung durch Beschluss vom 18.04.2012, ausgefertigt am 29.05.2012, den Beschluss des Zulassungsausschusses-Ärzte-Leipzig vom 17.03.2009 sowie seinen Beschluss vom 24.02.2010 in Nr. 1 des Verfügungssatzes auf und ermächtigte in Nr. 2 des Verfügungssatzes das Sozialpädiatrische Zentrum der Klinik für Kinder und Jugendliche der Klägerin unter fachlich-medizinischer Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Andreas M. gemäß [§ 119 SGB V](#) mit Wirkung vom 18.04.2012 zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Die Ermächtigung erstreckt sich gemäß Nr. 3 des Verfügungssatzes auf die ambulante sozialpädiatrische Versorgung nachfolgend benannter Kinder, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können: a. Primär im Universitätsklinikum L. (UKL) versorgte Kinder: - Im Universitätsklinikum L. geborene Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 g, die infolge ihrer Unreife perinatal bleibende Schädigungen am Gehirn, Auge oder an der Lunge erlitten haben und im Universitätsklinikum L. reif geborene Kinder, die infolge perinataler Komplikationen oder angeborener Stoffwechselstörungen bleibende Schädigungen am Gehirn oder anderen Organen erlitten haben. (ICD-10 P00-P96) - Im Universitätsklinikum L. geborene oder dort primär chirurgisch versorgte Kinder mit Fehlbildungen, insbesondere Spaltbildungen. (ICD-10 Q00-Q07, Q35-Q45) b. Kinder mit besonderem Versorgungsbedarf: - Kinder mit neuralen, muskulären, neuromuskulären Erkrankungen und mit angeborenen Knochenkrankungen und Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems. (ICD-10 G10-G13, G35-G37, G60-G64, G70-G73, G65-Q79) - Patienten mit Behinderungen infolge von Hirntumoren und der damit assoziierten Therapie. (ICD-10 C70-C72, D32-D33, D43-D44) - Patienten mit Sonderproblemen bei genetisch bedingten Erkrankungen mit Organmanifestation (ICD-10 Q90-Q99) - Patienten mit schweren Verlaufsformen von Stoffwechselerkrankungen, rheumatischen Erkrankungen, Immundefekten, Allergien und Atemwegserkrankungen, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder besonders betreuungsaufwendigen Erkrankungen des Ohres (ICD-10 E70-E88, M00-M09, M11-M14, M30-M36, J43-J47, J67, J82, J84, J95-J99, Q31-Q34, K50-K52, H80-H95) - Behinderte mit sekundär auftretenden neurotischen und psychiatrischen Komplikationen (ICD-10 F60-F69, F70-F79, F80-F89, F90-F99) c. Patienten mit ungewöhnlich schweren und komplexen Behinderungen - Patienten mit schwer therapierbaren zerebralen Anfallsleiden (ICD-10 G40-G41) - Patienten mit schweren Behinderungen bei metabolisch, degenerativ, posttraumatisch oder idiopathisch bedingten zerebralen Störungen (ICD-10 G00-G09, G20-G26, G30-G32, G80-G83, G90-G99) Nach Nr. 4 des Verfügungssatzes umfasst die sozialpädiatrische Behandlung die ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen, insbesondere auch psychologische Leistungen sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die erforderlich sind, um insbesondere auch eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, zu verhindern, zu heilen oder in ihren Auswirkungen zu mildern, sowie in der Regel sozialpädiatrische Diagnostik, neuropädiatrische Therapie, Psychotherapie, entwicklungs- und funktionstherapeutische Maßnahmen. Das Sozialpädiatrische Zentrum kann gemäß Nr. 5 des Verfügungssatzes in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 20.06.2012 auf Überweisung niedergelassener Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und niedergelassener Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in MVZ und in Praxen tätiger Ärzten dieser Fachgebiete tätig werden. In Nr. 6 des Verfügungssatzes beschränkte der Beklagte den Ermächtigungsumfang auf die Betreuung von 200 Patienten pro Quartal. In Nr. 7 des Verfügungssatzes befristete er die Ermächtigung bis zum 30.04.2017. Nr. 8 des Verfügungssatzes regelt die Vergütung entsprechend [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) nach der Vereinbarung über die Abrechnung und Vergütung von ambulanten sozialpädiatrischen Leistungen und Nr. 9 des Verfügungssatzes die Erstattung der Verfahrenskosten der Klägerin. Zur Begründung der Entscheidung verwies der Beklagte zunächst auf die im Beschluss vom 24.02.2010 dargestellten Grundlagen für die quantitative und qualitative Bedarfsprüfung in Anlehnung an [§ 116 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 31 Abs. 1, § 31a Ärzte-ZV](#). Der Beklagte sei der Auffassung, dass in quantitativer Hinsicht seit der ersten Beschlussfassung in dieser Angelegenheit keine Veränderung der Versorgungslage eingetreten sei. Jedoch sei auf Grund der Ausführungen im Urteil des Sozialgerichts aus qualitativen Gründen eine Ermächtigung zu erteilen. Der Kreis der Patienten und die erforderlichen Leistungen, um dem qualitativen Bedürfnis zur Ermächtigung eines SPZ und der Vorschrift des [§ 119 SGB V](#) Rechnung zu tragen, seien auf Grund deren Sachnähe auf Basis der Angaben der ärztlichen Leiter des bestehenden SPZ L., D.-Straße, und des designierten Leiters des SPZ der Klägerin zu bestimmen. Im Gegensatz zum SPZ am Universitätsklinikum Dresden, das aus quantitativen Gründen (Kapazitätsprobleme des SPZ Dresden-Neustadt) eine Ermächtigung für 300 Patienten je Quartal erhalten habe, werde vorliegend nur eine Ermächtigung aus qualitativen Gründen zur Betreuung primär der Kinder erteilt, die am SPZ L., D.-Straße, nicht in diesem Umfang versorgt werden können. Aus diesem Grund habe der Beklagte es als angemessen angesehen, die Ermächtigung auf 200 Patienten pro Quartal festzulegen. Gemäß [§ 119 Abs. 1 Satz 2 SGBV](#) sei die Ermächtigung nur zu erteilen, solange sie notwendig sei, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen. Das Urteil des Bundessozialgericht vom 26.06.2011, Az. [B 6 KA 34/10](#), wonach der Grundsatz einer im Regelfall zweijährigen Befristung nicht für Ermächtigungen größerer Einrichtungen passe, die aufgrund hoher Investitionskosten und größerer Mitarbeiterstäbe auf Planungssicherheit für längere Zeiträume angewiesen seien, bedeute keine Freistellung von einer Befristung, sondern lediglich eine großzügigere Handhabung des zeitlichen Umfangs. Der Beklagte habe einen Ermächtigungszeitraum von fünf Jahren als angemessen angesehen, da hierdurch eine längerfristige Planung ermöglicht werde. Mit ihrer am 27.06.2012 eingegangenen Klage vom 26.06.2012 wendet sich die Klägerin gegen die Fallzahlbegrenzung in Nr. 6, gegen die Befristung in Nr. 7 Satz 1 sowie mit am 29.06.2012 nachgereichtem Antrag vom 28.06.2012 gegen den qualifizierten Überweisungsvorbehalt in Nr. 5 des Verfügungssatzes des Beschlusses vom 18.04.2012 in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 20.06.2012. Die Fallzahlbegrenzung sei unzulässig, zudem zu niedrig angesetzt. Allein im Quartal I/2009 habe die Klägerin 484 eigentlich SPZ-pflichtige Patienten behandelt, 2012 sei von 600 in den Ermächtigungsambulanzen betreuten Patienten je Quartal auszugehen. Da die Patienten chronisch krank seien und deshalb in der Regel in jedem Quartal vorgestellt würden, bewirke die Begrenzung auf 200 Fälle je Quartal faktisch eine Begrenzung auf 200 Patienten im Jahr. Anders als [§ 117 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) schreibe [§ 119 SGB V](#) gerade keine Fallzahlbegrenzungen vor. Eine Fallzahlbegrenzung sei nur zulässig, wenn die Ermächtigung wegen eines quantitativen Bedarfs erteilt werde, nicht aber wie hier wegen eines qualitativen Bedarfs. Die Beschränkung der Ermächtigung auf bestimmte komplexe Krankheitsbilder, die im SPZ L., D.-Straße, nicht behandelt würden, trage bereits dem Bedarf Rechnung. Durch die Abgrenzung der Krankheitsbilder nach Art, Schwere und Dauer sei eine ungerechtfertigte Leistungsausweitung ausgeschlossen. Mit Stand 09/2013 würden ca. 800 SPZ-pflichtige Patienten pro Quartal in den Ermächtigungsambulanzen der Klägerin behandelt. Schon die als Referenz herangezogene Fallzahlobergrenze des SPZ am Universitätsklinikum Dresden berücksichtige noch nicht den dort ebenfalls gestiegenen Bedarf und taue nicht als Maßstab. Zudem sei das SPZ am Universitätsklinikum Dresden auch wegen eines quantitativen Bedarfs ermächtigt worden, so dass der Rückgriff auf die dortige Fallzahlobergrenze sachwidrig sei. Für eine Befristung fehle die Rechtsgrundlage. [§ 32 SGB X](#) sei nicht anwendbar. Weder schreibe [§ 119 SGB V](#) eine Ermächtigung zwingend vor, noch sei [§ 31 Abs. 7 Ärzte-ZV](#) einschlägig, diese Norm gelte nur für persönliche Ermächtigungen, da hier der Vorrang der niedergelassenen Ärzte zu beachten sei. [§ 32 Abs. 1 SGB X](#) biete keine Grundlage für einen Vorbehalt hinsichtlich der bloßen Möglichkeit späterer Tatsachen- oder Rechtsänderungen. Da auf die Ermächtigung ein Rechtsanspruch bestehe, sei auch kein Raum für eine Ermessensbefristung nach [§ 32 Abs. 1 SGB X](#). Die Befristung widerspreche dem Zweck der Ermächtigung, das Angebot an Leistungen zur Behandlung der Schädigungen und Störungen bei Kindern sicherzustellen. Zudem habe der Beklagte weder hinsichtlich der Entschließung, die Ermächtigung zu befristen, noch hinsichtlich deren Dauer Ermessen ausgeübt. Weil der qualitative Bedarf auf unbestimmte Zeit fortbestehe, sei die Ermächtigung unbefristet, keinesfalls aber für weniger als zehn Jahre zu erteilen, um der Klägerin die notwendige Planungssicherheit für die Gewinnung qualifizierten Personals mit der notwendigen personellen Kontinuität zu vermitteln. Der

Überweisungsvorbehalt sei unzulässig (Verweis auf Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 24.06. 1993, Az. [L 5 Ka 35/92](#)). [§ 119 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) biete hierfür keine Rechtsgrundlage. § 31 Abs. 7 Satz 1 und 2 Ärzte-ZV gelte nicht für die Ermächtigung von Einrichtungen nach [§ 119 SGB V](#). Auch Hausärzte seien auf Grund ihrer Erfahrung in der Mitbehandlung von Kindern in der Lage, einzuschätzen, ob ein Kind der ganzheitlichen Komplexleistung des SPZ bedarf. Desgleichen dürften auch ermächtigte Ärzte und Einrichtungen nicht ausgeschlossen werden, da auch diese grundsätzlich überweisungsbefugt seien (Verweis auf Sozialgericht Dresden, Beschluss vom 26.03.2012, Az. [S 11 KA 257/11 ER](#), und Beschluss vom 14.03.2012, Az. [S 18 KA 237/11 ER](#)). Die Klägerin beantragt, 1. den Beschluss des Beklagten vom 18.04.2012 dahingehend abzuändern, dass die in Ziffer 6 vorgesehene Fallzahlbegrenzung auf 200 Fälle pro Quartal und die in Ziffer 7 Satz 1 vorgesehene Befristung entfällt; 2. hilfsweise den Beklagten unter Aufhebung von Ziffer 6 und Ziffer 7 Satz 1 des Beschlusses vom 18.04.2012 zu verpflichten, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. 3. den Beschluss des Beklagten vom 18.04.2012 in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 20.06.2012 dahingehend abzuändern, dass die in Ziffer 5 genannte Einschränkung der überweisungsberechtigten Ärzte entfällt; 4. hilfsweise den Beklagten unter Aufhebung des Beschlusses vom 18.04.2012 in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 20.06.2012 in Ziffer 5 zu verurteilen, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Der Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Die Fallzahlbegrenzung auf 200 Fälle sei als erforderlich, aber auch ausreichend angesehen worden. Sie trage dem Umstand Rechnung, dass das SPZ der Klägerin nur wegen einer qualitativen Versorgungslücke ermächtigt worden sei, während das SPZ am Universitätsklinikum Dresden die Ermächtigung für 300 Fälle je Quartal auch aus quantitativen Gründen erhalten habe, weshalb die Fallzahlbegrenzung für die Klägerin geringer ausfallen müsse. Wegen der Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakte der Zulassungsgremien sowie die Akten der Verfahren Az. S [11 KA 96/10](#) und S [18 KA 81/12](#) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist teilweise begründet. Der Beklagte hat über die Höhe der Fallzahlbegrenzung und die Ausgestaltung des Überweisungsvorbehalts neu zu entscheiden. Im Übrigen ist die Klage unbegründet. Hinsichtlich der Darstellung der Rechtslage wird zur Vermeidung von Wiederholungen zunächst auf die zutreffenden Ausführungen in der den Beteiligten bekannten Entscheidung der 11. Kammer vom 26.10.2011, Az. S [11 KA 96/10](#), Bezug genommen, der sich die Kammer in vollem Umfang anschließt. Der angefochtene Bescheid ist in Nr. 6 des Verfügungssatzes aufzuheben. Der Beklagte hat die Höhe der Fallzahlbegrenzung neu zu beurteilen. Der Festsetzung liegt kein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zu Grunde. An Hand der in der Begründung des Beschlusses widergegebenen Subsumtionserwägungen lässt sich nicht hinreichend erkennen und nachvollziehen, dass der Beklagte die Beurteilungsmaßstäbe für die der Fallzahlbegrenzung zu Grunde liegende Bedarfsprüfung zutreffend angewandt hat. Die Begrenzung auf 200 Fälle beruht auf einer fehlerhaften Beurteilung des Versorgungsbedarfs. Der Beklagte hat die Maßgaben aus dem Urteil der 11. Kammer zur Feststellung des ungedeckten qualitativen Versorgungsbedarfs nicht umgesetzt. Die Fallzahlbegrenzung ist nicht nachvollziehbar begründet. Der Festlegung der Fallzahlobergrenze auf 200 Fälle pro Quartal liegt ein pauschaler Abschlag in Höhe von 100 Fällen von der Fallzahlbegrenzung des SPZ am Universitätsklinikum Dresden auf 300 Fälle zu Grunde. Mit diesem Abschlag wollte der Beklagte der Einschränkung des Versorgungsauftrags des SPZ am Universitätsklinikum L. Deckung eines qualitativen Bedarfs gegenüber dem des SPZ am Universitätsklinikum Dresden Deckung auch eines quantitativen Bedarfs Rechnung tragen. Diese Herleitung der Fallzahlbegrenzung ist indessen nicht nachvollziehbar begründet. Die Bestimmung des qualitativen Versorgungsauftrags an Hand von nach Krankheitsbildern definierten Patientengruppen in Nr. 3 des Verfügungssatzes in Anlehnung an die dem SPZ am Universitätsklinikum Dresden erteilte Ermächtigung ist mit der Klage nicht angefochten und unterliegt damit nicht der Überprüfung durch das Gericht. Ebenfalls nicht angegriffen und deshalb für das Gericht bindend ist die tragende Erwägung des Beklagten, dass gegenüber der Versorgungslage bei der ersten Beschlussfassung am 24.02.2010 in quantitativer Hinsicht keine Veränderung der Versorgungslage eingetreten sei. Damit gilt die vom Sozialgericht im Urteil vom 26.10.2011, Az. S [11 KA 96/10](#), unbeanstandet gebliebene Feststellung des Beklagten in dessen Beschluss vom 18.04.2011 fort, dass nach der Etablierung eines vierten Teams am SPZ L., D.-Straße, eine quantitative Lücke zwischen Versorgungsbedarf und Leistungsangebot nicht feststellbar sei. Dass sich insoweit nachträgliche Änderungen gegenüber dem für die gerichtliche Überprüfung maßgeblichen Zeitpunkt des Beschlusses ergeben hätten, die nach Wiedereintritt in das Verwaltungsverfahren vom Beklagten hätten berücksichtigt werden müssen, namentlich, dass das vierte Team am SPZ L., D.-Straße, nicht nur ausgelastet sei, sondern sich inzwischen neue Kapazitätsengpässe mit unzumutbaren Wartezeiten aufgetan hätten, hat die Klägerin weder vorgetragen noch sind solche Umstände sonst in einer Weise zu Tage getreten, dass der Beklagte ihnen von Amts wegen im Rahmen der Neubescheidung hätte nachgehen müssen. Damit steht fest, dass der Beklagte die Fallzahlobergrenze ausschließlich zur Ausgestaltung eines Versorgungsauftrags festlegen durfte, der durch ein qualitatives Versorgungsdefizit in Abgrenzung zum Leistungsangebot des SPZ L., D.-Straße, definiert ist. Bei der Festlegung des quantitativen Umfangs dieses Versorgungsauftrags setzt der Beklagte unausgesprochen voraus, dass erstens die dem SPZ am Universitätsklinikum Dresden eingeräumte Fallzahl von 300 Fällen pro Quartal zu einem Drittel zur Deckung einer quantitativen Bedarfslücke erteilt wurde, um den Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen zu decken, die zwar mit Rücksicht auf ihre krankheits- und behinderungsbedingten Bedürfnisse und das Leistungsangebot des SPZ Dresden-Neustadt dort umfänglich betreut werden könnten, jedoch aus Kapazitätsgründen keinen Zugang zur dortigen Behandlung finden, und dass zweitens der nach Abzug dieser quantitativen Bedarfsgröße verbleibende Umfang des ausschließlich durch einen qualitativen Bedarf definierten Versorgungsauftrags des SPZ am Universitätsklinikum Dresden gerichtet auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, deren individuellen Krankheiten und Behinderungen das Leistungsangebot des SPZ Dresden-Neustadt nicht ausreichend Rechnung trägt sich mit dem Versorgungsauftrag deckt, der dem SPZ der Klägerin zur ausreichenden Deckung des nicht vom SPZ L., D.-Straße, gedeckten qualitativen Bedarfs zu erteilen ist. Beide Prämissen sind indessen nicht einmal ansatzweise durch vergleichende Analysen der Bedarfs- und Versorgungssituation in den räumlichen Versorgungsbereichen der vier SPZ beider Städte untersetzt. Schlussfolgerungen aus der Höhe der dem SPZ am Universitätsklinikum Dresden eingeräumten Fallzahlgrenze auf die bedarfsangemessene Ausgestaltung der Ermächtigung des SPZ der Klägerin sind damit in Ermangelung jeglichen Bezugs zur Versorgungsrealität am streitgegenständlichen Standort in Leipzig unzulässig. Dass der Beklagte die Zahl der im Rahmen der Ermächtigung zu betreuenden Patienten überhaupt zahlenmäßig begrenzt hat, ist dem Grunde nach nicht zu beanstanden. Gemäß [§ 119 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ist sozialpädiatrischen Zentren die Ermächtigung zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen. Mit dem Wort "soweit" hat der Gesetzgeber zum Ausdruck gebracht, dass der Umfang der Ermächtigung weder in qualitativer noch in quantitativer Hinsicht den notwendigen Bedarf an sozialpädiatrischen Leistungen übersteigen darf. Auch dem Versorgungsbedarf, der aus einem qualitativem Versorgungsdefizit abgeleitet wird, lässt sich eine Quantität beimessen, die den Versorgungsauftrag (auch) in quantitativer Hinsicht begrenzt. Die Klägerin wendet gegen die Festlegung einer Fallzahlobergrenze sinngemäß ein, dass es dieser nicht bedürfe, weil dem SPZ die Ermächtigung zur Deckung eines qualitativen Versorgungsdefizits erteilt worden sei und nicht zur Deckung einer quantitativen Bedarfslücke, die zahlenmäßig als Differenz zwischen dem Versorgungsbedarf und den zu dessen Befriedigung geeigneten anderweitigen Leistungsangeboten bestimmbar wäre. Denn

der qualitative Versorgungsbedarf resultiere gerade aus dem Fehlen bedarfsangemessener Leistungsangebote anderer Einrichtungen, deren Versorgungsauftrag gegenüber dem Versorgungsauftrag des SPZ der Klägerin quantitativ abgegrenzt werden müsste. Dieser Einwand trägt jedoch nicht der Schwierigkeit Rechnung, den bestandskräftig qualitativ definierten Versorgungsauftrag des SPZ der Klägerin an Hand ausschließlich qualitativ wirkender Kriterien gegenüber dem Versorgungsauftrag des SPZ L., D.-Straße, abzugrenzen, ohne dass es zu einer quantitativen Überschneidung gleichartiger Leistungsangebote kommt. Die Fallzahlbegrenzung widerspricht nicht dem qualitativen Versorgungsauftrag des SPZ der Klägerin, sondern sie dient vielmehr dessen sachgerechter Umsetzung. Denn die Ausgestaltung der Ermächtigung als Katalog von Krankheitsgruppen in Nr. 3 des Verfügungssatzes reicht allein nicht aus, um einer Überschreitung des qualitativ definierten Versorgungsauftrags effektiv entgegenzuwirken. Der Beklagte hat der Klägerin die Ermächtigung erteilt, um ein Defizit der sozialpädiatrischen Versorgung in den Fällen zu schließen, in denen Kinder mit besonderen Krankheitsbildern und besonderem Leistungsbedarf durch das bestehende SPZ L., D.-Straße, nicht umfassend aus einer Hand betreut werden können. Dieser Patientenkreis lässt sich indessen nur schwer durch abstrakte Zugangsvoraussetzungen mit hinreichender Bestimmtheit so eingrenzen, dass allein an Hand der Kriterien des Ermächtigungsbescheides in jedem Behandlungsfall im Voraus feststellbar wäre, ob das betreffende Kind im SPZ L., D.-Straße, ausreichend versorgt werden kann oder ob es der besonderen Erfahrungen und des speziellen Leistungsangebotes bedarf, die am SPZ der Klägerin vorgehalten werden. Denn bei der Zuweisung der SPZ-pflichtigen Kinder zu einem der beiden in Frage kommenden Zentren muss bereits frühzeitig eine Prognose getroffen werden, welchen voraussichtlichen Verlauf die Erkrankungen künftig nehmen werden und welche Behinderungen und welcher Behandlungsbedarf daraus voraussichtlich resultieren. Das Ziel der Betreuung in einem SPZ liegt gerade darin, die Leistungen umfassend in einer Hand zu bündeln und zu koordinieren und spätere Wechsel der betreuenden Einrichtung zu vermeiden. Die damit intendierte Kontinuität der Behandlung steht einer Definition der Zugangsvoraussetzungen an Hand bestimmter Leistungen, die sich möglicherweise erst im Laufe der Zeit als erforderlich erweisen, entgegen. Der ärztliche Leiter des SPZ der Klägerin, Prof. Dr. M., hat zwar in der mündlichen Verhandlung anschaulich dargelegt, dass den Kinderärzten erprobte diagnostische Instrumentarien zur Verfügung stehen, um schon frühzeitig Art und Schwere der Erkrankung beurteilen und daraus den zu erwartenden Behandlungsbedarf abschätzen zu können. Er hat dabei jedoch in erster Linie auf diejenigen Fälle abgestellt, die eine gewisse Typizität aufweisen und in denen es auf eine Abgrenzung der Fälle gegenüber dem Versorgungsangebot des bestehenden SPZ L., D.-Straße, weniger ankommt. Eine trennscharfe Definition der Zugangsvoraussetzungen an Hand des ausgleichenden Versorgungsdefizits müsste aber auch die hinsichtlich der Zuordnung problematischeren und atypischen Fälle in subsumtionsfähiger Weise berücksichtigen. Zudem wäre schon bei den von Prof. Dr. M. beschriebenen Fällen eine Übernahme der medizinischen Kriterien für die vorzugsweise Betreuung mehrfacherkrankter und schwerstbehinderter Kinder im universitären SPZ als Zugangsvoraussetzung in den Verfügungssatz eines Ermächtigungsbescheides schlicht nicht praktikabel. Das Anliegen, angesichts der Individualität des jeweiligen Krankheitsverlaufs und der sich daraus ergebenden natürlichen Prognoseunschärfe von vorn herein jegliche Überschneidungen zwischen dem Behandlungsangebot des SPZ der Klägerin und dem des SPZ L., D.-Straße, an Hand qualitativer Kriterien abstrakt auszuschließen, liefe auf den Versuch einer Quadratur des Kreises hinaus. Die Eingrenzung des Patientenkreises an Hand von Diagnosegruppen und mittels die Schwere der Krankheit umschreibender unbestimmter Rechtsbegriffe in Nr. 3 des Verfügungssatzes ist deshalb sachgerecht, allein aber nicht ausreichend, um im Vorhinein diejenigen Patienten herauszufiltern, die auf die Leistungen des SPZ der Klägerin angewiesen sind und im SPZ L., D.-Straße, nicht vollumfänglich versorgt werden könnten. Als notwendiges Korrektiv dieser in den Randbereichen nicht exakt bestimmbar Indikationen ist deshalb eine flankierende quantitative Beschränkung sachgerecht, um die Ärzte am SPZ der Klägerin selbst zu einer Priorisierung der qualitativ vom Versorgungsauftrag umfassten Zielgruppe beim Zugang zu ihrer Einrichtung zu veranlassen und gegebenenfalls an sie überwiesene Kinder, die prognostisch auch an einem nichtuniversitären SPZ ausreichend betreut werden können, nach Rücksprache mit den Zuweisern und den Ärzten eines geeigneten SPZ an jenes umzulenken. Der quantitative Umfang dieser Fallzahlbegrenzung ist so zu bemessen, dass einerseits Anreize zur Übernahme von Patienten, die nicht auf die speziellen Angebote der universitären Einrichtung angewiesen sind, vermieden werden, jedoch andererseits allen Kindern, die im Rahmen der sozialpädiatrischen Betreuung Leistungen benötigen, die am SPZ der Klägerin, aber ohne vermeidbare Wechsel der behandelnden Einrichtung nicht am SPZ L., D.-Straße, angeboten werden, auch der Zugang zum SPZ der Klägerin ohne quantitative Restriktionen gewährt wird. Bevor der Beklagte, nunmehr nach den bislang nicht umgesetzten Maßgaben der Entscheidung der 11. Kammer, den so zu bestimmenden Versorgungsbedarf neu ermittelt, hat zunächst die Klägerin selbst detailliert zu ihrem speziellen Leistungsangebot in Abgrenzung zu dem des SPZ Leipzig, Delitzscher Straße 141 und zu dessen Inanspruchnahme seit dem Vollzug der Ermächtigung vorzutragen. Ihre bisherigen Angaben genügen nicht, um einen höheren ungedeckten Versorgungsbedarf zu belegen. So ist die als Anlage K 4 vorgelegte Darstellung "Anzahl und Diagnose SPZ-pflichtiger Patienten" (Quartale IV/2008 und I/2009) nicht aussagekräftig, weil sie die Fallzahlen der in den Spezialambulanzen der Klägerin behandelten Kinder je Diagnose ausweist, ohne die unter verschiedenen Diagnosen erfassten identischen Fälle zu kennzeichnen. Ebenso wenig lässt sich den Angaben der Klägerin zum Umfang der jährlichen Inanspruchnahme der Klinikambulanzen und des SPZ entnehmen, ob es sich dabei um Patientenzahlen oder um aggregierte Quartalsfallzahlen handelt, bei denen in mehreren Quartalen vorgestellte Patienten jeweils als Fall gezählt und deshalb im Gesamtzeitraum ebenfalls mehr Male pro Kopf erfasst wurden. Da für die in den Einrichtungen der Klägerin betreuten schweren Fälle in der Regel Multimorbidität und ein dauerhafter Betreuungsbedarf typisch sind, muss angenommen werden, dass hier Patienten bzw. Behandlungsfälle mehrfach bei verschiedenen Diagnosen berücksichtigt wurden. Ohne eine Bereinigung um Doppelzählungen, handelt es sich im Ergebnis nicht um Patientenzahlen, sondern um Diagnosehäufigkeiten. Zudem entfallen mindestens 100 der in der Übersicht aufgeführten Krankheitsarten nicht auf die Indikationen des Diagnosekatalogs in Nr. 3 des Verfügungssatzes, die den Zugang zum SPZ der Klägerin im Rahmen dessen nunmehr bindend festgestellten Versorgungsauftrags eröffnen. Allein die Zahl der in den Spezialambulanzen behandelten und nach Einschätzung der Klägerin SPZ-pflichtigen Kinder sagt noch nicht zwingend etwas über das Ausmaß der qualitativen Versorgungslücke aus. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Kinder durchaus auch im SPZ L., D.-Straße, umfassend hätten betreut werden können und diesem nur deshalb nicht zugewiesen wurden, weil die Klägerin bereits vor der Ermächtigung ihres SPZ vergleichbare interdisziplinäre Versorgungsstrukturen auf der Grundlage von Ermächtigungen nach [§ 117 Abs. 1](#) und [§ 116 SGB V](#) eingerichtet hatte, deren Leistungsangebot die Nachfrage mit beeinflusst hat. Aktuellere Daten hat die Klägerin nicht ins Verfahren eingeführt. Dem statt dessen unterbreiteten Angebot, den ärztlichen Leiter des SPZ der Klägerin als Zeugen anzuhören, brauchte die Kammer nicht nachzugehen. Denn eines zeugenschaftlichen Beweises bedarf es nicht, solange die Klägerin ihrer Obliegenheit zum substantiierten Vortrag noch nicht nachgekommen ist. Dieser bleibt dem wieder aufzugreifenden Verwaltungsverfahren vorbehalten. Eine Quantifizierung des auf Grundlage der Ermächtigung zu deckenden speziellen Bedarfs setzt deshalb nach wie vor eine detaillierte Analyse der in den Einrichtungen der Klägerin erbrachten speziellen Leistungen mit den jeweiligen Fallzahlen voraus, die den ggf. im Wege der Amtshilfe bei den Kostenträgern zu erfragenden Behandlungsangeboten SPZ L., D.-Straße, gegenüberzustellen sind. Nachdem das SPZ der Klägerin auf Grund des streitgegenständlichen Ermächtigungsbescheides inzwischen seine Tätigkeit aufgenommen hat, kann der Beklagte insbesondere auf dessen nunmehr verfügbare Abrechnungsergebnisse zurückgreifen, um die Plausibilität der Angaben der Klägerin zum quantitativen Umfang des von der Ermächtigung abzudeckenden qualitativen Bedarfs zu prüfen. In diesem Rahmen steht es dem Beklagten frei, unter anderem auch den Umstand zu würdigen, dass die im SPZ der Klägerin behandelten Kinder wegen des in Nr. 5 des

Verfügungssatzes angeordneten Überweisungsvorbehaltes bereits jetzt ausschließlich auf Überweisung niedergelassener sowie in MVZ und Vertragsarztpraxen angestellter Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin die Einrichtung in Anspruch genommen haben. Dies kann in typisierender Weise als Indiz dafür gewertet werden, dass die Überweiser auf Grund der ihnen zukommenden Lotsenfunktion bereits bisher auf die Auswahl der betreuenden sozialpädiatrischen Einrichtung unter dem Gesichtspunkt der individuell angemessenen Versorgung Einfluss genommen haben. Darüber hinaus unterliegt auch der Umstand der freien Beweiswürdigung des Beklagten, dass die Klägerin bereits jetzt in ihrem SPZ Patienten in größerer Zahl betreut hat, als sie im Rahmen der angefochtenen Fallzahlobergrenze abrechnen durfte. Dies mag Ausdruck einer bewussten Entscheidung sein, ungeachtet der temporären wirtschaftlichen Einbußen zunächst in ein größeres Leistungsangebot zu investieren, um so den Bedarf für dessen künftige Legitimation durch die Zulassungsgremien belegen zu können. Es kann aber ebenso auch als Ausdruck eines unabwiesbaren Versorgungsbedarfs gewertet werden, dem die Klägerin nur durch eine Fallzahlüberschreitung Rechnung tragen konnte. Die Entwicklung der noch aufzuklärenden Leistungen des SPZ L., D.-Straße, im gleichen Zeitraum kann in die Interpretation der Indizien einbezogen werden. Die Befristung der Ermächtigung in Nr. 7 des Verfügungssatzes auf fünf Jahre ist nicht zu beanstanden. Rechtsgrundlage für die Nebenbestimmung ist [§ 32 Abs. 2 Nr. 1 SGB X](#). Auch bei der Ausgestaltung von Verwaltungsakten, auf die der Adressat einen Anspruch hat, steht den Zulassungsgremien die Befugnis zu, Nebenbestimmung nach [§ 32 Abs. 2 SGB X](#) aufzunehmen, wenn sie durch Rechtsvorschrift zugelassen sind oder wenn sie sicherstellen sollen, dass die gesetzlichen Voraussetzungen des Verwaltungsaktes erfüllt werden. Gemäß [§ 119 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ist sozialpädiatrischen Zentren die Ermächtigung nicht nur zu erteilen, soweit, sondern auch solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen. Mit dem Wort "solange" hat der Gesetzgeber die Zulassungsgremien verpflichtet, die Bedarfsentwicklung zu verfolgen und die Ermächtigung bei nachträglichem Wegfall des Versorgungsbedarfs zu beenden sowie Inhalt und Umfang der Ermächtigung nachträglichen Änderungen des Versorgungsbedarfs anzupassen. Die regelmäßige Überprüfung der Versorgungslage kann durch eine Befristung der Ermächtigung in geeigneter Weise veranlasst werden. Es kann dahin gestellt bleiben, ob hierzu die Ermächtigung dem Grunde nach der Befristung bedarf oder ob der Beklagte schon jetzt von einem auf Dauer verfestigten qualitativen Versorgungsbedarf hätte ausgehen dürfen. Denn sowohl die inhaltliche Ausgestaltung der Ermächtigung namentlich die Auswahl der Patienten in Nr. 3, der Leistungsumfang in Nr. 4 und der Facharztfilter in Nr. 5 des Verfügungssatzes als auch die Höhe der Fallzahlbegrenzung nach Nr. 6 des Verfügungssatzes bedürfen einer regelmäßigen Überprüfung und Neubeurteilung. Dabei war der Beklagte nicht gehalten, für diese Bestimmungen jeweils gesonderte, nicht auf die Ermächtigung dem Grunde nach bezogene Befristungen anzuordnen. Da eine Ermächtigung dem Grunde nach ohne nähere Ausgestaltung und Konkretisierung des Versorgungsauftrags für die Klägerin ohne Bedeutung wäre, war der Beklagte insoweit nicht verpflichtet, zwischen den Anknüpfungspunkten der Befristung zu differenzieren. Die einheitliche Befristung der gesamten Ermächtigung ist zulässig. Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 29.06.2011, Az. [B 6 KA 34/10 R](#), juris Rn. 15, indirekt bestätigt, dass auch die Ermächtigung sozialpädiatrischer Zentren befristet werden darf, wobei allerdings das Bedürfnis nach Planungssicherheit für längere Zeiträume als die im Regelfall zweijährigen Befristung von Ermächtigungen nach [§ 116 SGB V](#) für eine längere Befristungsdauer spreche. Hinsichtlich der Dauer der Befristung bei SPZ hat das Bundessozialgericht an gleicher Stelle auf den Beschluss des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 02.04.2009, Az. [L 11 KA 2/09 ER](#), juris Rn. 65, und das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 12.07.1995, Az. [L 5 Ka 644/94](#), juris Orientierungssatz 3, Bezug genommen. Nach diesen Entscheidungen darf bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei der erstmaligen Ermächtigungserteilung nicht schon von vornherein die Gewähr für eine wirtschaftlich ausreichende Patientenzahl gefordert werden. Vielmehr ist zur Überprüfung, ob sich eine ausreichende Zahl ergeben wird, bei der erstmaligen Erteilung der Ermächtigung die Geltungsdauer auf ca. drei oder vier Jahre zu befristen. Mit einer Dauer der erstmaligen Befristung von fünf Jahren ist der Beklagte hier über diese Richtgrößen sogar zu Gunsten der Klägerin hinausgegangen. Ein Ermessensfehler zu ihrem Nachteil kann darin nicht gesehen werden. Eine längere Befristungsdauer bei Folgeermächtigungen ist damit nicht ausgeschlossen. Keinen Bestand hat die Festlegung des qualifizierten Überweisungsvorbehalts in Nr. 5 des Verfügungssatzes. Bei der Ausgestaltung der Ermächtigung steht den Zulassungsgremien auf der Rechtsfolgenseite ein Ermessen zu, das im Rahmen des [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) der gerichtlichen Überprüfung auf Grundlage der in der Begründung der Entscheidung gemäß [§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) ausgewiesenen Gesichtspunkte unterliegt. Die Begründung des Beschlusses enthält hinsichtlich der Anordnung und der konkreten Ausgestaltung des Überweisungsvorbehalts keinerlei Ausführungen, so dass der Beklagte hierüber unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu beschließen und seine Entscheidung insoweit mit Gründen zu versehen hat. Entgegen der Auffassung der Klägerin ist ein Überweisungsvorbehalt keineswegs ausgeschlossen. Der hier ohne nähere Begründung angeordnete Vorbehalt einer Überweisung durch niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in MVZ und in Praxen tätige Ärzte dieser Fachgebiete hält sich dabei im Rahmen der auf Basis einer fehlerfreien Ermessensausübung zulässigen Gestaltungsmöglichkeiten. Rechtsgrundlage für die Bestimmung ist [§ 31 Abs. 7 Satz 2 Ärzte-ZV](#). Die Regelung gilt auch für die Ermächtigung von Einrichtungen (vgl. [§ 31 Abs. 1 SGB V](#)). Zu diesen gehören auch SPZ. Von der Regelung ausgenommen sind gemäß [§ 31 Abs. 7 Satz 3 Ärzte-ZV](#) lediglich ermächtigte Pflegeeinrichtungen nach [§ 119b SGB V](#), woraus zu schließen ist, dass auf gemäß [§ 119 SGB V](#) ermächtigte SPZ anzuwenden ist. Das Argument der Bevollmächtigten der Klägerin, [§ 31 Abs. 7 Satz 1 und 2 Ärzte-ZV](#) gelte nicht für die Ermächtigung von Einrichtungen nach [§ 119 SGB V](#), unterschlägt den für die Norminterpretation wesentlichen Wortlaut des [§ 31 Abs. 7 Satz 3 Ärzte-ZV](#) und dringt nicht durch. Die Kammer vermag sich nicht den von der Klägerin aufgegriffenen Einwänden aus dem Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 24.06.1993, Az. [L 5 Ka 35/92](#), anschließen, für einen Überweisungsvorbehalt sei kein Raum, weil den Kindern der Zugang zum SPZ ohne Umwege über einen Arzt, der gerade nicht in der Lage sei, den Behandlungsbedarf zu decken, gewährt werden müsse. Die Entscheidung greift damit die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Unzulässigkeit von Überweisungsvorbehalten bei Ermächtigungen nach [§ 116 SGB V](#) wegen eines quantitativen oder qualitativen Versorgungsdefizits in Abgrenzung zu zulässigen Überweisungsvorbehalten bei Ermächtigungen zur konsiliarischen Mitwirkung an der vertragsärztlichen Behandlung auf (Urteil vom 15.03.1995, Az. [6 RKa 27/94](#), juris Rn. 13 f.; Beschluss vom 20.04.1998, Az. [B 6 KA 36/97 B](#), juris Rn. 7). Sie trägt jedoch den Besonderheiten der sozialpädiatrischen Versorgung nicht ausreichend Rechnung. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#) lässt sich auf die Ermächtigung von SPZ nicht ohne Weiteres übertragen. Denn es geht hier nicht darum, Versicherten überhaupt den Zugang zur Behandlung bei quantitativen Versorgungsdefiziten oder zu speziellen, anderweitig nicht verfügbaren Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei evidentem Behandlungsbedarf zu ermöglichen, anderenfalls die betroffenen Kinder und Jugendlichen unversorgt blieben. Es handelt sich bei SPZ um eine institutionelle Sonderform interdisziplinärer ambulanter Krankenbehandlung, die eine ganzheitliche Behandlung durch integrierte medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen im fachübergreifenden Rahmen ermöglichen soll (vgl. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren [Hrsg.], Altöttinger Papier, Neuauflage 2009, <http://www.dgspj.de/media/AltottingerPapier.xps>, Seite 11; Deutscher Bundestag, Drucksache 11/2237, Seite 202). Die Behandlung durch SPZ ist gemäß [§ 119 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Dies setzt notwendig eine Evaluation des individuellen Versorgungsbedarfs in seiner der Krankheit und Behinderung entsprechenden

Komplexität und eine Beurteilung der verfügbaren ambulanten Versorgungsstrukturen im jeweiligen Einzelfall voraus. Ein Überweisungsvorbehalt lässt sich somit durch das Anliegen rechtfertigen, vor der Inanspruchnahme eines SPZ zunächst fachkundig klären zu lassen, ob ein Kind im konkreten Fall wegen der Schwere und Komplexität seiner Erkrankungen sowie der Art und des Ausmaßes seiner Behinderungen und Teilhabedefizite der besonderen Betreuungsangebote eines SPZ bedarf oder ob die außerhalb von SPZ angebotenen ärztlichen Versorgungsangebote bedarfsweise in Kooperation mit anderen Leistungserbringern ausreichen und gegebenenfalls welche Einrichtung zur Übernahme der sozialpädiatrischen Versorgung des Kindes geeignet ist. Zu dieser Einschätzung sind niedergelassene und in MVZ und Praxen angestellte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wegen ihrer zentralen Funktion im System der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen als "pädiatrische Hausärzte" am Besten in der Lage. Diese können die Grenzen der pädiatrischen Betreuung außerhalb des SPZ am sachlichsten beurteilen. Insbesondere kann es nicht den Eltern des Kindes überlassen bleiben, darüber zu befinden, ob die Leistungserbringer außerhalb des (universitären) SPZ mit der umfassenden Betreuung des Kindes überfordert sein werden oder nicht. Wie die Bevollmächtigten der Klägerin selbst zutreffend formulieren, kommt es beim Zugang zu einem SPZ darauf an, einzuschätzen, ob ein Kind der ganzheitlichen Komplexleistung des SPZ bedarf. Hierzu bedarf es zunächst der fachkundigen Feststellung, ob das Kind im konkreten Fall mit den Betreuungsangeboten außerhalb des SPZ ausreichend versorgt ist oder nicht. Die von der Klägerseite zitierte Entscheidung des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 24.06.1993 geht von der vereinfachenden Annahme aus, dass es für Kinder, die der Versorgung in einem SPZ bedürfen, keine geeigneten Behandlungsmöglichkeiten außerhalb eines solchen gebe. Dies impliziert, dass ein niedergelassener oder an einem MVZ bzw. in einer Praxis angestellter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin generell nicht in der Lage wäre, sinnvolle Entscheidungen über die weitere Behandlung eines Kindes zu treffen, wenn dieses zum Kreis der in SPZ zu versorgenden Patienten gehören sollte. Dies ist offensichtlich unzutreffend. Tatsächlich werden schon wegen der Konzentration der SPZ an nur sechs Standorten in Sachsen die dort betreuten Kinder daneben regelmäßig auch durch niedergelassene oder angestellte Kinderärzte kontinuierlich wohnortnah versorgt (z.B. zur Behandlung einfacher Erkrankungen ohne Komplikationen, zur Primärprävention, zum Ausstellen von Folgeverordnungen u.s.w.) und stellen sich im SPZ nur im Intervall, z.B. quartalsweise, vor. Zudem verkennt die Entscheidung die Koordinierungs- und Lotsenfunktion des Kinderarztes, in dessen Kompetenz es auch und gerade liegt, zu entscheiden, ob das Kind durch die Betreuungsangebote außerhalb des SPZ ausreichend und angemessen versorgt ist oder ob die Schwere und Komplexität des Krankheitsgeschehens und der hieraus resultierenden funktionellen und Teilhabedefizite eine komplexe fachübergreifende Betreuung durch ein SPZ aus einer Hand angezeigt sein lassen. Zu dieser Einschätzung ist auch im interdisziplinären Versorgungsgefüge ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin besser geeignet als andere Fachärzte, die jeweils zur Behandlung der in ihr Fachgebiet fallenden Schädigungen oder Störungen herangezogen werden. Es ist deshalb nicht ermessensfehlerhaft, wenn die Zulassungsgremien den Kreis der Überweiser nicht auf Fachärzte für Allgemeinmedizin erstrecken. Zwar wären auch diese im Rahmen der hausärztlichen Versorgung berechtigt und grundsätzlich in der Lage, auch Erkrankungen auch bei Kindern und Jugendlichen zu behandeln. Wegen der fehlenden Spezialisierung auf Kinder und Jugendliche können sie indessen von vorn herein nicht über die selbe Erfahrungsbreite bei der Versorgung der für eine sozialpädiatrische Betreuung nach [§ 119 SGB V](#) in Betracht kommenden schwer- bzw. mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher die selbst in kinderärztlichen Praxen nur einen Bruchteil der Patientenklientel ausmachen verfügen wie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Eine Ausnahme mag für Hausärzte gelten, die über eine Qualifikation als Kinder- und Jugendmediziner nach der Weiterbildungsordnung verfügen, ohne ausschließlich für diesen Schwerpunkt zugelassen zu sein, und die im Rahmen ihrer hausärztlichen Praxis neben Erwachsenen in wesentlichem Umfang auch Kinder und Jugendliche vertragsärztlich behandeln. Aus diesem Grunde haben die Zulassungsgremien in Sachsen die Befugnis zur Überweisung an die SPZ in Dresden-Neustadt, am Universitätsklinikum Dresden und an den Elblandkliniken Riesa auf eine Reihe jeweils namentlich bezeichneter Praktischer Ärzte und Allgemeinmediziner mit pädiatrischer Zusatzqualifikation erstreckt. Einen solchen Ausnahmefall im Einzugsbereich ihres SPZ hat die Klägerin nicht benannt. Es handelt sich damit bislang um einen nur abstrakt denkbaren Fall, der keiner Berücksichtigung im Rahmen des Ermächtigungsbescheides bedarf. Es bleibt der Klägerin unbenommen, im Rahmen der Neubescheidung eine Erweiterung des Kreises der Überweiser zu beantragen, falls Allgemeinmediziner oder Praktische Ärzte, die an der pädiatrischen Versorgung teilnehmen, als geeignete Überweiser in Frage kommen. Aus dem gleichen Grund hat die Klägerin keinen Anspruch auf Zugang der Patienten auf Überweisung ermächtigter Ärzte. Der Zweck des Überweisungsvorbehalts, vorab die Indikation für die sozialpädiatrische Versorgung unter Berücksichtigung der Schwere und Komplexität der Krankheiten und Behinderungen sowie der verfügbaren Versorgungsangebote zu prüfen, schließt zwar nicht aus, auch ermächtigte Ärzte in den Kreis der Überweiser einzubeziehen. Dies gilt jedoch nur, wenn deren Versorgungsauftrag sich wegen einer quantitativen Bedarfsücke auf die volle Breite der kinderärztlichen Leistungen und die umfassende Betreuung bzw. Koordinierung der Behandlung des Kindes erstreckt. Solche Ermächtigungen sind indessen in Sachsen bislang nicht in Kraft getreten. Ausweislich der aktuellen Verzeichnisse ermächtigter Ärzte sind den an den Krankenhäusern tätigen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin nur qualitativ begrenzte Versorgungsaufträge für spezielle Leistungen bzw. zur Behandlung spezieller Krankheitsbilder erteilt worden. Keiner dieser Ärzte tritt an die Stelle des pädiatrischen Hausarztes. Auch insoweit müssen die Zulassungsgremien ihre Entscheidung nicht auf einen zur Zeit nur abstrakt denkbaren Versorgungsfall hin nicht ausrichten. Der Beklagte hat den Kreis der Überweiser entsprechend der Ermächtigung des SPZ L., D.-Straße, auf Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie erstreckt. Dies erscheint wegen des abweichenden Patienten- und Leistungsspektrums des SPZ der Klägerin nicht zwingend. Denn Kinder- und Jugendpsychiater verfügen über die notwendige Expertise zur Beurteilung des Versorgungsangebots außerhalb des SPZ in erster Linie in den Fällen, in denen der Schwerpunkt der Störung bzw. Schädigung auf psychiatrischem Fachgebiet liegt. Der Indikationskatalog für den Zugang zum SPZ der Klägerin in Nr. 3 des Verfügungssatzes beschränkt die einschlägigen Diagnosen auf psychiatrischem Fachgebiet aus Kapitel V ICD-10 indessen auf sekundär auftretende neurotische und psychiatrische Komplikationen bei bestehender Behinderung (Nr. F60-99), also auf Fälle, in denen die umfassende Einschätzung des sozialpädiatrischen Versorgungsbedarfs wegen der Primärerkrankungen und Behinderungen am besten ebenfalls unter Mitwirkung eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin getroffen werden kann. In sachgerechter Auslegung des Klagebegehrens ([§ 123 SGG](#)) stellt sich die Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiater in den Überweiserkreis allerdings als rechtliches Minus zur begehrten vollständigen Aufhebung des Überweisungsvorbehalts dar, weil sie die angefochtene Zugangsbegrenzung partiell durchbricht. Sie ist damit für die Klägerin nicht mit einer selbständigen Beschwerde verbunden und deshalb von der Anfechtung nicht mit umfasst. Soweit der Beklagte im Rahmen der Neubescheidung auf einen Überweisungsvorbehalt nicht völlig verzichtet, steht das Verbot einer reformatio in peius insoweit einer Änderung der Regelung zu Lasten der Klägerin entgegen. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen deshalb ebenso wie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin auch im Rahmen eines evtl. erneut angeordneten Überweisungsvorbehalts überweisungsbefugt bleiben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO](#) in Verbindung mit [§ 197a Abs. 1 SGG](#), die Festsetzung des Streitwertes auf [§ 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](#).

Wie bereits im Verfahren Az. S [11 KA 96/10](#) geht das Gericht von einer pauschalisierten Bewertung der bereits erteilten Ermächtigung mit 5.000,00 EUR (vgl. [§ 52 Abs. 2 GKG](#)) je Quartal aus. Allerdings ist dieser Wert nicht mit der ausgesprochenen Befristungsdauer von fünf

Jahren, sondern mit drei Jahren zu vervielfältigen. Denn zum einen ist gerade die Befristung auf fünf Jahre angefochten und deshalb der über fünf Jahre hinausgehende Ermächtigungszeitraum streitig. Zum anderen ist die zeitliche Grenze von drei Jahren entsprechend [§ 47 Abs. 1 und 2 GKG](#) zu beachten.

Von dem sich hieraus ergebenden Wert der Ermächtigung (60.000 EUR) ist nur die Hälfte als Streitwert heranzuziehen. Denn hier steht nicht die Ermächtigung als solche im Streit, sondern nur drei selbständig überprüfbare Bestimmungen zu deren Ausgestaltung (Fallzahlbegrenzung, Befristung und Überweisungsvorbehalt).

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2014-06-10