

## L 11 KA 50/17

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

11  
1. Instanz  
SG Aachen (NRW)  
Aktenzeichen  
S 7 KA 3/16

Datum  
09.06.2017  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 11 KA 50/17

Datum  
14.11.2018  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 4/19 B  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 09.06.2017 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens auch im zweiten Rechtszug. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist der Umfang der Überweisungsbefugnis des Klägers als zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigter Krankenhausarzt.

Der Kläger ist Facharzt für Chirurgie - Unfallchirurgie und Visceralchirurgie - und Chefarzt der Abteilung Chirurgie am St.-F-Krankenhaus in K. Seit 2010 ist er als Krankenhausarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Dabei wurden die zeitlich befristet erteilten Ermächtigungen auf bestimmte Arten von Überweisungen sowie auf konkret benannte, chirurgische Behandlungsleistungen beschränkt, insbesondere Behandlungen von Problemwunden sowie des Stütz- und Bewegungsapparats. Für die Zeit ab dem 01.10.2013 wurde der Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) geändert. Gemäß der Neuregelung sind Krankenhausärzte nicht mehr per se mit ihrer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Tätigkeit berechtigt, Patienten (weiter) zu überweisen. Vielmehr bedürfen sie nun einer ausdrücklichen Befugnis hierzu in der Ermächtigung, die die einzelnen Leistungen der Überweisungsbefugnis festlegt.

Mit Auslaufen seiner letzten nach altem Recht erteilten Ermächtigung zum 31.12.2014 beantragte der Kläger am 18.09.2014 erstmals, nicht nur die Ermächtigung zu erneuern, sondern ihm darüber hinaus auch die Befugnis zu erteilen, die Patienten wegen bestimmter, von ihm im Einzelnen auf 13 Seiten aufgelisteter Gebührenordnungspositionen (GOPen) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zu überweisen. Die Beigeladene zu 1) wandte bezüglich einzelner der beantragten Überweisungsbefugnisse ein, dass es hierfür nach dem bisherigen Überweisungsverhalten des Klägers an einem entsprechenden Bedarf fehle. Der Kläger widersprach und legte dar, weswegen aus seiner Sicht auch in Bezug auf diese Fallgestaltungen es sinnvoll und notwendig erscheine, die beantragten Überweisungsbefugnisse vollständig zu erteilen. Während des Verwaltungsverfahrens wurde die Ermächtigung des Klägers mehrfach kurzzeitig und vorläufig "im bisherigen Umfang" verlängert.

Dem Antrag auf weitere Verlängerung der bisherigen Ermächtigung und zugleich auf Erteilung der begehrten Überweisungsbefugnisse gab der Zulassungsausschuss mit Beschluss vom 16.03.2016, ausgefertigt am 06.04.2016, nur in folgendem, bezüglich der beantragten Überweisungsleistungen eingeschränktem Umfang für die Zeit vom 01.04.2016 bis zum 31.03.2018 statt:

"I. IV. Überweisungsbefugnis gem. § 24 Abs. 2 BMV-Ä für folgende Leistungen an:

1. Die Facharztgruppe Neurologie nach den Nrn. 01600, 01601, 16210, 16211, 16212, 16220, 16222, 16232, 16310, 16311, 16320, 16321 und 16322 EBM,
2. Die Facharztgruppe Pathologie nach den Nrn. 01600, 01601 und 19310 EBM,
3. Die Facharztgruppe Plastische und Ästhetische Chirurgie bzw. Radiologie nach den Nrn. 01321, 01600, 01601, 07212, 07220 und 34233 EBM,
4. Die Facharztgruppe Laboratoriumsmedizin nach den Nrn. 01600, 01601, 32050, 32056, 32057, 32058, 32065, 32066, 32068, 32069, 32070, 32071, 32074, 32075, 32081, 32082, 32083, 32112, 32113, 32120, 32212, 32324, 32460, 32721, 32726, 32727, 32745, 32750,

32760, 32762 und 32767 EBM.

Leistungen, die durch den Krankenhausträger gemäß [§ 115b SGB V](#) angezeigt wurden oder für die das Krankenhaus gemäß 116b SGB V zugelassen ist, sind von dieser Ermächtigung ausgenommen."

Zur Begründung führte der Zulassungsausschuss aus, eine Überweisungsbefugnis an die Facharztgruppen Anästhesiologie, Chirurgie und Plastische Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Nuklearmedizin, Psychologie, Radiologie/Strahlentherapie und Urologie werde nicht genehmigt, da in den letzten acht Quartalen vom Kläger keine Überweisungen an jene Facharztgruppen veranlasst worden seien. Überweisungen an die Facharztgruppe Urologie hätten darüber hinaus nicht veranlasst werden dürfen, da es sich um postoperative Komplexe auf Überweisung durch den Operateur handele und der Kläger im Rahmen der Ermächtigung keine ambulanten Operationen durchführe. Den hiergegen vom Kläger eingelegten Widerspruch wies der Beklagte zurück (Beschluss vom 06.07.2016, ausgefertigt am 26.07.2016).

Hiergegen hat der Kläger Klage erhoben und die Ansicht vertreten, die Vorschrift des § 24 Abs. 2 Satz 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) fordere keine Bedarfsprüfung der Überweisungsbefugnis, wie sie vom Beklagten durchgeführt worden sei. Im Übrigen belegten die Überweisungszahlen der letzten acht Quartale lediglich, dass er mit Überweisungen kritisch umgehe und vom Normgeber befürchtete Ringüberweisungen innerhalb des Krankenhauses vermeide. Die Entscheidung des Beklagten sei umständlich, zeitraubend und kostenträchtig. Sie bedeute, dass Patienten, die Überweisungen zu einer bestimmten Facharztgruppe benötigten, zunächst von ihm an den Hausarzt verwiesen werden müssten, welcher sie zum ermächtigten Arzt überweise.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt,

den Beschluss vom 06.07.2016 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über seinen Widerspruch gegen den Bescheid des Zulassungsausschusses für Ärzte Köln vom 16.03.2016 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladene zu 1) haben beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beigeladenen zu 2) bis 6) haben keinen Antrag gestellt.

Das Sozialgericht (SG) Aachen hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 09.06.2017) und ausgeführt, der Kläger habe keinen Anspruch auf die erstrebte Ermächtigung; es fehle an dem insoweit erforderlichen besonderen Versorgungsbedarf für eine umfassende Überweisungsbefugnis. Soweit der Kläger argumentiere, § 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä fordere für die streitbefangene Überweisungsbefugnis keine Bedarfsprüfung, verkenne er, dass diese Vorschrift ausdrücklich auf die Ermächtigung verweise ("Überweisungen durch ermächtigte Ärzte sind zulässig, soweit die Ermächtigung dies vorsieht"). Die materiellen Voraussetzungen für die Ermächtigung fänden sich in [§ 116 Satz 1](#) und 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. § 31a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und sähen eine Bedarfsprüfung bereits ihrem Wortlaut nach vor. Systematische Erwägungen bestätigten diese Überlegung; denn die materiellen Voraussetzungen für die Ermächtigung seien allein in [§ 116 Satz 1](#) und 2 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Satz 1 Nr.1 und Satz 2 Ärzte-ZV, nicht aber in § 24 Abs. 2 BMV-Ä geregelt. Bezüglich des zu prüfenden Versorgungsbedarfs sei zu berücksichtigen, dass den Zulassungsgremien ein nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zustehe. Die gerichtliche Überprüfung beschränke sich auf die Fragen, ob der VerwaltungskeineentKeinescheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liege, ob die Zulassungsgremien die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffes ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet haben, dass die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar sei. Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe sei die Entscheidung des Beklagten nicht zu beanstanden. Soweit der Kläger ausführe, angesichts der lediglich in beschränktem Umfang erteilten Ermächtigung bedürften die Patienten im Falle notwendiger Überweisungen eines "Umwegs" über den Hausarzt, folge dies aus der dem geltenden Gesetzesrecht entspringenden Systematik, nach der der Hausarzt den Patienten an einen Facharzt überweise und dieser ggf. weiter an den ermächtigten Krankenhausarzt.

Das Urteil wurde dem Kläger am 28.07.2017 zugestellt. Er hat hiergegen am 07.08.2017 Berufung eingelegt und vorgetragen: Das SG verkenne, dass die [§ 116 SGB V](#) und § 31a Ärzte-ZV Überweisungen nicht ausdrücklich nennen und daher auch nicht regeln würden. Der Gesetzgeber sei bei Erlass dieser Norm davon ausgegangen, dass Überweisungen grundsätzlich von einer Ermächtigung mitumfasst seien. Für Überweisungen könne zudem denklogisch nur ein sekundärer Bedarf bestehen. So werde für die Erteilung von Ermächtigungen primär geprüft, ob die Leistungen des Krankenhausarztes für das System der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich seien, also ohne die Ermächtigungen dort fehlen würden. Ob darüber hinaus ein Bedarf an weiteren Überweisungen, also einer Unterstützung des ermächtigten durch andere Vertragsärzte bestehe, lasse sich erst im konkreten Einzelfall erkennen und nicht pauschal prognostizieren. Eine Bedarfsprüfung in Bezug auf die Überweisungsbefugnis könne daher allenfalls eine Zweckmäßigkeitprüfung sein, denn es sei nicht vorhersehbar, welche zusätzlichen Ärzte künftig hinzugezogen werden müssten. Die vom Beklagten vorgenommene Prüfung anhand bisheriger Überweisungen sei im Übrigen bei der erstmaligen Ermächtigung eines Krankenhausarztes untauglich. Gegen eine Rechtsgrundverweisung spreche auch der Normzweck des § 24 BMV-Ä. Dieser bestehe darin, die Überweisungsbefugnis auf bestimmte EBM-Ziffern zu beschränken, damit unwirtschaftliche Ringüberweisungen vermieden werden. Nicht bezweckt sei jedoch, eine sinnvolle Behandlung durch den ermächtigten Arzt zu erschweren oder dem Versicherten unnötige Wege aufzuerlegen. Insoweit gingen die Ausführungen zur Lotsenfunktion des Hausarztes im Urteil des SG fehl. Schließlich habe der Beklagte seinen Beurteilungsspielraum überschritten, indem er den unbestimmten Rechtsbegriff "Bedarf" falsch ausgelegt habe. Der Bedarf in Bezug auf eine Überweisungsbefugnis sei etwas vollkommen anderes als der Bedarf vertragsärztlicher Leistungen. Für Letzteren sei selbstverständlich die Nachfrage der Leistungen in der Vergangenheit und - prognostisch - für die Zukunft zu ermitteln. Die Überweisungsnotwendigkeit ergebe sich jedoch erst in der konkreten Behandlungssituation. Die streitgegenständliche Überweisungsbefugnis habe sich auf die bis zum 31.03.2018 befristete Ermächtigung bezogen. Das Ende der Befristung sei inzwischen erreicht. Er habe aber ein berechtigtes Interesse feststellen zu lassen, dass der Beklagte die streitbefangene Überweisungsbefugnis zu Unrecht eingeschränkt habe. Es bestehe die Gefahr, dass dies auch künftig geschehen werde. Für die Zeit ab dem 01.04.2018 sei das tatsächlich auch der Fall. Er stelle daher seinen Klageantrag auf einen Fortsetzungsfeststellungsantrag um.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des SG Aachen vom 09.06.2017 abzuändern und festzustellen, dass der Beschluss des Beklagten vom 06.07.2016 rechtswidrig ist.

Der Beklagte und die Beigeladene zu 1) beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie nehmen Bezug auf ihr bisheriges Vorbringen und das Urteil des SG.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, der Verwaltungsvorgänge des Beklagten und jener des Zulassungsausschusses Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das SG hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Der Beschluss des Beklagten vom 06.07.2016 war nicht rechtswidrig. Er beschwert den Kläger nicht i.S.v. [§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die Berufung ist zulässig, insbesondere ist sie form- und fristgerecht eingelegt ([§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Sie ist jedoch unbegründet.

I. Der Kläger hat zulässigerweise seine ursprüngliche Bescheidungsklage auf eine Fortsetzungsfeststellungsklage umgestellt. Ein Gericht spricht auf Antrag durch Urteil aus, dass ein Verwaltungsakt rechtswidrig ist, wenn sich dieser zuvor durch Zurücknahme oder auf andere Art erledigt hat ([§ 131 Abs. 1 Satz 3 SGG](#); Senat, Urteil vom 17.01.2018 - [L 11 KR 302/17](#) -; Urteil vom 29.06.2016 - [L 11 KA 5/15](#) -). Hier hat der streitgegenständliche Beschluss des Beklagten vom 06.07.2016 durch Zeitablauf seine Rechtswirkungen verloren und sich damit erledigt. Er regelte die streitgegenständliche Überweisungsbefugnis nur für die Zeit vom 01.04.2016 bis zum 31.03.2018. Der Kläger hat jedoch weiterhin ein berechtigtes Interesse an der Feststellung, ob der ursprüngliche Beschluss rechtswidrig war und ihn in seinen Rechten belastete, denn die Beklagte lehnt fortlaufend die von ihm begehrten (zusätzlichen) Überweisungsbefugnisse ab ([§ 131 Abs. 1 Satz 3 SGG](#); Senat, Urteil vom 17.01.2018 - [L 11 KR 302/17](#) -; Urteil vom 29.06.2016 - [L 11 KA 5/15](#) -).

II. Die zulässige Klage ist unbegründet. Der Kläger kann nicht beanspruchen, dass festgestellt wird, der Beschluss des Beklagten vom 06.07.2016 sei rechtswidrig gewesen. Anspruchsgrundlage der im Beschluss ausgesprochenen und in Bezug auf die vom Kläger begehrte Weiterüberweisungsbefugnis eingeschränkte Ermächtigung ist [§ 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä](#) i.V.m. [§ 116 Satz 1](#) und 2 SGB V und [§ 31a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) und Satz 2 [Ärzte-ZV](#) im Sinne einer Rechtsgrundverweisung.

1. Der Beklagte hat [§ 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä](#) zu Recht angewandt. Die Vorschrift ist zum 01.10.2013 in Kraft getreten, erfasst also den streitbefangenen Zeitraum vom 01.04.2016 bis zum 31.03.2018. Die dem Kläger erteilten Ermächtigungen waren stets zeitlich befristet. Die letzte Befristung vor dem ab dem 01.04.2016 beginnenden Zeitraum lief Ende März 2016 aus. Der Beklagte hat [§ 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä](#) nicht auf einen zurückliegenden Zeitraum bezogen. Verfassungsrechtliche Bedenken wegen einer (un-) echten Rückwirkung bestehen daher nicht. Dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Auffassung vertritt, [§ 24 Abs. 2 Nr. 4 BMV-Ä](#) gelte nur für die ab dem 01.10.2013 "neu ermächtigten" Ärzte (DÄ 2013, A-2104; Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02.04.2014 - B [6 KA 20/23 R](#) -), ändert nichts daran, dass die Beklagte die Vorschrift zu Recht angewandt hat. Der Kläger war zwar bereits 2010 erstmals zur vertragsärztlichen Tätigkeit ermächtigt worden, dies aber nur zeitlich befristet. Deswegen hat er stets kurz vor Ablauf der Befristungen eine "erneute" Ermächtigung beantragt. Es handelte sich also auch bei ihm in Bezug auf den streitbefangenen Zeitraum um einen "neu" zu ermächtigenden Arzt. Im Übrigen handelt es sich beim [BMV-Ä](#) um eine zweiseitige Vereinbarung. Aus dem Verständnis des Normenkomplexes durch nur einen Vertragspartner kann somit - wenn überhaupt - nur eingeschränkt auf den von beiden Vertragspartnern gewollten Inhalt der Vereinbarung geschlossen werden. KBV und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) waren schließlich dazu ermächtigt ([§§ 82 Abs. 1, 72 Abs. 2 SGB V](#)), eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten (auch) durch Normierung der Weiterüberweisungsbefugnis von ermächtigten Ärzten in [§ 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä](#) zu regeln. Das BSG hat insoweit ausgeführt (Urteil vom 02.04.2014 - [B 6 KA 20/13 R](#) -):

"Grundsätzlich nicht zu beanstanden ist auch [§ 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä](#) in der seit dem 01.10.2013 geltenden Fassung (vgl. DÄ 2013, A-1809). Danach sind Überweisungen durch ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte nur noch zulässig, soweit die Ermächtigung dies vorsieht; in der Ermächtigung sind die von der Überweisungsbefugnis umfassten Leistungen festzulegen."

2. Der Beklagte hat [§ 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä](#) auch zutreffend angewandt, indem er einen Bedarf für die begehrten (Weiter-) Überweisungen geprüft und diesen verneint hat, soweit der Kläger von seiner vor dem streitigen Zeitraum bestehenden Möglichkeit zur Weiterüberweisung (zumindest) acht Quartale lang keinen Gebrauch gemacht hat. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut der Vorschrift sowie ihrer systematischen und teleologischen Auslegung.

a) [§ 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä](#) lautet: "Überweisungen durch ermächtigte Ärzte sind zulässig, soweit die Ermächtigung dies vorsieht; in der Ermächtigung sind die von der Überweisungsbefugnis umfassten Leistungen festzulegen". Nach dem Wortlaut der Vorschrift sind Überweisungen durch einen ermächtigten (Krankenhaus-) Arzt seit dem 01.10.2013 also nicht mehr per se zulässig, sondern nur noch, "soweit die Ermächtigung dies vorsieht" und dabei die von der "Überweisungsbefugnis umfassten Leistungen" festgelegt worden sind. Die Norm sieht einerseits zwingend eine ausdrückliche Ermächtigung zur Weiterüberweisung vor, regelt aber andererseits nicht selbstständig deren Voraussetzungen, sondern nimmt insoweit auf die dem Arzt erteilte "Ermächtigung" Bezug. Die diese Ermächtigung regelnden gesetzlichen Vorschriften ([§ 116 Satz 1](#) und 2 SGB V und [§ 31a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) und Satz 2 [Ärzte-ZV](#)) sehen eine Bedarfsprüfung ausdrücklich vor ("Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten nach Satz 1 nicht sichergestellt wird."). Dass [§ 116 Satz 1](#) und 2 SGB V und [§ 31a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) und Satz 2 [Ärzte-ZV](#) dabei die Befugnis zur Weiterüberweisung nicht ausdrücklich nennen, liegt darin begründet, dass die Ermächtigung generell bedarfsabhängig geregelt wird. Für einzelne Gesichtspunkte der

Ermächtigung, wie z.B. die Befugnis zur Weiterüberweisung, soll nichts anderes gelten.

b. Das Ergebnis der Wortlautauslegung wird durch die systematische Auslegung bestätigt. Die Vertragspartner des BMV-Ä haben eigene Regelungen zu Ermächtigungen nach [§ 116 Satz 1](#) und 2 SGB V und § 31a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 Ärzte-ZV ausschließlich im 3. Abschnitt "Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung" und dort - soweit für den vorliegenden Fall relevant - in § 4 "Zulassung und Ermächtigung" sowie in § 5 "Ermächtigung zur Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen" getroffen. Eine eigenständige, bedarfsunabhängige Prüfung der Ermächtigung zur Weiterüberweisung ist dort nicht geregelt. Dies entspricht der Gesetzessystematik, die grundsätzlich eine bedarfsabhängige Ermächtigung von Ärzten ([§ 116 Satz 1](#) und 2 SGB V und § 31a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 Ärzte-ZV) und nur in hier nicht vorliegenden Ausnahmefallgestaltungen bedarfsunabhängige Institutsermächtigungen vorsieht ([§§ 117 ff SGB V](#); vgl. hierzu BSG, Urteil vom 16.12.2015 - [B 6 KA 40/14 R](#) - m.w.N.). Insoweit würde es auch an einer gesetzlichen Rechtsgrundlage fehlen, wenn § 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä die Ermächtigung der zugelassenen Ärzte bedarfsunabhängig regeln würde.

c) Wortlaut und Systematik der gesetzlichen Regelungen waren der KBV und dem GKV-Spitzenverband bei der Neuregelung des § 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä zum 01.10.2013 bekannt. Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Vertragspartner davon abweichen wollten, insbesondere finden sich solche Anhaltspunkte nicht im Wortlaut der Vorschrift. Das gilt auch für die nicht belegte Behauptung des Klägers, die Vorschrift habe ausschließlich "unwirtschaftliche Ringüberweisungen verhindern" sollen.

Dass Versicherte künftig in äußerst seltenen, derzeit noch nicht einmal vom Kläger konkret beschreibbaren (Weiter-) Überweisungsfällen den "Umweg" über den Hausarzt nehmen müssen, ist dem System der nur beschränkt zu erteilenden Ermächtigungen nach [§ 116 Satz 1](#) und 2 SGB V und § 31a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 Ärzte-ZV immanent. Der Gesetzgeber hat gerade keinen Auffangtatbestand geschaffen, der ermächtigte Krankenhausärzte zu allem und jedem ermächtigt, was nur denkbar, aber nicht konkret prognostizierbar ist und von zugelassenen Vertragsärzten an vertragsärztlichen Leistungen nicht erbracht werden kann. Insoweit nimmt die Befugnis zur Weiterüberweisung keine Sonderstellung ein und fordert daher auch auf der Tatbestandsseite keine besondere Behandlung. Im Übrigen können solche "Umwege" bei späteren Ermächtigungsprüfungen berücksichtigt werden.

d) Der Beklagte hat im angefochtenen Beschluss vom 06.07.2016 die von der "Überweisungsbefugnis umfassten Leistungen" konkret festgelegt. Er hat dazu einerseits die Arztgruppe, an die überweisen werden darf, und andererseits die GOPen des EBM, die die einzelnen Leistungen umschreiben, angegeben. Diese Art der Festlegung entsprach dem Antrag auf Ermächtigung und steht nicht im Widerspruch zum Wortlaut des § 24 Abs. 2 Satz 4 BMV-Ä, sie beschwert den Kläger daher nicht ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Den Bedarf an Weiterüberweisungen hat der Beklagte danach bemessen, ob der Kläger in den letzten zwei Jahren (acht Quartalen) vor Erlass des Beschlusses Überweisungen der beantragten Art veranlasst hatte. Der Beklagte hat insoweit den Sachverhalt vollständig ermittelt und die seiner Entscheidung zugrundeliegenden Überlegungen nachvollziehbar dargelegt. Den ihm zustehenden, gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraum bei Beantwortung der Frage, ob die Weiterüberweisungsermächtigung zu einer Verbesserung der Versorgung führt (BSG, Urteil vom 16.12.2015 - [B 6 KA 37/14 R](#) - m.w.N.; Senat, Urteil vom 05.10.2016 - [L 11 KA 63/15 -](#)), hat er nicht überschritten. Vielmehr entspricht diese Art der Prognoseentscheidung auf Basis von in der Vergangenheit aufgetretenen Bedarfen der im Rahmen der [§ 116 Satz 1](#) und 2 SGB V und § 31a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 Ärzte-ZV üblichen Vorgehensweise (vgl. grds. zur Bedarfsermittlung: Köhler-Hohmann in jurisPK-SGB V, 3. Auflage, 2016, § 116 Rn. 40; Gamperl in KassKomm SGB V, 101. EL, September 2018, § 116 Rn. 12). Soweit der Beklagte hier ausschließlich auf die Überweisungszahlen des Klägers zurückgegriffen hat und nicht auf diejenigen zugelassener Vertragsärzte, liegt dies in der Natur der streitbefangenen Materie (Weiterüberweisungsbefugnis) begründet. Sie kann nur bei ermächtigten Krankenhausärzten mit identischem oder zumindest vergleichbarem Ermächtigungsumfang auftreten und daher nur dort geprüft werden.

Zutreffend wendet der Kläger ein, dass diese Art der Prüfung bei anderen in der Vergangenheit noch nicht ermächtigten Krankenhausärzten nicht möglich ist. Das macht die Prüfung im Fall des Klägers jedoch nicht unmöglich und erfordert daher auch keine reine Zweckmäßigkeitprüfung.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2019-03-11