

L 11 KA 2/20

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11.
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 40 KA 20/15
Datum
04.12.2019
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 2/20
Datum
24.11.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 04.12.2019 wird zurückwiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen zu 1) bis 4), 6) und 7), die ihre außergerichtlichen Kosten selbst tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird für beide Rechtszüge endgültig auf 60.000,00 € festgesetzt.

Tatbestand

Streitig ist die Ermächtigung des Klägers zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Hinblick auf Versicherte mit einer chronischen pulmonalen Aspergillose (CPA).

Der Kläger ist Träger eines nach [§ 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#) zugelassenen Krankenhauses in der Rechtsform einer Anstalt des öffentlichen Rechts. Er betreibt u.a. eine Klinik für Innere Medizin I - [Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie, Internistische Intensivmedizin](#) (im Folgenden Klinik I), dem u.a. ein sog. "Europäisches Exzellenzzentrum für Invasive Pilzinfektionen" zugeordnet ist (Leiter: Dr. U).

In seiner Sitzung am 12. März 2014 beschloss der Zulassungsausschuss für Ärzte R (ZA) für Kliniken des Klägers - ohne Einbeziehung der Klinik I - die Verlängerung von befristeten Ermächtigungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2016.

Mit Schreiben vom 4. April 2014 beantragte der Kläger die "Erweiterung der Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV" im Hinblick auf Patienten mit einer chronischen pulmonalen Aspergillose (CPA) in der Infektionsambulanz der Klinik I für Innere Medizin. Zur Begründung trug er vor, dass sich in den letzten Jahren verstärkt Patienten mit einer CPA in der Infektionsambulanz der Klinik I vorgestellt hätten. Diese seltene Form der Aspergillose trete als Spätkomplikation unterschiedlicher Grunderkrankungen auf, so z.B. unter Steroidtherapie und bei struktureller Lungenerkrankung (z.B. Asthma, allergische bronchopulmonale Aspergillose oder Sarkoidose), aber auch bei Patienten mit Diabetes mellitus, chronischer Niereninsuffizienz oder in Assoziation mit Mikroakterien oder einer HIV-Erkrankung. Fallzahlen könnten nur grob geschätzt werden. Die Patienten litten unter Husten, zum Teil mit Auswurf, Luftnot, Gewichtsverlust, erheblicher körperlicher Auszehrung, etwas seltener Fieber, Brustschmerzen, chronischer Müdigkeit sowie Hämoptoe. Bei diesem seltenen Krankheitsbild sei die Diagnosestellung erschwert aufgrund unspezifischer Symptome und einer Reihe verschiedener radiologischer Krankheitsausprägungen, die sich jedoch zum Teil überschneiden. Insbesondere die Abgrenzung vom klassischen Aspergillom könne im Einzelfall schwierig bis unmöglich sein. Die Diagnosefindung stütze sich im Wesentlichen auf CT-radiologische Kennzeichen sowie den serologischen Nachweis erhöhter Aspergillus-Präzipitine und die mikrobiologische Isolation von Aspergillus aus den Atemwegen. Probleme in der Versorgung entstünden bisher im ambulanten Bereich sowohl bei der Stellung der Diagnose als auch im weiteren Management, sodass insgesamt die Diagnose und Behandlung der CPA in einem fachspezifischen Zentrum sinnvoll erscheine. Bisher sei für CPA in Deutschland jedoch kein Zentrum angemeldet, und aufgrund der geringen Fallzahlen in Deutschland und weltweit beschränke sich die Expertise im Bereich dieser Krankheit auf wenige Personen, sodass im Rahmen des mykotischen Schwerpunktes der Klinik I des Klägers bereits viele niedergelassene ärztliche Kollegen unklare Fälle zur Mitbehandlung überweisen würden.

Als Einzelfalleistungen fielen für das Management der CPA an:

- ausführliche Anamnese,
- Standardlabor,
- spezielle ASP-Sero,
- Wirkspiegel-Bestimmung Antimykotika,
- in regelmäßigen Abständen CT-radiologische Kontrolluntersuchung,
- regelmäßige Lungenfunktionsdiagnostik,
- mykologische Diagnostik,
- bei Bedarf chirurgische Konsultation,
- Bronchoskopie,
- gegebenenfalls histologische Begutachtung.

Die Infektiologie des Klägers verfüge über langjährige Erfahrungen im Bereich der Diagnostik und Therapie von invasiven Pilzkrankungen. In Kooperation mit der Radiologie und Pulmologie würden seit vielen Jahren erfolgreich sowohl bildgebende Diagnostik als auch CT/Ultraschall oder Bronchoskopie-gestützte Punktionen zur histologischen Diagnosesicherung durchgeführt. Mit fortschreitender antimykotischer Exposition steige das Risiko einer Resistenzentwicklung. Hierfür führe das Institut für klinische Mikrobiologie des Klägers deutschlandweit als eines der wenigen Zentren Resistenzbestimmungen durch. Die zunehmende Nachfrage zeige, dass die angebotenen Leistungen im niedergelassenen Bereich nicht oder nicht in ausreichendem Maße erbracht würden.

Die Beigeladene zu 5) teilte unter dem 28. Januar 2015 mit, dass persönliche Ermächtigungen, insbesondere bezüglich der Erbringung qualitätsgebundener Leistungen, Vorrang vor Institutsermächtigungen hätten.

Der ZA lehnte mit Beschluss vom 18. März 2015 (abgesandt am 15. April 2015) den Antrag des Klägers ab. Für die Behandlung von Patienten mit chronisch pulmonaler Aspergillose sei die regelmäßige Erbringung qualitätsgebundener Leistungen erforderlich, die von einer Institutsermächtigung nicht umfasst werden könnten.

Hiergegen legte der Kläger am 13. Mai 2015 Widerspruch ein. Diesen begründete er damit, dass die erforderlichen Leistungen im ambulanten Bereich nicht ausreichend erbracht werden könnten. Probleme im Hinblick auf die Versorgung von Patienten mit CPA bestünden insbesondere bei der Diagnose und im Weiteren beim Management der Krankheit. Die Diagnose- und Versorgungsleistungen müssten als Teamleistung unter Einbezug verschiedener Fachrichtungen erbracht werden. An Leistungen für das Management fielen sowohl im Einzelnen angeführte Laborleistungen als auch die Kooperation mit der Radiologie und der Pulmologie an. Erforderlich sei zudem die Kooperation mit der mykologisch-mikrobiologischen Diagnostik und damit der klinischen infektiologischen Ambulanz. Der Grundsatz der persönlichen Ermächtigung stehe der Erweiterung nicht entgegen. Andernfalls seien sieben persönliche Ermächtigungen erforderlich.

Im Termin vor dem Beklagten erklärte Herr A, Vertreter des Klägers, er sei überzeugt, dass die Leistung im Team die bessere sei, weshalb kein Antrag auf Ermächtigung der sieben Fachrichtungen gestellt worden sei. Es gebe nur eine persönliche Ermächtigung in der Pathologie. Der ebenfalls anwesende Dr. U ergänzte, dass er in der Infektiologie des Klägers die "Regie" führe. Dazu gehörten die Radiologie, Chirurgie, Pathologie, Pulmologie, Mikrobiologie und Pharmakologie. Ggf. komme bei älteren Patienten die Nephrologie hinzu. Mit diesen Fachrichtungen könne man gut zusammenarbeiten. Es gehe um 5 bis 15 Patienten im Jahr.

Mit Beschluss vom 19. August 2015 wies der Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte er aus, dass die Gewährung einer Institutsermächtigung gegenüber persönlichen Ermächtigungen nachrangig sei. Im vorliegenden Fall seien keine persönlichen Ermächtigungen beantragt worden.

Hiergegen hat der Kläger am 4. September 2015 Klage erhoben. Er hat vorgetragen, es bestünden sachliche Gründe für eine Institutsermächtigung. Die Diagnose und das Management der CPA seien im Team unter Heranziehung von Ärzten verschiedenster Fachrichtungen durchzuführen. Damit werde deutlich, dass es sich bei der beantragten Institutsermächtigung für den Bereich der CPA um einen unstreitig erforderlichen, von sachlichen Gründen getragenen Antrag handele, dem der Grundsatz der Nachrangigkeit der Institutsermächtigung nicht widerspreche. Die beantragte Ermächtigung reihe sich vielmehr in die bereits erteilten Ermächtigungen sachgerecht ein.

Der Kläger hat beantragt,

den Beschluss des Berufungsausschusses für Ärzte für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vom 19.08.2015 - Widerspruchssache 81/15 - aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ihm eine Institutsermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im beantragten Umfang zu erteilen,

hilfsweise,

den Beklagten zu verurteilen, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hat sich auf seine Ausführungen im angefochtenen Beschluss bezogen und sich den Ausführungen der Beigeladenen zu 5) angeschlossen.

Die Beigeladene zu 5) hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat ergänzend zu ihren Ausführungen im Widerspruchsverfahren vorgetragen, dass es sich bei einer Institutsermächtigung um eine Kann-Regelung handele. Es bestehe vorliegend die Möglichkeit, persönliche Ermächtigungen auszusprechen. Ein Antrag für die Erteilung persönlicher Ermächtigungen sei indes nicht gestellt worden. Versorgungslücken, die nicht durch die ambulante vertragsärztliche Versorgung geschlossen werden könnten, seien vorrangig auf Grundlage des [§ 116](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. § 31a Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) durch die Ermächtigung von Krankenhausärzten zu schließen. Die Subsidiarität der Institutsermächtigung wiege umso schwerer, als es sich um die Erbringung qualifikationsbezogener Leistungen handele, die nicht Gegenstand einer Institutsermächtigung sein könnten.

Die Beigeladenen zu 1) bis 4), 6) und 7) haben sich zum Verfahren nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

Mit Urteil vom 4. Dezember 2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Gegen dieses am 2. Januar 2020 zugestellte Urteil hat der Kläger am 15. Januar 2020 Berufung eingelegt. Er nimmt auf sein erstinstanzliches Vorbringen Bezug und führt ergänzend aus, dass die Ermächtigung für eine sachgerechte medizinische Versorgung notwendig sei. Im Jahr träten etwa nur 10 bis 15 Fälle auf, die in ambulanten Praxen schwer zu erkennen seien. Eine Mehrzahl von persönlichen Ermächtigungen der leitenden Ärzte der Klinik für Innere Medizin zur Gewährleistung der einzelnen Leistungen, zumal bei singulärer Fallzahl, sei nicht zu erwarten und würde dem Leistungsspektrum als Teamleistung nicht gerecht. Bei dem Team handele es sich um den Leiter und Vertreter anderer interdisziplinärer Fachbereiche handele (4 Mitarbeiter), die nur im Zusammenwirken die Diagnostik und die richtige Therapieform finden könnten. Bei einer persönlichen Ermächtigung müssten folglich alle im jeweiligen Einzelfall eingebundenen Ärzte als Spezialisten innerhalb des Fachgebiets "invasive Pilzinfektion" eine Ermächtigung erhalten. Es gebe nur wenige Spezialisten, die sich hauptsächlich um diese seltenen Infektionen kümmerten; mit Anfragen aus dem gesamten Bundesgebiet und auch europaweit. Ein niedergelassener Arzt könne ohne diese Spezialistenriege keine sachgerechte Diagnostik und insbesondere Therapie durchführen. Damit sei die Ermächtigung nicht jedem Universitätsprofessor persönlich als Alternative zum niedergelassenen Arzt, sondern dem gesamten Team als Institution zu erteilen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 4.12.2019 zu ändern und den Beklagten unter Aufhebung des Beschlusses vom 19.8.2015 zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates erneut über den Widerspruch des Klägers gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 18.3.2015 zu entscheiden.

Der Beklagte und der Beigeladene zu 5) beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Auf Nachfrage durch den Senat hat die Beigeladene zu 5) mitgeteilt, dass die Klinik I des Klägers aktuell über keine Institutsermächtigungen verfüge.

Nach vorheriger Anhörung hat der Senat den Beteiligten von Amts wegen gestattet, sich während der mündlichen Verhandlung an einem anderen Ort aufzuhalten und dort Verfahrenshandlungen über den von der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen zur Verfügung gestellten Virtuellen Meetingraum (VMR) vorzunehmen (Beschluss vom 9. November 2021). Davon haben die Beklagte und die Beigeladene zu 5) Gebrauch gemacht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Streitakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten und der Beigeladenen zu 5) Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe

A. Die Anträge im Berufungsverfahren sind wirksam im Rahmen einer mündlichen Verhandlung gestellt worden. Soweit der Beklagte und die Beigeladene zu 5) nicht persönlich im Gerichtssaal vertreten gewesen sind, sondern von ihrem Behördensitz aus per Video- und Tonübertragung an der Verhandlung teilgenommen haben, war dies gemäß [§ 110a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) aufgrund des gerichtlichen Beschlusses vom 9. November 2021 zulässig.

B. Gegenstand des Verfahrens ist der Beschluss vom 19. August 2015, mit dem der Antrag des Klägers zur Teilnahme der Klinik I an der vertragsärztlichen Versorgung im Hinblick auf Versicherte mit einer CPA abgelehnt wurde.

Nicht streitgegenständlich ist der Beschluss vom 12. März 2014, mit dem in Bezug auf andere Kliniken des Klägers Ermächtigungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2016 verlängert bzw. abgelehnt wurden. Zu der im vorliegenden Verfahren betroffenen Klinik I bzw. ärztlichen Versorgung von Versicherten mit einer CPA traf der Beschluss vom 12. März 2014 keine Aussage. Dementsprechend geht es im vorliegenden Verfahren nicht - wie der Kläger wiederholt geltend macht - um eine "Erweiterung" einer bereits erteilten Ermächtigung, sondern um eine erstmalige Beantragung für den Versorgungsbereich der CPA.

C. Die am 15. Januar 2020 eingelegte Berufung des Klägers gegen das ihm am 2. Januar 2020 zugestellte Urteil des SG Köln ist zulässig, insbesondere ohne gerichtliche Zulassung statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)) sowie form- und fristgerecht eingelegt worden ([§§ 151 Abs. 1, 64 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1, 63 SGG](#)).

D. Die Klage ist unbegründet. Der angefochtene Beschluss des Beklagten vom 19. August 2015 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, dass ihm eine Institutsermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zur Behandlung von Versicherten mit einer CPA erteilt wird.

I. Als Rechtsgrundlage für die vom Kläger begehrte Ermächtigung scheidet zunächst § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 1 BMV-Ä i.V.m. [§ 98 Abs. 2 Nr. 11 SGB V](#) aus.

1. Nach [§ 98 Abs. 2 Nr. 11 SGB V](#) muss die Zulassungsverordnung Vorschriften enthalten über die Voraussetzungen, unter denen Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, oder in besonderen Fällen Einrichtungen durch die Zulassungsausschüsse zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können, die Rechte und Pflichten der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen sowie die Zulässigkeit einer Vertretung von ermächtigten Krankenhausärzten durch Ärzte mit derselben Gebietsbezeichnung.

Von dieser Ermächtigung hat der Ordnungsgeber u.a. in § 31 Ärzte-ZV Gebrauch gemacht. Nach § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV können die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bundesmantelvertrag Regelungen treffen, die über die Voraussetzungen des Absatzes 1 hinaus Ermächtigungen zur Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vorsehen. Auf dieser Grundlage bestimmt § 5 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), dass die Zulassungsausschüsse über die Ermächtigungstatbestände des § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV hinaus gemäß § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV geeignete Ärzte und in Ausnahmefällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Durchführung bestimmter, in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf der Grundlage des EBM ermächtigen können, wenn dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist.

2. Ausgehend hiervon bestehen schon Bedenken, ob der Ermächtigungsantrag vom 4. April 2014 überhaupt zulässig ist.

a) Dem Wortlaut des § 5 Abs. 1 BMV-Ä folgend muss eine Ermächtigung so bestimmt sein, dass die darin aufgeführten Leistungen den Leistungslegenden des EBM entsprechen (allg.M.: BSG, Urteil vom 1. Juli 1998 - [B 6 KA 11/98 R](#) - [SozR 3-5520 § 31 Nr. 8](#) - Rn. 22; *Hochgesang* in Schiller, BMV-Ä, 2. Aufl. 2020, § 5 Rn. 4; *Ladurner*, Ärzte-ZV, § 31 Rn. 34). Der Ermächtigungsantrag enthält eine dahingehende Spezifizierung nicht. Insofern könnte es ihm bereits an der erforderlichen Bestimmtheit fehlen (zur Notwendigkeit, die Leistungen zu spezifizieren: *Kremer/Wittmann*, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, 4. Aufl. 2021, Rn. 1144).

b) Unabhängig davon sind dem Antrag nach § 31 Abs. 6 Ärzte-ZV die Erklärungen nach § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV beizufügen. Daher sind die Ärzte zu benennen, die in der Einrichtung arbeiten sollen. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass das hier geschehen wäre.

3. Letztlich kann dies jedoch dahingestellt bleiben. Denn eine Ermächtigung der Klinik I als "ärztlich geleitete Einrichtung" scheitert daran, dass die Voraussetzungen des Ermächtigungstatbestandes nicht vorliegen. Gegen die Erteilung einer Institutsermächtigung bestehen zwar nicht schon deshalb durchgreifende Bedenken, weil die mit der Versorgung der CPA erfassten Leistungen besonderen Qualifikationsanforderungen unterliegen <a)>. Jedoch steht einer Ermächtigung jedenfalls der Vorrang der persönlichen Ermächtigung entgegen <b)>.

a) Die Erteilung einer Ermächtigung der Klinik I ist nicht bereits deshalb von vornherein ausgeschlossen, weil die Erbringung der mit der Versorgung der CPA verbundenen Leistungen qualifikationsgebunden i.S.v. [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) ist, was im vorliegenden Fall z.B. für die Aspergillus-Antikörperuntersuchung (Gebührenordnungsposition <GOP> 32631 EBM) als Leistung des Speziallabors (vgl. Ziff. 2 der Präambel zu Abschn. 32.3 EBM), die mykologischen Untersuchungen (vgl. Abschn. 32.3.9 EBM) und die CT-Untersuchung des Thorax (GOP 34330 EBM; vgl. Abschn. 34.1 Ziff. 2 EBM) gilt. Denn auch in einem solchen Fall kann eine Institutsermächtigung erteilt werden, wenn in ihr sichergestellt wird, dass die qualifikationsabhängigen Leistungen ausschließlich von entsprechend qualifizierten Ärzten erbracht werden (BSG, Urteil vom 25. Januar 2017 - [B 6 KA 11/16 R](#) - [BSGE 122, 264](#)). Ob dies im Falle des Klägers ein gangbarer Weg wäre, bedarf keiner abschließenden Beurteilung.

b) Denn nach der Rechtsprechung des BSG gibt es eine Rangfolge der verschiedenen Formen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, da die ambulante vertragsärztliche Versorgung in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte zu gewährleisten ist. Verbleibende Versorgungslücken, die die Heranziehung weiterer Ärzte erfordern, sind auf der Grundlage des [§ 116 SGB V](#) i.V.m. § 31a Ärzte-ZV vorrangig durch Ermächtigung von Krankenhausärzten zu schließen. In zweiter Linie sind sie gemäß § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV durch Ermächtigung weiterer Ärzte zu beseitigen. Erst danach können unter den Voraussetzungen des § 31 Abs. 1 Nr. 1 und 2 Ärzte-ZV Einrichtungen im Wege sog. Institutsermächtigungen an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt werden (vgl. BSG, Urteil vom 26. Januar 2000 - [B 6 KA 51/98 R](#) - [SozR 3-5520 § 31 Nr. 10](#) m.w.N.; zum Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte vgl. auch [BVerfG, Beschluss vom 17. August 2004 - 1 BvR 378/00 - SozR 4-1500 § 54 Nr. 4](#)).

Hiernach wären die bei dem Kläger beschäftigten Ärzte (insbesondere Dr. U und die weiteren, namentlich nicht benannten Ärzte aus dem Hause des Klägers) zu ermächtigen. Hierauf können die Ärzte nicht zugunsten der Einrichtung verzichten (vgl. *Pawlita* in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., [§ 98 SGB V](#) <Stand: 5.10.2021>, Rn. 57 m.w.N.). Die Möglichkeit einer persönlichen Ermächtigung ist (erst dann) unbeachtlich, wenn der Arzt sich nachdrücklich und in geeigneter Form um sie bemüht, sie aber bestandskräftig abgelehnt wurde (vgl. BSG, Urteil vom 26. Januar 2000 - [B 6 KA 51/98 R](#) - [SozR 3-5520 § 31 Nr. 10](#) - Rn. 20 m.w.N.). Dies ist hier offensichtlich nicht Fall. Die in Frage kommenden Ärzte haben sich bislang nicht um eine Ermächtigung bemüht. Es sind auch keine Argumente vortragen worden, warum eine persönliche Ermächtigung ausscheiden sollte. Ausgehend von dem Vortrag des Klägers, wonach die CPA eine seltene Erkrankung handeln, die im ambulanten Bereich bislang nicht hinreichend diagnostiziert und therapiert werden kann, dürfte eine persönliche Ermächtigung der angestellten Ärzte nicht offenkundig aussichtslos sein. Das gilt insbesondere eingedenk der vom Kläger hervorgehobenen Arbeit „im Team“. Denn die Klinik I umfasst bei weitem nicht alle Fachbereiche, die für die Versorgung von Versicherten mit einer CPA benötigt werden. So sollen z.B. Leistungen der Pneumologie erbracht werden, welche der Klinik für Innere Medizin III untersteht. Auch radiologische, pathologische oder pädiatrische Leistungen, die „im Team“ geleistet werden sollen, werden von der Klinik I ersichtlich nicht erbracht und bedürften daher persönlicher Ermächtigungen.

II. Ein Anspruch auf Ermächtigung folgt auch nicht aus § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 BMV-Ä i.V.m. [§ 98 Abs. 2 Nr. 11 SGB V](#). Denn keiner der in § 5 Abs. 2 BMV-Ä genannten Leistungsbereiche (Zytologische Diagnostik von Krebserkrankungen; Untersuchungen und Beratungen zur Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge) spielt bei der Versorgung der CPA eine Rolle.

III. Ebenfalls kann das Begehren des Klägers nicht auf § 31 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV gestützt werden. Nach dieser Vorschrift können die Zulassungsausschüsse über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder in besonderen Fällen Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um 1. eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung nach [§ 100 Abs. 1 SGB V](#) abzuwenden oder einen nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu decken oder 2. einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in

Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes. An einer dahingehenden Feststellung des zuständigen Landesausschusses (vgl. § 16 Ärzte-ZV) fehlt es indessen (zu deren Notwendigkeit *Pawlita* a.a.O. Rn. 68 m.w.N.).

Eine Ermächtigung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Ärzte-ZV scheidet überdies aus, weil vorliegend kein "begrenzter Personenkreis" betroffen ist. Die „Begrenztheit“ bezieht sich auf eine bestimmte Einrichtung, einen bestimmten Ort (also abgeschlossene, begrenzte Einheiten), nicht einen nach abstrakten Merkmalen abgrenzbaren Personenkreis. Nicht jede soziologische Gruppe ist ein solcher begrenzter Personenkreis. In Betracht kommen etwa die Insassen einer bestimmten Reha-Einrichtung oder Beschäftigte eines abgelegenen Betriebes (vgl. *Pawlita* a.a.O. Rn. 71 m.w.N.). Eine solche Ermächtigung zur Versorgung eines begrenzten Personenkreises kommt nur in ganz besonders gelagerten Fällen in Betracht, in denen der Zweck, zu dem sich die diesen „begrenzten Personenkreis“ bildenden Personen freiwillig oder unfreiwillig zusammengefunden haben, nicht erreicht werden könnte, wenn nicht ein bestimmter Arzt oder eine bestimmte ärztlich geleitete Einrichtung zur Behandlung von auftretenden Gesundheitsstörungen ermächtigt wird. Das könnte, wenn nicht die bereichsspezifischen Sonderregelungen eingreifen würden, etwa bei Soldaten oder Strafgefangenen der Fall sein. Eine derart räumlich begrenzte Gruppe stellen die an der CPA erkrankten Versicherten nicht dar. Es ist nicht ausreichend, die Gruppenzugehörigkeit (nur) mittels des Krankheitsbildes (CPA) zu begründen.

IV. Der Kläger kann schließlich auch aus [§ 116a Satz 1 SGB V](#) keinen Anspruch auf Ermächtigung herleiten. Gemäß [§ 116a Satz 1 SGB V](#) muss der ZA zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingetretene Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Hier fehlt es bereits an einer Beschlusslage des Landesausschusses i.S.v. [§ 100 Abs. 1](#), 3 SGB V.

E. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§§ 154 Abs. 1, Abs. 2, 162 Abs. 3](#) der Verwaltungsgerichtsordnung.

F. Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

G. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf der Anwendung des [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 47, 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Dabei ist ein Zeitraum von drei Jahren zugrunde zu legen und mangels konkreter Anhaltspunkte zu den zu erwartenden Einnahmen aus der Ermächtigung pro Quartal der Einheitsstreitwert (5.000 €) anzusetzen (vgl. Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 27. November 2013 – [L 3 KA 85/10](#)). Die erstinstanzliche Streitwertfestsetzung (5.000 €) ist dementsprechend angepasst worden ([§ 63 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 GKG](#)).

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-04-26