
S 1 KA 4268/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	5
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Ermächtigung, Psychotherapeut, Krankenhaus, niedergelassener Psychotherapeut, Versorgungslücke, Bedarfslage, Planungsbereich
Leitsätze	Ermächtigung eines Krankenhauspsychotherapeuten für Nachbehandlung außerhalb? Zum Anspruch eines Krankenhauspsychotherapeuten auf eine Ermächtigung, der Schwerstkranke, die er während der stationären Behandlung psychotherapeutisch betreut hat, auch nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus psychotherapeutisch weiterbehandeln möchte.
Normenkette	SGB 5 § 116 ; Ärzte-ZV §§ 1 Abs 3, 31
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 1 KA 4268/00
Datum	28.02.2001
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 5 KA 1601/01
Datum	06.12.2001
3. Instanz	
Datum	-

Die Berufung der Klāgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. Februar 2001 wird zur¼ckgewiesen.

Die Klāgerin hat dem Beklagten die Kosten auch des Berufungsverfahrens zu erstatten. Im Åbrigen sind auÅgergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt eine Ermächtigung.

Die Klägerin ist als klinische Psychologin und Psychotherapeutin am T.krankenhaus in M. beschäftigt. Am 25.8.1999 beantragte sie eine bedarfsabhängige Ermächtigung gemäß § 31 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zur Durchführung der ambulanten psychotherapeutischen Weiterbetreuung von Patienten, die aus der stationären Behandlung im T.krankenhaus M. entlassen wurden. Zur Begründung machte sie geltend, seit Beginn ihrer Tätigkeit im Mai 1991 obliege ihr die fachpsychologische Behandlung der zunächst unter somatischer Indikation aufgenommenen Patienten, für die sich während des stationären Aufenthaltes eine begleitende psychotherapeutische Behandlung als notwendig erweise.

Der Beratende Fachausschuss Psychotherapie bei der Beigeladenen Nr. 1 sprach sich gegen eine Ermächtigung aus, da davon auszugehen sei, dass während des stationären Aufenthaltes der Patienten eine Organisation der Weiterbetreuung im ambulanten Bereich möglich sei. Außerdem müsse derzeit von einer ausreichenden Versorgung im ambulanten Bereich in der Region M. ausgegangen werden.

Der Zulassungsausschuss lehnte den Antrag der Klägerin auf Ermächtigung ab (Beschluss vom 25.11.1999/Bescheid vom 17.1.2000). Es bestehe kein quantitativer Bedarf für eine Ermächtigung. Im fachärztlichen Planungsbereich M. bestehe aktuell für Psychotherapeuten ein Versorgungsgrad von 85,9%. Vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Baden-Württemberg seien in der Sitzung am 27.10.1999 29 freie Stellen für den Planungsbereich M. für Psychotherapeuten festgestellt worden. Der Zulassungsausschuss habe in dieser Sitzung über 20 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Kassenzulassung für M. erteilt. Auch lägen noch weitere Anträge vor, so dass davon auszugehen sei, dass der Planungsbereich M. in naher Zukunft für Psychotherapeuten gesperrt sein werde. Im Übrigen handele es sich seiner Auffassung nach bei der Tätigkeit der Klägerin nicht um eine psychotherapeutische Tätigkeit im strengen Sinne der Psychotherapie-Richtlinien.

Die Klägerin erhob Widerspruch. Sie habe Anspruch auf Zulassung wegen Sonderbedarfs außerhalb der Bedarfsrechnung (§ 31 Ärzte-ZV). Sie betreue Sonderbedarfsfälle eines begrenzten Personenkreises (Patienten mit funktionellen Störungen und Panikstörungen, die von den Patienten als rein organische Erkrankungen gesehen und angegangen würden; Patienten mit Doppel- und Mehrfachdiagnosen, organischen Erkrankungen wie Diabetes, Herzkrankheiten und Krebs und zugleich behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen; Patienten mit Suchterkrankungen; Kriseninterventionen bei Suizidversuchen; dialysepflichtige Patienten mit behandlungsbedürftigen psychischen Störung; Patienten, die vor

einer Organtransplantation ständen; polytraumatisierte Patienten; Patienten mit Amputationen, vorwiegend im Bereich der Gefäßchirurgie) im Sinne von Â§ 31 Abs. 1 Buchst. b Ärzte-ZV. Der von ihr geltend gemachte Sonderbedarf konkretisierte sich auf die gezielte, im Krankenhaus begonnene psychotherapeutische Behandlung, die nach der Struktur der Fülle und des Aufgabengebietes in keinerlei Wettbewerb zu den freien niedergelassenen Psychotherapeuten trete. Die Struktur der Fülle schlieÙe einen Therapeutenwechsel absolut aus. Daraus folge die Aufgabe, die in der Klinik begonnene Behandlung fortzusetzen.

Der Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin zurück (Beschluss vom 20.9.2000/Bescheid vom 2.11.2000). Zur Begründung führte er aus, entgegen der Auffassung der Klägerin sei für eine Ermächtigung nach Â§ 31 Abs. 1 Buchst. b Ärzte-ZV eine Bedarfsprüfung durchzuführen. Im Planungsbereich M. seien 158 Psychotherapeuten zugelassen und es bestehe damit ein Versorgungsgrad von 132,0%. Eine Zulassungssperre sei angeordnet. Eine Ermächtigung auf Grund eines quantitativen Bedarfs komme also nicht in Betracht. Auch eine Sonderbedarfsermächtigung sehe er nicht. Sie behandle keinen abgeschlossenen Personenkreis. Dieser sei vielmehr offen. Jeder Bürger habe zu diesem Personenkreis Zutritt, wenn er sich in die Behandlung des T.krankenhauses M. begeben.

Gegen den ihren Prozessbevollmächtigten am 6.11.2000 zugestellten Bescheid des Beklagten hat die Klägerin am 4.12.2000 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Es könne dahinstehen, ob ein quantitativ allgemeiner Bedarf bestehe. Jedenfalls sei ein qualitativ spezieller Bedarf gegeben. Der behandelnde Personenkreis sei entgegen der Auffassung des Beklagten nicht beliebig offen, sondern geschlossen, denn nicht alle Personen, die das Krankenhaus aufsuchten, sondern nur diejenigen, die Psychotherapie benötigten und für die die Therapiebedürftigkeit ärztlicherseits festgestellt werde, kämen als Sonderbedarfspersonenkreis in Frage. Auch handle es sich um einen eingeschränkten, begrenzten Personenkreis, der nicht an niedergelassene Psychotherapeuten weitervermittelt werden könne. Es blieben im Sinne eines qualitativ speziellen Bedarfs nur die nicht vermittelbaren Fälle übrig, die "nicht wartzimmerfähig" seien, z. B. schwer krebserkrankte Patienten, Dialysepatienten, schwerstdepressive Fälle oder überhaupt sonst schwererkrankte Patienten. Der Kreis sei somit sachbezogen sehr eng. In der Zeit von Juli 1991 bis Juni 1999 seien insgesamt 31 Sonderbedarfsfälle mit einem mittleren Stundenaufwand von 51 Stunden von ihr behandelt worden.

Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 28.2.2001). Es bestehe weder ein quantitativer (Versorgungsgrad im Planungsbereich M. von 132%) noch ein qualitativer Sonderbedarf. Auch die Voraussetzungen eines Sonderbedarfs nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung sowie den Maßstab zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte) seien nicht gegeben. Der spezielle Bedarf werde von der Klägerin bzw. auch von den Chefarzten der zuständigen Abteilungen bestimmt.

Dieses Verfahren sei aber nicht geeignet, einen Sonderbedarf zu begründen. Die Frage, ob ein Sonderbedarf vorliege, müsse nach objektiven Maßstäben beurteilt werden können.

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 20.3.2001 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 9.4.2001 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, zum Zeitpunkt ihres Antrages am 25.11.1998 habe für den Planungsbereich M. nicht der vom SG zugrundegelegte Überbversorgungsgrad bestanden. Der (zu behandelnde) Personenkreis sei geschlossen. Die seit 1.4.2001 in Kraft getretene Vereinbarung über die Ermächtigung von Institutsambulanzen nach [Â§ 118 Abs. 2](#) des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) widerlege die Beliebigkeit der in Frage kommenden Patientengruppe. Entscheidend für den geltend gemachten Sonderbedarf sei die Aufrechterhaltung einer therapeutischen Behandlungskontinuität bei den beschriebenen Patientengruppen. Vermittelbare Fälle habe sie in der Vergangenheit auch stets weitervermittelt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. Februar 2001 und den Bescheid des Beklagten vom 2. November 2000 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über ihren Widerspruch gegen den Bescheid des Zulassungsausschusses vom 17. Januar 2000 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu entscheiden.

Der Beklagte sowie die Beigeladenen Nrn 1, 2 und 3 beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die übrigen Beteiligten haben sich im Berufungsverfahren nicht geäußert.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die vom Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

II.

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid des Beklagten vom 2.11.2000 ist rechtmäßig.

Da der Senat die Berufung der Klägerin einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung für nicht erforderlich hält, entscheidet er gemäß [Â§ 153 Abs. 4](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) durch Beschluss. Die Beteiligten sind hierzu gehört worden.

Als Rechtsgrundlage für den von der Klägerin erhobenen Anspruch auf Erteilung

einer Ermächtigung kommt hier allein Â§ 31 Abs 1 Buchst. b Ärzte-ZV in Betracht. Danach können die Zulassungsausschüsse über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, oder in besonderen Fällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitation in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes. Die Ärzte-ZV gilt für Psychotherapeuten entsprechend (Â§ 1 Abs. 3 Ärzte-ZV).

Die Voraussetzungen für eine Ermächtigung nach Â§ 31 Abs 1 Buchst. b Ärzte-ZV sind nicht gegeben. Denn es fehlt an der Voraussetzung des begrenzten Personenkreises. Die Ärzte-ZV gibt selbst drei beispielhafte Erläuterungen, was unter einem begrenzten Personenkreis zu verstehen ist. Es muss sich um Personen handeln, die einer Einrichtung angehören. Dies trifft für Versicherte, die wegen akuter Erkrankungen in die stationäre Behandlung des Krankenhauses aufgenommen werden, nicht zu. Zu diesem Personenkreis gehören potenziell alle Versicherten. Damit ist dieser Personenkreis nicht von vornherein bestimmbar.

Aber selbst wenn man die Voraussetzung des begrenzten Personenkreises bejahen würde, hätte die Klägerin keinen Anspruch auf eine Ermächtigung, da eine Versorgungsücke in der ambulanten Versorgung nicht festzustellen ist.

Zur Rangfolge der verschiedenen Formen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung hat die Rechtsprechung klargestellt, dass die ambulante vertragsärztliche Versorgung in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte zu gewährleisten ist. Verbleibende Versorgungsücken, die die Heranziehung weiterer Ärzte erfordern, sind auf der Grundlage des [Â§ 116 SGB V](#) iVm Â§ 31a Ärzte-ZV vorrangig durch Ermächtigung von Krankenhausärzten zu schließen. In zweiter Linie sind sie gemäß Â§ 31 Abs 1 Ärzte-ZV durch Ermächtigung weiterer Ärzte zu beseitigen. Erst danach können unter den Voraussetzungen des Â§ 31 Abs 1 Buchst. a und b Ärzte ZV ärztlich geleitete Einrichtungen im Wege sog Institutsermächtigungen an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt werden (BSG [SozR 3-5520 Â§ 31 Nr. 5](#) S. 9 f; BSG [SozR 3-5520 Â§ 31 Nr. 9](#) S. 38 und BSG [SozR aaO Nr. 8](#) S. 27). Bereits aus dieser Reihenfolge der verschiedenen Formen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie aus der Formulierung in Â§ 31 Ärzte-ZV ("sofern dies notwendig ist") folgt, dass auf diese Rechtsvorschrift gestützte Begehren auf Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von der Bedarfslage abhängen und damit von den Zulassungsgremien eine Bedarfsprüfung durchzuführen ist. Eine Zulassung kommt nur in Betracht, wenn eine Versorgungsücke bei der ambulanten Versorgung der Versicherten besteht (vgl. auch BSG, Urteil vom 18.2.1988 [âR 6 Rka 17/87](#) -).

Bei der Beantwortung der Frage, inwieweit eine Versorgungsücke bei der ambulanten Versorgung der Versicherten vorhanden ist, steht den Zulassungsgremien ein Beurteilungsspielraum zu. Das führt dazu, dass die gerichtliche Kontrolle der richtigen Anwendung des unbestimmten Rechtsbegriffs

des Bedarfs darauf begrenzt ist, ob der Beklagte von einem richtigen und vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen ist und die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs ermittelten Grenzen eingehalten sowie seine Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (vgl. zum Beispiel: BSG [SozR 3-2500 Â§ 116 Nr. 4](#), S. 29).

Ein quantitativer Bedarf für eine Ermächtigung der Klägerin besteht nicht. Bei der Ermittlung eines Bedarfs in quantitativ-allgemeiner Hinsicht als Voraussetzung für die Ermächtigung eines Krankenhausarztes, also der Prüfung, ob im jeweiligen Planungsbereich eine ausreichende Anzahl von Ärzten einer bestimmten Arztgruppe für die ambulante Versorgung zur Verfügung steht, sind die Angaben des Bedarfsplanes zugrunde zu legen. Besonderen Bedarfssituationen, die sich auf Grund der regionalen Struktur eines Planungsbereiches ergeben, ist durch eine sachgemäße Ausübung des Beurteilungsspielraums bei der Prüfung der Bedarfslage Rechnung zu tragen. Das gilt insbesondere in den Fällen, in denen aufgrund der jeweiligen regionalen Konstellation der unter Bedarfsplanungsgesichtspunkten festgestellte Versorgungsgrad in einem Planungsbereich zu den tatsächlichen Verhältnissen in krassem Widerspruch steht. Nicht zu berücksichtigen ist mithin, ob etwa in benachbarten Planungsbereichen eine Überversorgung bei der jeweiligen Arztgruppe gegeben ist. Entscheidend ist vielmehr allein, ob Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die nach Bedarfsplanungskriterien im maßgeblichen Planungsbereich ermittelte Versorgungsdichte von der tatsächlichen Versorgungslage abweicht (vgl. zum Ganzen: BSG