

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 14/15 B

L 12 KA 101/13 (Bayerisches LSG)
S 1 KA 6/13 (SG Nürnberg)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Berufungsausschuss für Ärzte Bayern,
Elsenheimerstraße 39, 80687 München,

Beklagter und Beschwerdegegner,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns,
Elsenheimerstraße 39, 80687 München,
2. AOK Bayern - Die Gesundheitskasse,
Carl-Wery-Straße 28, 81739 München,
3. BKK Landesverband Bayern,
Züricher Straße 25, 81476 München,
4. IKK classic,
Tannenstraße 4 b, 01099 Dresden,
5. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG),
Weißensteinstraße 70 - 72, 34131 Kassel,
6. Verband der Ersatzkassen e.V. - vdek,
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin,
7. Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
als Trägerin der Kranken- und Pflegeversicherung,
Pieperstraße 14 - 28, 44789 Bochum.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 28. Oktober 2015 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richter E n g e l h a r d und R a d e m a c k e r sowie die ehrenamtliche Richterin Dr. Z e c h und den ehrenamtlichen Richter H o h n l beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 1. Oktober 2014 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 60 000 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Im Streit steht eine Ermächtigung der Klägerin nach § 119a SGB V.
- 2 Die Klägerin ist eine Stiftung öffentlichen Rechts, die nach eigenen Angaben seit mehr als 30 Jahren schwerst mehrfach behinderte blinde und sehbehinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene betreut. Der Zulassungsausschuss lehnte nach Einholung von Stellungnahmen der im Planungsbereich niedergelassenen Neurologen den Antrag der Klägerin auf Erteilung einer Institutsermächtigung nach § 119a SGB V ab. Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch und beantragte zugleich hilfsweise, sie im Wege einer Institutsermächtigung nach § 31 Abs 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Der beklagte Berufungsausschuss wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11.4.2013 (aus der Sitzung vom 7.3.2013) zurück: Bei der Klägerin sei lediglich ein einziger Neurologe (Dr. S.) tätig, der auf neurologische Leistungen beschränkt sei; er biete keine besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an, die niedergelassene Ärzte nicht anbieten würden. Klage und Berufung der Klägerin sind erfolglos geblieben (*Urteil des SG vom 21.8.2013, Urteil des LSG vom 1.10.2014*).
- 3 Das LSG hat ausgeführt, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Erteilung einer Institutsermächtigung nach § 119a SGB V. Die Norm regle eine bedarfsabhängige Institutsermächtigung; das verlange eine Bedarfsermittlung in Bezug auf die Sicherstellung der Versorgung. Die Klägerin sei zwar eine Einrichtung der Behindertenhilfe, verfüge jedoch (nach dem Ausscheiden



von Dr. S. zum 1.7.2014) zum maßgeblichen Zeitpunkt der Entscheidung des Senats über keine ärztlich geleitete Abteilung. Der Wortlaut des § 119a SGB V erfordere die Leitung der Abteilung durch einen Arzt. Es komme nicht allein auf das Behandlungskonzept an, sondern auch auf das tatsächliche Vorhandensein eines Arztes in der Abteilung, denn das Behandlungskonzept sei unter anderem abhängig von der jeweiligen Fachrichtung der in der Abteilung beschäftigten Ärzte sowie ihres ärztlichen Leiters. Selbst wenn man davon ausgehe, dass allein das Behandlungskonzept entscheidend sei, reiche die angeführte verbesserte Kommunikation mit dem Patienten nicht aus, um zu einem multiprofessionellen Angebot zu gelangen. Ob und in welchem Umfang die Beteiligung der Ärzte von Einrichtungen der Behindertenhilfe erforderlich sei, richte sich grundsätzlich danach, ob gegenwärtig eine ausreichende ärztliche Versorgung dieses Patientenkreises gewährleistet sei. Um dies prüfen zu können, sei es erforderlich, konkrete ärztliche Leistungen zu benennen, die in der Einrichtung, nicht aber im niedergelassenen Bereich erbracht werden könnten. Ohne konkret benannten Arzt könne schon nicht geprüft werden, welches besondere ärztliche Versorgungsangebot in Bezug auf welche Fachrichtung die Regelversorgung ergänzen solle. Eine verbesserte Kommunikation mit den Patienten sei wichtig, für die Bedarfsprüfung nach § 119a SGB V aber nicht ausreichend.

- 4 Auch der hilfsweise gestellte Fortsetzungsfeststellungsantrag sei unbegründet, denn die Klägerin könne kein multiprofessionelles Angebot belegen, welches die Regelversorgung ergänze. Der bedarfsabhängige Anspruch auf Vertragsschluss sei gegenüber der Behandlung durch ambulant tätige Ärzte subsidiär. Die Zulassungsgremien hätten daher das Vorliegen einer Versorgungslücke in Bezug auf einen qualitativ-speziellen Bedarf zu untersuchen. Diese Bedarfsprüfung zeige, dass das in der Einrichtung angebotene multiprofessionelle Angebot sich zum einen auf ärztliche Leistungen und zum anderen auf konkrete Leistungen beziehen müsse, die im niedergelassenen Bereich nicht oder nicht im ausreichenden Maße angeboten würden. Die in § 119a SGB V genannte "ärztlich geleitete Abteilung" müsse eine ständige Einrichtung im Institut darstellen, die mit Personal der Einrichtung besetzt werde, welches für das Institut verfügbar sei; eine reine Kooperation mit außerhalb der Einrichtung tätigen Fachärzten könne das multiprofessionelle Angebot zwar ergänzen, nicht jedoch ersetzen.
- 5 Mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in diesem Urteil macht die Klägerin die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*) geltend.

II

- 6 Die Beschwerde der Klägerin hat keinen Erfolg. Sie ist teilweise bereits unzulässig (1.) und im Übrigen unbegründet (2.).



- 7 1. Die Beschwerde der Klägerin ist hinsichtlich der unter 2.c. und 2.d. der Beschwerdeschrift aufgeworfenen Fragen unzulässig, weil ihre Begründung insoweit nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Darlegungsanforderungen entspricht. Für die Geltendmachung der grundsätzlichen Bedeutung einer Rechtssache muss danach in der Beschwerdebegründung eine konkrete Rechtsfrage in klarer Formulierung bezeichnet (*vgl BVerfGE 91, 93, 107 = SozR 3-5870 § 10 Nr 5 S 31; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 37 f*) und ausgeführt werden, inwiefern diese Rechtsfrage in dem mit der Beschwerde angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich (klärungsfähig) sowie klärungsbedürftig ist. Es muss ersichtlich sein, dass sich die Antwort nicht ohne Weiteres aus der bisherigen Rechtsprechung ergibt. Bei einer Revisions-Nichtzulassungsbeschwerde ist es Aufgabe des Prozessbevollmächtigten, die einschlägige Rechtsprechung aufzuführen und sich damit zu befassen; eine Beschwerdebegründung, die es dem Gericht überlässt, die relevanten Entscheidungen zusammenzusuchen, wird den Darlegungserfordernissen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG nicht gerecht. Auch lediglich kursorische Hinweise ohne Durchdringung des Prozessstoffs reichen nicht aus (*vgl BVerfG <Kammer>, DVBl 1995, 35*). Diese Anforderungen sind verfassungsrechtlich unbedenklich (*s die zitierte BVerfG-Rspr und zB BVerfG <Kammer>, SozR 3-1500 § 160a Nr 7 S 14*). Dem wird die Beschwerde der Klägerin teilweise nicht gerecht.
- 8 a. Hinsichtlich der von der Klägerin aufgeworfenen Rechtsfrage, ob
die Befragung niedergelassener Ärzte einen Versorgungsbedarf iS des § 119a SGB V indizieren kann, oder ob derartige Erkenntnisse aus dem Zulassungsverfahren gänzlich unberücksichtigt bleiben dürfen,
lässt ihre Beschwerdebegründung keine hinreichende Auseinandersetzung mit der zum Erfordernis einer Befragung der niedergelassenen Ärzte ergangenen Rechtsprechung des Senats erkennen. So räumt die Klägerin selbst ein, dass "für die meisten Formen der bedarfsabhängigen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung geklärt sein dürfte", dass die Befragung ein zulässiges Instrument der Bedarfsbeurteilung ist, legt aber nicht dar, wieso die insoweit aufgestellten Maßstäbe nicht zur Beantwortung der von ihr aufgeworfenen Frage geeignet sind. Das Vorbringen, die Frage sei für Ermächtigungen nach § 119a SGB V "noch nicht eindeutig geklärt", genügt hierzu nicht; vielmehr hätte die Klägerin darlegen müssen, aufgrund welcher besonderen Umstände hier ggf eine andere Beurteilung angezeigt sein und daher ein verbliebener Klärungsbedarf bestehen könnte.
- 9 Eine Auseinandersetzung mit der einschlägigen Senatsrechtsprechung hätte im Übrigen ergeben, dass die aufgeworfene Frage nicht klärungsbedürftig ist, weil sie sich anhand der vorliegenden Senatsrechtsprechung beantworten lässt:
- 10 Es entspricht ständiger Rechtsprechung des Senats, dass sich die Zulassungsgremien bei bedarfsbezogenen Zulassungsentscheidungen ein möglichst genaues Bild der Versorgungslage im betroffenen Planungsbereich machen und ermitteln müssen, welche Leistungen in welchem



Umfang erforderlich sind, von den dort zugelassenen Ärzten aber nicht - oder nicht ausreichend - angeboten werden (vgl. zB BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr 3, RdNr 18). Zur Ermittlung der konkreten Bedarfssituation ist regelmäßig die Befragung der bisherigen für solche Leistungen in Betracht kommenden Leistungserbringer erforderlich (vgl. BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr 3, RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 119 Nr 1 RdNr 28). Die Befragung der niedergelassenen Ärzte ist insoweit ein Teilelement der Ermittlung des entscheidungserheblichen Sachverhalts (vgl. BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr 3, RdNr 19). Damit beantwortet sich die aufgeworfene Frage zunächst dahingehend, dass die Befragung (bzw. ihr Ergebnis) nicht "gänzlich unberücksichtigt" bleiben darf, sondern selbstverständlich von den Zulassungsgremien zu würdigen ist.

- 11 Hingegen ist zu verneinen, dass das Befragungsergebnis ohne Weiteres einen Versorgungsbedarf "indiziert". Wie sich aus der Senatsrechtsprechung ergibt, darf sich die Sachverhaltsermittlung typischerweise nicht in Befragungen der im Einzugsbereich tätigen Vertragsärzte erschöpfen, weil die Gefahr besteht, dass die Äußerungen der befragten Ärzte in starkem Maße auf deren subjektiven Einschätzungen beruhen und von deren individueller Interessenlage mit beeinflusst sein können (BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr 3, RdNr 19). Daher fordert der Senat in ständiger Rechtsprechung, dass die Zulassungsgremien die Antworten kritisch würdigen und sie objektivieren und verifizieren (vgl. BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr 3, RdNr 19, 22, 28; BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr 7, RdNr 15, 31; BSG SozR 4-2500 § 119 Nr 1 RdNr 28 mwN); auf jeden Fall sind die Aussagen der befragten Ärzte nicht ohne Weiteres als Entscheidungsgrundlage ausreichend (BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr 3, RdNr 19). Schließlich haben die Zulassungsgremien bei der Bewertung, Gewichtung und Abwägung der ermittelten Tatsachen im konkreten Einzelfall einen Beurteilungsspielraum (BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr 7, RdNr 15 mwN und RdNr 16).

- 12 b. Bezüglich der Rechtsfrage, ob
eine Institutsermächtigung nach § 119a SGB V als lex specialis vorrangig vor Instituts-
ermächtigungen nach § 31 Abs 1 Nr 2 Ärzte-ZV bzw. persönlichen Ermächtigungen nach
§ 31 Abs 1 Nr 2 Ärzte-ZV ist,

ist die Beschwerde ebenfalls unzulässig. Die Klägerin macht in ihrer Beschwerdebegründung bereits nicht deutlich, wieso diese Frage in einem Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) wäre. Dessen hätte es vorliegend schon deshalb bedurft, weil nicht erkennbar ist, dass die Beantwortung dieser Frage für die Entscheidung des Rechtsstreits von Bedeutung sein könnte. Die rein abstrakte Beantwortung aufgeworfener Rechtsfragen ist nicht Aufgabe der Revisionsgerichte.

- 13 2. Im Übrigen ist die Beschwerde der Klägerin unbegründet.



- 14 Die Revisionszulassung setzt eine Rechtsfrage voraus, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (vgl. *BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN*; *BSG SozR 4-1500 § 160 Nr 5 RdNr 3*). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt dann, wenn die Rechtsfrage bereits geklärt ist und/oder wenn sie sich ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und/oder aus der bereits vorliegenden Rechtsprechung klar beantworten lässt (hierzu s. zB *BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6*; *BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34*; *BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38*; vgl. auch *BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f* sowie *BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*). Nichts anderes gilt, wenn kein vernünftiger Zweifel an der Richtigkeit der vom LSG dazu gegebenen Auslegung bestehen kann, weil sich die Beantwortung bereits ohne Weiteres aus der streitigen Norm selbst ergibt (vgl. hierzu *BSG Beschluss vom 2.4.2003 - B 6 KA 83/02 B - Juris RdNr 4*). Die Bedeutung über den Einzelfall hinaus ist nicht gegeben, wenn die Rechtsfrage aufgrund besonderer Gestaltung des vorliegenden Einzelfalls einer verallgemeinerungsfähigen Beantwortung nicht zugänglich ist (vgl. zB *BSG Beschluss vom 5.11.2008 - B 6 KA 50/07 B - RdNr 6 iVm 11*). Diese Anforderungen, die verfassungsrechtlich unbedenklich sind (s. die *BVerfG-Angaben in BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13* sowie *BVerfG <Kammer> SozR 4-1500 § 160a Nr 16 RdNr 4 f*), werden nicht erfüllt.
- 15 a. Die Rechtsfrage, ob
es bei der Beurteilung des Tatbestandsmerkmals der "besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen" auf die Person eines konkret benannten Arztes ankommt, oder ob - angesichts der Ausgestaltung der Ermächtigung als Institutsermächtigung - die Einrichtung dafür Sorge zu tragen hat, dass (irgend-)ein entsprechend qualifizierter Arzt als ärztlicher Leiter tätig ist,
ist bereits nicht klärungsfähig (entscheidungserheblich).
- 16 In Bezug auf das mit dem Hauptantrag verfolgte Begehren der Klägerin, als Einrichtung nach § 119a SGB V ermächtigt zu werden, fehlt die Entscheidungserheblichkeit der aufgeworfenen Frage bereits deswegen, weil es ihrer Klärung in einem Revisionsverfahren nicht bedürfte. Die Revision wäre bereits deswegen zurückzuweisen, weil die Klägerin ganz offensichtlich nicht die Voraussetzungen für eine Ermächtigung erfüllt. Nach § 119a Satz 1 SGB V können Einrichtungen der Behindertenhilfe zur ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten mit geistiger Behinderung ermächtigt werden, wenn sie über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen. Schon nach dem eindeutigen Wortlaut der Bestimmung steht außer Zweifel, dass unabdingbare Voraussetzung einer derartigen Ermächtigung das Bestehen einer ärztlich geleiteten Abteilung ist. Gibt es, wie vorliegend nach dem Ausscheiden des einzigen dort tätigen Arztes Dr. S., keinen ärztlichen Leiter, fehlt es bereits an einer "ärztlich geleiteten" Abteilung, die ermächtigt werden könnte. Eine Ermächtigung "auf Vorrat" (für den Fall der Anstellung eines Arztes als ärztlichen Leiter) kommt nicht in Betracht.



- 17 Die Entscheidungserheblichkeit der Frage ist darüber hinaus auch in Bezug auf den hilfsweise gestellten Fortsetzungsfeststellungsantrag zu verneinen, weil es insoweit darauf ankommt, ob der Bescheid, mit dem der gestellte Antrag auf Institutsermächtigung abgelehnt worden war, vor Eintritt des erledigenden Ereignisses - dh unter den seinerzeit gegebenen Bedingungen - rechtswidrig war (*vgl § 131 Abs 1 Satz 3 SGG*). Vor dem erledigenden Ereignis gab es in der Person des Dr. S. einen "konkret benannten Arzt" im Sinne der Fragestellung, sodass es nicht der Klärung der hypothetischen Frage bedarf, ob es dieser Benennung bedurft hätte.
- 18 Im Übrigen wäre die Frage auch nicht klärungsbedürftig, da sich ihre Beantwortung aus dem Gesetz ergibt. Wie bereits dargelegt, setzt eine Ermächtigung nach § 119a SGB V voraus, dass die Einrichtung die hierzu erforderlichen Voraussetzungen erfüllt. Das setzt nicht allein voraus, dass überhaupt eine ärztlich geleitete Einrichtung besteht, sondern auch, dass gerade die Methoden oder Kenntnisse der dort tatsächlich tätigen Ärzte den besonderen Bedarf begründen, den eine Ermächtigung nach § 119a Satz 1 SGB V voraussetzt. Die Ermächtigung kommt nur dann (und solange) in Betracht, wie eine ausreichende Versorgung des genannten Personenkreises "ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen" nicht sichergestellt ist. Die damit erforderliche Prüfung, ob die Versorgung nicht durch die - grundsätzlich vorrangigen - niedergelassenen Ärzte sichergestellt werden kann, sondern es einer Einbeziehung der in der Einrichtung tätigen Ärzte bedarf, kann nur dann durchgeführt werden, wenn bekannt ist, welche besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von den in der Einrichtung tätigen Ärzten tatsächlich erbracht werden bzw über welche besonderen Kenntnisse die dort tätigen Ärzte verfügen (*zur Maßgeblichkeit der Qualifikation des leitenden Arztes s auch Hess in: Kasseler Kommentar, § 119a SGB V RdNr 2*). Um dies feststellen und ggf überprüfen zu können, bedarf es hierzu in jedem Fall der Angabe, welcher Arzt mit welcher Qualifikation über welche besonderen Methoden bzw Kenntnisse verfügt. Auch insoweit kommt es nicht in Betracht, die Einrichtung mit der Vorgabe zu ermächtigen, die erforderlichen Bedingungen (nachträglich) zu schaffen.
- 19 b. Die Rechtsfrage, ob
es beim Tatbestandsmerkmal der "besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen" nur auf die Art der Leistungen oder insbesondere auch auf die Art der Leistungserbringung ankommt,
ist nicht klärungsbedürftig, weil sich die Antwort bereits aus dem Gesetz ergibt. Nach § 119a Satz 1 SGB V kommt - wie bereits dargestellt - eine Ermächtigung nur dann (und solange) in Betracht, wie eine ausreichende Versorgung des genannten Personenkreises "ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen" nicht sichergestellt ist. Zu decken ist damit ein qualitativ-spezifischer Bedarf. Besondere Kenntnisse oder Methoden führen nur dann zu einer Ermächtigung, wenn sie sich in einem



besonderen Leistungsangebot niederschlagen, welches von den Vertragsärzten nicht oder nicht ausreichend angeboten wird (*BSG SozR 5520 § 29 Nr 3 S 8; BSG Urteil vom 27.6.2001 - B 6 KA 39/00 R - RdNr 18 = KRS 01.083 = USK 2001-166 - zu Ermächtigungen nach § 116 SGB V*). Dieses "Leistungsangebot" manifestiert sich regelmäßig in der Erbringung von Leistungen, die nach bestimmten Gebührenordnungspositionen berechnet werden. Dies schließt es allerdings - jedenfalls in Bezug auf eine Institutsermächtigung nach § 119a SGB V - nicht aus, dass auch die "Art und Weise", in der diese Leistungen erbracht werden, bei der Bedarfsprüfung mit in den Blick zu nehmen sein kann, weil es hier - anders als bei einer Ermächtigung nach § 116 SGB V, der in seinem Satz 2 ansonsten entsprechend formulierte Voraussetzungen enthält - um Behandlungen geht, die gemäß § 119a Satz 2 SGB V auf einen bestimmten Personenkreis auszurichten sind.

- 20 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm §§ 154 ff VwGO. Danach hat die Klägerin auch die Kosten des von ihr ohne Erfolg durchgeführten Rechtsmittels zu tragen (§ 154 Abs 2 VwGO).
- 21 Die Festsetzung des Streitwerts entspricht der Festsetzung der Vorinstanz vom 1.10.2014, die von keinem der Beteiligten in Frage gestellt worden ist (§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1, § 47 Abs 1 und 3 Gerichtskostengesetz).

