

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 26/95

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigter:,

g e g e n

Berufungsausschuß für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen,
Frankfurt, Georg-Voigt-Straße 15,

Beklagter und Revisionsbeklagter,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Vereinigung Hessen,
Frankfurt, Georg-Voigt-Straße 15,
2. AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen,
Eschborn, Kölner Straße 8,
3. Landesverband der Betriebskrankenkassen in Hessen,
Frankfurt, Stresemannallee 20,
4. IKK-Landesverband Hessen-Thüringen,
Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 32,



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



5. Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen,
Kassel, Murhardstraße 18,

Prozeßbevollmächtigter:

.....,

6. Krankenkasse für den Gartenbau,
Kassel, Frankfurter Straße 126.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche Verhandlung am 19. Juni 1996 durch den Vorsitzenden Richter F u n k, die Richter S t e e g e und Dr. W e n n e r sowie die ehrenamtlichen Richter J e b b i n k und Prof. Dr. S e n n e für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt vom 26. Oktober 1994 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat dem Beklagten die Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.



Gründe:

I

Die Beteiligten streiten im Wege der Fortsetzungsfeststellungsklage darüber, ob es der Beklagte zu Recht abgelehnt hat, den Kläger für die Zeit vom 1. Januar 1993 bis zum 31. Dezember 1994 auch für Leistungen nach den Nrn 641, 642 Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMÄ) <Linksherzkatheter-Untersuchungen> zu ermächtigen.

Der Kläger ist Internist mit der Zusatzbezeichnung "Kardiologie" und leitender Arzt der Fachklinik "Der Fürstenhof" in Bad Wildungen, einer Rehabilitationsklinik. Die Klinik ist ein Regiebetrieb des Hessischen Staatsbades Bad Wildungen und nicht in den Krankenhausbedarfsplan des Landes Hessen aufgenommen. In der Klinik ist seit Mitte der achtziger Jahre ein Linksherzkatheter-Meßplatz installiert, für den keine Standortabstimmung gemäß § 122 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz erfolgt ist. Durch Bescheid der zu 1) beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) vom 26. August 1988 war der Kläger bis Ende 1990 auf der Grundlage des § 31 Abs 2 der Zulassungsordnung für Kassenärzte (ZO-Ärzte) iVm § 14 Abs 2 des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) in der 1988 geltenden Fassung eingeschränkt zur Teilnahme an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung ermächtigt. Der Zulassungsausschuß für Ärzte erteilte dem Kläger mit Bescheid vom 13. November 1990 eine bis zum 31. Dezember 1992 befristete Ermächtigung, die sich ua auf die konsiliarische Beratung eines Kassenarztes für invasiv-kardiologische Diagnostik und auch auf die Durchführung von Leistungen nach den Ziff 641/642 BMÄ (Linksherzkatheterismus) erstreckte. Auf Antrag der Beigeladenen zu 1) beschränkte der Zulassungsausschuß mit Beschluß vom 24. November 1992 die Ermächtigung des Klägers für die Zeit vom 1. Januar 1993 bis 31. Dezember 1994 neben der konsiliarischen Beratung von Kassenärzten auf die Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wobei nur bestimmte Leistungsziffern des BMÄ für abrechenbar erklärt wurden, zu denen die Nrn 641/642 nicht gehörten. Mit seinem Widerspruch verlangte der Kläger, auch für diese Leistungen ermächtigt zu werden, was der beklagte Berufungsausschuß mit Beschluß vom 17. März 1993 ablehnte. Er begründete seine Entscheidung damit, für die Linksherzkatheter-Untersuchungen könne der Kläger schon deshalb nicht ermächtigt werden, weil er diese Leistungen nicht erbringen dürfe. Gemäß § 85 Abs 2a SGB V sei die Erbringung und Abrechnung von Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten ausgeschlossen, die nicht nach § 122 SGB V abgestimmt sind. Diese Voraussetzung erfülle der Linksherzkatheter-Meßplatz in der Klinik des Klägers nicht, so daß er die entsprechenden Leistungen aus Rechtsgründen nicht erbringen dürfe.



Im Klageverfahren hat der Kläger geltend gemacht, die Zulassungsgremien hätten die Frage der Abrechenbarkeit von Leistungen nicht zu beurteilen. Sie seien darauf beschränkt zu prüfen, ob für bestimmte ärztliche Leistungen im jeweiligen Planungsbereich ein Bedarf bestehe, was für Linksherzkatheter-Leistungen im Bereich des Kreises Waldeck-Frankenberg anzunehmen sei, wie die örtliche Kreisstelle der Beigeladenen zu 1) im Verwaltungsverfahren deutlich gemacht habe. Wenn ein solcher Bedarf festgestellt sei, sei der an der Leistungserbringung interessierte Krankenhausarzt zu ermächtigen, ohne daß zu prüfen sei, ob und ggf unter welchen Voraussetzungen er die entsprechenden Leistungen abrechnen könne.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Ermächtigung weitergebildeter Krankenhausärzte diene nach ihrem Zweck der Schließung von Versorgungslücken. Dieses Ziel sei nur durch die Heranziehung solcher Ärzte erreichbar, die die von den niedergelassenen Ärzten nicht sichergestellten Leistungen ihrerseits aktuell anbieten könnten. Die Leistungen nach den Nrn 641 und 642 BMÄ könne der Kläger aktuell nicht anbieten, weil die Abrechnungsvoraussetzungen nach § 85 Abs 2a SGB V im Hinblick auf das von ihm zur Leistungserbringung benötigte medizinisch-technische Großgerät nicht erfüllt seien (Urteil vom 26. Oktober 1994).

Dieses Urteil greift der Kläger mit der vom SG zugelassenen Sprungrevision an. Er ist der Auffassung, das angefochtene Urteil verkenne die Systematik des Kassenarztrechts. Wer in diesem System Leistungen erbringen und abrechnen wolle, müsse zunächst eine Zulassung bzw Ermächtigung erhalten. Erst wenn der entsprechende Status zuerkannt sei, sei der betreffende Arzt in der Lage, die im Rahmen des BMV-Ä und der einschlägigen Richtlinien erforderlichen Genehmigungen zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen zu beantragen. Sache der Zulassungsgremien sei es allein zu prüfen, ob für die von dem interessierten Krankenhausarzt angebotenen Leistungen ein Bedarf bestehe. Im übrigen hätten sowohl er als auch der Krankenhausträger beim Großgeräteausschuß beantragt, der Klinik einen Standort für einen Linksherzkatheter-Meßplatz zuzuweisen, ohne daß bisher eine Entscheidung ergangen sei. Schließlich habe er bereits seit dem 17. März 1986 Linksherzkatheter-Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und könne sich deshalb auf Bestandsschutz berufen. Ein Fortsetzungsfeststellungsinteresse ergebe sich daraus, daß der Zulassungsausschuß ihn mit Beschluß vom 29. November 1994 bis zum 31. Dezember 1996 in dem bisherigen Umfang ermächtigt und eine Ermächtigung für Leistungen nach den Nrn 641/642 BMÄ trotz eines darauf gerichteten Antrags nicht erteilt habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt vom 26. Oktober 1994 aufzuheben und festzustellen, daß der Beschluß des Beklagten vom 17. März 1993 insoweit



rechtswidrig war, als er seinen (des Klägers) Antrag auf Ermächtigung für Leistungen nach den Nrn 641 und 642 BMÄ abgelehnt hat.

Der Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Er hält seinen Beschluß nach wie vor für zutreffend, weil ein weitergebildeter Krankenhausarzt nicht für Leistungen ermächtigt werden dürfe, die er gegenwärtig und auf absehbare Zeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbringen und abrechnen dürfe.

Die Beigeladene zu 5) schließt sich dem Antrag des Beklagten an. Die übrigen Beigeladenen haben sich im Revisionsverfahren nicht geäußert.

Alle Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung (§ 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz <SGG>) einverstanden erklärt.

II

Die Revision ist nicht begründet.

Der Senat kann über die Revision des Klägers in der Sache selbst und abschließend entscheiden. Er ist nicht gehalten, den Rechtsstreit zur Nachholung der notwendigen, aber bislang unterbliebenen Beiladung der Verbände der Ersatzkassen (Verband der Angestellten-Krankenkassen eV und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband eV) zurückzuverweisen.

Der Verfahrensmangel der unterlassenen notwendigen Beiladung ist trotz der Regelung in § 161 Abs 4 SGG, wonach Verfahrensmängel im Rahmen der Sprungrevision nicht gerügt werden können, von Amts wegen zu berücksichtigen (BSGE 70, 240, 242 = SozR 3-5533 Allg Nr 1 S 3). Die Verbände der Ersatzkassen sind ebenso wie die Landesverbände der Krankenkassen in Zulassungsstreitigkeiten nach § 75 Abs 2 1. Alternative SGG notwendig beizuladen, weil die Entscheidung ihnen, den beteiligten Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie der KÄV gegenüber nur einheitlich ergehen kann. Es entspricht ständiger Praxis in Zulassungssachen (vgl § 96 Abs 1 SGB V), die betroffene KÄV und die Verbände der Krankenkassen zum gerichtlichen Verfahren nach § 75 Abs 2 SGG beizuladen, soweit diese nicht schon als Kläger Verfahrensbeteiligte sind. In Zulassungsstreitigkeiten wird über den Status als Vertragsarzt bzw ermächtigter Arzt oder ermächtigte ärztliche Einrichtung entschieden, und die getroffenen Entscheidungen greifen unmittelbar in den Rechtskreis auch der Krankenkassen ein, weil zugelassene



und/oder ermächtigte Ärzte bzw ärztlich geleitete Einrichtungen im System der vertragsärztlichen Versorgung Leistungen erbringen und zu Lasten der Krankenkassen veranlassen dürfen. Das Gesetz billigt deshalb den Krankenkassen Antragsbefugnisse gegenüber den Zulassungsausschüssen zu (zB § 27 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte <Ärzte-ZV> für den Antrag auf Zulassungsentziehung) und gibt den Krankenkassen ein eigenständiges Widerspruchs- und Klagerecht gegen die Entscheidungen von Zulassungs- und Berufungsausschuß (§ 96 Abs 4 SGB V, § 97 Abs 1 Nr 4 SGG). Die Krankenkassen zählen zu den "übrigen Beteiligten" iS des § 97 Abs 3 Satz 1 SGG, die vor dem Erlass von gerichtlichen Vollziehungsentscheidungen in Zulassungssachen anzuhören sind. Soweit der Senat im Jahre 1968 entschieden hat, in Streitverfahren zwischen einer KÄV und dem Berufungsausschuß über die Beteiligung eines Chefarztes nach § 368a Abs 8 Reichsversicherungsordnung (RVO) in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung seien die Landesverbände der Krankenkassen nicht notwendig beizuladen (BSGE 29, 65, 66 = SozR Nr 32 zu § 368a RVO), ist dieser von der Praxis der Instanzgerichte seit längerem überholt und vom Senat nicht mehr praktizierten Auffassung die rechtliche Grundlage entzogen. Spätestens seitdem durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) ein einheitlicher Tatbestand der Zulassungssachen in § 96 Abs 1 SGB V geschaffen und die Entscheidung über die Ermächtigung weitergebildeter Krankenhausärzte vollständig den Zulassungsinstanzen übertragen worden ist (vgl § 116 Satz 1 SGB V, § 31a Ärzte-ZV), ist für eine Differenzierung zwischen Zulassungs- und Ermächtigungsverfahren hinsichtlich der notwendigen Beiladung aller in § 96 Abs 4 SGB V genannten Körperschaften zum gerichtlichen Verfahren kein Raum mehr. Zu diesen zählen seit der Neufassung des § 96 Abs 4 SGB V durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) neben den Landesverbänden der Krankenkassen auch die Verbände der Ersatzkassen. Das hat zur Konsequenz, daß diese ab 1993 zu allen gerichtlichen Streitverfahren in Zulassungssachen notwendig beizuladen sind. Aus der Senatsentscheidung vom 30. November 1994 (SozR 3-2500 § 119 Nr 1 S 2) ergibt sich nichts anderes. Der Senat hat dort nur zur Beschwer der KÄV bei Entscheidungen der Zulassungsgremien Stellung genommen und in diesem Zusammenhang das Urteil BSGE 29, 65, 66 = SozR Nr 32 zu § 368a RVO lediglich referiert, ohne sich mit der Problematik der notwendigen Beiladung der Krankenkassen(verbände) in Zulassungssachen auseinanderzusetzen.

Das Unterlassen einer gemäß § 75 Abs 2 SGG notwendigen Beiladung hat jedoch nicht zwingend zur Folge, daß der Rechtsstreit - abgesehen von der Möglichkeit der Nachholung der Beiladung im Revisionsverfahren nach § 168 Satz 2 SGG - zur erneuten Verhandlung an das SG oder das Landessozialgericht zurückverwiesen werden muß. Der erkennende Senat hat in mehreren Entscheidungen aus jüngerer Zeit die Auffassung vertreten, daß das Unterlassen einer notwendigen Beiladung eine Zurückverweisung dann nicht nach sich zieht, wenn die Klage aus der Sicht des Revisionsgerichts in jedem Fall abgewiesen werden muß (vgl BSGE 67, 251, 253 = SozR 3-2500 § 92 Nr 2; BSGE



69, 138, 140 = SozR 3-2500 § 106 Nr 6). Eine unterlassene notwendige Beiladung wirkt dann nicht als Verfahrensfehler in der Revisionsinstanz fort, wenn aufgrund der tatsächlichen Feststellungen des Instanzgerichts eine Entscheidung in der Sache möglich ist, die für den Beizuladenden materiell nicht nachteilig ist, insbesondere keine Leistungspflicht konstituiert und ihn verfahrensrechtlich nicht in der Weise benachteiligt, daß er bestimmte Rechte im Verwaltungsverfahren bzw im gerichtlichen Verfahren nicht mehr geltend machen kann (vgl BSGE 69, 138, 141 = SozR 3-2500 § 106 Nr 6 S 24). Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt, weil Gegenstand der Entscheidung des Senats nur der Beschluß des Beklagten vom 17. März 1993 hinsichtlich des Umfangs der Ermächtigung des Klägers vom 1. Januar 1993 bis 31. Dezember 1994 ist. Dieser Zeitraum ist abgelaufen, und mangels ihm erteilter Ermächtigung war der Kläger in den Jahren 1993 und 1994 nicht berechtigt, Leistungen nach den Ziff 641/642 BMÄ/Ersatzkassen-Gebührenordnung zu erbringen und abzurechnen. Da diese Entscheidung - wie sogleich darzulegen ist - rechtmäßig ist, können von ihr keine für die Verbände der Ersatzkassen nachteiligen Wirkungen ausgehen. Deshalb hat der Senat auch davon abgesehen, die Ersatzkassenverbände ggf mit deren Zustimmung nach § 168 Satz 2 SGG noch zum Revisionsverfahren beizuladen.

Gegenstand der Entscheidung des Senats ist allein der Bescheid des Beklagten vom 17. März 1993, der den Umfang der Ermächtigung des Klägers für den Zeitraum vom 1. Januar 1993 bis zum 31. Dezember 1994 regelt. Die Entscheidung des Zulassungsausschusses vom 29. November 1994 hinsichtlich der Ermächtigung des Klägers für die Zeit vom 1. Januar 1995 bis 31. Dezember 1996 ist nicht Gegenstand des Revisionsverfahrens geworden. Ob sich dies schon aus der Regelung des § 171 Abs 2 SGG ergibt, wonach grundsätzlich die Anwendung des § 96 Abs 1 SGG im Revisionsverfahren ausgeschlossen ist, kann dahinstehen. Die Einbeziehung des nach Verkündung des sozialgerichtlichen Urteils, aber vor der Entscheidung des SG über die Zulassung der Sprungrevision ergangenen Bescheides des Zulassungsausschusses in das Verfahren ist jedenfalls deshalb ausgeschlossen, weil bei der wiederholten Erteilung einer zeitlich befristeten Ermächtigung für eine entsprechende Anwendung des § 96 Abs 1 SGG kein Raum ist. Die für den Ermächtigungsumfang maßgebende Bedarfssituation ist jeweils aufgrund der im Entscheidungszeitpunkt gegebenen tatsächlichen Verhältnisse und der sich abzeichnenden Entwicklungen neu zu beurteilen, und die späteren Bescheide ergehen deshalb regelmäßig auf einer anderen Tatsachengrundlage (BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 6 S 38 und Nr 12 S 62). Erledigt sich in einem solchen Fall der streitbefangene Verwaltungsakt während des Prozesses durch Ablauf des Ermächtigungszeitraums, können die am Zulassungsverfahren Beteiligten, wie hier geschehen, ihre Anträge umstellen und in der Form eines Fortsetzungsfeststellungsbegehrens gemäß § 131 Abs 1 Satz 3 SGG weiterverfolgen, sofern zu besorgen ist, daß die Zulassungsgremien auch in Zukunft Ermächtigungen in dem von einem der Beteiligten für rechtswidrig gehaltenen Umfang erteilen werden. Nachdem hier



ein entsprechender Folgebescheid bereits ergangen ist, bestehen gegen die Annahme des zur Fortführung der Klage notwendigen Feststellungsinteresses keine Bedenken.

Die Klage ist, wie das SG zu Recht entschieden hat, unbegründet, weil die Entscheidung vom 17. März 1993 rechtmäßig ist. Zu Recht hat es der Beklagte abgelehnt, den Kläger für die Zeit vom 1. Januar 1993 bis zum 31. Dezember 1994 (auch) für die Erbringung von Leistungen nach den Nrn 641/642 BMÄ zu ermächtigen.

Rechtsgrundlagen der angefochtenen Entscheidung sind § 116 Satz 2 SGB V und § 31a Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV. Danach sind weitergebildete Krankenhausärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Eine Ermächtigung kann danach nur erteilt werden, wenn entweder in quantitativer oder in qualitativer Hinsicht eine Versorgungslücke besteht, weil die Zahl der zugelassenen Vertragsärzte nicht ausreicht oder diese nicht in der Lage sind, bestimmte, für eine ausreichende Versorgung benötigte Leistungen anzubieten (vgl BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 11 S 59). Aus den genannten Vorschriften folgt ferner, daß weitergebildete Krankenhausärzte nur insoweit ermächtigt werden können, als sie tatsächlich und rechtlich in der Lage sind, die Leistungen, die von den niedergelassenen Vertragsärzten nicht oder nicht in ausreichendem Umfang angeboten werden, ihrerseits den Versicherten zu erbringen. Ein Krankenhausarzt hat keinen Anspruch darauf, für Leistungen ermächtigt zu werden, die er aus tatsächlichen Gründen nicht erbringen kann und/oder aus rechtlichen Gründen nicht erbringen und abrechnen darf. Diese Situation war hier während des gesamten streitbefangenen Zeitraums gegeben, weil der Kläger in den Jahren 1993 und 1994 Leistungen mit dem in der Klinik "Der Fürstenhof" installierten Linksherzkatheter-Meßplatz unabhängig von der Erteilung einer Ermächtigung nicht hätte erbringen und abrechnen dürfen. Das ergibt sich aus der durch das GSG zum 1. Januar 1993 in das SGB V eingefügten Vorschrift des § 85 Abs 2a SGB V. Danach ist die Vergütung ärztlicher Leistungen, die mit nicht nach § 122 SGB V abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden, in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Diese Vorschrift erfaßt auch die Leistungen von ermächtigten Krankenhausärzten, weil die Ermächtigung nach § 95 Abs 4 Satz 1 SGB V zur Folge hat, daß der ermächtigte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist.

Der in der Fachklinik "Der Fürstenhof" installierte Linksherzkatheter-Meßplatz ist ein medizinisch-technisches Großgerät iS des § 85 Abs 2a Satz 1 iVm § 122 SGB V. Nach dem Urteil des Senats vom 14. Mai 1992 (BSGE 70, 285, 292, 294 = SozR 3-2500 § 122 Nr 3 S 12 f) zur Auslegung des § 122 SGB V in der bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung des GRG sind Großgeräte iS des Gesetzes solche



medizinisch-technischen Geräte, die wegen der ungewöhnlich hohen Anschaffungs-, Installations- und Betriebskosten ständig eine bestimmte Mindestleistungsfrequenz (Auslastungsgrad) benötigen, um zu wirtschaftlich tragbaren Bedingungen betrieben werden zu können, und bei denen deshalb im Fall eines Überangebotes die Gefahr einerseits einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung und andererseits einer Beeinträchtigung der für die bedarfsgerechte medizinische Versorgung notwendigen Gerätestandorte besteht. An dieser Definition ist auch für den ab 1. Januar 1993 geltenden Rechtszustand nach der Neufassung des § 122 SGB V durch das GSG festzuhalten, zumal der Bundesminister für Gesundheit von der ihm in § 122 Abs 2 Satz 1 SGB V eingeräumten Ermächtigung, den Katalog der abstimmungspflichtigen medizinisch-technischen Großgeräte zu bestimmen, noch keinen Gebrauch gemacht hat.

Die Regelung in § 122 Abs 2 SGB V kann nicht in der Weise verstanden werden, daß bestimmte medizinische Geräte erst dann als "medizinisch-technische Großgeräte" iS des § 122 Abs 1 und des § 85 Abs 2a Satz 1 SGB V angesehen werden können, wenn sie dazu entweder durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit oder durch eine "entsprechende Regelung" des Großgeräteausschusses bestimmt worden sind. Die Regelung des Vergütungsausschlusses in § 85 Abs 2a Satz 1 SGB V beansprucht Geltung unmittelbar ab dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens am 1. Januar 1993 und erfaßt jedenfalls solche Geräte, die bis zum 31. Dezember 1992 auf der Grundlage des Art 67 GRG als medizinisch-technische Großgeräte galten und aus dem Gerätekatalog nicht durch den Bundesminister für Gesundheit auf der Grundlage des § 122 Abs 2 SGB V herausgenommen werden. Bereits in den durch Art 67 GRG in Bezug genommenen Großgeräte Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 10. Dezember 1985 (BANz Beilage Nr 60a vom 27. März 1986, S 3) waren koronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheter-Meßplätze) in Abschnitt B 1a Nr 4 als medizinisch-technische Großgeräte aufgeführt. Von der Großgeräteeigenschaft eines Linksherzkatheter-Meßplatzes ist der erkennende Senat in seinem Urteil vom 1. Oktober 1990 (BSGE 67, 256 = SozR 3-2500 § 92 Nr 1) ausgegangen. Der im Frühjahr 1995 veröffentlichte Entwurf einer Rechtsverordnung des Bundesministers für Gesundheit zur Ausführung des § 122 Abs 2 Satz 1 SGB V zählt in § 1 Abs 1 Nr 3 den Linksherzkatheter-Meßplatz zu den medizinisch-technischen Großgeräten und weist in der Begründung darauf hin, daß die Einrichtung eines Linksherzkatheter-Meßplatzes ca zwei bis 2,5 Mio DM kostet. Auch die Beteiligten dieses Verfahrens bezweifeln nicht, daß der in der Fachklinik "Der Fürstenhof" in Bad Wildungen installierte Linksherzkatheter-Meßplatz als medizinisch-technisches Großgerät anzusehen ist.

Eine Abstimmung iS des § 122 SGB V hinsichtlich dieses Herzkatheter-Meßplatzes hat nicht stattgefunden, denn ein Bescheid, der das Abstimmungsergebnis umsetzt, ist auf der Grundlage des § 122 Abs 5 SGB V weder gegenüber dem Kläger noch gegenüber dem Träger der Fachklinik "Der Fürstenhof" ergangen. Soweit der Kläger im



Revisionsverfahren vorgetragen hat, es seien Abstimmungsanträge an den Großgeräteausschuß gestellt worden, handelt es sich um neuen tatsächlichen Vortrag, der im Revisionsverfahren nicht berücksichtigt werden kann. Weder im Verwaltungsverfahren noch im sozialgerichtlichen Verfahren ist dargelegt worden, wer zu welchem Zeitpunkt welchen Antrag bei dem Großgeräteausschuß gestellt hat, welche Entscheidungen ergangen sind und in welchem Stadium sich etwaige Verwaltungsverfahren befinden. Das SG hat entsprechend keine Feststellungen in dieser Hinsicht getroffen, und selbst dann, wenn darin ein Verfahrensmangel liegen sollte, könnte darauf die Revision nach § 161 Abs 4 SGG nicht gestützt werden.

Die Abstimmungsfiktion in § 85 Abs 2a Satz 2 SGB V kommt dem Kläger nicht zugute. Nach dieser Vorschrift gelten medizinisch-technische Großgeräte, die von Kassen- oder Vertragsärzten vor dem 15. Mai 1992 erworben worden sind und mit denen diese bis zum Ablauf des 2. Quartals 1992 Leistungen erbracht haben, bis zum 31. Dezember 1998 als abgestimmt iS des § 122 SGB V, wenn sie bis zum 31. März 1993 dem Großgeräteausschuß mit Nachweisen über Erwerb und Leistungserbringung gemeldet worden sind. Abgesehen davon, daß das SG keine Feststellungen dazu getroffen hat und nach den Darlegungen des Klägers auch nicht hat treffen können, ob entsprechende Nachweise gegenüber dem Großgeräteausschuß erbracht worden sind, ist § 85 Abs 2a Satz 2 SGB V nach seinem eindeutigen Wortlaut auf den Kläger nicht anwendbar, weil dieser kein Kassen- oder Vertragsarzt ist und weil nicht er, sondern allenfalls der Träger der Fachklinik "Der Fürstenhof" den Linksherzkatheter-Meßplatz angeschafft oder erworben hat.

Zutreffend hat das SG darauf hingewiesen, daß sich Vertrauensschutzaspekte für den Kläger nicht daraus herleiten lassen, daß er für die Zeit von 1988 bis Ende 1992 (auch) zur Erbringung von Linksherzkatheter-Meßplatz-Untersuchungen ermächtigt worden war. Die Ermächtigungen des Klägers, die zunächst auf der Grundlage des § 14 BMV-Ä aF von der Beigeladenen zu 1) und später vom Zulassungsausschuß erteilt worden sind, waren jeweils befristet. Es entspricht dem Sinn einer Befristung, daß die Zulassungsgremien nach Ablauf des Zeitraums, für den ein Arzt ermächtigt war, erneut prüfen, ob weiterhin eine Ermächtigung erteilt werden soll. Sie sind nicht gehindert, dabei eine umfassende Prüfung der Rechtslage durchzuführen und in deren Rahmen zu dem Ergebnis zu kommen, daß aus Rechtsgründen die Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen durch den zu ermächtigenden Arzt ausgeschlossen ist. Gerade wegen der Berechtigung und Verpflichtung der Zulassungsgremien, stets neu den Bedarf iS des § 116 Satz 2 SGB V zu ermitteln, kann es grundsätzlich kein schutzwürdiges Vertrauen eines weitergebildeten Krankenhausarztes darauf geben, daß ihm in dem Ermächtigungskatalog die Leistungen, die er bisher erbringen durfte, auch in Zukunft zugestanden werden müssen. Entsprechend hat der Senat noch unter Geltung des § 368a Abs 8 RVO entschieden, daß der Widerruf der Beteiligung eines Chefarztes auf



der Grundlage des § 29 Abs 5 ZO-Ärzte aF nicht deshalb rechtswidrig war, weil der betreffende Arzt jahrelang an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt war (BSG SozR 2200 § 368a Nr 7), und daß der Widerruf einer Chefarztbeteiligung nicht nach dem Maßstab des § 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch zu beurteilen war (BSG SozR 5520 § 29 Nr 5). Ob die mehrfache Verlängerung einer Ermächtigung in Ausnahmefällen in die Zukunft gerichteten Vertrauensschutz zu begründen vermag, muß hier nicht entschieden werden. Dafür könnte allenfalls Raum sein, wenn der zu ermächtigende Arzt geltend machen kann, er persönlich habe im Hinblick auf die Erwartung, auch weiterhin ermächtigt zu werden, bestimmte Investitionsentscheidungen getroffen, die sich nunmehr als nutzlos erwiesen. Etwas derartiges hat der Kläger hier nicht vorgetragen und wird er auch nicht vortragen können, weil das Großgerät hier von dem Klinikträger angeschafft worden ist und seinen Zweck in erster Linie im Rahmen des klinischen Betriebs der Rehabilitationseinrichtung erfüllt. Deshalb ist die Entscheidung des Beklagten, den Kläger für die Zeit vom 1. Januar 1993 bis zum 31. Dezember 1994 nicht für Linksherzkatheter-Untersuchungen nach Nrn 641/642 BMÄ zu ermächtigen, rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)