

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 33/94

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigter:,

g e g e n

Gemeinsamer Berufungsausschuß für Ärzte in Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg, Bismarckallee 1-3,

Beklagter und Revisionsbeklagter,

beigeladen:

- 1) Allgemeine Ortskrankenkasse Schleswig-Holstein,
Kiel, Gartenstraße 9,
- 2) IKK-Landesverband Schleswig-Holstein/Mecklenburg-Vorpommern,
Kiel, Hamburger Chaussee 90,
- 3) Betriebskrankenkassen-Landesverband Nord,
Hamburg, Wendenstraße 279,
- 4) Schleswig-Holsteinische Landwirtschaftliche Krankenkasse,



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Kiel, Schulstraße 29,

- 5) Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg, Bismarckallee 1-3,
- 6) Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84,
- 7) Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche Verhandlung am 15. März 1995 durch den Richter Dr. E n g e l m a n n als Vorsitzenden, die Richter S t e e g e und Dr. U d s c h i n g sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. S e b a l d und Dr. O l d i g e s für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Schleswig-Holstein vom 22. Februar 1994 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat dem Beklagten dessen Aufwendungen für das Revisionsverfahren zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.



Gründe:

I

Der Kläger ist Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und leitender Arzt der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses S. in B. . Seine seit 1974 für eine Reihe von Leistungen bestehende Beteiligung an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung widerriefen die Zulassungsinstanzen im Jahr 1988, weil zwischenzeitlich die gynäkologische Versorgung im Einzugsbereich B. durch niedergelassene Frauenärzte sichergestellt sei (Bescheide des beklagten Berufungsausschusses und der - früheren - Berufungskommission für die Ersatzkassenpraxis vom 27. Oktober 1988).

Das dagegen angerufene Sozialgericht (SG) hat unter Abweisung der Klage im übrigen die Bescheide geändert und die Beteiligung insoweit wiederhergestellt, als sie Leistungen auf Überweisung durch zugelassene Frauenärzte sowie die ambulante Nachbehandlung von Tumorerkrankungen nach einer stationären Krankenhausbehandlung im Einvernehmen mit dem behandelnden Kassen- bzw Vertragsarzt umfaßt hatte (Urteil vom 23. Januar 1991). Die Berufung des Klägers hat das Landessozialgericht (LSG) mit Urteil vom 22. Februar 1994 zurückgewiesen. Für eine weitergehende Beteiligung - bzw Ermächtigung neuen Rechts - bestehe kein Bedarf. Aus dem maßgebenden Bedarfsplan ergebe sich, daß der Landkreis S. mit Frauenärzten überbesetzt sei. Auch in qualitativer Hinsicht bestehe keine Versorgungslücke. Zwar würden möglicherweise einzelne selten vorkommende Leistungen von den niedergelassenen Ärzten nicht erbracht; dem habe jedoch bereits das SG dadurch Rechnung getragen, daß es die Möglichkeit der Behandlung auf Überweisung durch Frauenärzte eröffnet habe.

Mit der Revision rügt der Kläger eine Verletzung des § 116 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Der von den Zulassungsgremien der Beurteilung der Versorgungssituation zugrunde gelegte Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) Schleswig-Holstein (Beigeladene zu 5) habe in der hier maßgebenden Fassung des Jahres 1988 entgegen den Vorgaben in den Bedarfsplanungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen keine fachärztlichen Planungsbereiche auf der Grundlage der Landkreise, sondern lediglich mehrere Kreise umfassende Planungsräume vorgesehen, die den tatsächlichen Versorgungsstrukturen in keiner Weise entsprochen hätten. Schon aus diesem Grunde seien die getroffenen Entscheidungen fehlerhaft. Darüber hinaus habe der Beklagte nicht ausreichend ermittelt, ob die streitigen Leistungen von den niedergelassenen Frauenärzten tatsächlich erbracht werden könnten. Die Klärung des qualitativen Bedarfs könne nicht dadurch umgangen werden, daß für den Fall einer Versorgungslücke vorsorglich die Möglichkeit einer Inanspruchnahme auf Überweisung durch Fachkollegen vorgesehen werde.



Der Kläger beantragt,

unter Abänderung der Urteile des Landessozialgerichts Schleswig-Holstein vom 22. Februar 1994 und des Sozialgerichts Kiel vom 23. Januar 1991 die Bescheide des Beklagten und der Berufungskommission für die Ersatzkassenpraxis vom 27. Oktober 1988 insoweit aufzuheben, als die Beteiligung in folgenden Punkten widerrufen wurde:

1. Untersuchungen zur Klärung, ob eine stationäre Behandlung notwendig ist oder nicht;
2. Besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden:
 - a) Zytologie,
 - b) Hysterosalpingographie,
 - c) Punktion der Bauchhöhle oder eines Adnextumors unter Ultraschallsicht;
 - d) Oxytoxin-Belastungstest bei Risikoschwangerschaften,

hilfsweise,

den Beklagten unter Aufhebung der genannten Bescheide zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 4) und 5) beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

Die übrigen Beteiligten haben keine Anträge gestellt.

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

II

Die Revision des Klägers ist unbegründet.

Zulässiger Gegenstand der erhobenen (Teil-)Anfechtungsklage ist alleine noch der Bescheid des beklagten Berufungsausschusses vom 27. Oktober 1988. Für eine Fortführung der Klage gegen den am selben Tag ergangenen Bescheid der früheren Berufungskommission für die Ersatzkassenpraxis fehlt das Rechtsschutzbedürfnis. Denn durch das am 1. Januar 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S 2266) ist die Aufteilung der ambulanten Versorgung in einen kassen- und einen vertragsärztlichen Bereich beseitigt und § 95 Abs 8 SGB V aF, der zusammen mit § 83 Abs 3 SGB V aF die Rechtsgrundlage für eine gesonderte Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung alten Rechts bildete, gestrichen worden (Art 1 Nr 51 Buchst i GSG). Damit ist die frühere



Ersatzkassenermächtigung in der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Ermächtigung für den Primärkassenbereich aufgegangen (BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 6 S 40). Nachdem das SG - insoweit rechtskräftig - den streitgegenständlichen Bescheid teilweise aufgehoben und dem Kläger eine Beteiligung für Leistungen auf Überweisung durch zugelassene Frauenärzte sowie für die ambulante Nachbehandlung von Tumorerkrankungen im Anschluß an eine stationäre Krankenhausbehandlung im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt belassen hat und hiergegen kein Rechtsmittel eingelegt worden ist, beschränkt sich die rechtliche Prüfung darauf, ob die weitergehende Beteiligung rechtmäßig widerrufen worden ist.

Rechtsgrundlage für den Widerrufsbescheid vom 27. Oktober 1988 war § 29 Abs 5 Satz 2 der seinerzeit noch geltenden Zulassungsordnung für Kassenärzte (ZO-Ärzte). Danach war eine Beteiligung zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorlagen. Darauf, ob die Beteiligung von Anfang an zu Unrecht erteilt worden war oder ob ihre Voraussetzungen erst später weggefallen waren, kam es nicht an (BSG SozR 5520 § 29 Nr 3 S 3 ff; BSGE 56, 295, 297 = SozR 5520 § 29 Nr 4 S 12; BSG SozR 5520 § 29 Nr 5 S 19). An dieser Rechtslage hat sich durch die Neukodifizierung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung im Sozialgesetzbuch nichts geändert; für die gemäß Art 65 Satz 1 des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S 2477) als Ermächtigungen weitergeltenden Beteiligungen alten Rechts folgt die Widerrufsmöglichkeit aus § 95 Abs 4 Satz 3 iVm Abs 6 Satz 2 SGB V (vgl dazu im einzelnen BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 1 S 3 f). Die Frage, ob bei einer Anfechtungsklage gegen den (vollständigen) Widerruf einer Beteiligung/Ermächtigung auf den Rechtszustand im Zeitpunkt der Widerrufsentscheidung oder - im Hinblick auf die "Dauerwirkung" derartiger Statusregelungen - auf die Rechtslage bei Erlass des gerichtlichen Urteils abzustellen ist (dazu BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 1 S 2), stellt sich deshalb nicht.

Die Beteiligungsvoraussetzungen ergaben sich nach früherem Recht aus § 368a Abs 8 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung (RVO); sie entsprechen den Voraussetzungen, unter denen nach geltendem Recht (§ 116 Satz 2 SGB V) eine Ermächtigung zu erteilen ist. Das Gesetz geht von einem Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte bei der ambulanten Versorgung der Versicherten aus und läßt deshalb eine Beteiligung bzw Ermächtigung nur unter der Voraussetzung zu, daß im Leistungsangebot dieser Ärzte eine Lücke besteht, die zur Sicherstellung einer ausreichenden und zweckmäßigen medizinischen Versorgung durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Krankenhausarztes geschlossen werden muß (s dazu mwN: BSGE 70, 167, 173 = SozR 3-2500 § 116 Nr 2). Das war nach den Feststellungen des Berufungsgerichts spätestens ab dem Zeitpunkt der Widerrufsentscheidung nicht mehr der Fall.



Daß eine Beteiligung/Ermächtigung unter quantitativen Gesichtspunkten nicht mehr erforderlich war und ist, hat das LSG rechtsfehlerfrei aus einem Vergleich der für die kassenärztliche Bedarfsplanung zugrunde gelegten Soll- und Ist-Zahlen abgeleitet. Dabei kommt es auf die von der Revision aufgeworfene Frage, ob die Bedarfsplanung im Bereich der Beigeladenen zu 5), insbesondere, was die Abgrenzung der fachärztlichen Planungsbereiche anbelangt, zum Zeitpunkt des Beteiligungswiderrufs im Jahre 1988 in vollem Umfang den Anforderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der damals geltenden Fassung vom 12. Juni 1983 (BANz Nr 201 vom 25. Oktober 1983) entsprochen hat, nicht an. Zwar sind die Bedarfspläne gemäß § 99 Abs 1 Satz 1 SGB V (früher: § 368 Abs 4 Satz 1 RVO) "nach Maßgabe der von den Bundesausschüssen erlassenen Richtlinien" aufzustellen, um die Bundeseinheitlichkeit der Bedarfsplanung und die Vergleichbarkeit der regionalen Bedarfspläne zu gewährleisten. Daraus folgt aber nicht, daß die Ergebnisse der Bedarfsplanung nur bei formal korrekter Umsetzung der Richtlinien Grundlage für eine Beteiligungs- bzw Ermächtigungsentscheidung sein könnten. Denn den Bedarfsplänen kommt in diesem Zusammenhang nur die Funktion eines Hilfsmittels zu, dessen sich die Zulassungsinstanzen bei der Beurteilung der Versorgungssituation bedienen (BSGE 73, 25, 29 = SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 29 mwN). Es reicht aus, daß sich anhand der in den Planungsunterlagen ausgewiesenen Soll- und Ist-Zahlen der arztgruppenbezogene Bedarf innerhalb des Planungsbereichs in nachvollziehbarer Weise bestimmen läßt, wie das hier der Fall war. Infolgedessen ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn der Beklagte anhand der aus dem Bedarfsplan ersichtlichen Zahl der in der Stadt B. und im umliegenden Landkreis S. zugelassenen Frauenärzte, der im Kreisgebiet zu versorgenden Einwohnerzahl und der in den Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte als bedarfsgerecht zugrunde gelegten Meßzahl (ein Frauenarzt auf 16.000 Einwohner) eine durch die Beteiligung des Klägers auszugleichende Unterversorgung verneint hat.

Entgegen dem Revisionsvorbringen hat der Widerruf der Beteiligung auch in qualitativer Hinsicht keine Versorgungslücke entstehen lassen. Es ist nicht erkennbar und vom Kläger nicht dargetan worden, warum Untersuchungen zur Klärung einer stationären Behandlungsnotwendigkeit abweichend von den Feststellungen des Beklagten nicht auch von freipraktizierenden Gynäkologen durchgeführt werden können. Ob hinsichtlich der unter Ziffer 2 des Revisionsantrags genannten Leistungen eine Notwendigkeit zur Ermächtigung besteht, braucht nicht entschieden zu werden, weil diese Leistungen von der früheren Beteiligung des Klägers nicht umfaßt wurden und es deshalb schon aus diesem Grunde an einer Rechtsbeeinträchtigung durch den Widerrufsbescheid fehlt. Auf diesen Gesichtspunkt hat zutreffend bereits die Beigeladene zu 5) im Berufungsverfahren hingewiesen. Zwar ist das LSG dem nicht nachgegangen, weil es bereits aus anderen Gründen einen Ermächtigungsbedarf verneint hat. Der Senat ist aber revisionsrechtlich nicht gehindert, die maßgebenden Verwaltungsakte selbst auszulegen (BSGE 56, 274, 276 = SozR 2200 § 622 Nr 23; BSG SozR 4100 § 151 Nr 20 S 27; BSG SozR 1500 § 55



Nr 35 S 39 = NVwZ 1989, 902, 903; vgl auch BVerwGE 67, 222, 234; BVerwG NVwZ 1985, 181).

Nach den Feststellungen des LSG erstreckte sich die bisherige Beteiligung unter Buchst b) auf die "Durchführung besonderer Untersuchungsmethoden, wie Ultraschalldiagnostik, Kardiotokographie, Amnioskopie in der Geburtshilfe und Mammapunktion einschließlich zytologischer Untersuchung des Punkts auf Tumorzellen". Darin sind die im Antrag genannten Leistungen "Zytologie, Hysterosalpingographie, Punktion der Bauchhöhle oder eines Adnextumors unter Ultraschallsicht, Oxytoxin-Belastungstest bei Risikoschwangerschaften" nicht enthalten gewesen. Der Einwand, der frühere Beteiligungskatalog habe nach der Formulierung nur eine beispielhafte Aufzählung der zugelassenen Untersuchungsmethoden beinhaltet und sei für weitere Leistungen offen gewesen, trifft nicht zu. Es hat sich vielmehr ersichtlich um eine abschließende Zusammenstellung im Sinne einer Katalogbeteiligung gemäß § 29 Abs 2 Satz 1 Buchst c der früheren ZO-Ärzte gehandelt. Die gegenteilige Auffassung der Revision hätte zur Folge, daß sich der zulässige Leistungsumfang auf sämtliche diagnostischen Leistungen des gynäkologischen Fachgebietes erstreckt hätte, was auf eine praktisch uneingeschränkte Beteiligung hinausgelaufen wäre und offenkundig nicht beabsichtigt war. Die genannten Leistungen sind nach alledem, weil sie nicht Gegenstand der Beteiligung waren, von deren Teilwiderruf nicht betroffen. Sofern sie in freier Praxis nicht erbracht werden können, müßte eine entsprechende Ermächtigung bei den Zulassungsinstanzen zunächst beantragt werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



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

