

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 41/91

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg,
Stuttgart 80, Albstadtweg 11,

Beklagte,

beigeladen:

1) Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,

Siegburg, Frankfurter Straße 84,

Revisionskläger,

2) AOK-Landesverband Baden-Württemberg,

Stuttgart 1, Heilbronner Straße 184,



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



- 3) Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg,
Kornwestheim, Stuttgarter Straße 105,
- 4) Landesverband der Innungskrankenkassen Baden-Württemberg,
Ludwigsburg, Schlachthofstraße 3,

Revisionskläger,

vertreten durch den IKK-Bundesverband,
Bergisch Gladbach 1, Kölner Straße 1 - 5,
- 5) Landwirtschaftliche Krankenkasse Württemberg,
Stuttgart, Vogelrainstraße 25,
- 6) Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen
für Baden-Württemberg,
Tübingen, Wächterstraße 76,
- 7) Großgeräteausschuß des Landes Baden-Württemberg,
c/o Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und
Frauen Baden-Württemberg,
Stuttgart 10, Rotebühlplatz 30,
- 8) Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Köln 41, Herbert-Lewin-Straße 3,
- 9) AOK-Bundesverband,
Bonn 2, Kortrijker Straße 1,

Revisionskläger,
- 10) Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
Essen 1, Kronprinzenstraße 6,

Revisionskläger,
- 11) IKK-Bundesverband,
Bergisch Gladbach 1, Kölner Straße 1 - 5,
- 12) Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
Kassel, Weißensteinstraße 72,



Revisionskläger,

13) Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen,

Köln 41, Herbert-Lewin-Straße 3,

14) AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,

Siegburg, Frankfurter Straße 84.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 14. Mai 1992 durch den Vorsitzenden Richter F u n k, die Richter Dr. E n g e l m a n n und S t e e g e sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. B a u c h und Dr. M e r z für Recht erkannt:

Auf die Revisionen der Beigeladenen zu 1), 4), 9), 10) und 12) wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 24. April 1991 aufgehoben.

Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Streitig ist, ob der Kläger zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen Untersuchungen mit einem nicht in die Standortplanung für medizinisch-technische Großgeräte einbezogenen Computertomographen (CT) durchführen und abrechnen darf.

Der Kläger ist freipraktizierender Radiologe und als solcher zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen und an der vertragsärztlichen Versorgung der Ersatzkassenpatienten beteiligt. Er unterhält zusammen mit dem Radiologen und Nuklearmediziner Dr. D. in H. eine Gemeinschaftspraxis. 1985 schloß er mit der Stadt H. einen Vertrag über die Mitbenutzung des im dortigen Städtischen Krankenhaus installierten CT, mit dem er in der Folge mit Zustimmung der Beklagten entsprechende Untersuchungen ausführte. Seinen im Juli 1987 gestellten Antrag, ihm die Nutzung eines CT in eigener Praxis zu gestatten und die damit erbrachten Leistungen zu vergüten, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 22. Juli 1988 und Widerspruchsbescheid vom 28. Februar 1989 ab, nachdem der Koordinierungsausschuß Medizinisch-Technische Großgeräte (eine Vorläufereinrichtung des heutigen Großgeräteausschusses) und der beigeladene Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen die Aufstellung eines weiteren Ganzkörper-CT zusätzlich zu den in H. bereits vorhandenen zwei Geräten als nicht bedarfsgerecht eingestuft und die begehrte Standortgenehmigung verweigert hatten. Während des nachfolgenden Gerichtsverfahrens hat der Kläger das umstrittene Gerät angeschafft und (im Sommer 1990) in Betrieb genommen.

Das Sozialgericht (SG) Stuttgart hat die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, dem Kläger die Zustimmung zur Durchführung und Abrechnung ärztlicher Leistungen mit einem CT zu erteilen. Die dagegen von den Beigeladenen zu 7 (Großgeräteausschuß) und zu 10 (Bundesverband der Betriebskrankenkassen) eingelegten Berufungen hat das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg mit der Maßgabe zurückgewiesen, daß die Beklagte die ab 1. Juli 1990 erbrachten computertomographischen Leistungen zu vergüten habe (Urteil vom 24. April 1991, veröffentlicht in MedR 1991, 272).

Zur Begründung hat das LSG ausgeführt, für eine Einbeziehung freipraktizierender Radiologen in das bestehende System der Großgeräte-Bedarfsplanung gebe es keine wirksame rechtliche Grundlage. Zwar seien § 92 Abs 1 Nr 9, Abs 6 und § 122 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V), in denen der Gesetzgeber diese Planung in den Grundzügen geregelt habe, mit höherrangigem Verfassungsrecht vereinbar. Die in ihnen enthaltenen normativen Vorgaben für die inhaltliche und verfahrensmäßige Ausgestaltung der Planung durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen sowie die



zuständigen Landesbehörden (Großgeräteausschuß, Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen) genügten sowohl unter dem Gesichtspunkt der hinreichenden Bestimmtheit der Eingriffsermächtigung als auch in bezug auf die Informations- und Beteiligungsrechte sowie den Rechtsschutzanspruch der Betroffenen rechtsstaatlichen Erfordernissen. Auch sei der durch die Planung bewirkte Eingriff in die berufliche Betätigungsfreiheit, der von seiner Intensität her einer Beschränkung der Berufswahl nahekomme, letztlich durch übergeordnete Belange des Allgemeinwohls, nämlich das Ziel der Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen und der Sicherung der finanziellen Stabilität der Krankenversicherung, gerechtfertigt. Dieses generelle Abwägungsergebnis gelte jedoch nicht für die Sondergruppe der freipraktizierenden Radiologen. Da sie nur auf Überweisung tätig werden dürften und ihren Leistungsumfang nicht selbst bestimmen könnten, bestehe bei ihnen im Unterschied zu anderen Ärzten kaum die Gefahr eines unwirtschaftlichen Geräteeinsatzes und mithin auch nur in geringem Maße die Möglichkeit, durch berufsregelnde Maßnahmen zu einer Kostenbegrenzung beizutragen. Der mit der Bedarfsplanung verbundene Eingriff in das Grundrecht aus Art 12 Abs 1 Grundgesetz (GG) erscheine deshalb ihnen gegenüber als unverhältnismäßig und nötige zu einer verfassungskonform-einschränkenden Auslegung der gesetzlichen Regelung dahingehend, daß sie auf niedergelassene Radiologen nicht anzuwenden sei. Soweit die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs 1 Nr 9 SGB V erlassenen Richtlinien für den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten (Großgeräte-Richtlinien) den Genehmigungsvorbehalt auch auf diese Berufsgruppe erstreckten, seien sie rechtswidrig. Davon unabhängig wiesen die genannten Richtlinien weitere Rechtsmängel auf. Im Hinblick auf Art 3 Abs 1 GG sei eine Beschränkung der Großgerätestandorte auf bestimmte Arztpraxen und Krankenhäuser allenfalls dann zu vertreten, wenn den bei der Standortzuteilung nicht berücksichtigten Ärzten ein rechtlich durchsetzbarer Anspruch auf Mitbenutzung der an anderer Stelle zugelassenen Geräte eingeräumt werde. Weiterhin müßten die Großgeräte-Richtlinien den betroffenen Ärzten einen Anspruch auf rechtliches Gehör gewähren und eine rechtsstaatlichen Anforderungen genügende Bekanntmachung der Standortplanung mit Erläuterung ihrer einzelnen Festlegungen vorschreiben. Da all dies nicht geschehen sei, könne dem Kläger auch von daher das Fehlen einer planungsrechtlichen Genehmigung nicht entgegengehalten werden.

Gegen diese Rechtsauffassung wenden sich die zu 1), 4), 9), 10) und 12) beige-ladenen Krankenkassenverbände mit ihren Revisionen. Sie rügen eine Verletzung des Art 12 Abs 1 GG, des § 92 Abs 1 Nr 9, Abs 6 und des § 122 SGB V iVm § 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw § 29 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV) sowie der Großgeräte-Richtlinien. Bei der vorgenommenen Güterabwägung habe das LSG einerseits die Tragweite des in Rede stehenden Grundrechtseingriffs überbewertet. Die Computertomographie gewinne zwar zunehmend an Bedeutung, stelle aber nach wie vor nur einen Teilausschnitt der radiologischen Tätigkeit dar, der das Berufsbild nicht präge.



Auch würden diejenigen Ärzte, die keine Standortgenehmigung erhielten, keineswegs von der Anwendung der neuen Untersuchungsmethoden ausgeschlossen, sondern hätten die Möglichkeit, anderweit vorhandene CTen mitzubnutzen. Andererseits messe das angefochtene Urteil den bei einer Herausnahme der freipraktizierenden Radiologen aus der Großgeräte-Bedarfsplanung zu erwartenden Ausgabensteigerungen zu geringes Gewicht bei. Die Gefahr einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung entfalle nicht deshalb, weil Radiologen nur auf Überweisung tätig würden. Die Erfahrung lehre, daß die Schaffung von Kapazitäten im Gesundheitswesen stets auch eine entsprechende Nachfrage hervorrufe. Je leichter und schneller die Untersuchung oder Behandlung mit einem medizinisch-technischen Großgerät für den Patienten und seinen behandelnden Arzt verfügbar seien, desto eher werde dieser die entsprechende Indikation stellen und den Patienten überweisen. Zudem eröffne § 21 Abs 7 Nr 2 BMV-Ä (ebenso § 13 Abs 7 Nr 2 EKV) die Möglichkeit ungezielter Überweisungen, bei denen der Radiologe nur an einen Rahmenauftrag gebunden sei und den Geräteeinsatz selbst bestimmen könne. Das alles zeige, daß die Reglementierungen, denen der Gesetzgeber die Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte unterworfen habe, auch in bezug auf die niedergelassenen Radiologen verhältnismäßig und zumutbar seien. In seiner Kritik an den Großgeräte-Richtlinien könne dem LSG ebenfalls nicht gefolgt werden. Was die geforderte Mitbenutzungsmöglichkeit angehe, seien Vereinbarungen auf freiwilliger Basis, die das geltende Recht ermögliche, einer rechtlichen Zwangsregelung vorzuziehen. Für eine Anhörung der Betroffenen und eine Bekanntmachung der Planungsergebnisse bestehe keine Notwendigkeit, weil die Interessen der Kassenärzte durch ihre an der Planung beteiligte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) ausreichend geltend gemacht würden.

Die Beigeladenen zu 1), 2), 4), 9), 10), 12) und 14) beantragen,

die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 24. April 1991 und des Sozialgerichts Stuttgart vom 14. Februar 1990 abzuändern und die Klage abzuweisen, soweit sie die Vergütung computertomographischer Leistungen ab 1. Oktober 1990 betrifft.

Der Kläger beantragt,

die Revisionen zurückzuweisen.

Er hält über das angefochtene Urteil hinaus die gesetzlichen Regelungen zur Großgeräte-Bedarfsplanung für verfassungswidrig. Bei Eingriffen in Grundrechte müsse der Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungen selbst treffen und dürfe die Schrankenbestimmung nicht dem Ermessen der Exekutive überlassen. In den §§ 92, 122 SGB V seien aber nur Verfahrensregelungen normiert und die inhaltlichen Planungskriterien mit Begriffen wie "bedarfsgerecht" und "wirtschaftlich" allenfalls vage angedeutet. Nicht einmal der Begriff des medizinisch-technischen Großgerätes selbst sei



definiert, mit der Folge, daß es in der Verwaltungspraxis diesbezüglich zu völlig unterschiedlichen Einordnungen komme. Da der Gesetzgeber auch grundlegende Planungsvorgaben, wie die Geräteaufteilung zwischen ambulantem und stationärem Bereich oder die Methoden der Bedarfsermittlung, nicht selbst festgelegt habe, bestimmten letztlich die Planungsbehörden, in welcher Weise und welchem Ausmaß die Berufsausübung der betroffenen Ärzte eingeschränkt werde. An einer hinreichenden Bestimmtheit der gesetzlichen Regelung fehle es ferner deshalb, weil die Zuständigkeitsverteilung zwischen dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen, dem Großgeräteausschuß und dem Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen unklar sei. Das Rechtsstaatsprinzip fordere insoweit eine klare Kompetenzordnung und nach außen erkennbare "Verantwortung im Staat". Schließlich müsse die Zulässigkeit der Delegation von Normsetzungsbefugnissen auf den Bundesausschuß überhaupt in Zweifel gezogen werden. Zwar sei in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) anerkannt, daß der Gesetzgeber auch Selbstverwaltungskörperschaften zum Erlaß berufsregelnder Vorschriften ermächtigen könne. Der Bundesausschuß sei aber keine Selbstverwaltungskörperschaft, und die von ihm erlassenen Richtlinien stellten keine Satzung dar. Die dem Großgeräteausschuß obliegenden Entscheidungen treffe im Dissensfall gemäß § 122 Abs 4 Satz 2 SGB V die zuständige Landesbehörde, so daß auch auf der eigentlichen Planungsebene nicht von einer Selbstverwaltungslösung gesprochen werden könne. Entgegen der Ansicht der Revisionskläger sei der Genehmigungsvorbehalt für CTen nicht durch vorrangige Gemeinwohlinteressen gerechtfertigt. Für die im Fall einer Freigabe befürchteten drastischen Ausgabensteigerungen gebe es keine hinreichende Wahrscheinlichkeit. Eine mögliche Zunahme von Leistungen müsse im übrigen kein Zeichen von Unwirtschaftlichkeit sein, sondern könne auch auf eine bisherige Unterversorgung hindeuten.

Die Beklagte hat keine Anträge gestellt. Die Beigeladenen zu 2), 7) und 14) haben sich den Ausführungen der Revisionskläger angeschlossen.

II

Der Senat hat - anders als das Berufungsgericht - über die Revisionen unter Mitwirkung zweier Kassenärzte als ehrenamtliche Richter entschieden. Er hält an der im Urteil vom 1. Oktober 1990 (BSGE 67, 256, 257 f = SozR 3-2500 § 92 Nr 1) vertretenen Auffassung fest, daß Streitigkeiten zwischen einem Kassenarzt und seiner KÄV über die Genehmigung zum Betrieb eines medizinisch-technischen Großgeräts dem Bereich der kassenärztlichen Selbstverwaltung zuzuordnen und mithin als "Angelegenheit der Kassenärzte" iS des § 12 Abs 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu behandeln sind.



Für die Abgrenzung dieser Streitsachen von den in § 12 Abs 3 Satz 1 SGG genannten "Angelegenheiten des Kassenarztrechts" ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ausschlaggebend, wie nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften die Verwaltungsstelle zusammengesetzt ist, die über den streitigen Anspruch zu entscheiden hat. Handelt es sich um ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, in dem neben Ärzten Vertreter der Krankenkassen an der Beschlußfassung stimmberechtigt mitwirken, so ist auch das später mit der Sache befaßte Gericht paritätisch (dh mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Kassenärzte und der Krankenkassen) zu besetzen. Obliegt dagegen die Verwaltungsentscheidung der KÄV oder einer anderen ausschließlich mit Ärzten besetzten Stelle, so richtet sich die Besetzung des Gerichts nach § 12 Abs 3 Satz 2 SGG (s zuletzt Urteil des Senats vom 8. April 1992 - 6 RKa 27/90 -, zur Veröffentlichung vorgesehen). Da die hier streitige Genehmigung gemäß § 7 Satz 1 BMV-Ä (§ 29 Satz 1 EKV) in die Zuständigkeit der KÄV fällt, folgt daraus ihre Zuordnung zu den "Angelegenheiten der Kassenärzte". Dabei wird nicht verkannt, daß es in der Sache um den Vollzug von Planungsentscheidungen geht, an denen die Krankenkassen mitgewirkt und an deren korrekter Umsetzung sie ein eigenes Interesse haben. Der Einwand der Revisionskläger, dies und die nach § 7 Satz 2 BMV-Ä (§ 29 Satz 2 EKV) bestehende - materielle - Bindung der KÄV an die im Großgeräteausschuß und im Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gefaßten Beschlüsse müsse sich in einer gemischten Besetzung des Gerichts niederschlagen, verkennt indessen die Bedeutung des § 12 Abs 3 SGG. Zwar soll die Vorschrift gewährleisten, daß bei der Entscheidung kassenarztrechtlicher Streitigkeiten jeweils diejenigen Personenkreise herangezogen werden, die an der Durchführung der betreffenden Angelegenheit beteiligt und mit ihr vertraut sind. Doch muß bei der Anwendung von Besetzungsvorschriften der Gesichtspunkt der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit im Vordergrund stehen. Über die Besetzung der Richterbank muß schon bei der Ladung der ehrenamtlichen Richter Klarheit herrschen. Welches im konkreten Fall der gesetzliche Richter ist, muß sich deshalb möglichst ohne Schwierigkeiten feststellen lassen und darf nicht von der vorherigen Lösung tatsächlicher oder rechtlicher Streitfragen oder der Bewertung unübersichtlicher Interessenlagen abhängen. Dies gebietet es, die Unterscheidung zwischen den in § 12 Abs 3 Satz 1 und 2 SGG genannten Angelegenheiten nach äußeren Merkmalen vorzunehmen und unabhängig vom Gegenstand des materiellen Begehrens rein formal darauf abzustellen, ob der zuständige Normgeber beim Erlaß der jeweiligen verwaltungsrechtlichen Besetzungsvorschrift unter Berücksichtigung der beiderseitigen Interessenlage von Kassen und Ärzten die Entscheidung der kassenärztlichen Selbstverwaltung oder der gemeinsamen Selbstverwaltung zugewiesen hat (BSGE 42, 268, 269 = SozR 2200 § 368n Nr 9; BSGE 67, 256, 258 = SozR 3-2500 § 92 Nr 1).

Das LSG hat diese Grundsätze nicht in Zweifel gezogen, über die Berufungen aber dennoch in gemischter Besetzung entschieden, weil die im Bezirk der Beklagten



geltenden regionalen Gesamtverträge abweichend vom BMV-Ä bestimmen, daß die KÄV ihre Genehmigungsentscheidung "im Einvernehmen" mit dem jeweiligen Landesverband der Krankenkassen zu treffen hat. Es befindet sich damit in Einklang mit der bisherigen Rechtsprechung des BSG, nach der eine Angelegenheit des Kassenarztrechts iS des § 12 Abs 3 Satz 1 SGG auch dann anzunehmen ist, wenn die Krankenkassen zwar an der Verwaltungsentscheidung selbst nicht mitwirken, ihr aber aufgrund einer gesetzlichen oder vertraglichen Regelung zustimmen müssen (vgl BSGE 44, 244, 245 f = SozR 7323 § 3 Nr 1; BSGE 56, 222, 223 = SozR 2200 § 368n Nr 30). An dieser Rechtsauffassung hält der Senat nach nochmaliger Prüfung nicht mehr fest. Im Interesse einer gleichermaßen einfachen wie sachgerechten Abgrenzung ist es angezeigt, noch stärker als bisher auf den formalen Aspekt der Mitwirkung der Krankenkassen in den Entscheidungsgremien abzustellen und ein bloßes Einvernehmenserfordernis für die Zuordnung zu den Angelegenheiten des § 12 Abs 3 Satz 1 SGG nicht ausreichen zu lassen.

Diese Auffassung deckt sich mit der ursprünglichen Rechtsprechung des BSG, die ebenfalls dahin ging, eine paritätische Besetzung ausschließlich dann vorzusehen, wenn die Krankenkassen aufgrund einer gesetzlichen oder vertraglichen Regelung bereits im Verwaltungsverfahren durch eigene Vertreter beschließend mitzuwirken hatten, und in der Besetzung mit zwei Kassenärzten zu entscheiden, wenn die Verwaltungsentscheidung von einer allein mit Kassenärzten besetzten Stelle zu treffen war (BSGE 11, 1, 3; 21, 237, 238; 26, 16, 17; 28, 84, 85; 42, 268, 269 = SozR 2200 § 368n Nr 9). Die erstmals im Urteil vom 15. September 1977 (BSGE 44, 244, 245 f = SozR 7323 § 3 Nr 1) vorgenommene und später im Urteil vom 22. März 1984 (BSGE 56, 222, 223 = SozR 2200 § 368n Nr 30) bestätigte Erweiterung des Anwendungsbereichs des § 12 Abs 3 Satz 1 SGG auf Fälle, in denen die Krankenkassen zwar nicht selbst an der Beschlußfassung beteiligt sind, der Entscheidung aber zustimmen müssen, ist damit begründet worden, daß den Kassen durch das Einvernehmenserfordernis ein maßgebender Einfluß auf den Erlaß der Entscheidung eingeräumt werde und es keinen wesentlichen Unterschied mache, ob sie diesen schon bei der Willensbildung innerhalb des Beschlußorgans oder erst nachträglich durch eine Versagung der Zustimmung zu einem von einer ärztlichen Stelle gefaßten Beschluß geltend machen könnten. Diese Argumentation ist in der Literatur auf Kritik gestoßen (vgl Hess, SGB 1978, 243 f); ihr wird mit Recht entgegengehalten, daß allein das Zustimmungserfordernis die betreffende Entscheidung nicht zu einer Angelegenheit der gemeinsamen Selbstverwaltung der Kassenärzte und Krankenkassen macht. Den Krankenkassen wird dadurch zwar ein maßgebender Einfluß zugestanden. Die KÄV bleibt aber alleiniger Entscheidungsträger und ist nur intern im Innenverhältnis zu den Kassen an deren Zustimmung oder Ablehnung gebunden.

In ihren praktischen Auswirkungen führt die bisherige Rechtsprechung darüber hinaus wegen der unterschiedlichen Ausgestaltung der Entscheidungsprozesse in den regionalen



Gesamtverträgen dazu, daß die Gerichte über materiell gleichgelagerte Sachverhalte und Rechtsfragen in unterschiedlicher Besetzung entscheiden müssen. Die Herstellung eines Einvernehmens mit den Krankenkassen vor Genehmigung des Großgerätebetriebes ist in einigen KÄV-Bezirken vorgeschrieben, in anderen dagegen nicht. Beides erscheint zulässig. Zwar kann auf gesamtvertraglicher Ebene nichts vereinbart werden, was der durch Gesetz oder Bundesmantelvertrag festgelegten Zuständigkeitsverteilung widerspricht (BSGE 26, 16, 17; 63, 163, 164 = SozR 2200 § 368p Nr 2). Durch das bloße Hinzufügen eines Einvernehmenserfordernisses wird indessen die Entscheidungszuständigkeit als solche nicht geändert, so daß dagegen im Regelfall keine rechtlichen Bedenken bestehen. Je nach Inhalt des maßgebenden Gesamtvertrages müßte demnach die Genehmigung von Großgeräteleistungen in einem Fall als "Angelegenheit des Kassenarztrechts", im anderen Fall als "Angelegenheit der Kassenärzte" behandelt und die Richterbank entsprechend unterschiedlich besetzt werden. Hinzu kommt, daß Begriffe wie "Einvernehmen", "Benehmen", "Zustimmung", "Mitwirkung" uä in unterschiedlicher Bedeutung verwendet werden und für sich genommen nicht zwingend etwas darüber aussagen, ob den Krankenkassen im Einzelfall ein wirkliches Mitspracherecht oder nur ein Anspruch auf rechtliches Gehör eingeräumt werden soll. Daraus resultierende Unklarheiten erschweren die Bestimmung des gesetzlichen Richters. Die vom Senat nunmehr vorgenommene Abgrenzung vermeidet diese Nachteile. Sie enthebt zum einen die Gerichte der Prüfung, ob im Einzelfall ein Einvernehmenserfordernis auf regionaler Ebene vereinbart ist, und beseitigt zum anderen die Gefahr der unterschiedlichen Besetzung der Richterbank in gleichgelagerten Fällen, weil eine bundesrechtlich geregelte Kompetenzverteilung durch regionale Vereinbarungen nicht geändert werden kann. Damit kommt sie zugleich dem bereits angesprochenen Bedürfnis nach Rechtsklarheit entgegen, das es rechtfertigt, von den nach dem Regelungszweck des § 12 Abs 3 SGG in Betracht kommenden formalen Abgrenzungsmerkmalen (nur) diejenigen auszuwählen, die sich besonders leicht und problemlos feststellen lassen.

Gemessen an der geänderten Rechtsauffassung des Senats war das LSG bei seiner Entscheidung nicht vorschriftsmäßig besetzt. Gleichwohl kann über die Revisionen in der Sache entschieden werden, weil die Beteiligten den darin liegenden Verfahrensmangel nicht gerügt haben (BSG, Urteil vom 8. April 1992 - 6 RKa 27/90 - mwN).

Die Revisionen sind zulässig.

Die revisionsführenden Krankenkassenverbände sind zulässigerweise zum Verfahren beigeladen worden und damit rechtsmittelbefugt. Die Beiladung der Bundesverbände der Krankenkassen hatte das SG auf § 75 Abs 2 SGG gestützt und sich dabei an die damalige Rechtsprechung des BSG gehalten, nach der die Partner der Bundesmantelverträge notwendig beizuladen waren, wenn es um die Gültigkeit einer von



ihnen gesetzten generellen Regelung ging und gewichtige Gründe vorlagen, die eine Unvereinbarkeit mit vorrangigen Rechtsnormen als naheliegend erscheinen ließen (BSGE 62, 124, 125 = SozR 1500 § 75 Nr 67; BSGE 66, 24, 25 = SozR 1500 § 75 Nr 79; BSGE 67, 256, 259 = SozR 3-2500 § 92 Nr 1). Diese Rechtsprechung hat der Senat zwischenzeitlich aufgegeben; sie gilt jedoch aus Gründen des Vertrauensschutzes für bereits anhängige Verfahren fort, so daß schon erfolgte Beiladungen ihre Rechtswirksamkeit behalten (vgl dazu im einzelnen das zur Veröffentlichung vorgesehene Urteil vom 8. April 1992 - 6 RKa 24/90 -). Im übrigen ist die Beiladung aller revisionsführenden Verbände jedenfalls nach § 75 Abs 1 SGG zulässig gewesen, so daß von daher wegen der Rechtsmittelbefugnis keine Bedenken bestehen. Die für die Rechtsmittelinlegung erforderliche Beschwer liegt ebenfalls vor, denn das angefochtene Urteil berührt die berechtigten Interessen der Beigeladenen und ist seinem Inhalt nach für sie ungünstig. Daß zuvor im Berufungsverfahren lediglich der Beigeladene zu 10) Rechtsmittelkläger war und die Beigeladenen zu 9) und 12) in den Vorinstanzen nicht einmal Anträge gestellt hatten, ist unerheblich, weil es allein auf die materielle Beschwer ankommt (Meyer-Ladewig, SGG, 4. Aufl 1991, § 75 RdNr 19 und Vorbem 8 vor § 143, jeweils mit Rechtsprechungshinweisen).

Die Revisionen der Beigeladenen zu 1), 4), 9) und 10) sind formgerecht begründet worden. Dagegen hat der Beigeladene zu 12) seine Revision nicht gesondert begründet, sondern auf die Revisionsbegründungsschrift des Beigeladenen zu 9) verwiesen. Dennoch genügt auch diese Revision den Anforderungen des § 164 Abs 2 Satz 3 SGG und ist mithin zulässig. Das BSG hat bereits entschieden, daß zur Begründung der Revision die Bezugnahme auf die ordnungsgemäße Revisionsbegründung eines anderen Prozeßbeteiligten jedenfalls dann ausreicht, wenn dieser dieselben Anträge stellt wie der bezugnehmende Revisionskläger (BSGE 16, 227, 229 f = SozR Nr 48 zu § 164 SGG). Unterstütze der eine Prozeßbeteiligte den anderen voll und ganz und stelle er dieselben Anträge, so sei der mit den Formvorschriften über die Begründung der Revision verfolgte Zweck auch bei einer bloßen Bezugnahme erreicht, und es liefe auf einen vom Gesetz und seinen Grundgedanken nicht geforderten Formalismus hinaus, wenn man eine nochmalige, womöglich wortgleiche Wiederholung der in Bezug genommenen Ausführungen verlangen wollte. Diesen Überlegungen schließt sich der erkennende Senat an.

Die Revisionen sind insofern begründet, als das angefochtene Urteil aufgehoben und die Sache an das LSG zurückverwiesen werden muß. Die bisher getroffenen Feststellungen reichen für eine abschließende Entscheidung nicht aus.

Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ist der Bescheid vom 22. Juli 1988 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Februar 1989, mit dem die Beklagte die Zustimmung zur Durchführung und Abrechnung



computertomographischer Leistungen versagt hat. Das LSG, das ein Zustimmungs- bzw Genehmigungserfordernis verneint hat, hat die Beklagte verurteilt, die vom Kläger seit 1. Juli 1990 (dem Zeitpunkt der Geräteinbetriebnahme) erbrachten Leistungen zu vergüten. Aufgrund der Beschränkung der dagegen eingelegten Rechtsmittel ist im Revisionsverfahren nur noch die Vergütung für die Zeit ab 1. Oktober 1990 im Streit. Mit dem Antrag auf Zurückweisung der Revision will der Kläger erreichen, daß es insoweit bei der Verurteilung bleibt. Gegebenenfalls - so ist sein Vortrag zu verstehen - soll die Beklagte verpflichtet werden, eine für den weiteren Gerätebetrieb etwa erforderliche Genehmigung zu erteilen. Für die Beurteilung dieses in die Zukunft gerichteten Klagebegehrens ist auf die Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung abzustellen. Maßgebend sind somit die Vorschriften des SGB V sowie die Regelungen der (neuen) Großgeräte-Richtlinien-Ärzte vom 16. Oktober 1990 (BABI 1990 Nr 12 S 24 f) in der geänderten Fassung vom 26. Februar 1991 (BABI 1991 Nr 4 S 28) und die einschlägigen Bestimmungen der neuen, am 1. Oktober 1990 in Kraft getretenen bundesweiten Gesamtverträge (BMV-Ä, EKV). Die Übergangsregelung des Art 67 Gesundheitsreformgesetz (GRG) kommt nicht zur Anwendung, weil der Kläger den umstrittenen CT nach den unangegriffenen Feststellungen des LSG erst im Frühjahr 1990 angeschafft hat.

Die Zulässigkeit der Vergütung der mit dem CT-Gerät des Klägers erbrachten Leistungen richtet sich nach dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten, der gemäß § 85 Abs 4 Satz 2 SGB V der Verteilung des Gesamthonorars unter die Kassenärzte zugrunde zu legen ist. Zwar handelt es sich dabei um nicht revisibles Recht. Sein Inhalt darf dennoch vom Senat festgestellt werden, weil entsprechende Feststellungen im Urteil des LSG fehlen. Aus § 1 Nr 1 HVM (abgedruckt bei Heinemann/Liebold, Kassenarztrecht, 5. Aufl, RdNr U 122 ff) ergibt sich, daß die Honorarverteilung nach Art und Umfang der von den Ärzten abgerechneten einzelnen Leistungen zu erfolgen hat. Dabei sind jedoch solche Leistungen nicht zu berücksichtigen, für die eine gesetzlich oder vertraglich vorgeschriebene Genehmigung fehlt (§ 1 Nr 2 iVm § 7 Nr 1 Buchst a HVM). Für die hier streitigen computertomographischen Leistungen sieht § 7 BMV-Ä (für den vertragsärztlichen Bereich § 29 EKV) in der ab 1. Oktober 1990 geltenden Fassung ein solches Genehmigungserfordernis vor. Danach bedarf die Abrechnung ärztlicher Leistungen, die mit medizinisch-technischen Großgeräten im Sinne der Großgeräte-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erbracht werden, der vorherigen Genehmigung durch die KÄV. Die Genehmigung ist nur zu erteilen, wenn der Arzt nach der für die KÄV verbindlichen Planung das Großgerät an dem gewählten Standort nutzen darf und die vorgeschriebenen Qualifikationserfordernisse nachgewiesen hat. Wird die Genehmigung, wie im Fall des Klägers, abgelehnt, so ist - die Zulässigkeit des Genehmigungsvorbehalts und die Rechtmäßigkeit der getroffenen Entscheidung unterstellt - aufgrund der Bestimmungen des HVM eine Vergütung der betreffenden Leistungen ausgeschlossen. Eines Rückgriffs



auf die spezielle Ausschlußregelung in Abschnitt D Nr 4.3 der Großgeräte-Richtlinien und die ihr zugrunde liegende Ermächtigung des § 92 Abs 6 SGB V bedarf es daneben nicht.

Im Gegensatz zu der bis 30. September 1990 in Kraft gewesenen Regelung des § 25 Abs 4 BMV-Ä aF, die der Senat im Urteil vom 1. Oktober 1990 (BSGE 67, 256, 261 ff = SozR 3-2500 § 92 Nr 1) als nicht gesetzeskonform bewertet hat, kann sich der jetzt in § 7 BMV-Ä bzw § 29 EKV statuierte Genehmigungsvorbehalt für Großgeräteleistungen auf eine ausreichende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage stützen. Seine Zulässigkeit ergibt sich aus der Zielsetzung und dem Regelungszusammenhang des § 122 SGB V. Mit der Schaffung dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber sämtliche medizinisch-technischen Großgeräte einer für Krankenhäuser und niedergelassene Kassenärzte gleichermaßen verbindlichen Bedarfs- und Standortplanung unterworfen und damit zum Ausdruck gebracht, daß für den Einsatz in der kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgung nur diejenigen Geräte zugelassen werden sollen, die der Großgeräteausschuß und der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zuvor als bedarfsgerecht anerkannt haben. Da die für die Großgeräteplanung zuständigen Gremien nach den Feststellungen des LSG für die Praxis des Klägers keinen Standort für einen - von ihnen als abstimmungspflichtiges Großgerät bewerteten - CT ausgewiesen haben, durfte ihm nach dem Wortlaut des § 7 BMV-Ä (§ 29 EKV) keine Genehmigung zur Abrechnung der mit dem Gerät erbrachten Leistungen erteilt werden.

Damit ist freilich über den Vergütungsanspruch des Klägers noch nicht entschieden; denn die gerichtliche Überprüfung beschränkt sich nicht auf den korrekten Vollzug der Planungsentscheidungen des Großgeräteausschusses und des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen durch die KÄV, sondern erstreckt sich auch auf die Rechtmäßigkeit der Planungsentscheidungen selbst. Dem steht nicht entgegen, daß § 122 Abs 5 SGB V gegen Entscheidungen des Großgeräteausschusses nach § 122 Abs 4 Satz 1 bzw des Landes nach § 122 Abs 4 Satz 2 SGB V eine eigene, gesonderte Klagemöglichkeit eröffnet. Diese Klage steht, wie Systematik und Entstehungsgeschichte der Vorschrift ausweisen, nicht dem einzelnen Arzt oder Krankenhaus, sondern nur den Organisationen zu, die Vertreter in den Großgeräteausschuß entsenden und dort mit ihrer Auffassung über die globalen Planungsgrundsätze nicht durchgedrungen sind (ebenso: Hess in Kasseler Kommentar <KassKomm> zum Sozialversicherungsrecht, § 122 SGB V RdNr 11; Schirmer in Hauck/Haines, K § 122 SGB V RdNr 7; wohl auch Jung in GK-SGB V, § 122 RdNr 56). Im Verhältnis zu Ärzten und Krankenhäusern entfaltet die vom Großgeräteausschuß vorgenommene "Abstimmung" noch keine unmittelbaren Rechtswirkungen. Wie sich aus § 122 Abs 2 Satz 2 SGB V ergibt, ist sie vielmehr zunächst von den zuständigen Stellen in einen für den jeweiligen Versorgungsbereich maßgeblichen Standortplan umzusetzen. Auf der Grundlage dieses - für den Bereich der ambulanten kassenärztlichen Versorgung vom Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschlossenen - Planes hat schließlich gemäß Abschnitt D Nr 4.1 der



Großgeräte-Richtlinien-Ärzte die jeweilige KÄV nach Prüfung der vorgeschriebenen Qualifikationserfordernisse abschließend über die von dem einzelnen Arzt beantragte Nutzungsgenehmigung zu entscheiden. Diese Gestaltung verbietet es, bereits die Planungsentscheidungen selbst als Verwaltungsakte (in der Form der Allgemeinverfügung) zu qualifizieren. Es handelt sich dabei vielmehr nur um verwaltungsinterne Festlegungen, die allerdings für die im Entscheidungsprozeß nachgeordneten Stellen verbindlich sind und von ihnen in bestimmter Weise umgesetzt werden müssen. Erst der Bescheid der KÄV, der im konkreten Einzelfall die Genehmigung versagt, unterliegt der gerichtlichen Anfechtung durch den antragstellenden Arzt. Wird der Bescheid im Gerichtsverfahren aufgehoben, so führt dies mittelbar dazu, daß auch der Standortplan entsprechend geändert wird (ähnlich für den vergleichbaren Fall der nachträglichen Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan: BVerwGE 62, 86, 97).

Die Prüfung, ob die Entscheidung der Planungsgremien, für die Praxis des Klägers keinen Gerätestandort vorzusehen, rechtmäßig ist, erfordert zunächst eine Untersuchung der Rechtsgrundlagen der Großgeräteplanung und eine Auseinandersetzung mit den dagegen vorgebrachten verfassungsrechtlichen Einwänden.

Gegenstand und Ziele der Planung ergeben sich aus § 122 Abs 1 und 2 SGB V. Danach soll durch eine Begrenzung der Gerätezahl und die Festlegung von Gerätestandorten eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit leistungsfähigen, wirtschaftlich genutzten medizinisch-technischen Großgeräten erreicht werden. Für die bei der Standortzuteilung nicht berücksichtigten Ärzte haben diese Maßnahmen eine Einschränkung der Berufsfreiheit zur Folge. Zwar werden ihnen die Anschaffung und der Betrieb eines medizinisch-technischen Großgeräts nicht untersagt. Da jedoch eine Nutzung des Gerätes und eine Vergütung der damit erbrachten Leistungen im Bereich der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung ohne Aufnahme in den Standortplan nicht zulässig sind, werden diejenigen Ärzte, denen kein Standort zugewiesen wird, de facto aus dem Kreis der Gerätebetreiber ausgeschlossen (zur berufsregelnden Tendenz von Maßnahmen, welche die Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit betreffen, vgl BVerfGE 11, 30, 42 ff). Die Berufsfreiheit bleibt auch dann nicht unberührt, wenn man den Berufsangehörigen, denen die Anschaffung eines eigenen Gerätes verwehrt wird, eine Mitbenutzungsmöglichkeit an anderer Stelle eröffnet; denn das Grundrecht aus Art 12 Abs 1 GG gewährleistet auch die Freiheit, die Art und Weise der beruflichen Betätigung selbst zu bestimmen.

Bei Eingriffen in die Berufsfreiheit, wie generell bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, ist der Gesetzgeber gehalten, die für die Grundrechtsausübung wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen und die Schrankenbestimmung nicht anderen Stellen zu überlassen. Dazu gehört, daß die gesetzliche Regelung so gefaßt sein muß, daß sie



Umfang und Grenzen des Eingriffs deutlich erkennen läßt (BVerfGE 49, 89, 126; 73, 280, 295; 82, 209, 224). Die Bedenken, die unter dem Gesichtspunkt dieses rechtsstaatlichen Bestimmtheitsgebots gegen die Vorschriften über die Großgeräteplanung erhoben werden, hält der Senat nicht für durchgreifend.

Allerdings werden die Planungsgrundsätze in § 122 Abs 1 und 2 SGB V nur global beschrieben. Darüber, was als medizinisch-technisches Großgerät anzusehen und wie der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit zu interpretieren ist, sagt die Bestimmung unmittelbar nichts aus. Auch bezüglich der Durchführung der Planung und der Aufgaben und Befugnisse der daran beteiligten Stellen enthält sie sich einer detaillierten Festlegung. Indessen müssen sich die erforderlichen Vorgaben nicht ohne weiteres und in allen Einzelheiten aus dem Wortlaut des Gesetzes ergeben; es genügt, daß sie sich mit Hilfe allgemeiner Auslegungsgrundsätze, insbesondere aus dem Zweck, dem Sinnzusammenhang und der Vorgeschichte der Vorschrift erschließen lassen. Dabei müssen die verwendeten Tatbestandsmerkmale aussagekräftig genug sein, um als unbestimmte Rechtsbegriffe gehandhabt und überprüft werden zu können (BVerfGE 82, 209, 224 f mwN). Diesen Anforderungen genügt die Regelung des § 122 SGB V (zu vergleichbaren Vorgaben bei der Krankenhausbedarfsplanung vgl BVerwGE 62, 86, 104 ff und BVerfGE aaO).

Der Begriff des medizinisch-technischen Großgeräts läßt sich mit einer bloßen Wortinterpretation nicht erfassen. Es liegt auf der Hand, daß weder die räumliche Größe des Gerätes noch allein der hohe Anschaffungspreis oder die hohen Betriebskosten (wenn groß im Sinne von teuer verstanden wird) eine Bedarfsplanung rechtfertigen können. Die Bedeutung des Begriffs ergibt sich aber aus der Entstehungsgeschichte sowie dem Gesamtzusammenhang und dem Zweck der einschlägigen Bestimmungen des SGB V und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

Als Rechtsbegriff findet sich die Bezeichnung "medizinisch-technisches Großgerät" erstmals im Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl I S 1568), das den früheren § 11a (heute § 10) KHG eingeführt und den damaligen § 368n Abs 8 Reichsversicherungsordnung (RVO) um die Sätze 3 und 4 ergänzt hat. Ausweislich der Gesetzesmaterialien (Begründung zum Regierungsentwurf - BR-Drucks 175/81 S 59, 66; Bericht und Beschlußempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung - BT-Drucks 9/976 S 32) sollte sich die seinerzeit für den Krankenhausbereich eingeführte Abstimmungspflicht auf solche Geräte erstrecken, deren Anschaffung und Betrieb einerseits "mit ungewöhnlich hohen Kosten verbunden" ist und die andererseits das einzelne Krankenhaus in Anbetracht des begrenzten Bedarfs allein nicht voll auslasten kann. Durch eine Beschränkung der Gerätestandorte sollte eine den medizinischen Erfordernissen entsprechende Versorgung gewährleistet und zugleich verhindert werden, daß durch Überkapazitäten die Wirtschaftlichkeit der Lei-



stungserbringung in Frage gestellt wird. Vergleichbare Überlegungen lagen den ersten (zunächst noch auf der Ebene der Selbstverwaltung entwickelten) Ansätzen einer Bedarfsplanung für den ambulanten Bereich zugrunde. Die Großgeräte-Richtlinien vom 10. Dezember 1985 (BANz 1986 Nr 60 S 3821, Beilage Nr 60a S 3; vgl deren Abschnitt C) richteten die Planung einerseits an dem zu versorgenden Bedarf und andererseits an der für das jeweilige Gerät unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten erforderlichen Zahl an Untersuchungen/Behandlungen pro Zeiteinheit aus. Auch in der kassenärztlichen Versorgung sind demnach als Großgeräte seit jeher solche medizinisch-technischen Geräte verstanden worden, die in Anbetracht hoher Investitionskosten bei gleichzeitig begrenzter Nutzungsmöglichkeit nicht in unbeschränkter Zahl wirtschaftlich betrieben werden können.

An dieses Begriffsverständnis und den daraus entwickelten Großgeräteverzeichnis, den der Gesetzgeber für die in Art 67 GRG geregelten Übergangsfälle durch Bezugnahme auf die früheren Großgeräte-Richtlinien als verbindliche Konkretisierung anerkannt hat, knüpft die jetzige Regelung in § 122 Abs 1 SGB V an. Sie bringt den Begriff des medizinisch-technischen Großgeräts ausdrücklich in eine Beziehung mit den Erfordernissen einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit den entsprechenden Leistungen. Das Gesetz sieht die Bedarfsgerechtigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in Frage gestellt, wenn bestimmte, außergewöhnlich kostspielige und deshalb für den Betreiber mit einem hohen wirtschaftlichen Risiko behaftete Geräte unkontrolliert in großer Zahl angeschafft werden, weil dann die Gefahr besteht, daß es unter dem Druck, die hohen Investitions- und Betriebskosten erwirtschaften zu müssen, zu einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung kommt, während andererseits befürchtet werden muß, daß auch die für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung notwendigen Geräte wegen des Überangebots nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden können. Diesen unerwünschten Auswirkungen soll durch eine am Bedarf ausgerichtete Kontingentierung und Standortplanung begegnet werden. Als Großgeräte im Sinne des Gesetzes sind danach - unbeschadet der noch zu erörternden Frage, ob alle Großgeräte in die Planung einbezogen werden dürfen - solche medizinisch-technischen Geräte aufzufassen, 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 Überangebots die Gefahr einerseits einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung und andererseits einer Beeinträchtigung der für die bedarfsgerechte medizinische Versorgung notwendigen Gerätestandorte besteht. Daß der vom Kläger betriebene CT nach diesen Kriterien als medizinisch-technisches Großgerät einzustufen ist, wird von den Beteiligten nicht in Zweifel gezogen.



Auslegungsbedürftig ist auch der Begriff der "bedarfsgerechten Versorgung", den das Gesetz bei der Beschreibung der Ziele der Großgeräteplanung verwendet. Das Merkmal der Bedarfsgerechtigkeit hat neben der quantitativen eine qualitative Bedeutung. Der Bedarf ist also nicht etwa nur an der absoluten Zahl der erforderlichen Untersuchungen oder Behandlungen zu messen. Vielmehr gehört zur bedarfsgerechten Versorgung eine sachgerechte Aufteilung zwischen stationärem und ambulantem Sektor ebenso wie eine ausgewogene regionale Verteilung der Geräte, die gewährleistet, daß die Leistungen für den Patienten in zumutbarer Entfernung erreichbar sind, wobei Gesichtspunkte wie die Eilbedürftigkeit einer Behandlung, bestehende Transportmöglichkeiten und -risiken, örtliche Verkehrsverhältnisse uam zu berücksichtigen sind. Solche und andere Erfordernisse, etwa die besondere Aufgabenstellung eines Krankenhauses, können es gebieten, unter Bedarfsgesichtspunkten einen Standort für ein medizinisch-technisches Großgerät auch dann auszuweisen, wenn dort eine für den wirtschaftlichen Betrieb erforderliche Leistungsfrequenz nicht erreicht werden kann. Das Ziel der bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit leistungsfähigen medizinisch-technischen Großgeräten ist, wie schon die sprachliche Fassung des § 122 Abs 1 SGB V zeigt, dem Ziel der Wirtschaftlichkeit des Geräteeinsatzes übergeordnet. Nur soweit in dem vorgenannten Sinne ein Bedarf für einen weiteren Gerätestandort nicht besteht, kommt eine Zulassungsbeschränkung in Betracht.

Auch was die Abgrenzung der Kompetenzen der an der Großgeräteplanung beteiligten Stellen angeht, widerspricht § 122 SGB V nicht dem rechtsstaatlichen Bestimmtheitsgebot. Dem Kläger ist zuzugeben, daß die Aufgabenverteilung zwischen dem Großgeräteausschuß auf der einen und dem Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen sowie der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf der anderen Seite in § 122 Abs 2 SGB V nur ungenau geregelt ist. Das Verständnis wird weiter dadurch erschwert, daß in Gestalt des § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 9 SGB V und des § 10 KHG jeweils noch eigenständige Planungsregelungen für den ambulanten und den stationären Versorgungsbereich bestehen, deren Verhältnis zu § 122 SGB V nicht eindeutig klargestellt ist. Gleichwohl läßt sich die Vorschrift entgegen der Auffassung des Klägers mit Hilfe ihres Wortlauts, ihres Regelungszwecks und ihrer Entstehungsgeschichte so auslegen, daß eine klare und sinnvolle Kompetenzabgrenzung zwischen den beteiligten Stellen erreicht wird. Die einzelnen Bestimmungen, die der Gesetzgeber in einen sachlichen Zusammenhang gestellt hat, sind dabei so zu interpretieren, daß sie logisch miteinander vereinbar sind und die gesamte Regelung einen durchgehend verständlichen Sinn ergibt.

Nach § 122 Abs 2 Satz 1 SGB V werden Abgrenzung, Bedarf und Standorte der medizinisch-technischen Großgeräte unter Berücksichtigung des § 10 KHG und der Großgeräte-Richtlinien des Bundesausschusses nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 9 SGB V zwischen den Beteiligten im Großgeräteausschuß abgestimmt. Der Großgeräteausschuß



hat also, wie auch der nachfolgende Satz 2 zeigt, wonach das Ergebnis der Abstimmung von den für die jeweiligen Versorgungsbereiche zuständigen Stellen zu beachten ist, die Aufgabe, eine gemeinsame verbindliche Großgeräteplanung sowohl für den Bereich der Krankenhausversorgung als auch für den Bereich der ambulanten kassenärztlichen Versorgung vorzunehmen. In diesem Zusammenhang stellt sich zunächst die Frage, ob und ggf in welchem Umfang er dabei auf planerische Vorgaben anderer Stellen zurückzugreifen hat. Im Schrifttum wird teilweise die Meinung vertreten, der Großgeräteausschuß sei, sowohl was die Bestimmung des Gerätekatalogs als auch was die Bedarfsmaßstäbe angehe, an die Festlegungen in den Großgeräte-Richtlinien gebunden (Schirmer in Hauck/Haines, K § 122 SGB V RdNr 6; ebenso Hess KassKomm § 122 RdNr 6, der ggf Unterschiede in der Standortplanung zwischen ambulantem und stationärem Bereich in Kauf nehmen will; vgl schließlich Schneider, Medizinisch-technische Großgeräte in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1990, S 140, wonach der Großgeräteausschuß nur insoweit zur Abstimmung berufen sein soll, als die Großgeräte-

Richtlinien und die für den Krankenhaussektor zuständigen Behörden ein Gerät übereinstimmend als medizinisch-technisches Großgerät bewertet haben). Begründet wird dies damit, daß andernfalls die in § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 9 SGB V und § 10 KHG vorgesehenen systembezogenen Planungs- und Abstimmungsprozeduren ihren Sinn verlören und die in § 122 Abs 2 Satz 1 SGB V enthaltene Verpflichtung zur Berücksichtigung der Richtlinien aufgehoben werde. Hess (aaO) weist ferner darauf hin, daß bei einer Abkoppelung von den Großgeräte-Richtlinien die Bundeseinheitlichkeit der Bedarfsplanung für medizinisch-technische Großgeräte hinfällig werde; es könne dann sein, daß zB der CT in einem Bundesland als Großgerät eingestuft und der Planung unterworfen werde, in einem anderen dagegen nicht.

Dieser Auffassung, die die Aufgabenstellung des Großgeräteausschusses auf die bloße Standortplanung reduzieren will, kann nicht gefolgt werden. Nach § 122 Abs 2 Satz 1 SGB V obliegt es dem Großgeräteausschuß, neben den Standorten auch die Abgrenzung und den Bedarf der medizinisch-technischen Großgeräte abzustimmen. Mit dem Begriff "Abgrenzung" kann in diesem Zusammenhang vernünftigerweise nur die Bestimmung des Kreises derjenigen medizinisch-technischen Geräte gemeint sein, welche als Großgeräte in die Planung einzubeziehen sind. Diejenigen Autoren, die darunter die Entscheidung verstanden wissen wollen, ob ein Gerätestandort dem ambulanten oder dem stationären Versorgungsbereich zugewiesen wird (Schneider, aaO S 137; Schirmer, aaO RdNr 6), unterstellten dem Gesetzgeber, diese Frage doppelt geregelt zu haben, weil sie auch den Begriff der Standortabstimmung im gleichen Sinne interpretieren.

Auch die weitere Regelung in § 122 Abs 2 Satz 1 SGB V macht deutlich, daß der Großgeräteausschuß die Bestimmung des Gerätekatalogs und der Bedarfskriterien ohne Bindung an anderweitige Festlegungen selbst vornehmen soll. Die Großgeräte-Richtlinien



und die Planungsvorgaben aus dem Krankenhausbereich sind nach dem klaren Wortlaut der Vorschrift bei der Abstimmung lediglich "zu berücksichtigen". Das bedeutet, daß der Großgeräteausschuß sie in Betracht ziehen und sich mit ihnen sachlich auseinandersetzen muß, nach pflichtgemäßer Abwägung aber auch von ihnen abweichen kann. Dagegen sind nach § 122 Abs 2 Satz 2 SGB V die Ergebnisse der Abstimmung im Großgeräteausschuß bei der Durchführung der Großgeräte-Richtlinien "zu beachten", also verbindlich zugrunde zu legen. Die unterschiedliche Wortwahl zeigt, daß es sich nicht um unüberlegte Formulierungen handelt, sondern der Gesetzgeber den Großgeräteausschuß bewußt nicht an die Großgeräte-Richtlinien und die Vorgaben aus dem Krankenhausbereich binden wollte. Die für den ambulanten Bereich getroffenen Festlegungen können (und sollen, wie sich aus § 122 Abs 2 Satz 1 SGB V zweifelsfrei ergibt) nicht auch für den stationären Bereich gelten, so daß eine einseitige Bindung an die Großgeräte-Richtlinien allein, wie sie Schirmer (aaO) vorschwebt, von vornherein ausscheidet. Eine Bindung an die Vorgaben sowohl der einen wie der anderen Seite kommt ebenfalls nicht in Betracht, weil sie dem Ausschuß Unmögliches abverlangen würde. Verschiedene Bundesländer haben landesrechtliche Ausführungsbestimmungen zur Großgeräteplanung bzw -abstimmung im Krankenhaussektor erlassen und darin Gerätekataloge und Meßzahlen vorgesehen, die mit denjenigen in Abschnitt D der Großgeräte-Richtlinien nicht deckungsgleich sind (vgl Vollmer/Graeve, Kommentar zum KHG, Stand Dezember 1991, § 10 KennZiff 310.210 bis 310.310). Der Großgeräteausschuß könnte seinen gesetzlichen Auftrag gar nicht erfüllen, wenn er gleichzeitig an die einseitigen und ggf widersprüchlichen Planungs- und Standortvorgaben des Bundesausschusses einerseits (für den ambulanten Bereich) und der Länder andererseits (für den stationären Bereich) gebunden wäre. Nach Wortlaut und Sinnzusammenhang der gesetzlichen Regelung kann mithin kein Zweifel bestehen, daß der Großgeräteausschuß nicht nur über die Zuordnung der Gerätestandorte, sondern auch über die Festlegung der abstimmungspflichtigen Geräte und der Bedarfskriterien entscheidet, und zwar unter Berücksichtigung der Großgeräte-Richtlinien, aber letztlich in eigener Kompetenz und Verantwortung.

Eine andere Auslegung wäre auch mit Sinn und Zweck des § 122 SGB V und der vom Gesetzgeber angestrebten Funktion des Großgeräteausschusses nicht vereinbar. Der vor Inkrafttreten dieser Vorschrift bestehende Rechtszustand war dadurch gekennzeichnet, daß die Bemühungen um eine Steuerung des Großgeräteeinsatzes im ambulanten und im stationären Bereich infolge unterschiedlicher Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten weitgehend unkoordiniert nebeneinander herliefen. Zwar war sowohl in § 10 KHG als auch in § 368n Abs 8 Satz 3 RVO aF vorgesehen, daß die zuständige Behörde ihre Maßnahmen und Entscheidungen "im Benehmen" mit der für den jeweils anderen Bereich verantwortlichen Stelle zu treffen hatte. Eine verbindliche Abstimmung oder gar eine integrierte, den ambulanten und stationären Sektor gleichermaßen umfassende Bedarfs- und Standortplanung gab es jedoch nicht. Erklärte Absicht der Neuregelung war es, "die



bislang unterschiedlichen Abstimmungs- und Sanktionsvorschriften für die Standortbestimmung und den Einsatz medizinischtechnischer Großgeräte in Krankenhaus und niedergelassener Kassenpraxis zu einer integrierten Selbstverwaltungslösung zusammenzuführen" (RegE GRG zu § 131, BT-Drucks 11/2237, S 204). Dem Großgeräteausschuß soll die Aufgabe der bereichsübergreifenden Großgeräte-Bedarfsplanung (Bedarfsabstimmung) für den ambulanten und für den stationären Bereich zukommen. Abstimmung bedeutet dabei nicht etwa nur unverbindliche Koordination, sondern, wie sich aus § 122 Abs 4 und 5 SGB V ergibt, abschließende, von den für die Planvollziehung verantwortlichen Stellen zu beachtende Entscheidung. Namentlich in Konfliktfällen soll der Großgeräteausschuß mit Wirkung für alle Beteiligten verbindlich festlegen, welche medizinisch-technischen Großgeräte in seinem Zuständigkeitsbereich an welchen Standorten für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich sind.

Dem kann nicht entgegengehalten werden, daß damit die Großgeräte-Richtlinien ihre Bedeutung verlören. Mit der Aufstellung eines sachgerechten Großgerätekatalogs und der Festlegung von Bedarfsmaßstäben durch den mit den Versorgungsbedürfnissen des ambulanten Bereichs besonders vertrauten und sachverständigen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen werden Vorgaben geschaffen, die der Großgeräteausschuß nicht ohne Begründung vernachlässigen darf. Sie können zudem bei späteren Rechtsstreitigkeiten Bedeutung für die gerichtliche Überprüfung gewinnen, ob die abweichend von den Richtlinien vorgenommene Geräteabgrenzung oder Bedarfsabstimmung den im Gesetz vorgegebenen Maßstäben entspricht. Darüber hinaus haben die Richtlinien die Aufgabe, die Rechte und Pflichten der KÄVen und der Kassen- und Vertragsärzte im Rahmen des Großgeräteabstimmungsverfahrens nach § 122 SGB V zu konkretisieren und das verfahrensrechtliche Instrumentarium für die Behandlung der von Kassen- und Vertragsärzten gestellten Genehmigungsanträge bereitzustellen. Über sie erfolgt rechtstechnisch die Einbindung der KÄVen, der Kassenärzte und der ermächtigten Krankenhausärzte in die Entscheidungen des Großgeräteausschusses.

Freilich kann die nach geltendem Recht bestehende umfassende Planungszuständigkeit der auf Landesebene errichteten Großgeräteausschüsse zu unterschiedlichen Vorgaben in den Bundesländern hinsichtlich des Katalogs der abstimmungspflichtigen Großgeräte und der Bedarfskriterien führen. Das ist indes die unvermeidbare Konsequenz aus der Entschließung des Gesetzgebers, nicht ein Bundesorgan, sondern jeweils Ländergremien mit der Entscheidung über Abgrenzung, Bedarf und Standorte der medizinisch-technischen Großgeräte zu beauftragen. Daß damit - wie schon zuvor im Krankenhausbereich - auf die Festlegung bundeseinheitlicher Planungsgrundsätze verzichtet wird, mag zu bedauern sein, ist aber unter rechtlichen Gesichtspunkten nicht zu



beanstanden. Das gilt umsomehr, als regional unterschiedliche Planungsvorgaben, die nicht durch sachliche Gründe gerechtfertigt sind, im Rechtsweg korrigiert werden können.

Bei den Entscheidungen, welche Geräte als "medizinisch-technische Großgeräte" der Planung zu unterwerfen und welche Gerätestandorte als "bedarfsgerecht" anzusehen sind, bleibt dem Ausschuß kein Beurteilungsspielraum. Die verwendeten Rechtsbegriffe weisen zwar einen hohen Grad an Unbestimmtheit auf, können aber unter Berücksichtigung der Zielsetzung des Gesetzes so konkretisiert werden, daß sich die Richtigkeit der Gesetzesanwendung im Einzelfall überprüfen läßt. Weder handelt es sich um Entscheidungen höchstpersönlichen Charakters, noch sind sie an die besonderen Fachkenntnisse gerade des Großgeräteausschusses gebunden. Die Überlegungen, die den Senat bewogen haben, im Kassenarztrecht mit seinen vielfältigen Formen und Entscheidungen der Beteiligtenselbstverwaltung in stärkerem Maße Beurteilungsspielräume zu akzeptieren, als dies die Verwaltungsgerichte im Bereich der unmittelbaren Staatsverwaltung tun, greifen ebenfalls nicht. Der Großgeräteausschuß kann schon von seiner Zusammensetzung her schwerlich als Selbstverwaltungseinrichtung bezeichnet werden. Hinzu kommt, daß die im Ausschuß vertretene Landesbehörde mit dem ihr durch § 122 Abs 4 SGB V eingeräumten Letztentscheidungsrecht im Konfliktfall eine besonders starke Stellung besitzt. Auch wenn die genannte Vorschrift, was der Senat aber ausdrücklich offen läßt, so auszulegen wäre, daß die Landesbehörde nur bei Nichteinigung der übrigen im Großgeräteausschuß vertretenen Gruppen zur Konfliktentscheidung berufen ist, wird damit der staatlichen Verwaltung ein maßgebender Einfluß auf die Planung eröffnet. Gegen die Annahme einer Beurteilungsermächtigung spricht schließlich die Regelung des § 122 Abs 5 SGB V. Wenn der Gesetzgeber den bei der Beschlußfassung im Großgeräteausschuß unterlegenen Gruppierungen ein Klagerecht gegen die Entscheidung der Ausschußmehrheit eingeräumt hat, so zeigt dies, daß er das Mehrheitsvotum gerade nicht als für die Betroffenen verbindliche, nur noch eingeschränkt gerichtlich überprüfbare Entscheidung verstanden wissen will. Da es sich bei den vom Großgeräteausschuß beschlossenen Grundsätzen unbeschadet ihres abstrakt-generellen Inhaltes nicht um Rechtsnormen, sondern um bloße verwaltungsinterne Festlegungen handelt, unterliegt die Frage der sachgerechten Abgrenzung der in die Planung einzubeziehenden Geräte wie auch der zutreffenden Bestimmung der Bedarfskriterien mithin im Streitfall der vollen gerichtlichen Nachprüfung.

Auch die Kompetenzen des Großgeräteausschusses einerseits und des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen andererseits bei der Festlegung der Gerätestandorte sind einer sachgerechten Abgrenzung zugänglich. Daß dem Landesausschuß in diesem Zusammenhang überhaupt Befugnisse zustehen, ergibt sich eher beiläufig aus § 122 Abs 2 Satz 2 SGB V, wo ihm aufgegeben wird, "das Ergebnis der (im Großgeräteausschuß gefundenen) Abstimmung bei der Durchführung der



Großgeräte-Richtlinien zu beachten". Weder § 92 SGB V noch die Großgeräte-Richtlinien enthalten an irgendeiner Stelle einen Hinweis, in welcher Beziehung der Landesausschuß zur "Durchführung der Großgeräte-Richtlinien" berufen ist. Da die Genehmigungsentscheidung gegenüber dem antragstellenden Arzt der KÄV vorbehalten ist (Abschnitt D Nr 4.1 Satz 1 Großgeräte-Richtlinien), kann es sich nur um eine Aufgabenstellung im Rahmen der Standortplanung selbst handeln, die aus dem Gesamtzusammenhang der Regelung in § 122 SGB V heraus definiert werden muß. Im Urteil vom 1. Oktober 1990 hat der Senat dazu ausgeführt (BSGE 67, 256, 259 = SozR 3-2500 § 92 Nr 1 S 4 f), die Abstimmung im Großgeräteausschuß nach § 122 Abs 2 Satz 1 SGB V könne jedenfalls nicht darin bestehen, generell für jedes der für die kas- senärztliche Versorgung geplanten Geräte einen bestimmten geographischen Raum vorzusehen, sondern allenfalls darin, den Standortraum für mehrere Geräte unterhalb des Gesamtplanungsgebietes, also auch auf mittlerer Planungsebene, festzulegen. Hierfür spreche namentlich auch die Regelung in Abschnitt C Nr 3 der Großgeräte-Richtlinien 1985, wonach der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen über den Gerätestandort "im einzelnen" zu entscheiden habe. An dieser Bewertung ist im Ergebnis festzuhalten; sie kann allerdings nicht mehr unmittelbar auf die alten, inzwischen außer Kraft getretenen Großgeräte-Richtlinien gestützt, wohl aber damit begründet werden, daß der Gesetzgeber des GRG offenkundig an die seinerzeit bestehende Regelung hat anknüpfen wollen. Die Festlegung der konkreten Einzelstandorte sollte unbeschadet der nunmehr eingeführten globalen Planungszuständigkeit des Großgeräteausschusses den für die jeweiligen Versorgungsbereiche zuständigen Entscheidungsträgern überlassen bleiben, wobei die Entscheidungsbefugnis für den ambulanten Bereich wie bisher nicht bei der KÄV, sondern bei dem Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen als einer Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung liegen sollte.

Die so verstandene Kompetenzaufteilung entspricht dem Wortlaut und der Systematik des § 122 SGB V und den mit der Vorschrift verfolgten Zielen. Die Regelung unterscheidet, herkömmlichen Planungsgrundsätzen folgend, zwischen der Planaufstellung und der Planvollziehung. Erstere ist Sache des Großgeräteausschusses. Dieser hat die Aufgabe, unter Berücksichtigung der Großgeräte-Richtlinien und der planerischen Vorgaben der Krankenhausseite

- zu entscheiden, welche Geräte als "medizinisch-technische Großgeräte" in die Planung einbezogen werden,
- die Planungsbereiche abzugrenzen und den quantitativen und qualitativen Bedarf an Leistungen mit einem bestimmten Gerätetyp sowie die regionale und sektorale Verteilung dieses Bedarfs zu ermitteln,
- darauf aufbauend die Zahl der für die Bedarfsdeckung erforderlichen Geräte zu bestimmen und diese dem ambulanten oder stationären Bereich zuzuordnen sowie schließlich

- die Bedarfs- und Standortplanung in regelmäßigen Abständen entsprechend den sich verändernden medizinischen, technischen, wirtschaftlichen und sonstigen Gegebenheiten fortzuschreiben.

Neben der Zuordnung der Geräte zu den Versorgungsbereichen kann der Großgeräteausschuß anhand der ermittelten Bedarfsgesichtspunkte auch eine engere räumliche Eingrenzung der Standorte, etwa auf eine bestimmte Region, eine bestimmte Stadt oder auch einen bestimmten Stadtbezirk vornehmen, wenn nur auf diese Weise den stationären und ambulanten Versorgungsbedürfnissen in dem betroffenen Gebiet oder dem Erfordernis einer ausgewogenen regionalen Verteilung der Gerätestandorte ausreichend Rechnung getragen werden kann. Mag dies im Einzelfall auch auf eine konkrete Standortbestimmung hinauslaufen, weil zB in dem zu versorgenden Gebiet nur ein einziges geeignetes Krankenhaus oder nur eine einzige Praxis des betreffenden Fachgebiets zur Verfügung steht, so ändert dies doch nichts daran, daß sich die Zuständigkeit des Großgeräteausschusses auf die globale Standortplanung beschränkt. Die Planvollziehung, also die Entscheidung, ob einem konkreten Arzt oder Krankenhaus ein für den jeweiligen Bereich vorgesehener Standort zugewiesen wird, soll nach dem Willen des Gesetzes den gemäß § 122 Abs 2 Satz 2 SGB V mit der Umsetzung der Planung betrauten Stellen vorbehalten bleiben. Eine andere Interpretation, die dem Großgeräteausschuß auch die Einzelentscheidung zuweisen will (zB Vollmer/Graeve, KHG, § 10 KennZiff 310.05 RdNr B 39; vgl auch Tuschen in GKV-Kommentar, § 122 SGB V RdNr 3a), würde nicht nur zu einer funktionalen Entleerung der Tätigkeit der Landesausschüsse führen, sondern auch das aus § 122 Abs 2 SGB V ersichtliche Anliegen des Gesetzgebers konterkarieren, den jeweiligen Versorgungsbereichen die eigenen Planungszuständigkeiten nach Möglichkeit zu erhalten.

Dem Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen obliegt es danach, über die Zuweisung der für den ambulanten Bereich vorgesehenen Einzelstandorte zu entscheiden. Er hat dies unter Beachtung des Abstimmungsergebnisses im Großgeräteausschuß und auf der Grundlage der Großgeräte-Richtlinien zu tun, seine Entscheidung also ebenfalls an dem Ziel der bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten auszurichten. Die abschließende Entscheidung über den von einem Kassen- oder Vertragsarzt gestellten Genehmigungsantrag trifft sodann nach den Großgeräte-Richtlinien (Abschnitt D Nr 4.1) und den damit übereinstimmenden vertraglichen Vereinbarungen (§ 7 BMV-Ä, § 29 EKV) die KÄV, nachdem sie geprüft hat, ob der Gerätebetreiber die vorgeschriebenen Qualifikationserfordernisse erfüllt.

Aus den vorstehenden Ausführungen und den in § 122 Abs 1 SGB V formulierten Zielen der Großgeräteplanung läßt sich zugleich der notwendige Inhalt des vom Großgeräteausschuß aufzustellenden und vom Landesausschuß durch konkrete Festlegungen zu ergänzenden Standortplanes erschließen. Der Plan muß zum einen eine Bedarfsanalyse enthalten, die unter Berücksichtigung der für das jeweilige Gerät in Frage



kommenden Indikationen, der Größe und Gliederung des Planungsgebietes, der Bevölkerungs- und Morbiditätsverteilung, der Verkehrsverhältnisse und Transportmöglichkeiten sowie nicht zuletzt der besonderen Aufgabenstellungen und Versorgungsbedürfnisse der Krankenhäuser den insgesamt zu versorgenden Bedarf und seine regionale und sektorale Verteilung beschreibt. Dieser Bedarfsanalyse gegenüberzustellen ist eine Bestandsanalyse, in der die bisher in die Versorgungskonzeption aufgenommenen Gerätestandorte, die Art und Zahl der an diesen Standorten genutzten Geräte und deren gegenwärtige und zu erwartende Auslastung festgehalten werden. Zu berücksichtigen sind dabei nur die bereits als bedarfsgerecht anerkannten Geräte. Die Betreiber von "Altgeräten", die vor dem Inkrafttreten des SGB V angeschafft worden sind, könnten zwar möglicherweise Vertrauensschutz genießen und weiterhin die Vergütung der mit diesen Geräten erbrachten Leistungen verlangen. Für sie besteht aber kein Konkurrenzschutz; insbesondere haben sie keinen Anspruch darauf, daß ihre Geräte automatisch allein wegen ihres Vorhandenseins als bedarfsgerecht behandelt und in die Standortplanung einbezogen werden. Das gilt erst recht für Ärzte, die erst nach dem 31. Dezember 1988 trotz Verweigerung der beantragten Standortgenehmigung Geräte installiert haben. Auf der Grundlage der Bedarfs- und der Bestandsanalyse ist schließlich festzulegen, wie viele und welche weiteren Geräte zur Deckung des Bedarfs erforderlich und welchem Versorgungsbereich sie zuzuordnen sind.

In Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) zur Krankenhausbedarfsplanung (vgl. BVerwGE 62, 86; 72, 38) ist davon auszugehen, daß den an der Planung beteiligten Stellen weder bei der Bedarfs- und Bestandsanalyse ein Beurteilungsspielraum noch bei der Standortfestlegung ein Ermessen zusteht. Die Ermittlung des gegenwärtigen und zukünftigen Bedarfs und des zur Verfügung stehenden Leistungsangebots haben Feststellungen und Schätzungen zum Inhalt, die ausschließlich auf tatsächlichem Gebiet liegen und im Grundsatz, wie andere Tatsachenfeststellungen auch, gerichtlich voll nachgeprüft werden können. Allenfalls soweit bei der Bedarfsermittlung prognostische Elemente eine Rolle spielen, wird sich das Gericht auf die Kontrolle beschränken müssen, ob der Großgeräteausschuß von zutreffenden Werten, Daten und Zahlen ausgegangen ist und ob er sich einer wissenschaftlich anerkannten Berechnungsmethode bedient hat (BVerwG aaO).

Schließlich genügt auch das vom Gesetz vorgesehene Verfahren der Großgeräteplanung den formalen Anforderungen des Art 12 Abs 1 GG. Das LSG hat einen Bedarf an rechtssatzförmiger Regelung auch insoweit angenommen, als es um die Informations- und Beteiligungsrechte der durch die Großgeräteplanung betroffenen Ärzte geht, und in diesem Zusammenhang die Einrichtung eines Anhörungsverfahrens vor dem Großgeräteausschuß und eine Bekanntmachung der Standortplanung mit Erläuterung der einzelnen Festlegungen verlangt. Der Senat sieht jedoch im Fehlen einer solchen Regelung keinen Verstoß gegen das Gebot einer rechtsstaatlichen Verfahrensgestaltung.



Im Gegensatz zu den meisten anderen Bereichen öffentlicher Planung eröffnet § 122 SGB V der Verwaltung keine weitreichenden Gestaltungsfreiräume, die es erforderlich machen, die beteiligten Interessen bereits in der eigentlichen Planungsphase zur Geltung zu bringen. Sowohl bei der Bestimmung des Gerätebedarfs als auch bei der Standortfestlegung handelt es sich, wie dargelegt, um gesetzesakzessorische Entscheidungen, die gerichtlich voll überprüft werden können. Hinzu kommt die Besonderheit, daß die Kassenärzte über die KÄV, deren Mitglieder sie sind und die ihre Genehmigungsanträge zu bearbeiten hat, unmittelbar an den Beratungen und Entscheidungen im Großgeräteausschuß beteiligt sind und dadurch jederzeit Einblick in die gesamte Planung haben. Weitergehende Beteiligungsrechte mußte das Gesetz nicht vorsehen.

Die der Großgeräteplanung zugrunde liegende Ermächtigungsnorm des § 122 SGB V widerspricht nach alledem nicht dem aus dem Rechtsstaatsprinzip und dem Wesentlichkeitsgrundsatz folgenden Bestimmtheitsgebot. Sie ermöglicht bei verfassungskonformer Anwendung auch eine den inhaltlichen Anforderungen des Art 12 Abs 1 GG entsprechende Handhabung durch die Verwaltung und die Gerichte und ist deshalb derzeit zu beachten. Allerdings wird der Gesetzgeber alsbald eine ergänzende Regelung zu treffen haben, die es Ärzten, welche aufgrund der Standortplanung ein eigenes Großgerät nicht betreiben dürfen, ermöglicht, die für die Ausübung ihrer gebietsärztlichen Tätigkeit erforderlichen Leistungen mit einem anderen, genehmigten Gerät zu erbringen. Das ergibt sich aus folgendem:

Nach der Rechtsprechung des BVerfG sind Eingriffe des Gesetzgebers in die berufliche Betätigungsfreiheit strikt am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu messen. Je nachhaltiger die Freiheitsbeschränkung wirkt, je stärker die Berufsausübung oder gar der Zugang zum Beruf reglementiert werden, um so gewichtiger müssen die Gemeinwohlbelange sein, die den Eingriff rechtfertigen sollen (grundlegend: BVerfGE 7, 377, 403 ff; sog Stufentheorie). Zur Frage der Intensität des Grundrechtseingriffs hat der Senat im Urteil vom 1. Oktober 1990 (vgl BSGE 67, 256, 266 = SozR 3-2500 § 92 Nr 1 S 11 f) ausgeführt, der Kassenarzt büße durch das Verbot der Nutzung planwidrig angeschaffter Großgeräte seine Berufsfreiheit in einem Ausmaß ein, das bis zur Verhinderung derjenigen Berufsausübung reichen könne, die als Facharztztätigkeit zwingend mit dem Einsatz eines solchen Gerätes verbunden sei. Halte man sich vor Augen, daß der Arztberuf regelmäßig nur im Rahmen des kassenärztlichen Status realisiert werde, so komme der vorgesehene Vergütungsausschluß einer Beschränkung der Berufswahl nahe (aaO, S 268). Dabei muß freilich differenziert werden. Die Auswirkungen, die sich ergeben, wenn ein Arzt ein bestimmtes Großgerät nicht in eigener Praxis nutzen kann, sind nach Art des Gerätes und Ausrichtung der ärztlichen Tätigkeit sehr verschieden. Während etwa ein Herzkatheter-Meßplatz nur in wenigen, hochspezialisierten kardiologischen Praxen zum Einsatz kommt und für das



Erscheinungsbild des Internisten insgesamt von untergeordneter Bedeutung ist, kann der CT, wie das LSG dargelegt hat, für die Tätigkeit des niedergelassenen Radiologen heute schon bis zu einem gewissen Grade prägend sein. Der Betrieb des gleichen CT durch einen Neurologen oder Internisten mit radiologischer Zusatzausbildung ist demgegenüber wiederum nicht fachgebietstypisch und mithin eher einer Beschränkung unter dem Gesichtspunkt des Art 12 Abs 1 GG zugänglich. Ein Gerät, das bei einer Arztgruppe zum Standard der gebietsärztlichen Tätigkeit gerechnet werden muß, kann bei einer anderen nur geringe Bedeutung haben, so daß sich seine Nutzung als eher am Rande liegende, relativ beliebige Erweiterung des Tätigkeitsbereichs darstellt. Auch bei den Großgeräten, denen aus der Sicht eines medizinischen Fachgebiets wesentliche Bedeutung für die gebietsärztliche Tätigkeit zukommt, muß beachtet werden, daß eine Begrenzung der Gerätezahl und Gerätestandorte allein die Berufsangehörigen noch nicht von der Nutzung der modernen Technik abschneidet, solange ihnen die Möglichkeit einer Mitbenutzung der vorhandenen Geräte garantiert wird.

Auf eine Beschränkung der Berufswahlfreiheit liefe es allerdings hinaus, wenn der Genehmigungsvorbehalt auch auf solche medizinisch-technischen Geräte erstreckt würde, die zwar Großgeräte im Sinne des Gesetzes sind, aber zum notwendigen Standard eines Fachgebietes gehören, ohne die also der betreffende Gebietsarzt seine Tätigkeit in freier Praxis nicht ausüben kann. Würde etwa einem niederlassungswilligen Arzt für Radiologie der Betrieb einer eigenen Röntgenanlage verwehrt, so wäre ihm damit der Zugang zu der angestrebten Berufstätigkeit insgesamt versperrt. Er könnte insoweit auch nicht auf eine Mitbenutzung verwiesen werden, weil die Röntgenleistungen gerade den Kernbereich seiner fachärztlichen Tätigkeit ausmachen und deshalb nur in der eigenen Praxis erbracht werden können. Eine Reglementierung, die dem Gebietsarzt die Aufnahme oder Fortführung seiner Tätigkeit unmöglich macht, kommt einem Eingriff in die Freiheit der Berufswahl gleich. Unabhängig davon, ob die gebietsärztliche Tätigkeit als eigenständiger Berufszweig oder bloß als eine Ausübungsform des einheitlichen Arztberufes angesehen wird, trifft der Arzt mit dem Entschluß, sich auf ein bestimmtes medizinisches Fachgebiet zu spezialisieren, eine auf Dauer angelegte Lebensentscheidung, die in ihrer Tragweite der Berufswahl vergleichbar ist (BVerfGE 33, 125, 161 f). Daraus folgt für die verfassungsrechtliche Beurteilung, daß in den genannten Fällen ein Eingriff nur zur Abwehr schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut erfolgen darf. Der Senat hält darüber hinausgehend aber eine Einbeziehung der für die jeweilige Fachpraxis unerläßlichen Geräteausstattung in die Regelung des § 122 SGB V überhaupt für unzulässig. Eine andere Betrachtungsweise würde nämlich im Ergebnis dazu führen, daß nicht nur das betreffende Großgerät, sondern die gebietsärztliche Tätigkeit als solche einer Bedarfsplanung unterworfen würde. Dafür aber bietet die genannte Bestimmung keine Handhabe. Die Voraussetzungen, unter denen im Fall einer ärztlichen Über- oder Unterversorgung die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit als Ganzes beschränkt werden kann, hat der Gesetzgeber in



den §§ 99 ff SGB V abschließend geregelt. Solange sie nicht vorliegen, darf dem Arzt die Niederlassung in seinem Fachgebiet nicht verwehrt oder mit Hilfe der Großgeräteplanung unmöglich gemacht werden.

Daß der Kläger ohne den Betrieb des CT in der eigenen Praxis von den Standardleistungen seines Fachgebietes abgeschnitten wäre und seine Tätigkeit als Radiologe nicht mehr sinnvoll ausüben könnte, läßt sich den Feststellungen des Berufungsgerichts nicht entnehmen. Berücksichtigt man, daß nach dem unwidersprochenen Vorbringen der Revisionskläger immer noch rund drei Viertel aller niedergelassenen Radiologen nicht über einen eigenen CT verfügen und daß der Kläger seinerseits mit dem im Frühjahr 1990 angeschafften Gerät nur ca ein Fünftel seiner Leistungen erbringt, so zeigt sich im Gegenteil, daß der Schwerpunkt seiner gebietsärztlichen Tätigkeit nach wie vor eindeutig im Bereich der konventionellen Radiologie zu suchen ist. Das schließt nicht aus, daß in Zukunft die Computertomographie zunehmend Röntgenleistungen ersetzen und möglicherweise selbst den Kernbereich der radiologischen Tätigkeit bilden wird. Diese Entwicklung ist jedoch bisher nicht eingetreten und angesichts des gleichzeitigen Vordringens anderer moderner Diagnoseverfahren, wie der Kernspintomographie, auch keineswegs sicher absehbar. Die Einbeziehung der von Radiologen betriebenen CT in die Großgerätebedarfsplanung ist deshalb unter dem bisher erörterten Gesichtspunkt nicht zu beanstanden.

Auch wenn die Bedarfsplanung, wie es rechtlich geboten ist, auf diejenigen Großgeräte beschränkt wird, die für die Ausübung der gebietsärztlichen Tätigkeit nicht zwingend in der eigenen Praxis vorhanden sein müssen, kann sich die Kontingentierung für die bei der Zuteilung nicht berücksichtigten Berufsangehörigen im Ergebnis ähnlich wie eine Beschränkung der Berufswahl auswirken. Das ist der Fall, wenn die Standortplanung in der Weise gehandhabt wird, daß die nicht berücksichtigten Bewerber von der Nutzung der betreffenden Technik dauerhaft ausgeschlossen werden. Dabei kann dahingestellt bleiben, wie ein solcher Ausschluß zu bewerten wäre, wenn er alle Berufsangehörigen in gleicher Weise träfe, wenn also beispielsweise der Gesetzgeber den Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Krankenhausstandorte beschränkt hätte. Nicht tragbar ist jedenfalls eine Regelung, die allein denjenigen Ärzten, denen für ihre Praxis ein Gerätestandort zugeteilt wird, die Nutzung ermöglicht, die übrigen Angehörigen des Fachgebiets aber davon ausschließt. Für letztere hätte das, insbesondere bei Geräten, die einen nicht unerheblichen Teil des fachgebietstypischen Leistungsspektrums abdecken, zur Folge, daß sie gegenüber ihren zum Gerätebetrieb zugelassenen Kollegen einen entscheidenden Wettbewerbsnachteil hinnehmen müßten, der ihre eigene gebietsärztliche Tätigkeit auf lange Sicht entwerten und Berufsanfängern ohne Aussicht auf einen Zugang zu der entsprechenden Technik die Niederlassung praktisch verwehren würde.



Eine solche Gestaltung wäre - unabhängig vom Ergebnis der anzustellenden Güterabwägung - mit Art 12 Abs 1 GG schon deshalb nicht vereinbar, weil sie zur Erreichung des Planungszwecks nicht erforderlich ist. Es ist nämlich kein Grund ersichtlich, warum zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit medizinisch-technischen Großgeräten neben der Gerätezahl (Zahl der Gerätestandorte) auch die Zahl der zugangsberechtigten Ärzte begrenzt werden müßte. Ein Ausschluß derjenigen Ärzte, die keine Standortanerkennung erreichen, ist mit der Bedarfsplanung nicht zwangsläufig verbunden; er läßt sich durch den Abschluß von Kooperationsvereinbarungen oder die Einräumung von Mitbenutzungsrechten vermeiden. Das Gesetz, das in § 122 SGB V nur die Geräte als solche der Planung unterwirft und eine Mitbenutzung sogar ausdrücklich vorsieht, schließt eine verfassungskonforme Handhabung (zum Gebot einer verfassungskonformen Auslegung vgl BVerfG NJW 1992, 1951 und Beschluß des BVerfG vom 12. Mai 1992 - 1 BvL 7/89 -) jedenfalls nicht aus. Allerdings hat das LSG eine Mitbenutzungsmöglichkeit nicht als ausreichend angesehen und die Auffassung vertreten, ein Radiologe sei an der fortschreitenden medizinisch-technischen Entwicklung nur dann voll beteiligt, wenn er einen CT in der eigenen Praxis betreiben und sich hieran laufend und intensiv fortbilden könne. Dem kann jedoch in dieser Ausschließlichkeit nicht zugestimmt werden. Daß bei einer Gerätenutzung durch mehrere Leistungserbringer der einzelne Arzt Einschränkungen hinnehmen muß, liegt in der Natur der Sache und ist als solches nicht unzumutbar. Die jeweilige vertragliche Nutzungsvereinbarung kann so ausgestaltet werden, daß diese Einschränkungen so gering wie möglich bleiben und eine für alle Beteiligten auskömmliche Regelung gefunden wird. Ob dies gelingt, hängt wesentlich davon ab, welche rechtlichen Handhaben dem Großgeräteausschuß und dem Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen für die Durchsetzung von Kooperationsvereinbarungen gegenüber den Gerätebetreibern zur Verfügung stehen. Die Befürchtung, der auf eine Mitbenutzung angewiesene Arzt könne sich in der Geräteanwendung nicht genügend fortbilden oder werde gar von der technischen Entwicklung abgeschnitten, wenn er über notwendige Innovationen nicht selbst entscheiden könne, erscheint dem Senat nicht stichhaltig. Gegen die Einschätzung des LSG spricht im übrigen, daß der Kläger bis 1990 in der Lage gewesen ist, seine Patienten im Wege der Mitbenutzung des im Kreiskrankenhaus H. installierten CT mit den entsprechenden Leistungen zu versorgen, und daß er die Kooperation nicht aus medizinisch-fachlichen Erwägungen, sondern wegen der seiner Ansicht nach zu hohen Abgaben und ungünstigen Benutzungszeiten beendet hat.

Mit der Erkenntnis, daß es somit generell möglich und zumutbar ist, computertomographische Leistungen auch im Wege der Mitbenutzung eines außerhalb der eigenen Praxis installierten Gerätes zu erbringen, ist es freilich alleine nicht getan. Die mit der Großgeräteplanung verbundenen Eingriffe in die Berufsfreiheit können vielmehr nur



dann als verfassungsgemäß angesehen werden, wenn den unberücksichtigt gebliebenen Bewerbern eine derartige Mitbenutzungsmöglichkeit garantiert wird. Für den kooperationswilligen Arzt muß der Zugang zu einem für seine gebietsärztlichen Leistungen benötigten, genehmigten Gerät erreichbar sein, was voraussetzt, daß ihm ein gegenüber dem Gerätebetreiber rechtlich durchsetzbarer Anspruch auf Mitbenutzung eingeräumt wird. Dies kann etwa in der Weise geschehen, daß mit positiven Standortentscheidungen jeweils in Gestalt von Auflagen die Pflicht verknüpft wird, andere an der Nutzung des Standortes angemessen zu beteiligen. Derartige Auflagen waren früher in § 25 Abs 4 BMV-Ä aF vorgesehen; ihre Zulässigkeit nach geltendem Recht läßt sich mit der Notwendigkeit einer verfassungskonformen Handhabung der gesetzlichen Planungsvorschriften begründen. Wesentlich ist, daß die Auflagen die vom Gerätebetreiber konkret hinzunehmenden Beschränkungen bestimmen und so ausgestaltet sind, daß sie im Konfliktfall durchgesetzt werden können. Ebenso wie Krankenhausstandorte mit der Maßgabe ausgewiesen werden können, daß eine Mitbenutzung durch einen oder mehrere niedergelassene Ärzte vorzusehen ist, können umgekehrt Standorte in Kassenarztpraxen mit der Auflage vergeben werden, in bestimmtem Umfang Kapazitäten für die Untersuchung/Behandlung von Krankenhauspatienten freizuhalten. Gerätestandorte, die ausschließlich für die ambulante kassenärztliche Versorgung vorgesehen sind, können vorrangig an Praxismgemeinschaften oder ärztliche Gemeinschaftseinrichtungen vergeben werden, denen die Verpflichtung auferlegt wird, im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten weitere interessierte Kollegen im Bedarfsfall zu beteiligen.

Solche und andere Kooperationsmodelle werden, wie den Ausführungen des beigeladenen Großgeräteausschusses zu entnehmen ist, in der Praxis auch angewandt. Eine bloße Verwaltungsübung reicht indessen als Grundlage für die Gewährleistung von Mitbenutzungsmöglichkeiten nicht aus. Der Senat hält es für verfassungsrechtlich geboten, daß die hiermit zusammenhängenden Fragen gesetzlich geregelt werden.

Der Gesetzesvorbehalt in Art 12 Abs 1 Satz 2 GG verpflichtet den Gesetzgeber, wie bereits ausgeführt wurde, bei Eingriffen in die Berufsfreiheit die wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen. Insbesondere die Abwägung, gegenüber welchen Gemeinschaftsinteressen und wie weit das Freiheitsrecht des einzelnen zurücktreten muß, fällt in seinen Verantwortungsbereich und muß von ihm selbst vorgenommen werden (BVerfGE 33, 125, 158 f; 41, 251, 263 f; 73, 280, 294 f; 76, 171, 184). Die Einräumung und rechtliche Garantie von Nutzungsrechten für die bei der Standortzuteilung unberücksichtigt gebliebenen Ärzte stellt eine verfassungsrechtlich notwendige Ergänzung der Großgeräteplanung dar. Sie wahrt die berufliche Chancengleichheit und verhindert, daß die Berufsfreiheit dieser Ärzte über das durch den Planungszweck gebotene Maß hinaus eingeschränkt wird. Mit ihr steht und fällt deshalb die Zulässigkeit der gesamten Bedarfsplanung. Daraus folgt, daß sie vom Gesetzgeber



selbst zumindest in den Grundzügen geregelt werden muß. Eine gesetzliche Normierung ist auch deshalb geboten, weil mit der Einräumung und Durchsetzung von Mitbenutzungsrechten stets zugleich ein Eingriff in die Rechts- und Interessensphäre des davon betroffenen Gerätebetreibers verbunden ist. Regelungsbedürftig ist nicht nur, welche Kooperationsmöglichkeiten bei der Ausweisung neuer Gerätestandorte vorgesehen und wie sie rechtlich durchgesetzt werden sollen, sondern auch, unter welchen Voraussetzungen in der Vergangenheit erteilte Genehmigungen nachträglich, etwa bei einer anstehenden Ersatzbeschaffung, mit entsprechenden Auflagen versehen werden können. Ziel der Regelung muß es sein, sachlich nicht gerechtfertigte Privilegierungen zu vermeiden und einen möglichst gleichmäßigen Zugang der an einer Gerätenutzung interessierten Ärzte zu gewährleisten.

Daß die von Verfassungs wegen gebotene gesetzliche Regelung dieser Fragen bisher fehlt, verhilft der Klage jedoch nicht zum Erfolg. Das BVerfG und ihm folgend das BVerwG haben wiederholt entschieden, daß bei mangelhaften Rechtsgrundlagen die daraus resultierende Verfassungswidrigkeit für eine Übergangszeit hinzunehmen ist, wenn nur auf diese Weise die sonst eintretende Funktionsunfähigkeit notwendiger Verwaltungstätigkeit vermieden werden kann und die Folgen der Nichtigerklärung einer Norm oder einer Aufhebung der getroffenen Entscheidungen der verfassungsmäßigen Ordnung noch ferner stünden als der bisherige, unzureichend geregelte Rechtszustand (vgl. BVerfGE 73, 280, 297 mwN; BVerwGE 41, 261, 266; 51, 235, 242 f; 64, 238, 245 f). Letzteres wäre hier der Fall. Würde die Anwendung der Vorschriften über die Großgeräteplanung daran scheitern, daß bisher eine Regelung der Mitbenutzungsproblematik in Form eines Gesetzes fehlt, so müßten in großer Zahl Nutzungsgenehmigungen für nicht plangerechte Geräte erteilt werden. Die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Großgeräteleistungen wäre dann nicht mehr gewährleistet. Auf der anderen Seite besteht für die Planungsbehörden die Möglichkeit, während einer Übergangszeit auch ohne das Vorhandensein einer gesetzlichen Regelung durch Fortführung der schon bisher geübten Verwaltungspraxis eine mit dem materiellen Verfassungsrecht übereinstimmende Handhabung der Bedarfsplanung sicherzustellen. Angesichts dessen erscheint es tragbar, den bestehenden Rechtszustand derzeit noch hinzunehmen und dem Gesetzgeber Gelegenheit zu geben, innerhalb einer angemessenen Zeitspanne die erforderliche ergänzende Regelung zu treffen.

Unter der Voraussetzung, daß denjenigen Ärzten, die kein Großgerät in der eigenen Praxis betreiben dürfen, eine Mitbenutzungsmöglichkeit an anderer Stelle eröffnet wird, handelt es sich bei der Bedarfsplanung und deren Umsetzung im Einzelfall zwar immer noch um eine die Berufsausübung berührende Maßnahme von erheblichem Gewicht. Eine statusbildende Wirkung kann ihr in diesem Fall aber nicht beigemessen werden, so daß es ausreicht, wenn sich zu ihrer Rechtfertigung wichtige Interessen des Gemeinwohls



anführen lassen. Die Regelung des § 122 SGB V bezweckt die Sicherung eines bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatzes der medizinisch-technischen Großgeräte. Sie soll also nicht nur, wie das LSG gemeint hat, einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung entgegenwirken, sondern zugleich eine bedarfsorientierte Versorgung mit Großgeräteleistungen sicherstellen. Es soll erreicht werden, daß sich "das richtige Großgerät am richtigen Platz" befindet. Mindestens ebenso wichtig wie der Aspekt der Kostenbegrenzung sind somit die wirtschaftliche Sicherung und der Schutz der für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung notwendigen Gerätestandorte. Die Gewährleistung einer an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichteten, leistungsfähigen medizinischen Versorgung ist ein unverzichtbarer Teil der Gesundheitsversorgung, die das BVerfG in ständiger Rechtsprechung als besonders wichtiges Gemeinschaftsgut ansieht (vgl. zuletzt BVerfGE 82, 209, 230 mwN). Aber auch die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung und die damit zusammenhängende Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sind Gesichtspunkte, denen seit jeher große Bedeutung für das Gemeinwohl beigemessen worden ist (BVerfG aaO).

Bezogen auf die genannten Zielsetzungen sind die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen der Bedarfsplanung für medizinisch-technische Großgeräte nicht unverhältnismäßig. Was zunächst das Ziel der Wirtschaftlichkeit des Geräteeinsatzes angeht, so kann der Befürchtung des Gesetzgebers, daß bei einem erheblichen Überangebot an Großgeräten die Gefahr einer medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung droht (vgl. BT-Drucks 11/2237 S 141), die Berechtigung nicht abgesprochen werden. Diese Gefahr läßt sich auch bei Ärzten, die, wie die Radiologen, nur auf Überweisung tätig sind und ihren Leistungsumfang nicht unmittelbar selbst bestimmen, nicht ohne weiteres von der Hand weisen. Ob allerdings die in diesem Zusammenhang von den Revisionsklägern angeführten Erfahrungssätze und allgemeinen Anhaltspunkte zur Glaubhaftmachung der Erforderlichkeit und Geeignetheit des Grundrechtseingriffs ausreichen, erscheint fraglich. Der Senat braucht darüber jedoch nicht zu entscheiden, weil die Verhältnismäßigkeit und Zumutbarkeit der mit der Standortplanung verbundenen Einschränkungen jedenfalls im Hinblick auf das weitere gesetzgeberische Ziel der bedarfsgerechten Versorgung zu bejahen sind. Angesichts seines hohen Stellenwertes für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung rechtfertigt dieses Anliegen auch weitreichende Eingriffe in die berufliche Betätigungsfreiheit, die uU bis an eine Beschränkung der Berufswahl heranreichen können (dazu BVerfGE 82, 209, 230 f). Daß das genannte Ziel auch mit anderen, die betroffenen Ärzte weniger belastenden Mitteln erreicht werden könnte, ist nicht ersichtlich. Die vorstehenden Überlegungen gelten für Radiologen in gleicher Weise wie für andere Arztgruppen, so daß eine differenzierte verfassungsrechtliche Bewertung, wie sie das LSG mit Blick auf den - von ihm allein in Betracht gezogenen - Aspekt der Kostenbegrenzung für geboten gehalten hat, nicht in Betracht kommt. Damit erübrigt sich zugleich ein Eingehen auf die Frage, ob eine verfassungskonforme Auslegung des Gesetzes in der Weise, daß die Gruppe der niedergelassenen Radiologen von der



Anwendung der Planungsvorschriften ausgenommen wird, mit Wortlaut und Zielsetzung der gesetzlichen Regelung vereinbar wäre.

Für den vorliegenden Rechtsstreit ist nach alledem davon auszugehen, daß die Planungsentscheidungen auf einer wirksamen Rechtsgrundlage ergangen sind. Das nötigt dazu, diese Entscheidungen nunmehr auf ihre inhaltliche Rechtmäßigkeit zu überprüfen. Da hierfür Tatsachenfeststellungen erforderlich sind, die der Senat nicht selbst treffen kann, muß das angefochtene Urteil aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückverwiesen werden.

Bei seiner erneuten Entscheidung wird das LSG auch über die Kosten des Revisionsverfahrens zu befinden haben.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)