

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 71/91

.....

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

Berufungsausschuß für Ärzte - Bayern -,
München, Mühlbaurstraße 16,

Beklagter und Revisionsbeklagter,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns,

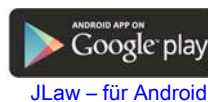
München, Mühlbaurstraße 16,

2. AOK-Landesverband Bayern,

München, Friedrich-Engels-Bogen 6,



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



3. BKK Landesverband Bayern,

München, Poccistraße 5,

4. Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern,

München, Maistraße 12,

5. Landwirtschaftliche Krankenkasse Oberbayern,

München, Neumarkter Straße 35.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 14. Juli 1993 durch den Vorsitzenden Richter F u n k, die Richter Prof. Dr. B a l t z e r und Dr. E n g e l m a n n sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. O t t m e r s und D e i s l e r für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 14. November 1990 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Der Kläger ist Arzt für Innere Medizin mit den Teilgebietsbezeichnungen (gem der <Muster->Weiterbildungsordnung nach den Beschlüssen des 95. Dt. Ärztetages 1992: "Schwerpunkte") Gastroenterologie und Endokrinologie und Chefarzt der I. Medizinischen Klinik des E -Krankenhauses in S. Er war seit 1979 im kassen- und vertragsärztlichen Bereich umfassend an der ambulanten Versorgung in den Teilgebieten Gastroenterologie und Endokrinologie beteiligt. Nach Überprüfung der Bedarfslage bestätigten der Zulassungsausschuß für Ärzte Niederbayern und die Beteiligungskommission jeweils die Beteiligungen des Klägers im bisherigen Umfang (Bescheide vom 27. November 1985). Auf den Widerspruch der beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) Bayerns hoben der beklagte Berufungsausschuß und die Berufungskommission (Bescheide vom 9. Februar 1987 und 9. April 1987) die angefochtenen Bescheide auf und beteiligten den Kläger nur noch für Leistungen nach den Nrn 687, 696, 780 und 781 des BMÄ bzw der E-GO. Angesichts eines Soll-Ist-Verhältnisses von 9 zu 14 Internisten im Planungsbereich S sei ein quantitativer Bedarf nicht mehr gegeben. Für eine Beteiligung über die zuerkannten Leistungen hinaus fehle es zudem an einem qualitativen Bedarf.

Das Sozialgericht (SG) hat nach Verbindung der Rechtsstreitigkeiten den Beklagten und die beklagte Berufungskommission unter Abweisung der weitergehenden Klage verurteilt, den Kläger zusätzlich für die Leistungen nach den Nrn 372 und 738 BMÄ sowie für alle gastroenterologischen und endokrinologischen Leistungen auf Überweisung durch Internisten zu beteiligen (Urteil vom 4. Januar 1990). Die Berufung des Klägers, mit der er eine Beteiligung in den genannten Teilgebieten auf Überweisung durch Kassen- bzw Vertragsärzte begehrt hatte, hat das Landessozialgericht (LSG) nach Trennung der Verfahren durch Urteile vom 14. November 1990 zurückgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, ein quantitativ-allgemeines Bedürfnis bestehe nach den zugrunde zu legenden Bedarfsplänen, nach denen sich eine Überversorgung mit Internisten im Planungsbereich ergebe, nicht. Die vom Kläger geforderte weitere Untergliederung der Bedarfsplanung nach Teilgebieten sei nicht geboten, weil die Ärzte, die eine Gebietsbezeichnung führten, alle Leistungen dieses Gebietes erbringen könnten, so daß grundsätzlich gastroenterologische und endokrinologische Leistungen von allen Internisten im Planungsbereich erbracht werden dürften. Auch in qualitativ-spezieller Hinsicht bestehe keine Notwendigkeit, den Kläger über die Leistungen hinaus, für die er eine Beteiligung erhalten habe, zu beteiligen. Aus den vorgelegten Häufigkeitsstatistiken für die Quartale IV/84 bis I/89 gehe hervor, daß alle übrigen Leistungen im ausreichenden Umfang von den im Planungsbereich niedergelassenen Internisten erbracht würden. Zu Recht hätten jedoch das SG und die KÄV ein qualitatives Bedürfnis für eine Beteiligung



des Klägers auf dem Gebiet der Gastroenterologie und Endokrinologie darin gesehen, daß ohne seine Beteiligung auf Überweisung durch Internisten die Versicherten in bestimmten Problemfällen in Spezialkliniken außerhalb des Planungsbereiches überwiesen werden müßten. Es sei sachgerecht, die Beteiligung des Klägers insoweit auf Überweisungsfälle zu beschränken, die von Internisten ausgesprochen würden. Dies entspreche auch den vom Bundessozialgericht (BSG) in seinen Urteilen vom 23. Mai 1984 (6 RKa 2/83) und vom 6. Juni 1984 (6 RKa 20/83) angestellten Erwägungen.

Mit der vom Senat zugelassenen Revision macht der Kläger zunächst geltend, nach der Rechtsprechung des BSG zu § 368a Abs 8 der Reichsversicherungsordnung (RVO) in der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Fassung (Urteil vom 17. Dezember 1968 - 6 RKa 33/68) könne die Beteiligung eines leitenden Krankenhausarztes an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung grundsätzlich nicht auf Überweisung durch bestimmte Gruppen von Kassenärzten, insbesondere Fachärzte, beschränkt werden. Die Regelungen des § 116 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) bzw des § 31 Abs 7 der Zulassungsverordnung für Kassenärzte (Ärzte-ZV) hätten insoweit keine Änderung gebracht. Hätte der Gesetzgeber andere Möglichkeiten ins Auge gefaßt, dann hätte er spätestens bei dieser Neufassung des Ermächtigungsrechts eine entsprechende Regelung getroffen. Entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts dürfe bei der Prüfung des Bedarfs das Leistungsangebot der Gebietsärzte nicht mit dem der Teilgebietsärzte verglichen werden. Aufgrund der in den Teilgebieten bedingten hohen Spezialisierung sei es rechtlich geboten, bei der Ermittlung des Bedarfs nur die niedergelassenen Teilgebietsärzte und deren Leistungsspektrum mit zu berücksichtigen. Bei der Ermittlung des quantitativ-allgemeinen Bedarfs könne daher jedenfalls dann nicht auf die Bedarfspläne abgestellt werden, wenn diese für die betreffenden Teilgebiete keine Untergliederung enthielten. Im übrigen habe das Berufungsgericht gegen den Grundsatz des rechtlichen Gehörs (Art 103 Abs 1 des Grundgesetzes <GG>, § 62 des Sozialgerichtsgesetzes <SGG>) verstoßen und zugleich § 103 SGG verletzt, weil es nicht auf seinen, des Klägers, Vortrag eingegangen sei, wonach er gebietsärztliche Leistungen erbringe, die von den niedergelassenen Internisten im Planungsbereich nicht durchgeführt würden und werden könnten.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 14. November 1990 aufzuheben und das Urteil des Sozialgerichts München vom 4. Januar 1990 dahin abzuändern, daß der Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 9. Februar 1987 verurteilt wird, ihn, den Kläger, für alle gastroenterologischen und endokrinologischen Leistungen auf Überweisung durch Vertragsärzte zu ermächtigen.



Der Beklagte und die Beigeladenen zu 1. bis 3. und 5. beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

Die Beigeladene zu 1., die ebenso wie die Beigeladenen zu 2., 3. und 5. das angefochtene Urteil für zutreffend hält, führt ergänzend aus, die Bedarfsprüfung anhand der Bedarfsplanung, bei der eine Aufteilung nach Fachgebieten und nicht nach Teilgebieten vorgenommen werde, sei sachgerecht. Nach den maßgeblichen berufsrechtlichen Regelungen dürften die Ärzte, die eine Gebietsbezeichnung führten, grundsätzlich nur in diesem Gebiet tätig werden. Das Fachgebiet erfasse auch die Teilgebiete. Internisten seien damit für die Behandlung der in den Teilgebieten Gastroenterologie und Endokrinologie auftretenden Erkrankungen zuständig, auch wenn sie nicht die entsprechende Teilgebietsbezeichnung führten.

Der Beigeladene zu 4. hat sich im Revisionsverfahren nicht geäußert.

II

Die Revision des Klägers ist nicht begründet.

Er begehrt mit der zulässigerweise erhobenen kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (§ 54 Abs 1 SGG) die Verurteilung des Beklagten zum Erlaß eines Verwaltungsaktes, wobei dahingestellt bleiben kann, ob er wegen des dem Beklagten zustehenden Beurteilungsspielraums nur eine "Bescheidung" seines Begehrens verlangen könnte.

Maßgebend für die Beurteilung seines Anspruchs ist das am 1. Januar 1989 in Kraft getretene SGB V vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S 2477) idF durch das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz <GSG>) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S 2266) iVm der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), ebenfalls idF des GSG. Für die Frage, welches Recht der Prüfung der Begründetheit des mit der kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage geltend gemachten Anspruchs zugrunde zu legen ist, wenn nach Erlaß des Verwaltungsaktes bzw nach Erhebung der Klage Rechtsänderungen eingetreten sind, ist auf den für die Verpflichtungsklage maßgebenden Zeitpunkt, also grundsätzlich auf den Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung, abzustellen (st Rspr; BSGE 43, 1, 5 = SozR 2200 § 690 Nr 4; BSGE 68, 47, 48 = SozR 3-2500 § 159 Nr 1; BSGE 70, 285, 289 = SozR 3-2500 § 122 Nr 3; zum maßgebenden Zeitpunkt bei der Anfechtungsklage siehe zuletzt BSG - Urteil vom 20. April 1993 - 2 RU 52/92 -, zur Veröffentlichung vorgesehen). Somit sind Rechtsänderungen, die während der Rechtshängigkeit der Verpflichtungsklage eintreten, vom Gericht zu beachten, auch wenn sie erst nach Erlaß der mit der Revision angefochtenen gerichtlichen Entscheidung



in Kraft getreten sind. Voraussetzung ist allerdings, daß das neue Recht nach seinem zeitlichen Geltungswillen das streitige Rechtsverhältnis erfassen will. Das ist hier der Fall. Die bisherige Beteiligung des Klägers an der kassenärztlichen Versorgung gilt nämlich gem Art 65 Satz 1 des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S 2477) als Ermächtigung iS des SGB V, so daß sich der Anspruch auf eine weitergehende Ermächtigung ebenfalls nach dem SGB V iVm der Ärzte-ZV richtet.

Dem beklagten Berufungsausschuß ist aufgrund der durch das GSG vorgenommenen Rechtsänderungen im Wege der gesetzlichen Funktionsnachfolge die Entscheidungskompetenz auch insoweit zugewiesen worden, als sie die Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen betrifft. Durch das GSG sind die bis zu seinem Inkrafttreten bestehende Aufteilung der ambulanten ärztlichen Versorgung in einen kassen- und in einen vertragsärztlichen Bereich (vgl § 72 Abs 1, 2 SGB V idF des GSG einerseits, § 72 Abs 3 iVm § 83 Abs 3 SGB V aF andererseits) beseitigt und die ambulante Versorgung der Versicherten in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 72 Abs 1, 2 SGB V idF des GSG) zusammengefaßt worden (vgl dazu Begr des Entwurfs zum GSG, BT-Drucks 12/3608, S 83, zu § 72). Dementsprechend ist § 95 Abs 8 SGB V idF des GRG, der iVm § 83 Abs 3 SGB V aF die Ermächtigungsgrundlage für eine gesonderte Ermächtigung zur Teilnahme der Ärzte an der - früheren - vertragsärztlichen Versorgung bildete, gestrichen worden (Art 1 Nr 51 Buchst i GSG). In organisatorischer Hinsicht folgt daraus, daß die Zulassungsausschüsse (§ 96 Abs 1 SGB V idF des GSG) und - auf ihre Anrufung gem § 96 Abs 4 SGB V hin - die Berufungsausschüsse (§ 97 Abs 1 SGB V), an deren Errichtung nunmehr auch die Verbände der Ersatzkassen mitwirken, einheitlich über die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung entscheiden. Damit ist die Zuständigkeit der bisherigen Beteiligungsgremien für die vertragsärztliche Versorgung alter Art entfallen.

Das GSG enthält keine Übergangsregelung des Inhaltes, daß die bisherigen Beteiligungsgremien die bei ihnen anhängigen Verfahren weiterführen. Eine entsprechende Befugnis läßt sich auch nicht aus Art 33 § 7 Abs 1 GSG ableiten. Zwar ordnet die Vorschrift an, daß Verträge zur Regelung der vertragsärztlichen (und vertragszahnärztlichen) Versorgung, die am 31. Dezember 1992 auslaufen, solange fortgelten, bis neue Regelungen getroffen sind. Nach Sinn und Zweck der Norm beschränkt sich ihr Anwendungsbereich auf solche vertraglichen Regelungen, für die auch in Zukunft eine Vertragskompetenz besteht. Das ist für die Zulassung der Vertragsärzte bzw die Ermächtigung von Krankenhausärzten, die in den genannten Vorschriften des SGB V iVm den Regelungen der Ärzte-ZV, jeweils idF des GSG, abschließend geregelt sind, jedoch nicht der Fall.

An die Stelle der bisher im Ersatzkassenbereich zuständig gewesenen Beteiligungs- und Berufungskommissionen sind somit die Zulassungs- und Berufungsausschüsse getreten,



deren sachliche Zuständigkeit sich auch auf die Verfahren erstreckt, die bisher bei den Beteiligungsgremien im Ersatzkassenbereich anhängig waren. Bestimmungen des Prozeßrechts stehen dem Übergang der Zuständigkeit im gerichtlichen Verfahren nicht entgegen; bei der gesetzlichen Funktionsnachfolge handelt es sich um einen Beteiligtenwechsel kraft Gesetzes und damit nicht um eine nach § 168 SGG im Revisionsverfahren unzulässige Klageänderung (vgl BSGE 62, 269, 270 = SozR 1200 § 48 Nr 14).

Der Kläger ist hinsichtlich bestimmter Leistungen auf Überweisung durch Kassenärzte und zudem für alle übrigen Leistungen auf den Gebieten der Gastroenterologie und Endokrinologie auf Überweisung durch Internisten ermächtigt worden. Die Ermächtigung in diesem Umfang steht nicht im Streit, weil sie von keinem der Beteiligten angegriffen worden ist. Einen über diese Ermächtigung hinausgehenden Anspruch auf Teilnahme an der ambulanten Versorgung der Versicherten hat der Kläger nicht.

Rechtsgrundlage für den teilweisen Widerruf der - damaligen - Beteiligung des Klägers war nach dem bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Recht § 29 Abs 5 der Zulassungsordnung für Kassenärzte (ZO-Ärzte), aufgehoben durch Art 18 Nr 17 GRG (vgl nunmehr § 95 Abs 4 Satz 3 iVm Abs 6 Satz 1 SGB V - dazu BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 1). Der Beklagte war danach berechtigt, die Beteiligung des Klägers teilweise zu widerrufen, weil eine ausreichende Versorgung der Versicherten auch ohne dessen weitergehende Beteiligung gewährleistet war.

Nach § 116 Satz 2 SGB V, § 31a Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV ist ein Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung (nur) zu ermächtigen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt ist. Die genannten Bestimmungen gehen - ebenso wie die Vorläufervorschriften der RVO - von einem Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte bei der ambulanten Versorgung der Versicherten aus. Eine Ermächtigung von Krankenhausärzten, die ausschließlich dazu dient, Versorgungslücken zu schließen, kommt mithin nur bei einer Minderversorgung der Versicherten in Betracht (vgl dazu mwN: BSGE 70, 167, 173 = SozR 3-2500 § 116 Nr 2). Dieser Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung wird durch die Neuregelungen des GSG nicht infrage gestellt. Zwar ist nunmehr in den §§ 115a und 115b SGB V idF des GSG die Berechtigung zur vor- und nachstationären ambulanten Behandlung und zum ambulanten Operieren im Krankenhaus vorgesehen. Hierdurch wird jedoch der grundsätzliche Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte nicht aufgehoben. Dafür spricht bereits, daß die Erweiterung der ambulanten Behandlungsberechtigung für Krankenhäuser auf bestimmte, eng begrenzte Bereiche beschränkt ist. Auch von ihrer Zielrichtung her bezwecken die Neuregelungen nicht die Aufhebung des Vorrangs der



niedergelassenen Vertragsärzte; die Erweiterung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus dient vielmehr dem Ziel, durch Reduzierung der vollstationären Behandlung eine Verminderung der Krankenhauskosten zu erreichen (vgl Begr des Entwurfs zum GSG, BT-Drucks 12/3608, S 102, zu Nr 63).

Bei der Beurteilung, inwieweit eine Versorgungslücke bei der ambulanten Behandlung der Versicherten vorhanden ist, steht den Zulassungsgremien ein Beurteilungsspielraum zu (vgl dazu BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 1; BSGE 70, 167, 175 = SozR aaO). Der Beklagte hat ihn in dem Umfang, in dem dem Kläger eine Ermächtigung zur weiteren Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung versagt worden ist, fehlerfrei angewandt. Nicht zu beanstanden ist dabei, daß der Beklagte der Ermittlung des quantitativen Bedarfs die Sollzahlen für Internisten im Planungsbereich S zugrunde gelegt hat, die sich aus dem gem § 99 SGB V aufzustellenden Bedarfsplan ergeben. Der erkennende Senat geht in ständiger Rechtsprechung davon aus, daß der Ermittlung des Bedarfs in quantitativ-allgemeiner Hinsicht, also der Feststellung, ob für das jeweilige Fachgebiet eine ausreichende Zahl von Ärzten für die ambulante Versorgung zur Verfügung steht, die Angaben des Bedarfsplanes zugrunde gelegt werden können; denn auf andere Weise läßt sich der quantitative Bedarf nicht zuverlässig ermitteln (vgl dazu: BSGE 56, 295, 301 = SozR 5520 § 29 Nr 4; BSG SozR 5520 § 29 Nr 5; BSG USK 84175; BSG USK 84145; BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 1). Hierbei ist der Bedarf in der jeweiligen Gruppe der Gebietsärzte (Arztgruppe) maßgeblich. Auf den Bedarf in Teilgebieten ist nicht gesondert abzustellen. Das beruht darauf, daß - wie das LSG in Anwendung des Landesrechts dargelegt hat - nach ärztlichem Berufsrecht Ärzte mit Gebietsbezeichnungen alle Leistungen ihres Gebietes erbringen dürfen, auch wenn es sich um solche handelt, die in ein Teilgebiet des Fachgebietes fallen. Selbst wenn man - dem Anliegen des Klägers entsprechend - bei der Prüfung der Versorgungslücke die Teilgebiete zugrundelegen würde, dürften bei der Ermittlung des Bedarfs nicht nur die Ärzte berücksichtigt werden, die die entsprechende Teilgebietsbezeichnung zu führen berechtigt sind bzw führen; es wären vielmehr alle Gebietsärzte, deren Gebiet das Teilgebiet zugeordnet ist, einzubeziehen. Nichts anderes geschieht aber bereits bei der jetzigen Handhabung.

Aus diesem Grunde wird auch in dem durch die Bedarfsplanung rechtlich vorgegebenen Rahmen bei der Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades eine Differenzierung nach Teilgebieten nicht vorgenommen. So hat nach § 12 Abs 3 Ärzte-ZV der Bedarfsplan Feststellungen zu enthalten, insbesondere über "die ärztliche Versorgung auch unter Berücksichtigung der Arztgruppen", nicht aber über die Versorgung in Teilgebieten. Dementsprechend gehen auch die Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte vom 19. März 1993 (BANz vom 18. Juni 1993, Nr 110a) in Abschnitt 3 für die Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades von der Versorgung in den jeweiligen Arztgruppen aus (ebenso zuvor die Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte idF vom 12. Januar 1989, Abschn D). Die Regelungen über die Bedarfsplanung sind mithin Ausdruck dessen, daß eine



Untergliederung nach Teilgebieten bei der Ermittlung des Bedarfs im Rahmen des § 116 Satz 2 SGB V, § 31a Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV aus Rechtsgründen nicht geboten ist.

Der Beklagte hat ebenfalls beurteilungsfehlerfrei der Prüfung des qualitativ-speziellen Bedarfs für eine Ermächtigung des Klägers die Häufigkeitsstatistiken (Frequenzstatistiken) der niedergelassenen Gebietsärzte einerseits und des Klägers andererseits zugrunde gelegt. Aus diesen Statistiken, denen die jeweils abgerechneten Leistungen und die Häufigkeit ihres Ansatzes zu entnehmen sind, lassen sich Schlußfolgerungen für die Frage ziehen, ob die für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten notwendigen Leistungen von den niedergelassenen Vertragsärzten in ausreichendem Umfang erbracht werden können (vgl bereits Urteil des Senats vom 6. Juni 1984 - USK 84145, S 718). Von den Zulassungsgremien ist dabei zu beachten, daß unterschiedliche Behandlungsmethoden nicht immer zwingend in der Abrechnung von Gebührennummern zum Ausdruck kommen müssen (s dazu BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 1). Der Berücksichtigung der von niedergelassenen Vertragsärzten erbrachten Leistungen kann nicht mit der Behauptung eines qualitativen Unterschiedes zwischen den Leistungen der niedergelassenen Ärzte einerseits und des um Ermächtigung nachsuchenden Krankenhausarztes andererseits entgegengetreten werden. Selbst wenn insoweit im Einzelfall ein qualitativer Vergleich überhaupt möglich wäre, stellte eine qualitativ bessere Versorgung durch einen Krankenhausarzt keinen Anlaß für die Annahme einer Versorgungslücke dar. Der Senat hat hierzu bereits mehrfach ausgesprochen, daß in typisierender Betrachtung davon auszugehen ist, daß die niedergelassenen Ärzte aufgrund ihres im Verhältnis zu den Krankenhausärzten gleichwertigen Ausbildungsstandes dem Versorgungsanspruch der Versicherten in qualitativer Hinsicht voll entsprechen (BSG SozR 5520 § 29 Nr 5; SozR 3-2500 § 116 Nr 1), so daß - behauptete - qualitative Unterschiede keinen Anspruch auf Ermächtigung begründen können. Besondere Kenntnisse und Erfahrungen, die ein Krankenhausarzt aufweist, können erst dann zu einer Ermächtigung führen, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen, das von den niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht ausreichend abgedeckt wird. Hierbei ist zu beachten, daß die Leistungen des Krankenhausarztes für eine ausreichende ärztliche ambulante Versorgung erforderlich sein müssen. Das ist zu verneinen bei Leistungen, die zwar von einem Krankenhausarzt durchgeführt werden können, die aber in der ambulanten Versorgung der Versicherten allenfalls gelegentlich erbracht werden.

Nach den Feststellungen des LSG liegt hinsichtlich der Ermächtigung des Klägers kein weitergehender qualitativ-spezifischer Bedarf vor, so daß über die dem Kläger zugestandenen Leistungen hinaus eine umfassende Ermächtigung, insbesondere auf Überweisung von Kassenärzten, nicht auszusprechen war.



Die vom Kläger gegen diese Feststellungen vorgebrachten Verfahrensrügen greifen nicht durch. Die behauptete Verletzung des rechtlichen Gehörs (Art 103 Abs 1 GG, § 62 SGG) und der Verstoß gegen die Amtsermittlungspflicht (§ 103 SGG) sollen darin liegen, daß das LSG den Sachvortrag des Klägers hinsichtlich bestimmter Leistungen, die nur er erbringen könne, nicht berücksichtigt und hierüber nicht Beweis erhoben habe. Es kann dahinstehen, ob diese Verfahrensrügen zulässig erhoben worden sind, insbesondere, ob der Kläger hinreichend dargelegt hat, daß die von ihm angebotenen Leistungen für die ambulante Behandlung der Versicherten notwendig sind. Die behaupteten Verfahrensverstöße liegen jedenfalls deshalb nicht vor, weil das LSG auf der Grundlage seiner Rechtsauffassung den vom Kläger in der Klagebegründung vorgetragenen Gesichtspunkten nicht weiter nachgehen mußte. Anhand der Häufigkeitsstatistiken ist es zu Recht davon ausgegangen, daß mit Ausnahme der Leistungen, für die dem Kläger eine Ermächtigung auf Überweisung durch Kassenärzte belassen worden ist, sämtliche anderen vom Kläger abgerechneten Leistungen auch von den niedergelassenen Internisten erbracht worden sind. Im übrigen verkennt der Kläger, worauf die Beigeladene zu 1. zu Recht hinweist, daß eine spezielle apparative Ausstattung des Krankenhauses, in dem er tätig ist, den Versicherten im Wege der Überweisung durch Internisten zugänglich gemacht werden kann, weil der Kläger - was hier nicht zu überprüfen war - auf den Teilgebieten der Gastroenterologie und der Endokrinologie auf Überweisung durch Internisten ermächtigt ist.

Nach alledem war die Revision des Klägers zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 iVm Abs 4 Satz 1 SGG. Eine Auferlegung der außergerichtlichen Kosten auf den im Rechtsstreit unterlegenen Kläger kam nicht in Betracht, weil die mit Wirkung vom 1. Januar 1993 eingefügte Vorschrift des § 193 Abs 4 Satz 2 SGG auf Verfahren, in denen das Rechtsmittel vor diesem Zeitpunkt eingelegt worden ist, keine Anwendung findet (Urteil des 3. Senats des BSG vom 30. März 1993 - 3 RK 1/93 -, zur Veröffentlichung vorgesehen).



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)