

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 19/04 B

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Berufungsausschuss für Ärzte im Zulassungsbezirk Nordbaden,
Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe,

Beklagter und Beschwerdegegner,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden,
Keßlerstraße 1, 76185 Karlsruhe,
2. AOK Baden-Württemberg,
Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart,
3. Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg,
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim,
4. Innungskrankenkasse Baden-Württemberg,
Schlachthofstraße 3, 71636 Ludwigsburg,
5. Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg,
Vogelrainstraße 25, 70199 Stuttgart,
6. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
7. Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg.



Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 13. Juli 2004 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n sowie die Richter Dr. W e n n e r und Dr. C l e m e n s beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Beschluss des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 18. Februar 2004 wird verworfen.

Der Kläger trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens, mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen.

G r ü n d e :

I

Der Kläger, praktischer Arzt, hatte mit seinem Begehren, dass ihm die Durchführung und Abrechnung von Röntgenleistungen auch über den 31. Dezember 2002 hinaus genehmigt werde, weder im Verwaltungsverfahren noch im vorinstanzlichen Gerichtsverfahren Erfolg. Zur Begründung wurde jeweils auf den Gesetzeswortlaut des § 73 Abs 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) hingewiesen, der in Satz 1 die Allgemein- und Kinderärzte sowie solche Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, dieser zuordnet und in Satz 3 eine abweichende befristete Regelung nur für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung sowie nur bei Vorliegen eines Bedarfs ermöglicht.

Im Beschluss des Landessozialgerichts (LSG) vom 18. Februar 2004 ist ausgeführt, die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen haus- und einen fachärztlichen Bereich sei verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (mit Hinweis auf BSG- und BVerfG-Rspr). Die Möglichkeit einer Ausnahme nach § 73a Abs 1a Satz 3 SGB V bestehe nur für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, nicht aber für Allgemeinmediziner und praktische Ärzte. Diese Einschränkung sei nicht verfassungswidrig, wie schon das Sozialgericht dargelegt habe. Unabhängig hiervon bestünden aber auch keine Anhaltspunkte dafür, dass für eine bedarfsgerechte Versorgung die Erteilung einer Genehmigung an den Kläger erforderlich sein könne (mit näheren Ausführungen, LSG-Beschluss S 7 f).

Mit seiner Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in dem Beschluss des LSG macht der Kläger die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache geltend.



II

Die Beschwerde des Klägers ist unzulässig. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) abzuleitenden Anforderungen.

Der Kläger führt zur grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache lediglich die Frage an, ob eine abweichende befristete Regelung gemäß § 73 Abs 1a Satz 3 iVm Satz 1 SGB V nur für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung oder ob über den Wortlaut hinaus auch für andere Ärzte - also auch Allgemein- und praktische Ärzte - eine Ausnahme für teiltröntgenologische Leistungen im Falle eines Bedarfs möglich sei (so sinngemäß Beschwerdebegründung S 3). Die Beschwerdebegründung stellt indessen nicht die Feststellung des LSG in Frage, wonach unabhängig davon, dass der Kläger schon keiner in § 73 Abs 1a Satz 3 SGB V genannten Arztgruppe zugehöre, auch keine Anhaltspunkte bestünden, die auf eine fehlende bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten hindeuten (LSG-Beschluss S 7 unter 2.3).

Ist ein Berufungsurteil (bzw -beschluss) aber auf mehrere Begründungen gestützt, so kann sich aus einer Grundsatzrüge eine Klärungsfähigkeit (Entscheidungserheblichkeit) nur ergeben, wenn alle Begründungen mit einer Grundsatz-, Divergenz- oder Verfahrensrüge angegriffen werden (vgl zB BSG, Beschlüsse vom 31. Januar 2001 - B 6 KA 54/00 B -, vom 13. November 2002 - B 6 KA 47/02 B -, vom 11. Dezember 2002 - B 6 KA 18/02 R -, vom 22. Januar 2004 - B 6 KA 111/03 B -, vom 6. Mai 2004 - B 6 KA 77/03 B - und vom 3. Juni 2004 - B 6 KA 19/04 B -; vgl ferner - mit weiteren Rspr-Angaben - Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 3. Aufl 2002, Kapitel IX RdNr 51, 69, 188, 199). Daran fehlt es.

Die Beschwerdebegründung enthält keine Darlegungen zu dem vom LSG zusätzlich angeführten Gesichtspunkt, es bestünden - unabhängig von dem Entgegenstehen des Wortlauts des § 73 Abs 1a SGB V - keine Anhaltspunkte dafür, dass für eine bedarfsgerechte Versorgung die vom Kläger begehrte Genehmigung erforderlich sein könne. Gegenüber den Ausführungen des LSG zur tatsächlichen Bedarfslage (LSG-Beschluss S 7 f) erhebt der Kläger keine Rüge, auch keine - gegenüber Tatsachenfeststellungen an sich denkbare - Verfahrensrüge. Er befasst sich mit diesen Ausführungen des LSG vielmehr überhaupt nicht.

Von einer weiteren Begründung wird gemäß § 160a Abs 4 Satz 2 Halbsatz 2 SGG abgesehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG iVm §§ 154 ff Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Der Kläger trägt nach § 154 Abs 2 VwGO die Kosten des von ihm geführten erfolglosen Rechtsmittels. Eine Erstattung zu Gunsten Beigeladener ist nicht veranlasst, weil diese keinen Antrag im Beschwerdeverfahren gestellt haben (§ 162 Abs 3 VwGO).

