

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluß in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 32/00 R

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,
Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf,

Klägerin und Revisionsklägerin,

g e g e n

Berufungsausschuß für Ärzte für den Bezirk der KV Nordrhein,
Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf,

Beklagter und Revisionsbeklagter,

beigeladen:

1. AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse,
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf,
2. Innungskrankenkasse Nordrhein,
Kölner Straße 1-5, 51429 Bergisch Gladbach,
3. Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,
4. Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
Merowingerstraße 103, 40225 Düsseldorf,
5. Bundesknappschaft,
Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum,
6. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
7. Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
8.,

Prozeßbevollmächtigte:

9.



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



Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 7. September 2001 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. K r e t s c h m e r beschlossen:

Die Klägerin hat die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 8. auch für das Revisionsverfahren zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

Nach § 193 Abs 1 Satz 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) idF vom 30. März 1998 (BGBl I S 638) entscheidet das Gericht auf Antrag durch Beschluß über die Kosten, wenn sich der Rechtsstreit anders als durch Urteil erledigt. Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt, nachdem Klägerin (Schriftsatz vom 13. Juni 2001) und Beklagter (Schriftsatz vom 28. Juni 2001) den Rechtsstreit in der Hauptsache für erledigt erklärt haben und die Beigeladene zu 8. beantragt hat, der Klägerin die Kosten des Revisionsverfahrens aufzuerlegen; der Beklagte hat ausdrücklich von einem Kostenantrag abgesehen.

Die Entscheidung über die Kosten ergeht in einem solchen Fall nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung des bisherigen Sach- und Streitstandes und der Erfolgsaussichten der Klage im Revisionsverfahren. Danach ist die Klägerin verpflichtet, der Beigeladenen zu 8. ihre außergerichtlichen Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.

Die Klägerin hat sich mit ihrer Revision gegen das Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Nordrhein-Westfalen vom 8. März 2000 gewandt, das - unter Auswertung der von den Beteiligten bei dem LSG abgegebenen Prozeßerklärungen - die Sonderbedarfszulassung der zu 8. beigeladenen Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe beschränkt auf die "Teilgebiete Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in der bestehenden Gemeinschaftspraxis" (mit dem Beigeladenen zu 9.) bestätigt hat. Zum Zeitpunkt der Erledigung des Rechtsstreits in der Hauptsache war die Revision der Klägerin bei summarischer Prüfung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unbegründet; das LSG-Urteil und die angefochtenen Vorentscheidungen dürften rechtmäßig gewesen sein.

Rechtsgrundlage für die Sonderbedarfszulassung ist § 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Danach ist abweichend von § 103 Abs 1 SGB V in überversorgten Gebieten die Schaffung zusätzlicher Vertragsarztsitze in Ausnahmefällen möglich, "soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind"; zugleich wird der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zum Erlaß der Bedarfsplanungs-Richtlinien (RL) ermächtigt. Nach



der vom LSG hier allein entscheidungserheblich herangezogenen Nr 24 Satz 1 Buchst c Bedarfsplanungs-RL-Ärzte kann eine qualitätsbezogene Ausnahme von den Zulassungsbeschränkungen gestattet werden, "wenn durch die Zulassung eines Vertragsarztes, der spezielle ärztliche Tätigkeiten ausübt, die Bildung einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis mit spezialistischen Versorgungsaufgaben ermöglicht wird (zB kardiologische oder onkologische Schwerpunktpraxen)". Dieses dient dazu, die Bildung von Gemeinschaftspraxen zu fördern (vgl Plagemann, MedR 1998, 85, 89; LSG Nordrhein-Westfalen E-LSG Ka-039 <HIV-Spezialpraxis>), wobei die erfolgende Bezugnahme auf Buchst a aaO bedeuten dürfte, daß nicht schon jedwede Bildung einer Gemeinschaftspraxis einen Bedarf begründet; ein Sonderbedarf kann sich aber zB aus qualitätssichernden RL ergeben, die bei einer speziellen Versorgungsart die ständige Präsenz eines Arztes vorsehen (so Plagemann, ebenda).

Grundsätzlich steht dem Beklagten bei der Prüfung eines Sonderbedarfs ein Beurteilungsspielraum zu. Dabei beschränkt sich die gerichtliche Überprüfung darauf, ob der Entscheidung der ortsnahen, fachkundigen Zulassungsgremien ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die durch Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" zu ermittelnden Grenzen eingehalten und ob die Subsumtionserwägungen in der Begründung so verdeutlicht wurden, daß im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (stRspr, zB BSG SozR 3-2500 § 101 Nr 1 S 4 f und Nr 5 S 34; BSGE 77, 188, 191 f = SozR 3-2500 § 75 Nr 7 S 28 f). Bei summarischer Prüfung mit diesem Maßstab wäre es wohl nicht zu beanstanden gewesen, daß das LSG die der Beigeladenen zu 8. erteilte Sonderbedarfszulassung bestätigt hat.

Der Beigeladene zu 9., an dessen Gemeinschaftspraxis die Sonderbedarfszulassung der Beigeladenen zu 8. geknüpft sein sollte, nimmt wegen der ihm erteilten Genehmigung nach § 121a SGB V eine spezielle Versorgungsaufgabe wahr. Auch erfüllte die Beigeladene zu 8. wegen ihrer Weiterbildung in Gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin die fachlichen Voraussetzungen für die vorgesehene Tätigkeit. Zudem sehen hier auch Sonderbestimmungen die Leistungserbringung durch eine Gemeinschaft zugelassener oder ermächtigter Ärzte (bzw durch ärztlich geleitete Einrichtungen oder Krankenhäuser) vor. Die auf der Grundlage des § 121a Abs 4 iVm Abs 1 und 2 SGB V für die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen zuständigen Behörden haben nach Abs 3 Satz 2 aaO unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Bewerber nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden, welche Ärzte oder Einrichtungen den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Durchführung von Maßnahmen nach § 27a SGB V am besten gerecht werden. Damit wird die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung (wie in der stationären Versorgung) bundesrechtlich von einem landesbehördlichen Genehmigungsvorbehalt abhängig gemacht, ähnlich wie dieses bis Mitte 1997 für Leistungen mit medizi-



nisch-technischen Großgeräten der Fall war. Gegen die damit von Bundesland zu Bundesland unterschiedliche Ausgestaltung des Leistungserbringungsrechts des SGB V dürften keine durchgreifenden Bedenken bestehen. Zum einen ist der Inhalt der landesbehördlichen Entscheidungsbefugnisse (hier umgesetzt in einer ministeriellen "Richtlinie zur Entscheidung über die Genehmigung ... gemäß § 121a SGB V" vom 24. Januar 1997) im wesentlichen in § 121 Abs 1 bis 3 und § 27a SGB V sowie in den nach § 27a Abs 4, § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 10 SGB V erlassenen Künstliche-Befruchtungs-RL des Bundesausschusses umschrieben. Außerdem trägt eine landesrechtliche Bestimmung (neben der Benennung der technischen und personellen Voraussetzungen bei künstlichen Befruchtungen) der örtlichen bzw regionalen Bedarfsgerechtigkeit Rechnung. Die rechtliche Konstruktion sollte nämlich einem irregulären Anstieg der Anzahl der Leistungserbringer und dem Absenken der Indikationsschwelle bei den betroffenen Leistungen vorbeugen (dazu bereits Beschluß des Senats vom 16. August 2000 - B 6 SF 1/00 R = SozR 3-1500 § 51 Nr 26 S 72 unter Hinweis auf die Gesetzesmaterialien). Es dürfte daher rechtlich unbedenklich sein, wenn die landesrechtliche RL Kriterien für die Bewerberauswahl festlegte und dabei das Erfordernis aufstellte, eine "jederzeitige Vertretung der verantwortlichen Person ... für jeden Bereich" müsse gewährleistet sein (II. A 1. b 1. am Ende; vgl auch allgemein Hess in Kasseler Kommentar, § 121a SGB V RdNr 3).

Dem LSG ist darin beizupflichten, daß die landesrechtliche RL insoweit die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mehrerer fachkundiger Ärzte in einer Gemeinschaftspraxis unterstreicht. Die RL sieht zudem - wozu das LSG verbindlich in Auslegung nicht revisiblen Landesrechts (§ 162 SGG) gelangt ist - das Zusammenwirken mehrerer Ärzte verschiedener Disziplinen in einem Team vor, wobei ein Arzt allein nur zwei von insgesamt sechs notwendig abzudeckenden Teilbereichen abdecken kann. Nr 16 der Künstliche Befruchtungs-RL grenzt den Personenkreis der zur Leistungserbringung in Betracht kommenden Ärzte ebenfalls ein. Dementsprechend hat die Ärztekammer als Genehmigungsbehörde dem Beigeladenen zu 9. im März 2000 mitgeteilt, daß es nach dem Ausscheiden der zuvor in der Gemeinschaftspraxis tätig gewesenen Fachärztin aus dem IVF-Team für die Aufrechterhaltung der Genehmigung nach § 121a SGB V erforderlich sei, wieder eine entsprechend qualifizierte Frauenärztin aufzunehmen.

Die von der Klägerin vorgebrachten Argumente hätten demgegenüber voraussichtlich zu keinem anderen Ergebnis geführt. Ihre Auffassung, der Beklagte habe auch die an den streitbefangenen Planungsbereich angrenzenden Planungsbereiche in seine Bedarfsbeurteilung mit einbeziehen müssen, ist durch die Rechtsprechung des Senats nicht gedeckt. Das Urteil des Senats vom 22. Juni 1994 (SozR 3-2500 § 116 Nr 10 S 56) gibt dafür nichts her, weil es nur die Aufgabe der Zulassungsgremien bekräftigt, auf den regionalen Planungsbereich in seiner Gesamtheit abzustellen, nicht aber bloß auf Teile davon (ebenso BSGE 86, 242, 251 = SozR 3-2500 § 101 Nr 5 S 35 mwN). Anknüpfungspunkt der Bedarfsbeurteilung ist grundsätzlich der jeweilige Planungsbereich, ohne daß die



eventuelle Überversorgung benachbarter Planungsbereiche von Belang ist (BSG ebenda mwN; SozR 3-2500 § 97 Nr 2 S 7; Plagemann, MedR 1998, 88). Daß es der Senat bei Subspezialisierungen gebilligt hat, den Planungsbereich zu überschreiten und angrenzende Gebiete mit zu berücksichtigen (vgl BSG SozR 3-2500 § 101 S 6 2. Abs; BSGE 86, 242, 251 = SozR 3-2500 § 101 Nr 5 S 35), gewährt den Zulassungsgremien zwar eine entsprechende Befugnis in eher atypischen Fällen (vgl BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 10 S 56; SozR 3-2500 § 97 Nr 2 S 7). Die Gremien sind aber wegen ihres Beurteilungsspielraums nicht verpflichtet, angrenzende Bereiche stets zwingend mit zu berücksichtigen, nur weil dort (möglicherweise) noch freie Kapazitäten bestehen.

Die im Revisionsverfahren von der Klägerin neu vorgebrachten tatsächlichen Gesichtspunkte zur Einschätzung der Bedarfslage wären unbeachtlich gewesen (§ 163 SGG). Ebenso hätte ihr Hinweis, zur Vertretung des Beigeladenen zu 9. nach § 32 Abs 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte reiche schon die ärztliche Approbation der Beigeladenen zu 8. aus, der Revision voraussichtlich nicht zum Erfolg verholfen. Da die Mitwirkung der Beigeladenen zu 8. in der Gemeinschaftspraxis den regulären laufenden Betrieb überhaupt erst gewährleisten sollte, weicht die Sachlage wesentlich von einer (im übrigen auf maximal drei Monate innerhalb eines Zwölf-Monats-Zeitraums beschränkten) Praxisvertretung ab; diese wäre nur bei persönlicher Verhinderung des Vertragsarztes infolge Krankheit, Urlaub, Fortbildung oder Wehrübungsteilnahme begrenzt möglich.

