

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluß in dem Rechtsstreit

Az.: B 6 KA 36/97 B

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

Berufungsausschuß für Kassenartzulassungen Nordrhein,
Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf,

Beklagter und Beschwerdegegner,

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. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,
Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf,
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 20. April 1998 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 K r u s c h i n s k y beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 21. Mai 1997 wird verworfen.

Der Kläger hat dem Beklagten die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit der Ermächtigung des Klägers - Kinderarzt und Chefarzt der pädiatrischen Abteilung am Kreiskrankenhaus M. - zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, soweit diese für

- Konsiliaruntersuchungen unter Berücksichtigung der ambulant erhobenen und mitgegebenen Befunde und
- Mitbehandlung bei den speziellen Krankheitsbildern Mucoviszidose, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Asthma, rheumatischer Formkreis sowie Krampfleiden auf Überweisung bzw Zuweisung von Kinderärzten begrenzt worden ist.

Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung des Klägers gegen das klageabweisende Urteil des Sozialgerichts (SG) unter Hinweis auf die neuere Rechtsprechung des erkennenden Senats zurückgewiesen.

Mit seiner Nichtzulassungsbeschwerde macht der Kläger geltend, das LSG sei vom Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. September 1968 (- 6 RKa 33/68 - BSGE 29, 65) abgewichen, denn dieses sei, entgegen der Begründung des LSG, vom BSG zu keinem Zeitpunkt aufgegeben worden. Zudem habe die Rechtsfrage, ob die Ermächtigung von Krankenhausärzten auf Überweisung von niedergelassenen Fachkollegen beschränkt werden dürfe, auch grundsätzliche Bedeutung. Grundsätzlich bedeutsam sei auch die Frage, inwieweit bei der Ermittlung des quantitativ-allgemeinen Bedarfs für eine Ermächtigung auch die angrenzenden Planungsgebiete heranzuziehen seien.



II

Die Beschwerde des Klägers ist unzulässig. Ihre Begründung genügt nicht der in § 160a Abs 2 Satz 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) vorgeschriebenen Form.

Die Revision kann nur aus den in § 160 Abs 2 SGG genannten Gründen - grundsätzliche Bedeutung, Abweichung, Verfahrensmangel - zugelassen werden. Der Kläger beruft sich auf Divergenz sowie grundsätzliche Bedeutung, hat aber beide Gründe nicht in ausreichender Weise geltend gemacht.

Zur Bezeichnung einer Abweichung iS von § 160a Abs 2 Satz 3 SGG muß dargelegt werden, mit welcher konkreten Rechtsaussage das LSG von welchem näher bezeichneten Rechtssatz der höchstrichterlichen Rechtsprechung abgewichen ist. Dabei muß es sich um eine Rechtsmeinung des Revisionsgerichts handeln, die dieses im Zeitpunkt der Entscheidung des LSG - oder später - vertreten hat. Die Darstellung einer Abweichung von einer vom Revisionsgericht nicht mehr vertretenen Rechtsauffassung führt zur Unzulässigkeit der Beschwerde. So liegt es hier.

Zwar hat das BSG in seinem vom Kläger genannten Urteil vom 17. Dezember 1968 (aaO) die Auffassung vertreten, die Beteiligung (heute: Ermächtigung) eines leitenden Krankenhausarztes an der kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgung auf Überweisung durch niedergelassene Fachärzte sei grundsätzlich nicht zulässig. Indessen hat sich der Senat spätestens durch die Urteile vom 22. Juni 1994 (- 6 RKa 21/92 - SozR 3-2500 § 116 Nr 6) und 15. März 1995 (- 6 RKa 27/94 - SozR 3-2500 § 116 Nr 12) von dieser Entscheidung abgegrenzt und entschieden, daß es unter bestimmten Voraussetzungen rechtlich zulässig sein kann, die Inanspruchnahme des ermächtigten Krankenhausarztes von der Überweisung durch einen Vertragsarzt desselben Fachgebietes abhängig zu machen. Für eine dahingehende Beschränkung sei allerdings kein Raum, wenn die Ermächtigung erforderlich sei, weil besondere, für eine ausreichende und zweckmäßige medizinische Versorgung benötigte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von den niedergelassenen Vertragsärzten nicht angeboten werden. Bestehe in dieser Hinsicht ein Versorgungsdefizit, würden durch die Zwischenschaltung des Gebietsarztes Verzögerungen und Kosten entstehen, obwohl von vornherein feststünde, daß dieser die erforderliche Leistung nicht selbst erbringen könne. Die Befugnis, den Patienten an den ermächtigten Krankenhausarzt zu überweisen, dürfe deshalb in derartigen Fällen grundsätzlich nicht einer bestimmten Arztgruppe vorbehalten werden. Anders verhalte es sich dagegen, wenn die Ermächtigung nicht der Schließung einer allgemeinen Versorgungslücke diene, sondern lediglich ermöglichen solle, daß im Einzelfall trotz eines an sich zahlenmäßig und qualitativ ausreichenden Leistungsangebotes der zugelassenen Vertragsärzte wegen der Schwierigkeit der Diagnose oder Behandlung ausnahmsweise auf die Kenntnisse und Erfahrungen des besonders qualifizierten Krankenhausarztes zurückgegriffen werden könne. Eine zu die-



sem Zwecke ausgesprochene Ermächtigung, auch wenn sie sich auf die Möglichkeit der konsiliarischen Inanspruchnahme beschränke, sei nur zu tolerieren, wenn durch die Festlegung des zulässigen Leistungsumfangs und eine sachgerechte Eingrenzung des Kreises der zuweisungsberechtigten Ärzte der Vorrang der frei praktizierenden Gebietsärzte gewahrt werde.

Um eine derartige Ermächtigung handelt es sich hier, denn es geht bei der Ermächtigung zur Konsiliaruntersuchung und zur Mitbehandlung bei speziellen Krankheitsbildern nicht um die Schließung einer quantitativen oder qualitativen Versorgungslücke, sondern lediglich um die Ermöglichung des Zugreifens auf die Kenntnisse und Erfahrungen des besonders qualifizierten Krankenhausarztes. Hierauf hat im übrigen auch das LSG hingewiesen, so daß sich dessen Entscheidung entgegen der Auffassung des Klägers mit der Rechtsprechung des erkennenden Senats in Einklang befindet.

Soweit der Kläger geltend macht, der Rechtssache komme auch grundsätzliche Bedeutung zu, ist die Beschwerde ebenfalls unzulässig. Wer die Zulassung der Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache begehrt, muß die zur Überprüfung gestellte Rechtsfrage in eigener Formulierung klar bezeichnen und darlegen, inwiefern diese Rechtsfrage klärungsbedürftig, im anhängigen Rechtsstreit klärungsfähig (entscheidungs-erheblich) sowie über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist. Diesen aus § 160a Abs 3 Satz 2 SGG zu entnehmenden Anforderungen wird die Beschwerde nicht gerecht.

Der Kläger hat insoweit bereits die Klärungsbedürftigkeit der aufgeworfenen Rechtsfrage nach der Einschränkung einer Ermächtigung auf Überweisung niedergelassener Fachkollegen nicht dargestellt. Er verweist insoweit auf instanzgerichtliche Entscheidungen aus den Jahren 1988 bis 1991, ohne sich mit der soeben dargelegten Rechtsprechung des Senats aus den Jahren 1994 und 1995 (SozR 3-2500 § 116 Nrn 6 und 12) auseinanderzusetzen. Der Beschwerde ist somit in keiner Weise zu entnehmen, warum die Rechtsfrage, die der Senat bereits geklärt hat, wieder klärungsbedürftig geworden sein soll.

Schließlich ist auch bezüglich der weiter aufgeworfenen Rechtsfrage nach den Grundlagen der Bedarfsermittlung die Klärungsbedürftigkeit nicht hinreichend dargelegt. Im Gegenteil geht die Beschwerde unter Hinweis auf das Senatsurteil vom 22. Juni 1994 (- 6 RKa 46/93 - SozR 3-2500 § 116 Nr 10) selbst davon aus, daß diese Rechtsfrage bereits geklärt ist. In der Tat hat der Senat in diesem Urteil ausgeführt, daß der Bedarfsermittlung grundsätzlich der regionale Planungsbereich (Stadt- oder Landkreis) zugrunde zu legen sei, Abweichungen für einzelne Arztgruppen zulässig seien und besonderen Bedarfssituationen durch eine sachgemäße Ausübung des Beurteilungsspielraumes durch die Zulassungsgremien Rechnung getragen werden könne. Mit diesen allgemein-rechtlichen Vorgaben ließen sich alle Ermächtigungsfälle sachgerecht beurteilen. Danach handelt es sich bei der vom Kläger aufgeworfenen Frage, ob im vorliegenden Fall



der Beklagte verpflichtet gewesen wäre, an den Kreis E. angrenzende Planungsbereiche (Landkreise) in die Bedarfsbeurteilung einzubeziehen, nicht um eine Rechtsfrage grundsätzlicher Art, sondern allein um die Frage, ob der Beklagte im Einzelfall die rechtlichen Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung beurteilungsfehlerfrei angewendet hat.

Im übrigen belegt die Begründung der Nichtzulassungsbeschwerde, daß der Kläger gegen die Begrenzung seiner Ermächtigung auf Überweisung durch Kinderärzte angeht, weil er meint, unter Berücksichtigung angrenzender Planungsbereiche bestehe eine quantitative Versorgungslücke, wohl insbesondere für die Behandlung der speziellen Krankheitsbilder, was der Beklagte und das LSG mangels entsprechender Ermittlungen zum Sachverhalt verkannt hätten. Angesichts des dargestellten Senatsurteils vom 22. Juni 1994 (aaO) kann es indessen nicht mehr um die Frage gehen, ob der Beklagte verpflichtet oder berechtigt war, angrenzende Bereiche (nicht) zu berücksichtigen. Entscheidend ist allein, ob er und das LSG insoweit den Sachverhalt zutreffend aufgeklärt haben und beurteilungsfehlerfrei das Vorliegen einer quantitativen Versorgungslücke verneint haben. Hierzu könnte es durchaus ausreichend gewesen sei, festzustellen, daß im Kreis E. niedergelassene Kinderärzte nicht ausgelastet sind, schon dies schließt die Annahme einer quantitativen Versorgungslücke auch unter Berücksichtigung angrenzender Planungsbereiche aus. Selbst wenn nämlich dort eine kinderärztliche Unterversorgung bestanden hätte, wäre diese zunächst durch die nicht ausgelasteten niedergelassenen Kinderärzte im Kreis E. aufzufangen gewesen.

Die Kostenentscheidung ergeht entsprechend § 193 SGG.

