

L 7 Ka 498/83

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
-
Datum
23.03.1983
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 Ka 498/83
Datum
05.12.1984
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Bemerkung
und [L 7 Ka 632/83](#)

1. Auf die Berufung der Beigeladenen zu 1) wird das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 23. März 1983 insoweit aufgehoben, als die Beschränkung der Beteiligung auf namentliche Überweisung aufgehoben worden ist.

2. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 23. März 1983 wird zurückgewiesen und die Klage gegen den Beschluss vom 10. Mai 1983 abgewiesen.

3. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

4. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die erweiterte Beteiligung des Klägers an der Kassenarztpraxis im Hinblick auf nuklearmedizinische Leistungen sowie über die Frage der Beschränkung der Beteiligung auf namentliche Überweisung und die Befristung der Beteiligung.

Der 1940 geborene Kläger ist als Facharzt für Nuklearmedizin der Leiter der Nuklearmedizinischen Abteilung des Kreiskrankenhauses in

Mit Beschluss vom 14. Oktober 1980 verlängerte der Zulassungsausschuß für Ärzte zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung die Beteiligung des Klägers bis 31. Oktober 1981 und zwar in dem Umfange, daß nuklearmedizinische Leistungen im Rahmen des Überweisungsauftrages der am Kreiskrankenhaus aufgrund einer Beteiligung oder Ermächtigung kassenärztlich tätigen Ärzte erfolgen sowie besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf namentliche Überweisung durch Kassenärzte eingeschränkt auf bestimmte Leistungen der BMÄ durchgeführt werden konnten.

Am 23. Juni 1981 beantragte der Kläger die Erweiterung seiner Beteiligung auf den gesamten Umfang der Nuklearmedizin. Mit Beschluss vom 27. Oktober 1981 wurde dieser Antrag des Klägers durch den Zulassungsausschuß für Ärzte abgelehnt. Der Zulassungsausschuß kam zu der Auffassung, daß keine Bedarfslücke vorhanden sei, die eine Erweiterung der Beteiligung zuließe. Gegen diesen Beschluss legte der Kläger Widerspruch ein.

Mit Beschluss vom 11. August 1981 wurde die Beteiligung des Klägers verlängert, und zwar bis 30. September 1983 befristet und auf folgende persönlich zu erbringende Leistungen beschränkt:

1) Die Durchführung nuklearmedizinischer Leistungen auf Überweisung durch die am Kreiskrankenhaus kassenärztlich tätigen Ärzte.

2) Eingeschränkt auf bestimmte Ziffern der BMÄ innerhalb des Bereiches 5415 bis 5521 sowie eingeschränkt auf namentliche Überweisung durch Kassenärzte.

Mit Beschluss vom 23. Oktober 1982 änderte die Beklagte auf den Widerspruch des Klägers den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 27. Oktober 1981 dahingehend, daß die Beteiligung an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung auf namentliche Überweisung durch Kassenärzte bis 30. September 1983 befristet wurde und sich auf folgende persönlich zu erbringende Leistungen erstreckte:

1) Die Durchführung nuklearmedizinischer Leistungen auf Überweisung durch die am Kreiskrankenhaus kassenärztlich tätigen Ärzte.

2) Beschränkung der zu erbringenden Leistungen auf bestimmte Ziffern, die bereits in dem Beschluss vom 27. Oktober 1981 genannt wurden, aber auf folgende weitere Ziffern erweitert wurden: 5436, 5437, 5442, 5443, 5453, 5464, 5467, 5469, 5471, 5472 und 5476. Die Beschränkung auf namentliche Überweisung blieb erhalten.

In der Begründung führte die Beklagte aus, daß die Frage der Notwendigkeit einer Beteiligung allein nach den Bedürfnissen der Versicherten zu stellen sei und die Belange der die Beteiligung anstrebenden Ärzte hintanzustehen habe. Danach habe die schriftliche Anhörung des Beigeladenen zu 8) ergeben, daß dieser mit Hilfe der ihm zur Verfügung stehenden apparativen Ausrüstung weitgehend in der Lage sei, die vertragsärztliche Versorgung auf dem Gebiet der Nuklearmedizin im Bezirk sicherzustellen. Dabei müsse genügen, daß seine persönliche wie fachliche Qualifikation der zuständigen Radiologiekommission nachgewiesen habe und auch hinsichtlich der apparativen Praxisausrüstung keine Beanstandungen zu erheben seien. Dr. sei nicht in der Lage, einige nuklearmedizinische Leistungen zu erbringen. Es handele sich hierbei im wesentlichen um die Nummern 5400, 5401, 5423, 5424, 5426, 5427, 5428 sowie 5431 und 5432. Von daher sei die Beteiligung um die Nummern zu erweitern, die Dr. mit Sicherheit nicht erbringen könne. Für jede weitere Beteiligung sei die Notwendigkeit weder erkennbar noch vom Kläger begründet worden. Im übrigen sah die Beklagte die Beschränkung der Beteiligung auf namentliche Überweisung als rechtmäßig an. Sie sei bei der Beteiligung von leitenden Krankenhausärzten nicht nur zweckmäßig, sondern auch geboten, weil diese ihre berufliche Erfüllung in erster Linie in dem erwähnten Beruf eines Krankenhausarztes fänden, während die ambulante kassenärztliche Versorgung der Versicherten nur nebenbei betrieben werde.

Gegen diesen Beschluss hat der Kläger am 16. Dezember 1982 vor dem Sozialgericht Frankfurt Klage erhoben. Das Sozialgericht Frankfurt hat schriftlich den Beigeladenen zu 8) bezüglich der Möglichkeit der Erbringung einiger Leistungen der BMÄ um Stellungnahme gebeten.

Mit Urteil vom 23. März 1983 hat das Sozialgericht Frankfurt die Beschlüsse vom 27. Oktober 1981 sowie vom 23. Oktober 1982 insoweit aufgehoben, als die Beteiligung befristet und auf namentliche Überweisung beschränkt erteilt worden sei, im übrigen aber die Klage abgewiesen. In der Begründung hat das Sozialgericht zunächst die Beschränkung der Beteiligung auf namentliche Überweisung als unrechtmäßig angesehen. Die generelle Beschränkung auf namentliche Überweisung sei nur dann möglich, wenn der Krankenhausarzt aus rein qualitativen Gründen beteiligt sei, wenn also verhindert werden solle, daß dieser besonders herausragende Fachmann von Bagatellfällen überschwemmt werde. Im Falle des Klägers liege dies nicht vor. Zu Unrecht hätten darüber hinaus die Zulassungsinstanzen die Beteiligung des Klägers an der kassenärztlichen Versorgung befristet. Die Zulassungsinstanzen hätten das ihnen im Hinblick auf die Befristung eingeräumte Ermessen nicht fehlerfrei ausgeübt. Die Beteiligung sei erfolgt, weil eine Versorgungslücke vorliege. Es seien jedoch keinerlei konkrete Feststellungen darüber getroffen worden, ob diese Versorgungslücke mit einer gewissen Aussicht im September 1983 durch die Niederlassung eines anderen Arztes oder auf andere Weise geschlossen werden würde. Mangels einer solchen Feststellung sei die Befristung ermessensfehlerhaft. Was im übrigen die Beschränkungen hinsichtlich der Gebührensatznummern angehe, so sei die Klage unbegründet, weil hinsichtlich der weiter geltend gemachten Ziffern im Raum keine Versorgungslücke der Versicherten vorliege. Entgegen der Auffassung des Klägers könne er nicht als Facharzt für Nuklearmedizin alle Leistungen der Nuklearmedizin ausschließlich für sich beanspruchen. Soweit der Beigeladene zu 8) aufgrund seiner Geräteausstattungen im Rahmen der durch die Radiologiekommission überprüften Genehmigungen auch nuklearmedizinische Leistungen erbringen könne, sei die kassenärztliche Versorgung der Versicherten im Raum sichergestellt. Auch die Tatsache, daß der Kläger Facharzt für Nuklearmedizin sei, berechtige ihn nicht, über die Versorgungslücke hinaus einen Anspruch auf erweiterte Beteiligung geltend zu machen. Im übrigen hat sich das Sozialgericht auf das Parallelverfahren L-7/Ka-627/83 hinsichtlich der Begutachtung von Dr. berufen. Darin kam u.a. zum Ausdruck, welche Leistungen der Beigeladene zu 8) zusammen mit dem Kläger erbringen kann und welche nicht.

Gegen das am 4. Mai 1983 zur Post aufgelieferte Urteil richtet sich die Berufung des Klägers vom 25. Mai 1983 beim Sozialgericht Frankfurt und vom 20. Juni 1983 beim Hessischen Landessozialgericht.

Gegen das am 6. Mai 1983 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beigeladenen zu 1) vom 19. Mai 1983 beim Hessischen Landessozialgericht.

Mit Beschluss vom 10. Mai 1983 hat der Zulassungsausschuß für Ärzte die Beteiligung des Klägers für die Zeit vom 1. Oktober 1983 bis 30. September 1985 befristet sowie auf namentliche Überweisung beschränkt. Die Beteiligung erstreckt sich auf persönlich zu erbringende Leistungen wie bereits in den angefochtenen Bescheiden ausgeführt.

Der Kläger beantragt,

- 1) das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 23. März 1983 sowie die Beschlüsse des Beklagten vom 27. Oktober 1981 und vom 23. Oktober 1982 aufzuheben, ferner den Beschluss vom 10. Mai 1983 abzuändern und den Beklagten zu verurteilen, die Beteiligung ohne Einschränkung auf alle nuklearmedizinischen Leistungen der BMÄ zu erstrecken, soweit dies bisher nicht geschehen ist,
- 2) die Berufung der Beigeladenen zu 1) zurückzuweisen,
- hilfsweise,
- 3) die Revision zuzulassen.

Die Beigeladenen beantragen,

- 1) das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 23. März 1983 abzuändern soweit es die Beschränkung der Beteiligung auf namentliche Überweisung aufgehoben hat,
- 2) die Berufung des Klägers zurückzuweisen sowie die Klage abzuweisen.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten und den Inhalt der Gerichtsakte, die beide Inhalt und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobenen Berufungen der Beigeladenen zu 1) und des Klägers sind zulässig (§ 143, § 151 Sozialgerichtsgesetz -

SGG -).

Die Berufung der Beigeladenen zu 1) ist auch begründet. Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Frankfurt vom 23. März 1983 war hinsichtlich der Beteiligung auf namentliche Überweisung aufzuheben und der Berufung der Beigeladenen zu 1) somit stattzugeben. Der Beschluss des Zulassungsausschusses vom 27. Oktober 1981 und der Beschluss des Beklagten vom 23. Oktober 1982 sind zu Recht hinsichtlich der Frage der Beteiligung auf namentliche Überweisung ergangen. Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 23. März 1983 war insoweit aufzuheben. Der Beklagte hat zu Recht die Beteiligung auf namentliche Überweisung beschränken können.

Grundsätzlich besteht für den Beklagten gemäß § 29 Abs. 3 der Zulassungsordnung das Recht, die Beteiligung auf einzelne Leistungen der in § 29 Abs. 2 a bis d ZO genannten Art zu beschränken. Gemäß § 368 a Abs. 8 RVO ist zudem die Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte) in Form der Überweisung durch Kassenärzte vorgesehen. Eine Beschränkung auf namentliche Überweisung findet im Gesetz jedoch zunächst keine unmittelbare Bestätigung. Diese ergibt sich aber aus dem Sinn und Zweck der Beteiligung auf Überweisung durch die Kassenärzte.

Der Sinn und Zweck der Beteiligung ist in erster Linie qualitativ begründet. Wird die Beteiligung nur auf Überweisung ausgesprochen, so bedeutet das, daß die zu behandelnden Personen von einem Kassenarzt dem beteiligten Arzt zur ambulanten Behandlung überwiesen werden oder aber der Kassenarzt den Chefarzt konsiliarisch heranzieht; die beteiligten Ärzte können also nicht unmittelbar in Anspruch genommen werden (Peters, § 368 a Anm. 11 ff.). § 368 a Abs. 8 RVO ist Ausdruck des Bemühens des Gesetzgebers, den Versicherten einen möglichst großen Kreis von Ärzten zur Verfügung zu stellen (Bundesverfassungsgerichtsentscheidung 16, 289). Zweck dieser Bestimmung ist es, den Bereich der freien Arztwahl für die Versicherten zu erweitern, und zwar in der Form, daß ihnen die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen des Ärztekreises zugänglich gemacht werden, soweit dies für ihre sachgemäße ärztliche Versorgung erforderlich ist (Bundesverfassungsgericht a.a.O. sowie BSG Urt. vom 13. August 1964 - 6 RKa-22/60 sowie Bericht des Vorsitzenden des Ausschusses für Sozialordnung Deutscher Bundestag 2. Wahlperiode Drucksache Nr. 1313 A IV b 5).

Demnach ist die Beteiligung eines Chefarztes für die ärztliche Versorgung dann notwendig, wenn dadurch besondere Kenntnisse und Erfahrungen, die nach den anerkannten Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft zur Heilung oder Linderung in Anspruch zu nehmen sind, dem Kreise der Versicherten zugänglich gemacht werden, die ohne die Beteiligung diesem Kreis nicht oder nur erschwert zur Verfügung stünden. Hieraus folgt, daß eine rein quantitative Beurteilung der Bedürfnisfrage dem Zwecke des § 368 a Abs. 8 RVO nicht gerecht werden würde (BSG a.a.O.). Mit § 368 a Abs. 8 RVO soll nur sichergestellt werden, daß besondere Erfahrungen und Kenntnisse den Versicherten zugute kommen. Der Absicht der Beteiligung eines Chefarztes würde es allerdings zuwiderlaufen, wenn er auch in Anspruch genommen werden könnte, wo es seiner besonderen Kenntnisse und Erfahrungen nicht bedarf, etwa weil der Fall weniger schwierig ist oder einer der örtlich erreichbaren Ärzte selbst die erforderlichen Spezialkenntnisse besitzt (BSG Urt. vom 17. Dezember 1968 - [6 RKa 33/68](#)). Denn bei der Beteiligung muß immer berücksichtigt werden, daß erhebliche wirtschaftliche Interessen auf dem Spiel stehen, weil hier im Falle einer Weiterüberweisung des Versicherten an den Chefarzt dieser die Leistungen erbringt und auch die Vergütung erhält und nicht der andere Kassenarzt. Stellt man auf diesen Sinn und Zweck der Beteiligung auf z.B. namentliche Überweisung ab, so ist damit die Beschränkung der Beteiligung auf namentliche Überweisung eine Unterstreichung dieses Sinnes und Zweckes keineswegs als eine unzulässige Einschränkung der Beteiligung anzusehen. Mit dieser Form der Beteiligung haben die Beteiligungsinstanzen eine Beschränkung bezwecken wollen, die gerade die Kenntnisse und Erfahrungen des Klägers unterstreicht. Grundsätzlich ist nämlich der beteiligte Chefarzt keineswegs verpflichtet - und dies im Gegensatz zum Kassenarzt -, seine Leistungen im Beteiligungsverfahren höchst persönlich zu erbringen. Das Rechtsverhältnis des freien Arztes zum Patienten ist ein Dienstverhältnis höchstpersönlicher Natur. Der Grundsatz des [§ 613](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches, wonach der zur Dienstleistung Verpflichtete die Dienste im Zweifel in Person zu leisten hat, ist für den zugelassenen Kassenarzt durch die Zulassungsordnung vorgeschrieben; nach § 32 Abs. 1 Satz 1 Zulassungsordnung hat der Kassenarzt die kassenärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Ganz anders verhält es sich beim Chefarzt. Er ist für den ärztlichen Betrieb seiner Abteilung oder des ganzen Krankenhauses verantwortlich. So verschieden die Verhältnisse im einzelnen liegen, laufen sie doch immer darauf hinaus, daß der Chefarzt in Folge seiner umfangreichen Beanspruchung auch für die verwaltungsmäßige und organisatorische Aufgabe seine persönliche Mühewaltung auf besondere Fälle beschränken muß und darf, die ärztliche Versorgung im übrigen aber - unter seiner Verantwortung und Aufsicht - weitgehend den Ober- und Assistenzärzten überläßt. Selbst für seine Privatpraxis stehen ihm üblicherweise Ärzte und Hilfspersonal des Krankenhauses vertragsmäßig zur Verfügung (Bundesverfassungsgerichtsentscheidung in E 16, 299, 300).

Dies heißt aber keineswegs, daß der Chefarzt die ihm im Rahmen der Beteiligung überwiesenen Kassenpatienten nicht persönlich behandeln kann oder darf. Dies würde nicht dem Sinn und Zweck des § 368 a Abs. 8 RVO entsprechen. Der Chefarzt hat gemäß § 368 a Abs. 8 Satz 3 RVO die gleichen Rechte und Pflichten wie der Kassenarzt. Dies gilt auch von dem Recht der persönlichen Behandlung. Das ist auch sinnvoll, denn es ist gerade der Zweck der Beteiligung, die besonderen persönlichen Erfahrungen, Kenntnisse und Fähigkeiten des Chefarztes den Pflichtversicherten zugute kommen zu lassen. Dieser Zweck würde verfehlt, wenn der Chefarzt die Behandlung der Beteiligungsfälle nicht grundsätzlich selbst durchführte, sondern sie nachgeordneten Ärzten überließe und sich auf die Aufsicht und auf die ausnahmsweise persönliche Behandlung besonders schwieriger Fälle beschränkte (Bundesverfassungsgerichtsentscheidung E 16, S. 302 sowie Bayerisches Landessozialgericht vom 31. März 1982 Az.: L-12/Ka-23/81). Die namentliche Überweisung stellt somit lediglich eine Bestätigung dieser grundsätzlichen Verpflichtung des Chefarztes unter Berücksichtigung des Sinnes und Zweckes der Beteiligung dar.

Diese Beschränkung der Beteiligung ist auch unter dem Gesichtspunkt der freien Arztwahl der Versicherten vertretbar. Die in § 368 d Abs. 1 RVO normierte freie Arztwahl, die auch für beteiligte Krankenhausärzte Gültigkeit besitzt (Heinemann-Liebold, Kassenarztrechtskommentar, Rd. Ziff. C 146), ist im Grunde eine beschränkte freie Arztwahl, weil sie einen Teil der Ärzteschaft von der kassenärztlichen Versorgung ausschließt. Zur Durchführung dieser Beschränkung wählt das Gesetz den Weg der Zulassung, der Beteiligung und der Ermächtigung. Das System für die Gewährung der Arztwahl ist damit bereits durch die Form der Beteiligung von Chefärzten gemäß § 368 a Abs. 8 RVO nicht mehr frei gestaltbar, es ist vielmehr fixiert (Peters, Handbuch zur Krankenversicherung § 368 d Anm. 2). Im Rahmen der Sozialen Krankenversicherung hat der Versicherte nur einen Anspruch auf ausreichende ärztliche Versorgung (Bundesverfassungsgerichtsentscheidung E 16, 304); die freie Arztwahl beschränkt sich auf das fixierte Kassenarztsystem. Insofern ist die Form der Beteiligung auch in ihrer Beschränkung kein Eingriff in die Freiheit der Wahl des Arztes, sondern allenfalls ein vertretbarer Eingriff in die Gestaltungsfreiheit des Chefarztes innerhalb seiner Beteiligung (so auch Bayerisches Landessozialgericht a.a.O.). Die Beteiligung hat aber nicht den Zweck, dem Chefarzt zur wirtschaftlichen Besserstellung zu verhelfen; sie orientiert sich daher auch nicht nach seinem Willen und Wollen, sondern an der Bedürfnisfrage (so auch im Ergebnis Heinemann-Liebold Kassenarztrecht, Rd. Ziff. 10 207). Schließlich ist diese

Beschränkung auch nicht deshalb unwirksam, weil gemäß dem Grundsatz der freien Arztwahl eine namentliche Überweisung nicht zulässig ist (§ 19 Bundesmantelvertrag Ärzte). Abgesehen davon, daß § 19 eine Sollvorschrift ist, die im Verhältnis Kassenarzt zu Kassenarzt gilt und durch die Beteiligung allein die freie Arztwahl ohnehin eingeschränkt ist, handelt es sich bei der namentlichen Überweisung um eine zulässige sogenannte Zuweisung. Erfolgt eine gezielte sogenannte Zuweisung zur Ausführung einer speziellen diagnostischen Untersuchung oder therapeutischen Sachleistung oder wünscht der überweisende Arzt den Rat eines Konsiliarius, so muß eine gezielte Überweisung als zulässig angesehen werden, da einmal der Patient nicht wissen kann, welcher Arzt diese speziellen Leistungen ausführt oder zum anderen der überweisende Arzt den Rat eines ganz speziellen Facharztes wünscht (Heinemann-Liebold, Kassenarztrecht, Rd. Ziff. C 201).

War somit die Berufung der Beigeladenen zu 1) begründet, so ist die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt vom 23. März 1983, was die Beschränkung auf bestimmte Leistungen der BMÄ anbelangt, zwar form- und fristgerecht erhoben, jedoch unbegründet.

Die Klage gegen die Beschlüsse vom 27. Oktober 1981 und 22. Oktober 1982 war dementsprechend abzuweisen.

Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 23. März 1983 sowie die oben genannten Beschlüsse sind hinsichtlich der im Streit stehenden Frage, ob zu Recht die Leistungen des Klägers auf bestimmte Ziffern der BMÄ zu beschränken waren, rechtmäßig.

Nach § 368 a Abs. 8 RVO ist ein leitender Krankenhausarzt an der kassenärztlichen Versorgung zu beteiligen, sofern die Beteiligung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Demzufolge ist die einem leitenden Krankenhausarzt eingeräumte Beteiligung zu widerrufen, wenn sie nicht mehr notwendig ist. Da es auf die Sicherstellung der aktuellen ärztlichen Versorgung ankommt, sind sowohl für die Beteiligung als auch für ihren Widerruf die jeweils gegenwärtigen Verhältnisse maßgebend. § 368 a Abs. 8 RVO trägt also dem Gedanken Rechnung, daß eine Beteiligung eines leitenden Krankenhausarztes von der Notwendigkeit zur Gewährleistung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung der Versicherten abhängig gemacht wird, die Beteiligung also nur auf den Bereich beschränkt wird, in der diese Voraussetzungen vorliegen. Die Beteiligung eines leitenden Krankenhausarztes kann daher nicht in dem Umfang fortbestehen, wenn sie zur Gewährung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung der Versicherten jedenfalls jetzt nicht mehr notwendig ist (BSG-Urteil vom 23. Mai 1984 – [6 RKa 2/83](#) –).

Diese Grundsätze gelten auch für den vorliegenden Fall. Eine durch den Kläger auszufüllende Lücke der kassenärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der Nuklearmedizin besteht nicht. Zwar erbringt der Kläger diese Leistungen, jedoch ergibt sich keine Notwendigkeit für den Bereich aufgrund des Bedarfsplanes eine Erweiterung der Beteiligung auf alle Gebiete der Nuklearmedizin zu erstrecken. Für den überwiegenden Teil der Nuklearmedizin, die der Kläger mit seinen Untersuchungen abdeckt, steht auch der Beigeladene zu 8) zur Zeit zur Verfügung. Damit wäre das Bedarfssoll bereits überschritten, so daß eine Beteiligung des Klägers für Leistungen der Nuklearmedizin ohnehin überhaupt nicht mehr in Frage käme. Die Beklagte hat sich jedoch zu Recht darauf beschränkt, den Kläger lediglich an einigen Leistungen der Nuklearmedizin zu beteiligen, obwohl der Versorgungsbedarf dies nicht erfordert. Hinsichtlich der Beschränkung auf bestimmte Leistungen hat sich die Beklagte auch insofern rechtmäßig verhalten, weil ihr bei der Erfüllung des Bedarfssolls ohnehin kein Handlungsermessen zusteht gem. § 29 Abs. 5 Satz 2 der Zulassungsordnung-Ärzte. Die Berechtigung der Zulassungsinstanzen zum Widerruf oder zur teilweisen Beschränkung auf einige Leistungen wird dann zu einer Verpflichtung, wenn die Voraussetzungen der Beteiligung so oder nicht mehr in dem Umfange vorliegen (BSG a.a.O.). § 368 a Abs. 8 S. 1 RVO bringt eindeutig zum Ausdruck, daß ein leitender Krankenhausarzt nur unter den dort genannten Voraussetzungen an der kassenärztlichen Versorgung zu beteiligen ist. Die Beklagte hat jedoch bei der Prüfung der Frage, ob die Beteiligung in dem Umfange beim Kläger notwendig war, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, einen Beurteilungsspielraum, den sie auch genutzt hat. Dabei hat sie innerhalb dieses Beurteilungsspielraumes die Anzahl der Ärzte, die Krankenhausversorgung, die Bevölkerungsdichte und die Bevölkerungsstruktur, Art und Umfang der Nachfrage, räumliche Zuordnung aufgrund der Verkehrsverbindungen u.ä. geprüft. Bei dieser Prüfung hat sich die Beklagte rechtmäßig verhalten, sie war keineswegs verpflichtet, die Beteiligung des Klägers in vollem Umfange zu widerrufen. Vielmehr hat sie sich aufgrund der vorgenannten Kriterien innerhalb ihres Beurteilungsspielraumes gehalten. Die Kontrolle des Gerichts beschränkt sich deshalb nur darauf, ob der Verwaltungsentscheidung der Beklagten ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Verwaltung die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der Notwendigkeit der Beteiligung ermittelten Grenzen eingehalten hat und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, daß im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist ([BSGE 38, 138](#), 143 ff.).

Da eine Versorgungslücke in quantitativer Hinsicht bei nuklearmedizinischen Leistungen nicht vorliegt, konnte der Kläger auch nicht mit seinem Einwand gehört werden, daß er auf seinem Gebiete sowohl apparativ als auch von der Erfahrung her über ein breites Spektrum verfüge. Es ist zunächst unter Hinweis auf eine Entscheidung des 6. Senats des Bundessozialgerichts ([BSGE 21, 230](#), 232, 233) davon auszugehen, daß die Tätigkeit am Krankenhaus dem leitenden Arzt die Möglichkeit geben kann, sich ein diagnostisches und therapeutisches Erfahrungswissen anzueignen, wie es in diesem Umfang bei niedergelassenen Ärzten einschlägiger Fachrichtung nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden könne. Davon ausgehend muß jedoch der Schluß gezogen werden, daß die Untersuchungsleistungen des Klägers und der übrigen niedergelassenen Nuklearmediziner der Art nach die gleichen sind. Es steht außer Frage, daß genügend niedergelassene Ärzte diese Leistungen, die der Kläger erbringt, auch erbringen können. Damit ist die Beteiligung des Klägers insoweit zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung nicht mehr in vollem Umfange notwendig. Die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen des Klägers reichen für sich allein nicht aus, um eine Beteiligung an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung zu rechtfertigen (BSG vom 23.5.1984 – [6 RKa 2/83](#) –) Für die kassen- und vertragsärztliche Versorgung können die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen erst dann von Bedeutung sein, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen. Es muß sich dabei um Leistungen handeln, die im Rahmen einer ausreichenden ambulanten ärztlichen Versorgung benötigt und von den niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht ausreichend angeboten werden können. Die Tatsachenfeststellungen haben jedoch ergeben, daß der Kläger zwar über besondere Kenntnisse und Erfahrungen verfügt, aber keine besonderen Leistungen in diesem Sinne zur Verfügung stellt, die nicht der Beigeladene zu 8) auf diesem Gebiet in auch anbieten würde. Die hohe wissenschaftliche Qualifikation des Klägers auf dem Gebiet der Nuklearmedizin ist sicher für die Medizin im allgemeinen und damit auch für die kassenärztliche Versorgung der Versicherten von großer Bedeutung. Damit verbessert sie sicherlich auch die medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung. Die Verbesserung der medizinischen Versorgung ist aber nicht das Ziel der Beteiligung im Sinne des § 368 a Abs. 8 RVO (BSG a.a.O.). Vielmehr ist lediglich erforderlich, daß eine notwendige, ausreichende Versorgung sichergestellt wird. Eine Versorgungslücke ist also nicht schon dann anzunehmen, wenn die Leistungen der übrigen niedergelassenen Ärzte auf dem Gebiet der Nuklearmedizin nicht diesem hohen wissenschaftlichen Niveau des Klägers entsprechen

sollten; eine Bedürfnisfrage nach erweiterter Beteiligung ergibt sich daraus nicht.

Nach alledem war die Beschränkung auf bestimmte Leistungen der Nuklearmedizin bei der Beteiligung des Klägers rechtmäßig und somit die Berufung in dieser Frage zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#).

Die Revision hat der Senat nicht zugelassen, da keine der in [§ 160 SGG](#) genannten Gründe vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-10-02