

B 6 KA 86/00 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
-

Datum
11.04.2000
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-

Datum
20.09.2000
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 86/00 R

Datum
12.09.2001
Kategorie
Urteil

Auf die Revision der Klägerin werden das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 20. September 2000 und das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 11. April 2000 aufgehoben. Es wird festgestellt, daß der Beschluss des Beklagten vom 10. November 1998 rechtswidrig gewesen ist. Der Beklagte hat der Klägerin die Kosten aller Rechtszüge zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten im Wege der Fortsetzungsfeststellungsklage um die Erteilung einer Ermächtigung.

Der Beigeladene zu 8. ist Facharzt für Geburtshilfe und Frauenheilkunde und als Oberarzt an der Frauenklinik des Knappschaftskrankenhauses in D tätig. Seinen Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Durchführung ambulanter Chemotherapien lehnte der Zulassungsausschuß im August 1997 mangels entsprechenden Bedarfs ab.

Mit seinem Widerspruch trug der Beigeladene zu 8. - teilweise unterstützt von Krankenkassen - vor, keiner der im Osten D niedergelassenen Gynäkologen führe ambulante Chemotherapien durch; neun dieser Fachärzte befürworteten ambulante Chemotherapien in seiner Frauenklinik, wie sie auch in zwei anderen Krankenhäusern in D durchgeführt würden.

Der beklagte Berufungsausschuß hob daraufhin den Beschluss des Zulassungsausschusses auf und erteilte dem Beigeladenen zu 8. für die Zeit vom 10. November 1998 bis 31. März 2000 die begehrte Ermächtigung, beschränkt auf die Durchführung ambulanter Chemotherapien bei gynäkologischen Tumorerkrankungen auf Überweisung von niedergelassenen Vertragsärzten. Ein Bedarf iS von [§ 116](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) iVm § 31a Abs 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) sei zu bejahen. Die Internisten Dres. hätten in einem Parallelverfahren bekundet, daß sie in ihrer Gemeinschaftspraxis für Hämatologie und Onkologie onkologische Therapien auch bei Tumorerkrankungen aus dem gynäkologischen Bereich durchführten; sie hätten zB im Quartal II/1998 80 Mammakarzinome onkologisch behandelt (bei 765 Fällen) und verfügten insoweit über Erfahrungen. Nach Angaben der Vorsitzenden des Onkologieausschusses der klagenden Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) seien Onkologen ausgebildet, sämtliche Tumorerkrankungen mit der aktiven onkologischen Therapie zu behandeln. Der Sprecher des Berufsverbandes der Gynäkologen in D, Dr. M, sei der Ansicht, daß bei gynäkologischen Tumorerkrankungen eine erforderliche onkologische Therapie tunlichst in dem Krankenhaus vorgenommen werden solle, in dem die Patientin zuvor behandelt worden sei. Als Ergebnis der Beweisaufnahme stehe fest, daß die aktive onkologische Therapie auch bei Erkrankungen aus dem gynäkologischen Bereich von niedergelassenen internistischen Onkologen erbracht werden könne. Ein genereller Bedarf für die Ermächtigung des Beigeladenen zu 8. sei jedoch darin zu sehen, "dem niedergelassenen Vertragsarzt die Möglichkeit der Wahl einzuräumen, ob er einen onkologisch tätigen Gynäkologen oder einen internistischen Onkologen mit der weiteren Behandlung seiner Patientin betrauen" wolle. Nach Auskunft von Dr. M deckten die am Ort niedergelassenen Gynäkologen mit einer "Onkologie-Genehmigung" diesen Bedarf nicht ab (Beschluss vom 10. November 1998).

Die KÄV hat dagegen das Sozialgericht (SG) angerufen, weil die Schaffung einer Auswahlmöglichkeit unter mehreren in Betracht kommenden Ärzten keinen Bedarf für eine Ermächtigung begründe; internistische Onkologen seien für sämtliche onkologischen Fragestellungen fachlich zuständig, dh auch für den gynäkologischen Bereich. Das SG ist dem nicht gefolgt. Es hat die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Beklagten angeordnet und die (auf einen Fortsetzungsfeststellungsantrag umgestellte) Klage abgewiesen, weil die Ermächtigung eines Gynäkologen sachgerecht sei, den speziellen gynäkologischen Aspekten bei onkologischen Erkrankungen Rechnung zu tragen; auch eine zeitlich begrenzte Nachbehandlung nach stationären Aufenthalten könne den Bedarf begründen (Urteil vom 11. April

2000).

Während des Klageverfahrens hat der Zulassungsausschuß eine vom Beigeladenen zu 8. beantragte Folgeermächtigung erneut mangels entsprechenden Bedarfs abgelehnt. Das daran anschließende Widerspruchsverfahren ist noch anhängig.

Die gegen das Urteil des SG eingelegte Berufung der Klägerin ist ohne Erfolg geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Erteilung der Ermächtigung für rechtmäßig erachtet. Der Beklagte habe in vertretbarer Weise eine qualitative Versorgungslücke angenommen. Seine Feststellung, dem gynäkologischen Gebiet zuzurechnende onkologische Erkrankungen könnten auch von internistischen Onkologen behandelt werden, entspreche der einschlägigen Weiterbildungsordnung (WBO), die eine chemotherapeutische Behandlung durch Onkologen in Zusammenarbeit mit den für das Grundleiden zuständigen Ärzten vorsehe. Obwohl die onkologische Gemeinschaftspraxis Dres. freie Kapazitäten aufweise, habe der Beklagte beurteilungsfehlerfrei darauf abstellen dürfen, daß den Vertragsärzten unter qualitativen Gesichtspunkten die Möglichkeit eingeräumt werden müsse, ihre Patientinnen an Gynäkologen mit onkologischer Zusatzqualifikation zu überweisen. Die speziellen gynäkologischen Fragestellungen bei onkologischen Erkrankungen ließen es sachgerecht erscheinen, einen Gebietsarzt, der sowohl über die spezielle fachbezogene Weiterbildung als auch über spezielle Kenntnisse in der Onkologie verfüge, in die ambulante Versorgung einzubeziehen, wenn niedergelassene Gynäkologen die Chemotherapien nicht ausreichend anböten. Wenn bei der Behandlung des internistischen Onkologen ohnehin ein Gynäkologe hinzuzuziehen sei, dürfe einem Arzt, der beide erforderlichen Qualifikationen in seiner Person vereine, eine Ermächtigung erteilt werden. Gerade bei einer onkologischen Erkrankung sei es sachgerecht und sinnvoll, die Therapie in dem Krankenhaus zu ermöglichen, das die Patientin zuvor stationär behandelt habe (Urteil vom 20. September 2000).

Gegen dieses Urteil richtet sich die Revision der Klägerin. Sie rügt, das LSG habe den Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte bei der ambulanten Versorgung der Versicherten (§ 116 SGB V, § 31a Abs 1 Ärzte-ZV) außer acht gelassen. Das Bundessozialgericht (BSG) bejahe einen qualitativ-spezialen Bedarf nur, wenn niedergelassene Ärzte die für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten notwendigen Leistungen nicht in ausreichendem Umfang erbrächten. Hier sei jedoch außer Streit, daß die im Planungsbereich niedergelassenen internistischen Onkologen sämtliche zur Therapie gynäkologischer Tumore notwendigen Leistungen erbrächten. Die vom LSG angeführte Wahlmöglichkeit zwischen der Behandlung durch einen niedergelassenen internistischen Onkologen und einen ermächtigten onkologisch tätigen Krankenhausarzt erfülle nicht die Voraussetzungen für einen qualitativ-spezialen Bedarf. Auch das BSG habe 1999 eine Auswahlmöglichkeit zwischen mehreren Behandlern nur im Zusammenhang mit einem unstreitig bestehenden Bedarf angesprochen; es habe die Auswahlmöglichkeit als nicht willkürliches Beurteilungskriterium dort nur bei der inhaltlichen Ausgestaltung von Ermächtigungen - dh im Verhältnis mehrerer Ermächtigungs-Bewerber untereinander - gebilligt. Der Hinweis des LSG, es sei wünschenswert, die onkologische Therapie in dem zuvor stationär behandelnden Krankenhaus vorzunehmen, begründe den Bedarf ebenfalls nicht. Niedergelassene und im Krankenhaus tätige Onkologen wiesen bei typisierender Betrachtung aufgrund ihrer gleichen Aus- und Weiterbildung denselben Qualifikationsstand auf, so daß die ambulante Behandlung beider Arztgruppen grundsätzlich gleichwertig sei.

Die Klägerin beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 20. September 2000 und des Sozialgerichts Dortmund vom 11. April 2000 aufzuheben und festzustellen, daß der Beschluss des Beklagten vom 10. November 1998 rechtswidrig gewesen ist.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 1., zu 2., zu 3. und zu 8. beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

Sie halten das Urteil des LSG für zutreffend.

Der Beigeladene zu 8. weist ergänzend auf den nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraum der Zulassungsgremien hin. Die Klägerin verkenne die spezielle gynäkologische Komponente der onkologischen Erkrankungen. Die bei diesen Krankheiten und ihrer Therapie möglichen Folgen auf dem Gebiet der Gynäkologie erforderten eine integrierte therapeutische Sicht und führten zur Bejahung eines qualitativen Bedarfs.

II

Die zulässige Revision der klagenden KÄV ist begründet.

Die Fortsetzungsfeststellungsklage ist zulässig. Dem Rechtsschutzinteresse der Klägerin, die befugt ist, Rechtsmittel gegen Entscheidungen der Zulassungsgremien einzulegen (vgl zB BSGE 85, 1, 2 = SozR 3-2500 § 103 Nr 5 S 28 mwN), steht nicht entgegen, daß sich der Rechtsstreit hinsichtlich der nur befristet erteilten Ermächtigung bereits im Klageverfahren in der Hauptsache durch Zeitablauf erledigt hat. In derartigen Fällen können die Beteiligten ihr Begehren in der Form einer Fortsetzungsfeststellungsklage (§ 131 Abs 1 Satz 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) weiterverfolgen (vgl BSG SozR 3-2500 § 97 Nr 2 S 3). Das besondere Interesse iS des § 131 Abs 1 Satz 3 SGG ist regelmäßig zu bejahen, wenn der Streit über die Ermächtigung bei im wesentlichen gleichen bedarfsrelevanten Tatsachen maßgeblich von Rechtsfragen abhängt, die künftig voraussichtlich wieder bedeutsam werden, bzw wenn der Rechtsstreit die rechtlichen Kriterien für die Bedarfsbeurteilung betrifft (vgl zB BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 19 S 91; BSGE 74, 257, 259 = SozR 3-5540 § 5 Nr 1 S 2; BSG USK 98169). So verhält es sich hier; denn der Zulassungsausschuß hat zwischenzeitlich eine Folgeermächtigung der Beigeladenen zu 8. mit ähnlicher Argumentation abgelehnt wie sie die Klägerin im Rechtsstreit vorbringt.

Die Urteile der Vorinstanzen sind aufzuheben, und es ist festzustellen, daß der Beschluss des Beklagten vom 10. November 1998 rechtswidrig gewesen ist. Ohne das Auslaufen der Ermächtigung hätte der Beschluss aufgehoben und der Beklagte verpflichtet werden müssen, über den Widerspruch des Beigeladenen zu 8. gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden (vgl § 131 Abs 3 SGG).

Maßstab für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit des - isoliert ohne den Beschluss des Zulassungsausschusses (vgl nur BSG SozR 3-2500 § 96 Nr 1 S 6) - den Gegenstand des Rechtsstreits bildenden Beschlusses des Beklagten vom 10. November 1998 ist § 116 SGB V iVm § 31a Abs 1 Ärzte-ZV (anzuwenden idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266)). Nach diesen Vorschriften

kann der Zulassungsausschuß bzw auf Widerspruch eines Beteiligten hin der beklagte Berufungsausschuß (§ 97 SGB V) mit Zustimmung des Krankenhausträgers einen Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen. Die Ermächtigung ist nach § 116 Satz 2 SGB V und § 31a Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV (nur) zu erteilen, soweit und solange deren ausreichende ärztliche Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt ist. In diesen Regelungen kommt zum Ausdruck, daß die ambulante Versorgung der Versicherten - auch unter Geltung des GSG - in erster Linie den niedergelassenen Ärzten vorbehalten ist (vgl BSGE 70, 167, 173 = SozR 3-2500 § 116 Nr 2 S 15 mwN; BSGE 73, 25, 28 f = SozR aaO Nr 4 S 28). Soweit die niedergelassenen Ärzte daher in der Lage sind, eine den Vorgaben von § 2 Abs 1, § 12 Abs 1, § 70 Abs 1 SGB V entsprechende ärztliche Krankenbehandlung iS von § 27 Abs 1 Nr 1 SGB V zu erbringen, können Dritte, insbesondere Krankenhausärzte, eine Ermächtigung nicht beanspruchen. Deren Einbeziehung in die vertragsärztliche Versorgung kommt erst bei einer Minderversorgung in Betracht und dient - wie mit Rücksicht auf verfassungsrechtlich geschützte Versichertenrechte unbedenklich ist (vgl BVerfGE 16, 286, 297, 300) - ausschließlich dazu, Versorgungslücken zu schließen (so BSGE 73, 25, 28 f = SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 28; BSG SozR 5520 § 29 Nr 5 S 19; zuletzt BSG vom 27. Juni 2001 - B 6 KA 39/00 R). Eine derartige Versorgungslücke kann sich nach der Rechtsprechung des Senats entweder daraus ergeben, daß in einem bestimmten Bereich zu wenige niedergelassene Ärzte vorhanden sind, um den Bedarf zu decken (quantitativ-allgemeiner Bedarf), oder daraus, daß ein Krankenhausarzt besondere, für eine ausreichende Versorgung notwendige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anbietet, die von den niedergelassenen Ärzten nicht bzw nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden (qualitativ-spezifischer Bedarf; zum Ganzen vgl BSGE 56, 295, 297 f = SozR 5520 § 29 Nr 4 S 13; SozR 3-2500 § 116 Nr 11 S 59 und Nr 14 S 76).

Hinsichtlich der Frage, ob ein "Bedarf" für eine Ermächtigung in dem dargestellten Sinne besteht - genauer: ob iS von § 116 Satz 2 SGB V und § 31a Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne Ermächtigung von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird -, haben die Zulassungsgremien einen gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraum (vgl nur BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 1 S 4 f mwN). Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich auf die Prüfung, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Zulassungsgremien die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffes ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet haben, daß im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (BSG ebenda, S 5 mwN; BSGE 70, 167, 175 = SozR 3-2500 § 116 Nr 2 S 17; BSGE 73, 25, 29 = SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 29; BSG SozR 3-2500 § 97 Nr 2 S 6; vgl ebenso für Sonderbedarfszulassungen zuletzt BSGE 86, 242, 250 = SozR 3-2500 § 101 Nr 5 S 34, mwN). Diese eingeschränkte Überprüfungsbefugnis der Gerichte beruht im wesentlichen darauf, daß die ortsnahen fachkundigen Zulassungsinstanzen nur ungefähr entscheiden können, ob und inwieweit die bereits niedergelassenen Ärzte eine qualitativ ausreichende Versorgung gewährleisten, da zur Beantwortung dieser Frage eine Vielzahl von Faktoren in die Entscheidung einzubeziehen ist. Entscheidungen der Zulassungsgremien sind daher hinzunehmen, wenn sie sich im Rahmen der Beurteilungsermächtigung halten.

Der Beklagte hat die für die Erteilung von Ermächtigungen maßgeblichen Grundsätze im wesentlichen zutreffend zum Ausgangspunkt seiner Beurteilung genommen. Er hat zudem eigene Ermittlungen zum Vorliegen eines Versorgungsbedarfs angestellt und die Angaben sachverständiger Zeugen aus einem Parallelverfahren ausgewertet. Auf dieser Grundlage hat er einen quantitativ-allgemeinen Bedarf beanstandungsfrei verneint, weil es keine Anhaltspunkte dafür gab, daß es zu der streitigen Zeit in D (generell) zu wenig niedergelassene Ärzte gab, um den vorhandenen Bedarf weiblicher Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung an chemotherapeutischen Leistungen abzudecken. Er hat nämlich ausgeführt, daß insbesondere die als Vertragsärzte niedergelassenen internistischen Onkologen Dres. sowohl medizinisch-fachlich als auch von ihren Behandlungskapazitäten her tatsächlich in der Lage waren, Patientinnen mit Karzinom-Erkrankungen auf gynäkologischem Fachgebiet im Anschluß an durchgeführte stationäre Behandlungen onkologisch mit Mitteln der Chemotherapie zu versorgen. Als "Ergebnis" seiner Beweiserhebungen hat er es bezeichnet, daß Leistungen der aktiven onkologischen Therapie auch bei Erkrankungen, die dem gynäkologischen Gebiet zuzurechnen sind, von den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen internistischen Onkologen erbracht werden können. Das LSG hat dieses Ergebnis ergänzend zu Recht mit dem Hinweis auf die WBO der Ärztekammer Westfalen-Lippe untermauert. Danach erfolgt die chemotherapeutische Behandlung in Zusammenarbeit mit den das Grundleiden behandelnden Fachärzten; Gleiches ergibt sich aus der Definition des zur Inneren Medizin gehörenden Schwerpunkts "Hämatologie und internistische Onkologie" in Anl I Nr 15.C.4 der vom 95. Deutschen Ärztetag 1992 beschlossenen Muster-WBO, wonach der Schwerpunkt ua die systemische chemotherapeutische Behandlung "in Zusammenarbeit mit den für das Grundleiden zuständigen Ärzten" umfaßt. Damit lag kein durch eine Ermächtigung zu kompensierender quantitativ-allgemeiner Versorgungsbedarf vor.

Der Beklagte hat seine den Beigeladenen zu 8. begünstigende Entscheidung sodann und ohne ausdrücklich zwischen den oben dargestellten Bedarfsformen zu differenzieren - im Ergebnis letztlich mit dem Vorhandensein eines qualitativ-spezifischen Bedarfs begründet. Anders als die Vorinstanzen entschieden haben, halten diese Ausführungen einer Rechtmäßigkeitskontrolle nicht stand.

Der Beklagte verkennt den Rechtsbegriff "Bedarf", wenn er den Grund für die Ermächtigung des Beigeladenen zu 8. darin sieht, den niedergelassenen Vertragsärzten die Möglichkeit einzuräumen, entweder einen onkologisch tätigen Gynäkologen (wie den Beigeladenen zu 8.) oder einen internistischen Onkologen (wie die Fachärzte Dres. (im Zusammenwirken mit den behandelnden Gynäkologen)) mit der fachärztlichen Behandlung ihrer Patientinnen zu betrauen. Er verläßt die von der Rechtsprechung des Senats zum Vorrang-Nachrang-Verhältnis von Zulassung und Ermächtigung aufgestellten Grundsätze, wenn er sich davon leiten läßt, es gehöre zu einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden vertragsärztlichen Versorgung, daß chemotherapeutische Behandlungen stets gleichermaßen (alternativ) auch von Gynäkologen mit onkologischen Kenntnissen angeboten werden müßten, und wenn er allein mit Rücksicht darauf einen qualitativ-spezifischen Bedarf bejaht. Denn da - wie vom Beklagten festgestellt - die ambulante Versorgung durch onkologisch weitergebildete Vertragsärzte, dh Ärzte der für die streitigen Chemotherapien qualifizierten und berufsrechtlich sogar primär und umfassend zuständigen Facharztgruppe der Internisten mit Schwerpunkt Onkologie, am Ort fachlich und tatsächlich in vollem Umfang gewährleistet war, bestand daneben grundsätzlich kein zusätzlicher Bedarf für die onkologische Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt, selbst wenn dieser einer anderen, für die Behandlung der Leiden der betroffenen Patientinnen ebenfalls mitzuständigen Fachdisziplin angehörte. Entscheidend ist insoweit, daß die hier in Betracht kommenden Ärzte bei den versorgungsbedürftigen Patientinnen im wesentlichen gleichartige, dh qualitativ sich nicht unterscheidende Behandlungsformen (hier: Maßnahmen der Chemotherapie) zur Anwendung bringen sollten. Die Absicht der Zulassungsgremien, in einem solchen Fall die bloße personelle Auswahl zwischen zwei oder mehreren für die Behandlung in Betracht kommenden Ärzten zu ermöglichen, ist nicht geeignet, die vorrangige Zuständigkeit der für die notwendige Krankenbehandlung zur Verfügung stehenden niedergelassenen Ärzte für den Bereich der ambulanten Behandlung zu durchbrechen.

Aus dem Urteil des Senats vom 29. September 1999 - [B 6 KA 30/98 R \(SozR 3-1500 § 54 Nr 40 S 86\)](#) folgt nichts Gegenteiliges. Zwar ist darin ausgeführt worden, die Zulassungsgremien dürften ohne willkürlich zu handeln in ihre Überlegungen mit einbeziehen, daß bei Erkrankungen, die strahlentherapeutische Behandlungen erforderlich machten, den Interessen der Versicherten und der überweisenden Ärzte, zwischen mehreren Behandlern auswählen zu können, ein erhebliches Gewicht zukomme. Die Klägerin weist indessen zutreffend darauf hin, daß es in dem entschiedenen Fall lediglich um die Auswahl des zu ermächtigenden Arztes (im Rahmen einer Konkurrentenklage) ging, während - anders als vorliegend - der Bedarf für eine Ermächtigung außer Streit war.

Die den Beigeladenen zu 8. begünstigenden Ausführungen des Beklagten machen demgegenüber schon nicht einmal hinreichend deutlich, daß seiner Entscheidung ein richtig und vollständig ermittelter entscheidungserheblicher Sachverhalt zur Frage des Bedarfs zugrunde lag. So sind etwa weder Auskünfte von niedergelassenen Gynäkologen zu ihrem entsprechenden Leistungsangebot und der Aufnahmekapazität ihrer Praxen eingeholt noch - soweit erkennbar - deren Anzahlstatistiken ausgewertet worden (zur Ermittlung des qualitativen Bedarfs für Sonderbedarfszulassungen vgl [BSGE 86, 242, 251 = SozR 3-2500 § 101 Nr 5 S 34 ff, mwN](#)). Im Beschluss fehlen ferner Erwägungen dazu, wonach sich die besondere onkologische Fachkompetenz des Beigeladenen zu 8. - eines Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe - ergibt. Diese könnten etwa aus besonderen, in der stationären Berufspraxis erworbenen Erfahrungen folgen oder daraus, daß dieser - was auch bei einem ermächtigten Krankenhausarzt denkbar ist (vgl BSG [MedR 1999, 479](#)) - die Voraussetzungen für die Teilnahme an der im Ersatzkassenbereich maßgeblichen Onkologie-Vereinbarung vom 20. Juni 1995 (DÄ 1995, Heft 28/29, A-1491) erfüllt. Wenn dessen Fachkompetenz allein aus dem für Gynäkologen maßgeblichen Weiterbildungsrecht abzuleiten sein sollte (vgl Nr 9.1 der WBO der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die für die Frauenheilkunde eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten ua "der ... Durchführung der ... Behandlung gynäkologischer Erkrankungen einschließlich onkologischer Erkrankungen unter Einbeziehung medikamentöser Behandlungsformen" und "der Schmerztherapie onkologischer Erkrankungen" voraussetzt), wären erst recht genauere Ermittlungen erforderlich gewesen. Denn der Vortrag des Beigeladenen zu 8. aus dem Widerspruchsverfahren, sämtliche am Ort niedergelassenen - über dieselbe Qualifikation wie er verfügenden - Frauenärzte führten keine chemotherapeutischen Behandlungen durch, durfte nicht ohne weiteres als richtig unterstellt werden. Die Aussage des Sprechers des örtlichen Berufsverbandes der Gynäkologen, wonach die am Ort niedergelassenen Gynäkologen mit einer "Onkologie-Genehmigung" den Bedarf nicht abdeckten, war zudem mißverständlich; denn die damit wohl gemeinte Teilnahme von Frauenärzten an der oa Onkologie-Vereinbarung (= Anl 7 zum Ärzte/Ersatzkassen-Vertrag) hat allein Bedeutung für die Erbringung von - besonders vergüteten - Leistungen zu Lasten der Ersatzkassen.

Der Beklagte hat im übrigen gerade nicht festgestellt, daß allein der Beigeladene zu 8. als Krankenhausarzt andere oder besondere chemotherapeutische Behandlungsmethoden beherrschte bzw spezifische Kenntnisse aufwies, über die die Onkologen Dres. (im Zusammenwirken mit den behandelnden Gynäkologen) nicht verfügten. Er hat es im Gegenteil - als Ergebnis seiner Beweiserhebungen bezeichnet, daß diese niedergelassenen Ärzte für die streitigen Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung standen. Der Senat geht zudem in ständiger Rechtsprechung davon aus, daß die Behandlung der Versicherten durch Krankenhausärzte und durch niedergelassene Vertragsärzte aufgrund des gleichartigen Aus-, Weiterbildungs- und Erfahrungsstandes als prinzipiell qualitativ gleichwertig anzusehen ist (vgl BSG [SozR 5520 § 29 Nr 5 S 23](#); [SozR 3-2500 § 116 Nr 1 S 7](#); [BSGE 73, 25, 30 = SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 30](#); [BSGE 86, 242, 253 = SozR 3-2500 § 101 Nr 5 S 37](#)). Entsprechend qualifizierte niedergelassene Onkologen sind insbesondere gleichermaßen wie Krankenhausärzte zu einer ambulanten onkologischen Nachsorge nach operativen Eingriffen in der Lage (so ausdrücklich BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 1 S 7](#)).

Dem angefochtenen Beschluss läßt sich darüber hinaus nicht mit hinreichender Deutlichkeit entnehmen, ob der Beklagte sich die - nur geschilderte, nicht aber abschließend bewertete - Auffassung des angehörten Sprechers des Berufsverbandes der Gynäkologen in D , Dr. M , zueigen machen wollte, daß bei gynäkologischen Fällen die onkologische Therapie "tunlichst in dem Krankenhaus durchgeführt werden sollte, in dem die Patientin zuvor behandelt worden ist". Dieser Gesichtspunkt kann für die dem Beigeladenen zu 8. erteilte Ermächtigung indessen schon deshalb nicht entscheidend gewesen sein, weil sie inhaltlich nicht auf die Behandlung von Patientinnen begrenzt worden ist, die zuvor im Knappschafts-Krankenhaus stationär behandelt worden waren. Hinzu kommt, daß in diesem Zusammenhang zu erörtern gewesen wäre, ob diesem Umstand nicht auch durch eine zeitlich begrenzte Möglichkeit zur teilstationären Nachbehandlung durch das Krankenhaus gemäß [§ 115a Abs 1 Nr 2 SGB V](#) Rechnung getragen werden konnte, die dazu dient, im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen; sie kommt gerade bei onkologischen Nachbehandlungen in Betracht (vgl den Sachverhalt bei BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 13](#)). Wäre das Angebot entsprechender Krankenhausleistungen gezielt zur Ermöglichung von Ermächtigungen für Krankenhausärzte eingeschränkt worden, könnte dies als rechtsmißbräuchlich anzusehen sein (vgl BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 19 S 95 f mwN](#) (ambulante Operationen)).

Anders als das LSG angenommen hat, läßt sich ein qualitativ-spezifischer Bedarf schließlich nicht daraus ableiten, daß der Beigeladene zu 8. gynäkologische und (möglicherweise) onkologische Fachkenntnisse in seiner Person vereint. Entscheidend ist insoweit, daß der Beklagte selbst Erwägungen zu der Frage, ob der Behandlung der betroffenen Patientinnen "aus einer Hand" durch einen onkologisch besonders ausgewiesenen Gynäkologen der Vorzug gegenüber einer Kooperation zweier Fachärzte einzuräumen sein könnte, gar nicht angestellt hat. Das Berufungsgericht war demgegenüber nach dem oben aufgezeigten Maßstab für die gerichtliche Überprüfung von Beurteilungsentscheidungen nicht befugt, eigene Erwägungen zur Frage des Bedarfs an die Stelle derjenigen der beklagten Behörde zu setzen (vgl zB Meyer-Ladewig, SGG, 6. Aufl 1998, § 54 RdNr 31 mwN und § 131 RdNr 12a, 12c mwN).

Stand das Vorliegen einer Versorgungslücke damit nicht objektiv fest, mußte die Erteilung einer Ermächtigung mangels Dispositionsbefugnis der Beteiligten über den Nachrang-Grundsatz des Ermächtigungsrechts (vgl BSG [SozR 3-5520 § 31 Nr 8 S 25, 31](#)) ausscheiden. Daß sich der Krankenhausarzt zu seinen Gunsten auf entsprechende Wünsche von Versicherten (vgl [§ 33 Satz 2](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)), deren Angehörigen (vgl Urteil des Senats vom 27. Juni 2001 - [B 6 KA 39/00 R](#)) oder auf die Befürwortung durch überweisungswillige Ärzte oder durch Krankenkassen berufen kann, relativiert die Sperrwirkung des Grundsatzes nicht.

Nach alledem mußte auch im vorliegenden Fall am prinzipiellen Vorrang der Zuständigkeit niedergelassener Fachärzte für die ambulante Behandlung festgehalten werden, soweit chemotherapeutische Behandlungsformen betroffen sind. Die ärztlichen WBOen haben das Gebiet der Onkologie nicht zuletzt im Interesse der Gesundheit der Patienten und um eines Qualitätsgewinns willen den Fachärzten für Innere Medizin als Weiterbildungsschwerpunkt zugewiesen. Das auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung derart anerkannte und verselbständigte fachärztliche Betätigungsfeld darf nicht unzulässig beschnitten und beeinträchtigt werden. Die onkologische Betätigung wäre aber in Frage gestellt, könnten Krankenhausärzte regelmäßig zur bloßen Gewährleistung von Behandlungsalternativen

Ermächtigungen für chemotherapeutische Behandlungen beanspruchen, denen - wie typischerweise - stationäre Maßnahmen, zB chirurgische Eingriffe, in einem Krankenhaus vorangegangen sind. Eine abweichende Situation würde nur dann bestehen, wenn im Einzelfall - von dem Beklagten hier nicht erörterte - zwingende Gründe des Patientenwohls die ambulante Weiterbehandlung durch einen an der stationären Behandlung maßgeblich beteiligt gewesenen Krankenhausarzt in der Weise erfordern, daß von einer qualitativ gleichwertigen Behandlung durch niedergelassene Ärzte nicht mehr gesprochen werden könnte. So wird - wie schon das SG angeführt hat - auch in der Literatur der Bedarf für eine Ermächtigung bejaht, wenn bei speziellen schweren Krankheitsgeschehen die zeitlich begrenzte ambulante Nachbehandlung nach einem stationären Aufenthalt im Raum steht, bei der für den Heilungsprozeß die zuvor gewonnenen Erfahrungen eines Krankenhausarztes und ein bereits entstandenes, der Heilung förderliches Vertrauen des Patienten zum Arzt nutzbar gemacht werden sollen (so Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Bd 2, § 116 SGB V RdNr 8). Derartiges setzt allerdings regelmäßig voraus, daß bereits während der stationären Behandlungsphase eine intensive Arzt-Patienten-Bindung bestand, daß ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung gegeben ist, sowie, daß sich die Nachbehandlung lediglich über einen zeitlich begrenzten, überschaubaren Rahmen erstreckt und keine therapeutische Dauermaßnahme darstellt. Die Voraussetzungen im einzelnen müßten sich in einer entsprechenden engen Umschreibung des Betätigungsfeldes für eine Ermächtigung durch fachmedizinische Eingrenzungen niederschlagen; hierüber zu befinden wären indessen zunächst die Zulassungsgremien in Ausfüllung ihres Beurteilungsspielraums berufen, nicht aber die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 und Abs 4 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-28