

B 6 KA 12/01 R

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

Datum
13.11.1996
2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
-

Datum
29.11.2000
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 12/01 R

Datum
30.01.2002

Kategorie
Urteil

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 29. November 2000 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat die außergerichtlichen Kosten des Beklagten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Umstritten ist der Umfang einer Ermächtigung.

Der Kläger ist seit 1991 leitender Arzt der Abteilung für radiologische Diagnostik am R. Krankenhaus (RNK) in W ... Der Zulassungsausschuss ermächtigte ihn für die Zeit vom 1. August 1994 bis 30. September 1996 ua zur Durchführung von Röntgenuntersuchungen auf Überweisung bestimmter ermächtigter Ärzte des RNK. Der beklagte Berufungsausschuss wies den Widerspruch, mit dem der Kläger vorrangig eine Erweiterung des Kreises der überweisungsberechtigten Krankenhausärzte erstrebte, zurück.

Das hiergegen angerufene Sozialgericht (SG) hat nach Ablauf des Ermächtigungszeitraums auf Antrag des Klägers festgestellt, dass die Entscheidung des beklagten Berufungsausschusses rechtswidrig gewesen sei, soweit ua der Kreis der überweisungsberechtigten Krankenhausärzte nicht erweitert worden sei. Die Grenzen der Zumutbarkeit seien überschritten, wenn von den Versicherten verlangt werde, lediglich zur Anfertigung von Röntgenaufnahmen das zum Zwecke der ambulanten Behandlung durch einen ermächtigten Arzt aufgesuchte Krankenhaus zu verlassen, um sich nach Durchführung der röntgenologischen Untersuchung durch einen niedergelassenen Radiologen zur Fortsetzung der Behandlung erneut in das Krankenhaus zu begeben (Urteil vom 13. November 1996).

Auf die Berufung des Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) das Urteil des SG geändert und festgestellt, der Beklagte habe zu Recht eine Erweiterung des Kreises der an den Kläger überweisungsberechtigten ermächtigten Krankenhausärzte abgelehnt. Es fehle schon an einem Fortsetzungsfeststellungsinteresse des Klägers; die Entscheidung des Beklagten sei aber auch in der Sache rechtmäßig. Für die Erbringung von radiologischen Leistungen auf Überweisung der am Krankenhaus tätigen ermächtigten Ärzte durch den Kläger gebe es keinen Bedarf. Im maßgeblichen Planungsbereich W. bestehe in der Arztgruppe der Radiologen eine Überversorgung von 134,5 %, sodass ein quantitativer Bedarf von vornherein zu verneinen sei. Soweit der Kläger geltend mache, durch das Zusammenwirken zwischen ihm und den am Krankenhaus tätigen ermächtigten Ärzten werde ein besonderer qualitativer Versorgungsbedarf abgedeckt, sei dem nicht zu folgen. In der Sache mache der Kläger keinen Überhang hinsichtlich der Qualität seiner radiologischen Diagnostik geltend, sondern wolle einen zusätzlichen Ermächtigungstatbestand für sich in Anspruch nehmen. Er sei der Auffassung, den Versicherten, die ermächtigte Krankenhausärzte aufsuchten, sei es nicht zumutbar, ggf erforderlich werdende radiologische Untersuchungen außerhalb des Krankenhauses von niedergelassenen Ärzten durchführen zu lassen, obwohl die entsprechenden personellen und medizinisch-technischen Kapazitäten am Krankenhaus selbst vorhanden seien. Eine Ermächtigung könne nach geltendem Recht nicht unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung der Bequemlichkeit der Patienten erteilt werden (Urteil vom 29. November 2000).

Mit seiner Revision rügt der Kläger eine Verletzung der [§ 116](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 31a Abs 1 Zulassungsordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), da entgegen der vorinstanzlichen Entscheidung ein Bedarf für eine umfassendere Ermächtigung bestanden habe. Sein Fortsetzungsfeststellungsinteresse sei nicht entfallen, weil der Umfang seiner Ermächtigung insbesondere im Hinblick auf den Kreis der überweisungsberechtigten Ärzte nach wie vor umstritten sei. In der Sache habe das SG in Übereinstimmung insbesondere mit der Rechtsprechung des LSG Nordrhein-Westfalen zutreffend erkannt, dass die Möglichkeit der Versicherten, radiologische Leistungen im

Krankenhaus in Anspruch zu nehmen, wenn sie auf anderen Gebieten ermächtigte Krankenhausärzte aufgesucht hätten, ein Kriterium der Bedarfsermittlung sei. Hierfür seien nämlich die Interessen der Versicherten grundsätzlich ausschlaggebend, und es liege in ihrem Interesse, radiologische Leistungen zumindest dann im Krankenhaus in Anspruch nehmen zu können, wenn sie sich einmal dort befänden und die Untersuchung noch während der anderweitigen Behandlung möglich sei. Eine Fassung des Ermächtigungsbescheides, die die Interessen der Versicherten in den Vordergrund stelle, sei im Hinblick auf [§ 70 SGB V](#) geboten, wonach die Krankenkassen und die Leistungserbringer durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken hätten. Unter qualitativen Aspekten sei von besonderer Bedeutung, dass bei Durchführung der Röntgendiagnostik im Krankenhaus auf eine erprobte und bewährte Zusammenarbeit mit den anderen an diesem Krankenhaus tätigen Fachkollegen zurückgegriffen werden könne. Die Chancen für eine genaue Diagnostik und eine anschließende erfolgreiche Behandlung würden bei einer eingespielten interdisziplinären Zusammenarbeit von am Krankenhaus tätigen Ärzten verbessert.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des LSG Niedersachsen vom 29. November 2000 zu ändern und die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des SG Hannover vom 13. November 1996 zurückzuweisen, soweit dieses Gericht festgestellt hat, dass der Bescheid des Beklagten vom 24. Juli 1995 rechtswidrig gewesen ist, soweit dieser die Erteilung einer Ermächtigung zur Durchführung von Röntgenuntersuchungen auf Überweisung aller ermächtigten Krankenhausärzte abgelehnt hat,

hilfsweise,

das Urteil des LSG Niedersachsen vom 29. November 2000 zu ändern und die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des SG Hannover vom 13. November 1996 mit der Maßgabe zurückzuweisen, dass festgestellt wird, dass der Beklagte verpflichtet war, über den Widerspruch des Klägers gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses W. vom 1. Juni 1994 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Das LSG habe zu Recht festgestellt, dass kein Bedarf für die vom Kläger angebotenen Leistungen bestehe. Die Röntgenleistungen, die der Kläger erbringen wolle, könnten auch von den in W. niedergelassenen Ärzten für Radiologie durchgeführt werden. Die von ihm erstrebte Ermächtigung sei mit dem aus [§ 116 SGB V](#) abzuleitenden Vorrang der niedergelassenen Ärzte im Rahmen der ambulanten Versorgung nicht vereinbar. Das Begehren des Klägers laufe darauf hinaus, dass durch die Ermächtigung eines Arztes am Krankenhaus die von diesem Arzt für notwendig gehaltenen Zusatzuntersuchungen von anderen Krankenhausärzten ebenfalls im Wege einer Ermächtigung erbracht werden könnten, obwohl hierfür ein Bedarf nicht gegeben sei.

Die zu 1. beigeladene Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält die Auffassung des Klägers für unvereinbar mit dem Grundsatz des Vorranges der niedergelassenen Ärzte im Rahmen der ambulanten Versorgung der Versicherten.

Der zu 3. beigeladene BKK-Landesverband unterstützt die Auffassung des Klägers, soweit gewährleistet sei, dass die radiologische Diagnostik in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung im Krankenhaus durchgeführt werden könne.

Die übrigen Beigeladenen äußern sich im Revisionsverfahren nicht.

II

Die Revision des Klägers ist nicht begründet. Das LSG hat im Ergebnis zutreffend entschieden, dass die angefochtene Entscheidung des beklagten Berufungsausschusses, den Kreis der an den Kläger überweisungsberechtigten Krankenhausärzte nicht zu erweitern, rechtmäßig gewesen ist.

Die Fortsetzungsfeststellungsklage des Klägers, mit der er sein Begehren nach Ablauf des ursprünglichen, bis zum 30. September 1996 befristeten Ermächtigungszeitraumes weiterverfolgt, ist entgegen der Auffassung des LSG zulässig. Das erforderliche Fortsetzungsfeststellungsinteresse ([§ 131 Abs 1 Satz 3 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) ist unter dem Gesichtspunkt der Wiederholungsgefahr zu bejahen. Der Annahme eines Feststellungsinteresses steht hier nicht entgegen, dass die Entscheidung über die Erteilung einer Ermächtigung auch das Bestehen einer Versorgungslücke voraussetzt, also von der sich von Fall zu Fall ändernden Bedarfslage abhängig ist. In der Rechtsprechung des Senats ist anerkannt, dass ein Fortsetzungsfeststellungsinteresse gegeben ist, wenn sich eine entscheidungserhebliche Rechtsfrage mit einiger Wahrscheinlichkeit bei Folgeermächtigungen erneut stellen wird (zuletzt Urteil vom 12. September 2001 - [B 6 KA 86/00 R](#) - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; s weiter BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr 30](#) S 148; [SozR 3-2500 § 116 Nr 14](#) S 75 f mwN). Das ist hier der Fall. Bei dem geltend gemachten Ermächtigungsanspruch kommt der örtlichen Versorgungslage nur eine untergeordnete Rolle zu. Von Anfang an war und ist nicht umstritten, dass die vom Kläger erstrebte Erweiterung seiner Ermächtigung ausschließlich Leistungen umfasst, die von den niedergelassenen Ärzten am Ort in ausreichendem Umfang und in der gebotenen Qualität angeboten werden. Insofern greift der Hinweis des Berufungsgerichts auf die Änderung der Planungsbereiche nach Erlass des hier angefochtenen Bescheides des Beklagten nicht durch. Der Kläger hat hinreichend dargelegt, dass die zu entscheidende Streitfrage auch gegenwärtig und in Zukunft zwischen ihm und den Zulassungsgremien unterschiedlich beurteilt wird. Er ist vom Zulassungsausschuss für die Zeit vom 1. Oktober 2000 bis 30. September 2002 ermächtigt worden, und hinsichtlich des Umfangs der Ermächtigung ist ein Klageverfahren anhängig, in dem es ua um die hier umstrittene Frage geht.

In der Sache ist der Bescheid des Beklagten, mit dem der Kläger nicht für radiologische Untersuchungen auf Überweisungen von allen am RNK tätigen ermächtigten Krankenhausärzten, insbesondere von Kinderärzten und Gynäkologen ermächtigt wurde, rechtmäßig. Rechtsgrundlage der Entscheidung ist [§ 116 SGB V](#), § 31a Abs 1 Ärzte-ZV. Nach diesen Vorschriften kann der Zulassungsausschuss mit Zustimmung des Krankenhausträgers einen Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen, soweit und solange deren ausreichende ärztliche Versorgung ohne die besonderen

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Der in dieser Formulierung zum Ausdruck kommende Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte gilt für den gesamten Bereich der ambulanten Krankenversorgung und mithin auch für diagnostische Leistungen auf Überweisungen von denjenigen Ärzten, die die Patienten unmittelbar behandeln. Nicht nur die eigenverantwortliche ambulante Behandlung, sondern auch die Beratung und Unterstützung eines anderen Vertragsarztes bei dessen Behandlung obliegen in erster Linie den entsprechend weitergebildeten und qualifizierten Vertragsärzten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) setzt die Erteilung einer Ermächtigung gemäß [§ 116 SGB V](#), § 31a Abs 1 Ärzte-ZV an einen weitergebildeten Krankenhausarzt einen quantitativ-allgemeinen oder einen qualitativ-speziellen Versorgungsbedarf voraus, bei dessen Überprüfung und Feststellung die Zulassungsgremien über einen der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglichen Beurteilungsspielraum verfügen ([BSGE 73, 25](#), 29 = [SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 29](#); [BSGE 74, 257](#), 260 = [SozR 3-5540 § 5 Nr 1 S 4](#)). Die Entscheidung des Beklagten, den Kläger nicht umfassend zur radiologischen Diagnostik auf Überweisung aller am RNK tätigen ermächtigten Krankenhausärzte zu ermächtigen, hält sich im Rahmen des ihm zustehenden Beurteilungsspielraums.

Ein quantitativ-allgemeiner Bedarf liegt vor, wenn in einem Planungsbereich in einer Arztgruppe zu wenige niedergelassene Ärzte vorhanden sind, um den Bedarf zu decken (s zuletzt Urteil des Senats vom 12. September 2001 - [aaO](#)). Das ist hier nicht der Fall; denn in der Arztgruppe der Radiologen bestand in dem Planungsbereich, in dem das RNK gelegen ist, eine Überversorgung, die sich im streitbefangenen Zeitraum vom 1. August 1994 bis zum 30. September 1996 auf 134 % belief; zu diesem Zeitpunkt erfasste der Planungsbereich, in dem das Krankenhaus gelegen ist, nur die Stadt W ... Seit der Zusammenlegung der Planungsbereiche der Stadt W. und des Kreises F. hat sich der Grad der Überversorgung noch erhöht. Der Kläger selbst macht ein allgemeines Versorgungsdefizit hinsichtlich der konventionellen radiologischen Diagnostik auch nicht geltend.

Das Vorliegen eines qualitativ-speziellen Bedarfs, auf den der Kläger im Kern abhebt, setzt voraus, dass ein Krankenhausarzt besondere, für eine ausreichende Versorgung notwendige Untersuchungs- und Behandlungsleistungen anbietet, die von den niedergelassenen Ärzten nicht bzw nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden (s zuletzt Urteil des Senats vom 12. September 2001 - [aaO](#)). Dass ein solcher Bedarf allgemein für die "Durchführung von Röntgenleistungen" nicht bestehen kann, liegt auf der Hand. Die niedergelassenen Vertragsärzte, die als Fachärzte für Radiologie in radiologischen Praxen zugelassen sind, können grundsätzlich alle Leistungen ihres Fachgebietes in qualitativ ausreichendem Umfang erbringen. Zudem wird weder geltend gemacht noch ist ersichtlich, dass bestimmte Untersuchungsverfahren im Planungsbereich nur von dem Kläger angeboten werden oder nur mit medizinisch-technischen Geräten durchgeführt werden können, die allein am Krankenhaus und nicht in den Praxen der in W. tätigen niedergelassenen Radiologen vorhanden sind.

Der Kläger macht demgegenüber geltend, im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten sei es geboten, ihn die bei der ambulanten Behandlung von Versicherten durch ermächtigte Ärzte am RNK erforderlich werdende radiologische Diagnostik vornehmen zu lassen. Nur auf diese Weise könnten den Versicherten vermeidbare Belastungen durch das Unterbrechen einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus zum Aufsuchen eines niedergelassenen Radiologen erspart und bewährte Kooperationsstrukturen aus der stationären Behandlung im Krankenhaus auch im Rahmen der ambulanten Behandlung genutzt werden. Beide Gesichtspunkte vermögen indessen einen Bedarf iS der [§ 116 Satz 2 SGB V](#), § 31a Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV nicht zu begründen.

Der Kläger verweist zunächst darauf, der Beklagte habe ihn zur radiologischen Diagnostik auf Überweisung des am Krankenhaus tätigen Unfallchirurgen ermächtigt, und vermisst sachgerechte Erwägungen darüber, weshalb eine entsprechende Befugnis nicht auch den anderen am Krankenhaus tätigen Ärzten, insbesondere den Gynäkologen und den Kinderärzten, eingeräumt worden ist. Dabei beachtet er nicht hinreichend, dass ihn der Beklagte nicht umfassend auf Überweisung durch den Unfallchirurgen am Krankenhaus ermächtigt, sondern diese Ermächtigung lediglich in eingeschränktem Umfang erteilt hat. Die Ermächtigung gestattet dem Kläger zum einen die Durchführung von Röntgenuntersuchungen auf Überweisung durch den Unfallchirurgen nur im Rahmen der ambulanten Nachbehandlung nach ambulanten operativen Eingriffen bei Durchführung der Leistungen am gleichen Tag wie die Behandlung durch den Unfallchirurgen sowie zum anderen bei fehlenden und unzureichenden Röntgenbildern im Rahmen der ambulanten Vorbehandlung. Mit der so gefassten Ermächtigung trägt der Beklagte der Erwägung Rechnung, dass die Behandlung eines Patienten nach einer ambulanten Operation durch den Krankenhausarzt kurzfristig unabhängig vom Vorliegen eines Notfalls Röntgenuntersuchungen erforderlich machen kann, die an dem Ort durchgeführt werden müssen, an dem sich der Patient nach der Operation befindet. Soweit dies den medizinischen Notwendigkeiten in der Phase der postoperativen Behandlung entspricht, dürfen die Zulassungsgremien den Krankenhausradiologen entsprechend ermächtigen. Anderenfalls liefe die Ermächtigung des am Krankenhaus tätigen Unfallchirurgen zur Durchführung ambulanter Operationen möglicherweise leer, weil der erforderliche Standard der Diagnostik in der sich an die Operation anschließenden Phase nicht gewährleistet wäre. Es ist weder vom Berufungsgericht festgestellt noch vom Kläger geltend gemacht worden, dass insbesondere bei den am Krankenhaus tätigen Gynäkologen und Kinderärzten eine mit dem Unfallchirurgen und dessen ambulanter operativer Tätigkeit vergleichbare Situation der Angewiesenheit auf die sofortige Einholung von Röntgenaufnahmen bei aus gesundheitlichen Gründen bestehender Immobilität des Patienten besteht.

Die vom Kläger begehrte Ausdehnung des Kreises der zur Überweisung an den Krankenhausradiologen berechtigten Ärzte über die - wie dargestellt - stark eingeschränkte Ermächtigung auf Überweisung des Unfallchirurgen hinaus widerspricht dem Nachrang der Ermächtigung von Krankenhausärzten und dem Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte im Rahmen der ambulanten Versorgung der Patienten. Versicherte, die niedergelassene Kinderärzte oder Gynäkologen aufsuchen, müssen in aller Regel die im Zuge der Behandlung erforderlichen radiologischen Untersuchungen bei anderen niedergelassenen Ärzten durchführen lassen, und zwar schon deshalb, weil ihre behandelnden Ärzte weder in der Lage noch berechtigt sind, selbst radiologische Untersuchungen vorzunehmen. Das ist die unvermeidliche Konsequenz einer sich fortschreitend spezialisierenden Medizin. Im Rahmen einer ihrerseits spezialisierten fachärztlichen Behandlung ist es vielfach unumgänglich, Befunde aus diagnostischen Fächern wie der Radiologie, der Pathologie bzw der Laboratoriumsmedizin einzubeziehen, die der behandelnde Facharzt nicht selbst erheben und/oder umfassend auswerten kann. Weshalb von diesem für die ambulante fachärztliche, gelegentlich auch für die hausärztliche Behandlung, selbstverständlichen Modell abgewichen werden soll, wenn die Behandlung wegen eines entsprechenden Versorgungsdefizits im Bereich der niedergelassenen Ärzte ausnahmsweise einem hauptberuflich im Krankenhaus tätigen Arzt übertragen werden darf, ist nicht ersichtlich.

Der Patient, der einen ermächtigten Krankenhausarzt zur ambulanten Behandlung aufsucht, ist grundsätzlich in keiner anderen Lage als ein Patient, der sich in die Behandlung eines niedergelassenen Vertragsarztes begibt. Beide Ärzte können ggf darauf angewiesen sein, die Ergebnisse solcher diagnostischen Untersuchungen in ihre Behandlungsplanung einzubeziehen, die sie nicht selbst durchführen können. Sie sind deshalb gehalten, den Patienten zur Durchführung der entsprechenden Untersuchungen an einen fachlich spezialisierten Arzt zu

überweisen bzw. - soweit es ermächtigte Krankenhausärzte betrifft - die Überweisung durch den behandelnden niedergelassenen Arzt zu veranlassen. Allein der Umstand, dass bei Durchführung der eigentlichen Behandlung durch einen Krankenhausarzt die technische Möglichkeit besteht, die radiologischen oder sonstigen Zusatzuntersuchungen von einem Arzt durchführen zu lassen, der räumlich im selben Gebäude wie der behandelnde Arzt tätig ist, indiziert noch nicht generell das Vorliegen eines entsprechenden Bedarfs iS der [§ 116 Satz 2 SGB V](#), § 31a Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV. Soweit das LSG Nordrhein-Westfalen in seinen auch vom Kläger angeführten Urteilen vom 14. Oktober 1992 - [L 11 Ka 47/91](#) - ([MedR 1993 S 159](#)) und vom 25. August 1993 - [L 11 Ka 6/93](#) - einen anderen Standpunkt einnehmen sollte, könnte der Senat dem nicht folgen (gegen das LSG Nordrhein-Westfalen insoweit auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13. September 2000 - [L 5 KA 4960/99](#) -). Das gilt insbesondere für die generalisierende Aussage des LSG Nordrhein-Westfalen, für die Ermittlung eines Bedarfs iS der [§ 116 Satz 2 SGB V](#), § 31a Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV seien die Interessen der Versicherten "grundsätzlich ausschlaggebend". Die Angewiesenheit der Versicherten auf eine quantitativ ausreichende und qualitativ hochwertige ambulante vertragsärztliche Versorgung hat den Gesetzgeber bewogen, weitergebildete Krankenhausärzte dann in die ambulante Versorgung einzubeziehen, wenn allein ihre besonderen Kenntnisse und Erfahrungen eine Erfolg versprechende Behandlung der Versicherten gewährleisten. Soweit das Abstellen auf die Interessen der Versicherten indessen dazu dienen soll, dass diese sich unabhängig von einem konkreten Bedarf für die ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte immer dann entscheiden dürfen, wenn dies gegenüber der Inanspruchnahme eines gleich qualifizierten niedergelassenen Arztes mit tatsächlichen oder vermeintlichen Vorteilen verbunden ist, kann sich daran nach geltendem Recht die Ermächtigungspraxis der Zulassungsgremien nicht ausrichten. Solange weder Krankenhausärzte noch Krankenhäuser als Institutionen generell zur ambulanten Behandlung der Versicherten berechtigt sind, muss ihre Einbeziehung in die Versorgung und damit verbunden ihre Berechtigung, Leistungen zu Lasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erbringen zu dürfen, auf die im Gesetz selbst vorgesehenen Konstellationen beschränkt bleiben. Allein der Gesetzgeber ist berechtigt, insoweit nachhaltige Änderungen der Struktur der ambulanten Versorgung herbeizuführen.

Im Übrigen ist nicht erkennbar, dass eine Ermächtigung des Klägers zur Durchführung radiologischer Untersuchungen auf Überweisung aller am RNK tätigen ermächtigten Krankenhausärzte in zahlreichen Fällen zum Tragen kommen könnte, jedenfalls soweit die Zulassungsgremien die gebotenen Beschränkungen, wie zB die Durchführung der radiologischen Diagnostik nur am Tag der Behandlung durch den anderen ermächtigten Arzt und die Einführung der erhobenen Befunde in die laufende Behandlung des Versicherten während seines Aufenthaltes im Krankenhaus, beachten. Für radiologische Leistungen, die im Rahmen postoperativer unfallchirurgischer Behandlungen erforderlich werden, ist der Kläger bereits ermächtigt. Für akute Notfallbehandlungen bedarf er keiner Ermächtigung. Zahlreiche, insbesondere internistische Röntgenuntersuchungen bedürfen der Vorbereitung bzw. Vorbehandlung des Patienten etwa im Hinblick auf eine Regelung der Nahrungsaufnahme, auf die Einführung von Kontrastmitteln bzw. eine Magen- bzw. Darmentleerung. Derartige Leistungen können damit schon aus der Natur der Sache nicht anlässlich der ambulanten Behandlung eines Patienten durch einen am Krankenhaus tätigen ermächtigten Gynäkologen, Internisten oder Kinderarzt auf kurzfristige Anforderung umgehend erfolgen. Deshalb besteht unter diesem Gesichtspunkt kein Anlass, derartige radiologische Untersuchungen durch den Kläger an Stelle der dafür nach der gesetzlichen Regelung vorrangig berufenen niedergelassenen Radiologen durchführen zu lassen.

Nach alledem steht die Entscheidung des Beklagten, den Kläger nicht auf Überweisung von allen am Krankenhaus tätigen ermächtigten Ärzten zur radiologischen Diagnostik zu ermächtigen, mit den gesetzlichen Vorgaben für die Ermächtigung von Krankenhausärzten im Einklang. Das LSG hat die auf Feststellung der Rechtswidrigkeit dieser Entscheidung gerichtete Klage deshalb zu Recht abgewiesen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) in der bis zum In-Kraft-Treten des 6. SGG-Änderungsgesetzes (6. SGGÄndG) vom 17. August 2001 ([BGBl I 2144](#)) am 2. Januar 2002 geltenden Fassung (aF), die im vorliegenden Fall noch anzuwenden ist. Danach besteht keine Verpflichtung des Klägers, neben den außergerichtlichen Kosten des Beklagten auch diejenigen der zu 1. beigeordneten KÄV zu erstatten.

Gemäß [§ 193 Abs 4 Satz 2 SGG](#) aF sind die außergerichtlichen Kosten von Behörden, Körperschaften bzw. Anstalten des öffentlichen Rechts nur erstattungsfähig, soweit diese als Kläger oder Beklagte an einem sozialgerichtlichen Verfahren beteiligt sind. Eine Erstattung zu Gunsten dieser Institutionen ist ausgeschlossen, soweit sie als Beigeladene an einem Verfahren beteiligt sind. Das gilt auch dann, wenn sie im jeweiligen Rechtszug einen Antrag gestellt und mit diesem obsiegt haben ([BSGE 78, 284, 290 = SozR 3-2500 § 311 Nr 4](#)). Deshalb muss der Kläger die außergerichtlichen Kosten der zu 1. beigeordneten KÄV nicht erstatten, obwohl die KÄV mit ihrem im Revisionsverfahren gestellten Antrag erfolgreich gewesen ist. Ob auch nach neuem Recht in diesem Sinne zu entscheiden wäre, ist hier nicht zu klären; denn in Verfahren, die vor dem In-Kraft-Treten des 6. SGG ÄndG anhängig gewesen sind, ergeht die Kostenentscheidung in jedem Rechtszug unabhängig vom Entscheidungszeitpunkt auf der Grundlage des [§ 193 SGG](#) aF, wie sich sowohl aus Sinn und Zweck als auch aus der Entstehungsgeschichte der maßgeblichen Übergangsregelung des 6. SGGÄndG ergibt.

Das Kostenrecht des sozialgerichtlichen Verfahrens ist mit Wirkung vom 2. Januar 2002 ([Art 19 Satz 3 6. SGGÄndG](#)) grundlegend umgestaltet worden. In den in [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) umschriebenen Verfahren, zu denen auch vertragsarztrechtliche Streitigkeiten rechnen, entfällt die Gerichtskostenfreiheit. Gerichtskosten werden nunmehr nach den Vorschriften des Gerichtskostengesetzes (GKG) erhoben. Für die Frage, wer im Verhältnis der Beteiligten zueinander die im Rechtsstreit entstandenen Kosten zu tragen hat, ordnet das Gesetz die entsprechende Anwendung der [§§ 154 bis 162](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) an ([§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#)). Die Aufhebung der Gerichtskostenfreiheit ua der vertragsarztrechtlichen Streitigkeiten erfasst nach der Übergangsregelung des [Art 17 Abs 1 Satz 2 6. SGGÄndG](#) solche Verfahren nicht, die vor dem In-Kraft-Treten dieses Gesetzes rechtshängig waren. Wie ein Vergleich mit [Art 17 Abs 1 Satz 1 6. SGGÄndG](#) zeigt, wird damit für diese Verfahren nicht auf den jeweiligen Rechtszug abgestellt (s demgegenüber auch [§ 184 Abs 1 Satz 2 SGG](#) nF). Der Fortbestand der Gerichtskostenfreiheit für die in [§ 197a SGG](#) bezeichneten, beim In-Kraft-Treten des 6. SGGÄndG rechtshängigen Verfahren ergibt sich aus der gesetzlich angeordneten Weitergeltung des [§ 183 SGG](#). Eine ausdrückliche Regelung, nach welchen Vorschriften in diesen Verfahren ab dem In-Kraft-Treten des 6. SGGÄndG die Kostengrundentscheidung zu treffen ist, ist in Art 17 aaO nicht enthalten. Aus der Entstehungsgeschichte der Übergangsregelung und ihrem Zweck ist jedoch abzuleiten, dass die Anordnung der Weitergeltung des alten Rechts nicht nur die Gerichtskosten, sondern auch die Vorschriften für die Kostentragungspflicht der Beteiligten erfasst.

In der Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung ist die als Art 17 Abs 1 aaO unverändert Gesetz gewordene Regelung des Art 18 damit begründet worden, es sollten die Fälle festgelegt werden, "in denen das alte Gebührenrecht nach Inkrafttreten der Neuregelungen weiter anzuwenden ist" ([BT-Drucks 14/5943 S 32](#)). Das bedeutet zunächst, dass über den Wortlaut des [Art 17 Abs 1 6. SGGÄndG](#) hinaus in

den vertragsärztlichen Streitverfahren, in denen auch ab dem 2. Januar 2002 keine Gerichtskosten anfallen, weiterhin die Pauschgebühren nach [§ 184 SGG](#) zu entrichten sind. Es kann nicht angenommen werden, dass der Gesetzgeber die Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts für den Zeitraum, in dem die in [§ 197a Abs 1 SGG](#) umschriebenen Verfahren noch gerichtskostenfrei sind, von der Verpflichtung hat freistellen wollen, die Pauschgebühr für jeden Rechtszug zu entrichten. Die Gesetzesbegründung lässt mit hinreichender Deutlichkeit erkennen, dass die Einführung von Gerichtskosten ua in den vertragsärztlichen Verfahren den bisherigen, durch die Kombination von Gerichtskostenfreiheit für die natürlichen Personen und Pauschgebührenpflicht für die beteiligten Körperschaften und Anstalten geprägten Rechtszustand ablösen soll ([BT-Drucks 14/5943 S 28 f](#) zu Art 1 Nr 68 (§ 197a)). Erst wenn tatsächlich Gerichtskosten erhoben werden können, entfällt nach dieser Gesetzeskonzeption die Pauschgebühr.

Weiterhin ist aus der Entscheidung des Gesetzgebers für die Weitergeltung des bisherigen Gebührenrechts in rechtshängigen Verfahren abzuleiten, dass insoweit auch für die Kostenentscheidungen im Übrigen das alte Recht weiterhin anzuwenden ist und in vertragsärztlichen Streitverfahren demnach [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) aF uneingeschränkt gilt.

Bedeutung hat das in erster Linie für die Frage, ob die außergerichtlichen Kosten der zum Rechtsstreit beigeladenen Behörden, Körperschaften bzw Anstalten des öffentlichen Rechts erstattungsfähig sind. Nach [§ 193 Abs 4 Satz 2 SGG](#) aF ist das - wie oben dargelegt - ausgeschlossen. Nach [§ 162 Abs 3 VwGO](#), der in Zukunft über [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) auch in vertragsarztrechtlichen Streitigkeiten entsprechende Anwendung findet, sind die außergerichtlichen Kosten des Beigeladenen erstattungsfähig, wenn sie das Gericht aus Billigkeit der unterliegenden Partei oder der Staatskasse auferlegt. [§ 162 Abs 3 VwGO](#) beschränkt nach seinem Wortlaut die Erstattungsfähigkeit der außergerichtlichen Kosten des Beigeladenen nicht auf natürliche Personen oder juristische Personen des Privatrechts. Eine derartige Einschränkung ist darüber hinaus weder der Verweisungsnorm des [§ 197a SGG](#) noch der Gesetzesbegründung zu dieser Bestimmung zu entnehmen. Diese befasst sich allein mit der Frage, unter welchen Voraussetzungen dem Beigeladenen Kosten auferlegt werden können ([BT-Drucks 14/5943 S 29](#), zu Art 1 Nr 68 (§ 197a)), verhält sich aber nicht zu dem in [§ 162 Abs 3 VwGO](#) geregelten Sachverhalt, welche übrigen Beteiligten verpflichtet sind, die Kosten des Beigeladenen zu erstatten. Würde nunmehr in bereits rechtshängigen Verfahren die Möglichkeit bestehen, dem unterlegenen Kläger auch die Erstattung der außergerichtlichen Kosten eines im Rechtsstreit obsiegenden Beigeladenen aufzuerlegen, würde sich sein Kostenrisiko während der Anhängigkeit des Rechtsstreits nachhaltig erhöhen.

Das BSG hat in seiner Rechtsprechung an dem in allen Prozessordnungen geltenden Grundsatz festgehalten, dass Änderungen des Prozessrechts beim Fehlen von abweichenden Übergangsbestimmungen auch laufende Verfahren erfassen ([BVerfGE 65, 76, 98](#)), aber betont, dass die Anwendung dieses Grundsatzes unter dem Vorbehalt der Vereinbarkeit mit den rechtsstaatlichen Grundsätzen der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes steht (grundlegend [BSGE 72, 148, 156 = SozR 3-2500 § 15 Nr 1 S 9](#); s ua weiter BSG [SozR 3-5555 § 15 Nr 1 S 10 ff](#)). Deshalb hat es die Neufassung des [§ 193 Abs 4 Satz 2 SGG](#) durch Art 15 Nr 2 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)), nach der ua in vertragsärztlichen Streitigkeiten die Aufwendungen der Behörden und Körperschaften des öffentlichen Rechts erstattungsfähig waren, verfassungskonform nur auf Klagen bzw Rechtsmittel angewandt, die nach In-Kraft-Treten der Neuregelung erhoben bzw eingelegt worden sind (BSGE aaO = SozR aaO). Ohne ausdrückliche gesetzliche Regelung kann nicht angenommen werden, dass ein Verfahrensbeteiligter nachträglich einem Kostenrisiko ausgesetzt werden soll, das bei Beginn des Prozesses noch nicht gegeben war. Das gilt auch, soweit nach Rechtshängigkeit der Kreis der Personen oder Institutionen erweitert wird, die gegen einen unterliegenden Beteiligten Kostenerstattungsansprüche geltend machen können.

Der erkennende Senat hat die Nichtanwendbarkeit des [§ 193 Abs 4 Satz 2 SGG](#) aF auf die Beigeladenen ua damit begründet, dass sich andernfalls das Kostenrisiko für einen Kläger erheblich und in schwer kalkulierbarer Weise ausweiten würde. Angesichts der großen Zahl von notwendig beizuladenden Körperschaften und/oder Behörden in vertragsärztlichen Streitverfahren könnten Kostenerstattungsansprüche in erheblichem Umfang entstehen, wenn mehrere Beigeladene, die sich von verschiedenen Anwälten vertreten lassen, erfolgreich Rechtsmittel einlegen ([BSGE 78, 284, 290 = SozR 3-2500 § 311 Nr 4 S 29 f](#); Urteil vom 19. März 1997 - [6 RKa 61/95](#) - insoweit in [SozR 3-1500 § 166 Nr 6](#) nicht abgedruckt). Ob den Klägern dieses Risiko zugemutet und ob ggf die Kostentragungspflicht in bestimmtem Umfang begrenzt werden soll, kann nur der Gesetzgeber entscheiden. Ob sich der Gesetzgeber des 6. SGGÄndG dieser insoweit wohl nur in vertragsärztlichen Streitverfahren bestehenden besonderen Konstellation einer großen Zahl notwendig beizuladender Körperschaften und Institutionen bewusst gewesen ist und der Praxis die Bewältigung dieser Problematik unter dem in [§ 162 Abs 3 VwGO](#) angesprochenen Gesichtspunkt der Billigkeit hat überlassen wollen, kann hier offen bleiben. Jedenfalls ist ohne ausdrücklichen Hinweis im Gesetz oder in der Begründung dazu nicht anzunehmen, dass die gravierende Ausweitung der Kostenerstattungspflicht zu Gunsten möglicherweise zahlreicher Beigeladener auch rechtshängige Verfahren erfassen sollte, zumal die Übergangsvorschriften ansonsten für das Gebührenrecht die Fortgeltung der bisherigen Vorschriften des SGG anordnen.

Der Einwand, auf Grund dieser Rechtsauffassung seien jahrelang Vorschriften des neuen und des alten Rechts nebeneinander anzuwenden, trifft zwar zu, führt aber nicht zu einer anderen Beurteilung. Auf Grund der in [Art 17 Abs 1 Satz 2 6. SGGÄndG](#) vorgeschriebenen Weitergeltung des alten Gebührenrechts in bereits rechtshängigen Verfahren müssen für einen längeren Zeitraum in bestimmten Verfahren die Bestimmungen des GKG und in anderen die Vorschriften der [§§ 183 ff SGG](#) aF angewandt werden. Die insoweit bestehenden Unterschiede sind von erheblicher größerer praktischer Auswirkung als diejenigen bei der Anwendung einerseits des [§ 193 SGG](#) in seiner alten Fassung und andererseits der [§§ 154 ff VwGO](#) über [§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-28