

L 11 KA 97/08

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 19 KA 10/08
Datum
17.09.2008
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 97/08
Datum
11.02.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgericht Duisburg vom 17.09.2008 abgeändert. Der Beklagte wird unter Aufhebung seines Beschlusses vom 04.06.2008 verpflichtet über den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid des Zulassungsausschusses vom 05.03.2008 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates neu zu entscheiden. Der Beklagte und der Beigeladene zu 7) tragen die Kosten beider Rechtszüge zu je 1/2 als Gesamtschuldner. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob dem Beigeladenen zu 7) zu Recht eine Ausnahmeregelung nach § 73 Abs. 1a Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) hinsichtlich bestimmter gastroenterologischer und koloskopischer Leistungen erteilt worden ist.

Der 1974 geborene Beigeladene zu 7) ist seit 2006 Arzt für Innere Medizin und führt seit Mai 2007 die Schwerpunktbezeichnung "Gastroenterologie". Seit dem 01.07.2007 ist er als Facharzt für Innere Medizin mit Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaft mit seinem Vater, Dr. X M, für den Vertragsarztsitz am O 00 in X zugelassen (Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte - Düsseldorf - Kammer II vom 20.06.2007). Einen Antrag auf Teilnahme an der fachärztlichen internistischen Versorgung in X lehnten die Zulassungsgremien unter Hinweis darauf ab, dass kein Bedarf bestehe. Die hiergegen gerichtete Klage (S 19 KA 8/07 Sozialgericht (SG) Duisburg) endete durch Erledigungserklärung am 16.08.2007. Dem lag zu Grunde, dass der Zulassungsausschuss (Beschluss vom 25.07.2007) den Beigeladenen zu 7) mit Wirkung ab dem 26.07.2007 im Rahmen des Sonderbedarfs zur Erbringung ausschließlich gastroenterologischer Leistungen für den Vertragsarztsitz K-M1-Str. 0 in X zugelassen hatte. Auf den Widerspruch der Klägerin hob der Beklagte den Beschluss des Zulassungsausschusses auf. Die hiergegen gerichtete Klage des Beigeladenen zu 7) hatte Erfolg (Urteil des Sozialgerichts (SG) Duisburg vom 17.09.2008 - [S 19 KA 1/08](#) -). Auf die Berufung der Klägerin ist der Beklagte zur Neubescheidung verurteilt worden (Senatsurteil vom 11.02.2009 - [L 11 KA 98/08](#) -).

Mit Beschluss vom 05.03.2008 erteilte der Zulassungsausschuss dem Beigeladenen zu 7) eine Ausnahmegenehmigung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) als Facharzt für Innere Medizin mit der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung für Leistungen nach den Ziffern 01741, 01742, 13400 bis 13402 sowie 13421 bis 13424 EBM befristet bis zum 31.12.2010. Zur Begründung führte der Zulassungsausschuss u.a. aus: Die Anzahl der für den Bereich X ausgesprochenen Ermächtigungen zeige einen Bedarf für koloskopische und gastroroskopische Leistungen auf. Die an Xer Krankenhäusern ermächtigten Ärzte erbrächten keine Leistungen nach der EBM-Ziffer 13421. Auch für kurative Koloskopien bestehe in X ein Bedarf, denn dem Ausschuss sei kein in X niedergelassener Arzt bekannt, der solche Leistungen anbiete oder abrechne. Den teilweise älteren Patienten sei nach einer Vorbereitung zur Koloskopie der weite Weg zu den in E niedergelassenen Gastroenterologen Dr. F-T/L nicht zuzumuten.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch begründete die Klägerin damit, dass der Beigeladene zu 7) als Internist zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung zugelassen sei. Die genehmigten Leistungen seien nicht dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet. Gastroenterologische Leistungen würden im Planungsbereich X durch den in N niedergelassenen Internisten Dr. Q sowie durch die Berufsausübungsgemeinschaft Dr. F-T/L in E erbracht. Die Wege von I bzw. X nach E seien den Patienten zumutbar. Im Übrigen würden gastroenterologische Leistungen über ambulante Operationen in Krankenhäusern nach Maßgabe des [§ 115b SGB V](#) sichergestellt.

Dem ist der Beigeladene zu 7) entgegengetreten. Die EBM-Ziffern 01741 und 01742 seien arztgruppenübergreifenden Gebührenpositionen zugeordnet. Die ihm zugesprochene Ausnahmegenehmigung habe er nur als eine "Behelfslösung" beantragt, solange über seinen Antrag auf Sonderbedarfszulassung nicht rechtskräftig entschieden sei. Die Wartezeiten für kurative Koloskopien lägen derzeit bei den niedergelassenen Kollegen bei acht und bei den Krankenhäusern zwischen vier und fünf Wochen.

Mit Beschluss vom 04.06.2008 hat der Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurückgewiesen. Nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) würden an der hausärztlichen Versorgung u.a. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung teilnehmen, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt hätten. Einem Internisten sei es gestattet, sich für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung auch dann zu entscheiden, wenn er z.B. die Zusatzbezeichnung "Gastroenterologie" führe. Das treffe auf den Beigeladenen zu 7) zumindest solange zu, wie über seinen Antrag, als Facharzt für Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie zur Erbringung ausschließlich gastroenterologischer Leistungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden, nicht rechtskräftig entschieden worden sei. Der Bedarf für die dem Beigeladenen zu 7) erteilte Ausnahmeregelung ergebe sich aus einer entsprechenden Anwendung von Nr. 24 Ziff. a) und b) der Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte (BedarfsplanungsRL-Ä). Die Voraussetzungen dieser Vorschrift lägen vor. Bei der Stadt X handele es sich um den "Teil" des großräumigen Landkreises X. In der Stadt X gebe es keinen niedergelassenen Gastroenterologen. Es seien lediglich drei Krankenhausärzte (Dr. C, Dr. L und Dr. I1) an verschiedenen Krankenhäusern ermächtigt. Wenn Nr. 24 b) Bedarfsplanungs-RL-Ä klarstelle: "Eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern bleibt außer Betracht", entspreche dies dem Grundsatz, dass die persönliche Ermächtigung eines Krankenhaus-Facharztes gegenüber Zulassungen von Ärzten und Med. Versorgungszentren nachrangig sei. Zwar sei mit Beschluss vom 21.11.2007 der Antrag des Beigeladenen zu 7) auf Zulassung als Facharzt für Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie zur Erbringung ausschließlich gastroenterologischer Leistungen zur vertragsärztlichen Versorgung mit der Begründung abgelehnt worden, Ermächtigungen seien bei der Frage des Bedarfs zu berücksichtigen, soweit und solange diese gültig seien. Dieses Argument könne nicht mehr herangezogen werden, nachdem der Zulassungsausschuss für Ärzte Düsseldorf mit Beschluss vom 26.03.2008 die Ermächtigung von Dr. C mit Wirkung vom 01.04.2008 bis zum 31.03.2009 mit der Begründung erneuert habe, die Klägerin habe in ihrer Stellungnahme vom 26.03.2008 mitgeteilt, dass der Antrag auf Erneuerung der Ermächtigung unter dem Gesichtspunkt eines Versorgungsbedarfs grundsätzlich für die Dauer von zwei Jahren im bestehenden Umfang befürwortet werde. Sofern ein Bedarf für eine Ermächtigung festgestellt werde, bestehe erst recht ein Bedarf für eine Genehmigung im Sinne des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#). Da Nr. 24 a) BedarfsplanungsRL-Ä ausdrücklich auch auf "Teile" eines großräumigen Landkreises und auf "lokalen Bedarf" abstelle, komme es letztlich nicht darauf an, dass im Planungsbereich neben den sieben ermächtigten Chefärzten weitere drei Ärzte (Dr. Q in N, Dr. F-T/L in E) tätig seien. Beide Praxen lägen zwar im Planungsbereich Kreis X, nicht aber auch im Teilbereich X-Stadt. Wenn der Zulassungsausschuss darüber hinaus anhand der Frequenztabellen festgestellt habe, dass die ermächtigten Ärzte die Leistungen des koloskopischen Komplexes nach EBM-Ziffer 13421 nicht abrechneten und sich in X kein niedergelassener Arzt finde, der kurative Koloskopien anbiete, unterstütze dies den Bedarf für die vorliegend beantragte Sonderbedarfsgenehmigung.

Diese Entscheidung hat die Klägerin fristgerecht mit der Klage angegriffen und vorgetragen: Die Voraussetzungen für eine Ausnahmeregelung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) lägen nicht vor. Die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten sei hinsichtlich der streitbefangenen Leistungen durch Dr. Q (N) sowie durch die Gemeinschaftspraxis Dr. F-T/L (E) gesichert. Diese Ärzte hätten eigenen Angaben zufolge noch freie Kapazitäten und seien auch in der Lage, die Leistungen der im Planungsbereich X ermächtigten Krankenhausärzte zu übernehmen. Bei der Bedarfsprüfung für eine Ausnahmeregelung sei der Planungsbereich nicht in Teilbezirke aufzugliedern, sondern in seiner Gesamtheit zu betrachten. Die Wege von I bzw. X nach E habe der Beklagte noch in einem Beschluss vom 21.11.2007 (betreffend Sonderbedarf) für ambulante gastrokopische und koloskopische Untersuchungs- und Behandlungsleistungen für zumutbar erklärt.

Mit Urteil vom 17.09.2008 hat das SG die Klage abgewiesen. Der angegriffene Beschluss sei rechtmäßig. Die Zulassungsinstanzen hätten dem Beigeladenen zu 7) zu Recht eine Ausnahmegenehmigung zur Erbringung von Leistungen nach den Ziffern 01741, 01742, 13400 bis 13402 sowie 13421 bis 13424 des EBM erteilt. Die angefochtenen Beschlüsse würden zutreffend davon ausgehen, dass ohne die befristete Ausnahmegenehmigung eine bedarfsgerechte Versorgung der im Gebiet der Stadt X und deren Einzugsbereich ansässigen Versicherten nicht gewährleistet sei. Im Übrigen habe der Beigeladene zu 7) ausweislich des in der Sache [S 19 KA 1/08](#) ergangenen Urteils einen Anspruch auf eine Sonderbedarfszulassung. Umso mehr sei die begehrte Ausnahmegenehmigung mit Blick darauf zu erteilen, dass der Antrag auf Sonderbedarfszulassung noch nicht bestands- bzw. rechtskräftig entschieden sei.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin. Sie macht u.a. geltend: Ein besonderer Versorgungsbedarf i.S.d. § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfsplanungsRL-Ä sei nicht gegeben. Im Planungsbereich des Kreises X seien bei einem Versorgungsgrad von 174,9 % z. Zt. 34 fachärztlich tätige Internisten niedergelassen. Im Bereich der Kreisstelle X seien mit Dr. Q und der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. F-T/L drei fachärztlich tätige Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie tätig. Dr. Q habe im Quartal 2/2007 die Ziffer 01741 EBM 222 mal, die Ziffer 01742 EBM 14 mal, die Ziffer 13400 EBM 312 mal, die Ziffer 13421 EBM 191 mal, die Ziffer 13422 EBM 106 mal sowie die Ziffer 13423 EBM 22 mal abgerechnet. Die Berufsausübungsgemeinschaft Dr. F-T/L habe im Quartal 2/2007 die Ziffer 01741 EBM 168 mal, die Ziffer 01742 EBM 45 mal, die Ziffer 13400 EBM 552 mal, die Ziffer 13421 EBM 406mal, die Ziffer 13422 EBM 3 mal sowie die Ziffer 13423 EBM 246 abgerechnet. Ausweislich der Niederschrift über die Sitzung des Beklagten vom 21.11.2007 hätten Dr. F-T/L erklärt, hinsichtlich der Erbringung von gastroenterologischen Leistungen noch freie Kapazitäten zu haben und auch die Leistungen der ermächtigten Ärzte im Planungsbereich X übernehmen zu können.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 17.09.2008 abzuändern und den Beklagten unter Aufhebung seines Beschlusses vom 04.06.2008 zu verurteilen, über den Widerspruch der Klägerin gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 05.03.2008 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates neu zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Er bezieht sich auf die angefochtene Entscheidung.

Der Beigeladene zu 7) beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Er macht geltend: Aus der aktenkundigen Untersuchungszahlen der bislang ermächtigten Krankenhausärzte lasse sich ableiten, dass weitere Untersuchungen nicht zusätzlich von Dr. F-T-L erbracht werden könnten, weil dadurch die Budgetgrenzen deutlich überschritten würden. Losgelöst hiervon hätten ihm Patienten von Wartezeiten von über sechs Monaten bis zur Terminvergabe berichtet. Die von der Klägerin angenommene Entfernung zwischen X und E sei unzutreffend. Die angegebene Fahrtzeit von 25 Minuten sei auch unter Missachtung der zulässigen Höchstgeschwindigkeit mit dem PKW zumindest tagsüber nicht zu schaffen. Daneben komme es aber auch darauf an, wie die Praxis in E aus I, Y, H, T1, E1 und anderen Orten erreicht werden könne. Fahrzeiten mit dem Auto zwischen 45 und 60 Minuten seien keine Seltenheit. Aus diesen Gemeinden stammende Patienten könnten in X unschwer versorgt werden. Bei den Städten E und X handele es sich de facto um zwei völlig getrennte Versorgungsbereiche. Die Auffassung der Klägerin hinsichtlich der Anwendbarkeit des § 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfsplanungsRL-Ä sei unzutreffend. Es gehe um einen Bedarf für das Fachgebiet "Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie" im lokalen Bereich X des großräumigen Landkreises X. Dabei handele es sich nicht um eine Subspezialisierung, sondern um ein eigenständiges Fachgebiet. Die Voraussetzungen zur Erteilung der Sonderbedarfszulassung lägen auch nach Maßgabe des § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfsplanungsRL-Ä vor. Die Frequenzzahlen der ermächtigten Krankenhausärzte würden einen Bedarf belegen. Im Übrigen komme auch eine Zulassung nach § 24 Satz 1 Ziff. c) bzw. Ziff. d) BedarfsplanungsRL-Ä in Betracht, da es sich bei einer Darmspiegelung um eine ambulante Operation handele und dies ein Schwerpunkt der Tätigkeit eines Gastroenterologen sei.

Die übrigen Beteiligten haben sich nicht geäußert.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen nimmt der Senat Bezug auf die Gerichtsakte, den Inhalt der Streitakten [L 11 KA 98/08](#) (betreffend Sonderbedarfszulassung) und S 19 KA 8/07 (SG Duisburg) sowie die beigezogenen Verwaltungsvorgänge. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige und im Übrigen statthafte Berufung der Klägerin ist begründet.

Der Beklagte war unter Abänderung des angegriffenen Urteils des SG vom 17.09.2008 sowie seines Beschlusses vom 04.06.2008 zur Neubescheidung des Antrags des Beigeladenen zu 7) auf gleichzeitige Teilhabe an der haus- und fachärztlichen Versorgung gemäß [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) zu verurteilen, weil er bei Anwendung des ihm zur Beurteilung der Bedarfslage eingeräumten Beurteilungsspielraums nicht von einem vollständig bzw. richtig ermittelten Sachverhalt ausgegangen ist und seine Entscheidung auf vom Senat nicht geteilten Rechtsauffassungen beruht.

I.

1. Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich nach der durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 ([BGBl. I 2266](#)) zum 01.01.1993 geschaffenen Regelung des [§ 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Gemäß [§ 73 Abs. 1a Sätze 1 und 2 SGB V](#) werden die einzelnen Arztgruppen dem einen oder dem anderen Versorgungsbereich mit der Folge zugeordnet, dass die den jeweiligen Arztgruppen angehörenden Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich nur Leistungen aus dem Versorgungsbereich abrechnen dürfen, dem sie zugeordnet sind (Trennungsprinzip).

Die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich und die Zuordnung der Ärzte zu diesen Versorgungsbereichen sind rechtmäßig (vgl. BSG, Urteile vom 27. 06. 2007 - [B 6 KA 24/06 R](#) -, 31.05.2006 - [B 6 KA 74/04 R](#) -, 18.06.1997 - [6 RKA 58/96](#) -; BSG, Beschluss vom 11.11.2005 - [B 6 KA 12/05 B](#) -; BVerfG, Beschluss vom 17.06.1999 - [1 BvR 2507/97](#) -). Der Gesetzgeber durfte den Ausschluss der Allgemeinärzte von der gleichzeitigen Abrechnung fachärztlicher Leistungen pauschal für diese gesamte Arztgruppe normieren und musste nicht Ausnahmen für solche Allgemeinärzte ermöglichen, die auch fachärztliche Qualifikationen haben und/oder spezielle fachärztliche Leistungen schon seit langem erbracht haben. Der Gesetzgeber ist befugt, generalisierende, typisierende und schematisierende sowie pauschalierende Regelungen zu treffen (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.2007, [a.a.O.](#)). Um Besonderheiten in Einzelfällen Rechnung zu tragen, reicht die Regelung des [§ 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V](#) aus, wonach Allgemeinärzte, die im wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung durch den Zulassungsausschuss beantragen können. Ausnahmen vom Trennungsprinzip sind nur in engem Rahmen vorgesehen. So bestimmt [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#), dass der Zulassungsausschuss für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von der in Satz 1 a.a.O. normierten Trennung abweichende - befristete - Regelung treffen kann, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung sonst nicht gewährleistet ist. Gemäß [§ 73 Abs. 1a Satz 4 SGB V](#) können Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Nach [§ 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V](#) kann der Zulassungsausschuss ferner Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Westlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist.

Es liegt im pflichtgemäßen Ermessen des Beklagten, die beantragte Ausnahme-genehmigung zu erteilen, wenn anders eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Bei der Einschätzung des Versorgungsbedarfs steht den zuständigen Gremien ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu. Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zu Grunde liegt, ob die durch Auslegung des Begriffs "bedarfsgerechte Versorgung" zu ermittelnden Grenzen eingehalten und ob die Subsumtionserwägungen so hinreichend in der Begründung der Entscheidung verdeutlicht wurden, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (vgl. nur BSG, Urteile vom 28.08.1996 - [6 RKA 37/95](#) -, 19.03.1997 - [6 RKA 43/96](#) -, 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#), 05.11.2008 - [B 6 KA 10/08 R](#) -, Senatsurteile vom 21.05.1997 - [L 11 Ka 198/96](#) -, 18.02.1998 - [L 11 KA 152/97](#) -, 08.03.2000 - [L 11 KA 201/99](#) -, 14.07.2004 - [L 11 KA 21/04](#) -; vgl. auch LSG NRW, Urteile vom 03.03.2004 - [L 10 KA 41/03](#) - und 22.09.2004 - [L 10 KA 6/04](#) - sowie LSG Hessen, Urteil vom 15.03.2006 - [L 4 KA 36/05](#) -). Diese eingeschränkte Überprüfungsbefugnis der Gerichte beruht im Westlichen darauf, dass die ortsnahen fachkundigen Zulassungsinstanzen nur ungefähr entscheiden können, ob und inwieweit die bereits niedergelassenen Ärzte eine qualitativ und quantitativ 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 (BSG, [SozR 3-2500 § 116 Nr. 23](#)).

2. Der Gesetzgeber hat in [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) bestimmt, dass der Zulassungsausschuss abweichend vom Trennungsprinzip für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von Satz 1 abweichende befristete Regelung treffen kann, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Wann das der Fall ist, hat er nicht festgelegt. Denkbar ist insoweit, die Kriterien des § 24 Satz 1 Ziff a) BedarfsplanungsRL-Ä (lokaler Versorgungsbedarf) und/oder jene des § 24 Satz 1 Ziff b) BedarfsplanungsRL-Ä (besonderer Versorgungsbedarf) heranzuziehen. Gleichermaßen könnte in Betracht kommen, den unbestimmten Rechtsbegriff "bedarfsgerechte Versorgung" nach Maßgabe der Folgen zu präzisieren, die das Prinzip der Trennung hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung für die Versorgungssituation hat, wobei in einem weiteren Schritt der räumliche Anknüpfungspunkt für die Beurteilung des Bedarfs zu konkretisieren wäre. Der Senat folgt letztgenannter Variante mit der Modifikation, dass ergänzend ggf. die für die Feststellung eines lokalen Versorgungsbedarfs (§ 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfsplanungsRL-Ä) wesentlichen Kriterien herangezogen werden können.

Im Einzelnen: a) Ausgangspunkt für die Beurteilung des Bedarfs ist, ob infolge der Trennung von haus- und fachärztlicher Versorgung eine unzureichende Anzahl von Leistungserbringern entstanden ist, die allein berechtigt sind, die betreffenden EBM-Leistungen zu erbringen. Insoweit steht ein quantitativer Maßstab im Vordergrund (vgl. LSG NRW, Urteil vom 20.07.2005 - L 10 KA 22/04 -). M.a.W.: Die bedarfsgerechte Versorgung ist dann nicht gewährleistet, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad bei der Arztgruppe der fachärztlichen Internisten ([§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Satz 2 SGB V](#)) nicht nur vorübergehend unterschritten wird (Adolf in: jurisPK-SGB V, 2008, § 73 Rdn. 80). Ergänzend hierzu kann zwecks Einschätzung des Versorgungsbedarfs auch auf die zur Sonderbedarfszulassung nach [§ 101 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) entwickelten Grundsätze zurückgegriffen werden (LSG Hessen, Urteil vom 15.03.2006 - L 4 KA 36/05 -; Senatsurteil vom 26.05.2004 - L 11 KA 163/03 -; LSG NRW, Urteil vom 22.09.2004 - L 10 KA 6/04 -). Dabei ist allerdings zu differenzieren. Die Regelungen über die Sonderbedarfszulassung verfolgen einen anderen Ansatz als jene über die Ausnahmegenehmigung nach [§ 73 Abs. 1a SGB V](#). Nach [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) sollen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zu beschließenden Richtlinien Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze machen, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind. Ausgehend hiervon legt § 24 Satz 1 BedarfsplanungsRL-Ä in der Fassung vom 15.02.2007 (Bundesanzeiger 2007, S. 3491) die Voraussetzungen für eine Sonderbedarfszulassung fest. Soweit es § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfsplanungsRL-Ä anlangt, wird der qualitative Bezug im Text unmissverständlich herausgestellt (z.B. Inhalt des Schwerpunkts, besondere Fachkunde, ärztliche Tätigkeiten qualifizierten Inhalts usw.). Angesichts dieser unterschiedlichen Zielsetzung der Ausnahmegenehmigung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V](#) (quantitativer Bezug) einerseits und eines Sonderbedarfs nach § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfsplanungsRL-Ä (qualitativer Bezug) andererseits verbietet es sich, für die Prüfung, ob und inwieweit eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet ist ([§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#)) auf die für die Sonderbedarfszulassung nach § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfsplanungsRL-Ä entwickelten Grundsätze zurückzugreifen. Anders verhält es sich mit den Voraussetzungen des § 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfsplanungsRL-Ä. Entscheidend ist insoweit, dass bei einer Sonderbedarfszulassung nach § 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfsplanungsRL-Ä im Gegensatz zu den übrigen Tatbeständen des § 24 BedarfsplanungsRL-Ä keine Beschränkung auf einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen erfolgen kann. Der Bedarf ist daher am gesamten Spektrum des Fachgebiets zu ermitteln und kann nicht auf Teile des Fachgebiets beschränkt werden. Insofern handelt es sich um eine lokale "quantitative" Versorgungslücke und keine "qualitative" Versorgungslücke. Ansonsten käme man auch zur Kumulation von "qualitativer" und "quantitativer" Lücke, d. h. es würde für eine Sonderbedarfszulassung bereits ausreichen, dass einzelne besondere Leistungen in Teilen eines Planungsbereichs nicht erbracht werden. Von daher ist für die Sonderbedarfsermittlung nach § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfsplanungsRL-Ä grundsätzlich auf den gesamten Planungsbereich abzustellen. Dies wäre obsolet, wenn für Leistungen, die schon nicht von der fachlichen Spezialität der Weiterbildungsordnung erfasst werden, auf lediglich lokale Bereiche abzustellen wäre (zutreffend SG Marburg, Urteil vom 10.09.2008 - S 12 KA 49/08 -). Hieraus ist abzuleiten, dass die Zulassungsgremien im Zusammenhang mit der Prüfung des quantitativ zu bestimmenden Bedarfs nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) ggf. die zu § 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfsplanungsRL-Ä entwickelten Kriterien, nicht hingegen jene des § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfsplanungsRL-Ä ergänzend heranziehen können.

b) Soweit in diesem Zusammenhang ausgeführt wird, es sei für die Ausnahmegenehmigung ([§ 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V](#)) nicht ausreichend, wenn die Voraussetzungen für eine Sonderbedarfszulassung, insbesondere ein lokaler Versorgungsbedarf i.S.v. § 24 Satz 1 Ziff. a) der BedarfsplanungsRL-Ä, vorliegen, da in diesen Fällen wegen der prinzipiellen Trennung der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung nur die Sonderzulassung eines fachärztlich tätigen Internisten möglich sei (so Adolf in: jurisPK-SGB V, 2008, § 73 Rdn. 80), ist dem im Ergebnis zuzustimmen soweit es § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfsplanungsRL-Ä anlangt. Im Übrigen aber kann dieser Auffassung nicht gefolgt werden. Führt die Trennung von haus- und fachärztlicher Versorgung zu einem quantitativen Versorgungsdefizit, kann Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine Ausnahmegenehmigung erteilt werden. Eines Rückgriffs auf die für die Bestimmung des lokalen Versorgungsbedarfs (§ 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfsplanungsRL-Ä) maßgebenden Kriterien bedarf es insoweit grundsätzlich nicht. Anders verhält es sich jedoch mit dem räumlichen Bezugspunkt der Bedarfsbeurteilung. Auch hierzu verhält sich [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) nicht. Hieraus könnte hergeleitet werden, dass die Versorgungssituation des kompletten Planbereichs maßgebend sein soll. Dem steht indessen entgegen, dass die Trennung in haus- und fachärztliche Versorgung gerade auch im lokalen Bereich zu quantitativen Versorgungsdefiziten führen kann (zu Patienteninteressen vgl. aber BSG, Urteil vom 30.01.2002 - B 6 KA 12/01 R -) Zwar ist für die Beurteilung der Bedarfssituation grundsätzlich auf den Planbereich abzustellen (vgl. nur BSG vom 22.06.1994 - 6 Rka 46/93 -). Ungeachtet dessen ist es nicht ausgeschlossen, auch in Fällen einer Bedarfsprüfung für Ermächtigungen ([§ 116 SGB V](#)) ausnahmsweise mit nachvollziehbarer und einzelfallbezogener Begründung von dem Grundsatz abzuweichen, dass die Versorgungssituation des gesamten Planungsbereichs maßgebend ist (LSG NRW, Beschluss vom 23.08.2006 - L 10 B 11/06 KA ER -). Für Ausnahmegenehmigungen nach [§ 71 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) gilt nichts anderes. M.a.W.: Grundsätzlich ist die Bedarfslage bezogen auf den kompletten Planungsbereich festzustellen; hiervon kann im Einzelfall abgewichen werden, sofern der lokale Versorgungsbedarf (§ 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfsplanungsRL-Ä) als wesentlich erachtet wird. Die Gründe hierfür mögen vielfältig sein. Sie können z.B. auf einer unzulänglichen Verkehrsinfrastruktur im Planbereich, auf spezifischen Problemen unterversorgter Erkrankungsbilder oder der räumlichen Verteilung der Nachfrage beruhen (vgl. BSG, Urteil vom 10.05.2000 - B 6 KA 9/99 R -). Zusammengefasst: Ist es den Patienten aus vorgenannten oder anderen Gründen nicht zumutbar, ggf. weit entfernte Arztpraxen im Planungsbereich aufzusuchen, kann es auf einen lokalen Versorgungsbedarf ankommen.

3. Anhand dieser Maßstäbe ergibt sich im Hinblick auf den angefochtenen Beschluss des Beklagten vom 04.06.2008:

a) Der Beklagte hat zur Begründung seiner Entscheidung die Kriterien des § 24 BedarfsplanungsRL-Ä herangezogen und ausgeführt, diese Voraussetzungen lägen vor. Das ist rechtlich nur teilweise zutreffend. Die Kriterien des § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfsplanungsRL-Ä sind - wie dargelegt - von vornherein nicht geeignet, um den unbestimmten Rechtsbegriff der "bedarfsgerechten Versorgung" in [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) zu konkretisieren. Soweit der Beklagte auf § 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfsplanungsRL-Ä abstellt, ist dies zwar grundsätzlich zulässig, bedarf aber zumindest einer knappen Begründung dafür, warum der lokale Versorgungsbereich und nicht der komplette Planungsbereich

maßgebend sein soll. Daran fehlt es. Zwar liegt es nahe, dass es den Patienten eher nicht zumutbar ist, längere Wegstrecken im Zusammenhang mit kurativen Koloskopien zurückzulegen (vgl. schon LSG NRW, Urteil vom 22.09.2004 - [L 10 KA 6/04](#) - sowie Urteil des Senats vom 26.05.2004 - [L 11 KA 163/03](#) -). Hierzu hat sich der Beklagte indessen nicht geäußert. Er hat lediglich ausgeführt, dass es sich bei der Stadt X um den "Teil" des großräumigen Landkreises X handelt. Das wiederum trifft nicht zu, denn angesichts der Bevölkerungsdichte ist der Kreis X nach den Kategorien des § 6 BedarfsplanungsRL-Ä an sich dem Regionstyp 1 (Agglomerationsräume) zuzuordnen und schon deswegen nicht als weitläufiger ländlicher Kreis aufzufassen. Im Ergebnis ist der Kreis X überdies angesichts seiner geographischen Lage der Sonderregion "Ruhrgebiet" zuzurechnen (vgl. Anlage 3.2. zu § 6 BedarfsplanungsRL-Ä). Zwar kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich der Beklagte vor diesem Hintergrund von unzutreffenden Vorstellungen hinsichtlich der verkehrstechnischen Infrastruktur des Kreises X hat leiten lassen. Indessen kommt es hierauf letztlich nicht an. Die Klassifikationen der §§ 6, 7 BedarfsplanungsRL-Ä sind nicht auf die in § 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfsplanungsRL-Ä verwandten Begriffe übertragbar. Sie dienen allein dem Planungsrecht der BedarfsplanungsRL-Ä und lassen keinerlei Rückschlüsse auf die Versorgungssituation zu. Entscheidend ist daher, ob wegen der Größe, d.h. hier der räumlichen Ausdehnung des Planungsbereichs überhaupt Versorgungsdefizite vorstellbar sind (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13.11.2002 - [L 5 KA 1247/02](#) -). Das wiederum ist bei einer Kreisfläche von 1.042,4 qkm (Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Kreis_X) unzweifelhaft der Fall. Im Übrigen ist der Begriff des "lokalen Versorgungsbedarfes" in Abgrenzung zu dem in § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfsplanungsRL-Ä verwandten Begriffes des "besonderen Versorgungsbedarfes", der auf den gesamten Planungsbereich zu beziehen ist, auszulegen. Der Senat geht hierzu von Folgendem aus: Beim lokalen Versorgungsbedarf muss es sich um einen Versorgungsbedarf handeln, der überhaupt nur an einem bestimmten Ort oder in einer bestimmten Region besteht und denkbar ist. In diesem Sinne lokal ist ein Versorgungsbedarf dann, wenn er sich aus Besonderheiten ergibt, die in der Ortslage oder in besonderen örtlichen Krankheitshäufungen begründet sind (vgl. LSG Bayern, Urteil vom 14.02.2001 - [L 12 KA 21/99](#) - ; LSG Baden-Württemberg, Urteile vom 24.01.1996 - [L 5 Ka 2261/94](#) - und vom 17.05.2006 - [L 5 KA 3484/04](#) -). Ein lokaler Versorgungsbedarf kann sich auch aus einer besonderen Lage eines Ortes ergeben, etwa bei weiter Entfernung von Nachbarschaftsorten oder einer schlechten Verkehrsanbindung (vgl. LSG Baden-Württemberg a.a.O.). Wie für den "besonderen Versorgungsbedarf" gilt, dass das Vorliegen eines Versorgungsdefizits von einer Vielzahl von Faktoren abhängt, u.a. von Zahl und Leistungsangebot der niedergelassenen Ärzte, Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur, Umfang und räumlicher Verteilung der Nachfrage auf Grund der vorhandenen Verkehrsverbindungen. Vorgaben für eine Berechnung des Versorgungsdefizits gibt es nicht (vgl. BSG, Urteil vom 28.04.2004 - [B 6 KA 90/03 B](#) -). Ein lokaler Versorgungsbedarf liegt jedenfalls dann nicht vor, wenn Vertragsärzte der maßgeblichen Arztgruppe sowohl in der nahe gelegenen Großstadt wie auch in einer anderen Stadt bzw. Gemeinde des jeweiligen Landkreises mit öffentlichen Verkehrsmitteln problemlos erreicht werden können (Senatsurteil vom 13.08.2008 - [L 11 KA 17/08](#) -; vgl. BSG, Beschluss vom 09.06.1999 - [B 6 KA 1/99 B](#) -). Das wiederum hat der Beklagte in seinem Beschluss vom 21.11.2007 (Sonderbedarfszulassung) noch angenommen, wobei er allerdings auf den Individualverkehr und nicht auf öffentliche Verkehrsmittel abgestellt hat.

b) Auch soweit der Beklagte seine Entscheidung damit begründet, dass in der Stadt X drei Krankenhausärzte ermächtigt sind, trägt dies seine Entscheidung nicht. Der Beklagte will damit deutlich machen, dass diese Ermächtigungen einen Bedarf belegen. Entsprechendes gilt namentlich für die dem Krankenhausarzt Dr. C mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 26.03.2008 erteilte und von der Klägerin befürwortete Ermächtigung. Hierzu hat der Beklagte die Auffassung vertreten, der für die Ermächtigung festgestellte Bedarf belege umso mehr einen Bedarf für die vom Beigeladenen zu 7) beantragte Ausnahmegenehmigung ([§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#)). Dieser Ansatz steht in Einklang mit der Erwägung des Senats, dass Ermächtigungen für das Vorliegen eines Bedarfs sprechen, da diese nur zu erteilen sind, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist (Senatsurteil vom 14.07.2004 - [L 11 KA 21/04](#) -). Allein hierauf kann die Entscheidung indessen nicht gestützt werden. Dieser Gesichtspunkt ist vielmehr nur ein Beurteilungsfaktor neben einer Vielzahl anderer. Insoweit gelten auch hier die Grundsätze, die in der Rechtsprechung zur Bedarfsprüfung herausgearbeitet worden und vom BSG im Urteil vom 07.11.2008 - [B 6 KA 10/08 R](#) - (vgl. auch BSG, Urteil vom 07.11.2008 - [B 6 KA 56/07 R](#) -) betreffend Sonderbedarfszulassungen wie folgt zusammengefasst worden sind:

"Bei der Entscheidung über Sonderbedarfszulassungen müssen sich die Zulassungsgremien ein möglichst genaues Bild der Versorgungslage im betroffenen Planungsbereich machen und ermitteln, welche Leistungen in welchem Umfang zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) im Planungsbereich erforderlich sind, von den dort zugelassenen Ärzten aber nicht angeboten werden. Zur Ermittlung der konkreten Bedarfssituation ist es regelmäßig geboten, die bereits niedergelassenen Ärzte nach ihrem Leistungsangebot und der Aufnahmekapazität ihrer Praxen zu befragen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr 1 S 6](#)). Diese Befragung hat sich mit Rücksicht auf [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) entsprechend der Zielrichtung von Sonderbedarfszulassungen grundsätzlich auf die gesamte Breite eines medizinischen Versorgungsbereichs (hier: das Schwerpunktgebiet der Pneumologie) und nicht nur auf einzelne spezielle Leistungen zu erstrecken (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr 1 S 6](#)). Die Ermittlungen dürfen sich ferner auf die gesamte jeweilige Gruppe der Gebietsärzte beziehen, die nach dem einschlägigen Weiterbildungsrecht befugt sind, die Leistungen eines streitigen Teilgebiets zu erbringen (vgl. bereits [BSGE 73, 25, 29 = SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 29](#); BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 10 S 56 f](#) in Bezug auf die Ermittlung des quantitativ-allgemeinen Bedarfs für Ermächtigungen). Darüber hinaus kommt es nach dem Wortlaut der Nr 24 Satz 1 Buchst b) BedarfsplRL in erster Linie auf die tatsächliche Versorgungssituation in dem betreffenden Planungsbereich an (so Schleswig-Holsteinisches LSG vom 8.7.1998 - [L 4 Ka 15/98](#); vgl. für Ermächtigungen BSG [SozR 3-2500 § 97 Nr 2 S 7 f](#); BSG [SozR 4-2500 § 116 Nr 3 RdNr 17 und 18](#)), was nicht ausschließt, dass die sachkundigen Zulassungsgremien diesen Planungsbereich (entsprechend [§ 12 Abs 3 Satz 2](#) der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)) im Falle von Subspezialisierungen einzelner Fachgebiete überschreiten und auch die an den untersuchten räumlichen Bereich angrenzenden Gebiete in ihre Überlegungen mit einbeziehen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr 1 S 6](#) zweiter Abs). Die Ermittlung des entscheidungserheblichen Sachverhalts darf sich allerdings typischerweise nicht in Befragungen der im Einzugsbereich in dem Fachgebiet tätigen Vertragsärzte erschöpfen. Denn die Gefahr, dass die Äußerungen der befragten Ärzte in starkem Maße auf deren subjektiven Einschätzungen beruhen und von deren individueller Interessenlage mit beeinflusst sein können, erfordert eine kritische Würdigung der Antworten durch die Zulassungsgremien. Das beruht in bestimmten Konstellationen darauf, dass die bereits niedergelassenen Vertragsärzte bestrebt sein können, den Zugang eines weiteren Arztes wegen unerwünschter Konkurrenz möglichst zu verhindern. Denkbar ist auch, dass einer der im Planungsbereich zugelassenen Ärzte an der Sonderbedarfszulassung eines Kollegen interessiert ist, weil er eine enge Kooperation mit entsprechenden Vorteilen erwartet, während ein anderer eher die Konkurrenz fürchtet. Die Aussagen der im Planungsbereich niedergelassenen Ärzte zur Bedarfslage sind jedenfalls nicht ohne weiteres als Entscheidungsgrundlage ausreichend, sondern müssen sorgfältig ausgewertet, weitestmöglich durch weitere Ermittlungen ergänzt und so objektiviert werden (so zutreffend Urteil des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 24.6.1997 - [L 6 Ka 42/96](#); Plagemann, MedR 1998, 85, 87). Hierfür ist es erforderlich, etwa die Anzahlstatistiken der in Frage kommenden Vertragsärzte beizuziehen, um festzustellen, inwieweit im Bereich des streitigen Sonderbedarfs von diesen Ärzten Leistungen erbracht werden (Schleswig-Holsteinisches LSG, ebenda; Plagemann, MedR 1998, 85, 87; zu diesem Verfahren vgl. auch bereits etwa [BSGE 73, 25, 30 = SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 30](#); BSG USK 84145)."

Diesen Vorgaben ist der Beklagte nicht in vollem Umfang nachgekommen. Er hat seine Entscheidung darauf gestützt, dass in der Stadt X gastroenterologische Leistungen von drei ermächtigten Krankenhausärzten erbracht würden und nach § 24 Satz 1 Ziff. b) Satz 4 BedarfsplanungsRL-Ä eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht bleibe, also der Grundsatz bestätigt werde, dass persönliche Ermächtigungen von Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren nachrangig seien. Diese Erwägungen tragen die angefochtenen Entscheidung nicht. Zum Einen fehlen Ermittlungen und Feststellungen dazu, in welchem Umfang die ermächtigten Ärzte berechtigt und in der Lage sind, ihr gastroenterologisches Leistungsangebot ausweiten. Zum Anderen ist nicht dargelegt, warum der Beklagte nur auf die Versorgungssituation in der Stadt X abstellt und den Planbereich im Übrigen unberücksichtigt lässt. Dieser Gesichtspunkt ist umso mehr bedeutsam, als er im Beschluss vom 21.11.2007 (Sonderbedarfszulassung) noch ausgeführt hat, dass Patienten aus X der Weg nach E zumutbar ist.

c) Soweit sich der Beklagte schließlich auf § 24 Satz 1 Ziff. b) Satz 4 BedarfsplanungsRL-Ä bezieht, führt auch das nicht weiter. Wie ausgeführt, kann hinsichtlich der Prüfung, ob ein Bedarf für eine Ausnahmegenehmigung nach § 73 Abs. 1a S. 3 SGB V besteht, ggf. auf die Kriterien des § 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfsplanungsRL-Ä, nicht hingegen auf jene des § 24 Satz 1 Ziff. b) BedarfsplanungsRL-Ä zurückgegriffen werden. § 24 Satz 1 Ziff. a) BedarfsplanungsRL-Ä enthält indessen keine Regelungen dergestalt, dass eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht bleibt. Damit tragen die fraglichen Ausführungen des Beklagten seine Entscheidung insoweit schon aus Rechtsgründen nicht.

d) Der Beklagte wird bei seiner neuen Entscheidung auch das Verhältnis von Ausnahmegenehmigung (§ 73 Abs. 1 Satz 3 SGB V) zu ambulanten Operationsleistungen in Krankenhäusern (§ 115b SGB V) berücksichtigen müssen. Hierzu verhält sich der angefochtene Bescheid nicht, obgleich die Klägerin vorgetragen hat, gastroenterologische Leistungen seien derzeit nach § 115b SGB V sichergestellt. Dabei kann mit dem LSG Sachsen (Urteil vom 27.06.2007 - L 1 KA 25/05 -) von folgenden Rechtssätzen ausgegangen werden: Bei der Feststellung, ob ein Sonderbedarf in einer Arztgruppe besteht, die auch ambulante Operationen erbringt, bleibt das Leistungsangebot von ambulanten Operationen bereiten Krankenhäusern (§ 115b SGB V) außer Betracht (§ 24 Satz 1 Ziff. d) Satz 4 BedarfsplanungsRL-Ä). Diese Bestimmung ist unmittelbar auf die Ausnahmegenehmigung nach § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V nicht anwendbar. Eine entsprechende Anwendung auf die Genehmigung nach § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V scheidet ebenfalls aus. § 24 Satz 1 Ziff. d) Satz 4 BedarfsplanungsRL-Ä lässt sich ein allgemeiner Rechtsgedanke nicht entnehmen, wonach bei der Prüfung, ob die bedarfsgerechte Versorgung mit ambulanten ärztlichen Leistungen sichergestellt ist, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser nicht berücksichtigt werden dürfen. Trotz aller struktureller Ähnlichkeit unterscheiden sich Sonderbedarfszulassung und Ausnahmegenehmigung bereits von ihren gesetzlichen Grundlagen her erheblich. Während es nach § 101 Abs. 1 Nr. 3 SGB V darauf ankommt, ob die Sonderbedarfszulassung zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich ist, stellt § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V darauf ab, ob ohne die Ausnahmegenehmigung eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Während somit bei der Sonderbedarfszulassung Bezugspunkt der vertragsärztliche Versorgungsbedarf ist, ist dies bei der Ausnahmegenehmigung wie bei der Ermächtigung nach § 116 Satz 2 SGB V der Versorgungsbedarf überhaupt. Ferner besteht zwischen der Sonderbedarfszulassung auf der einen und der Ausnahmegenehmigung (sowie der Ermächtigung) auf der anderen Seite insoweit ein grundlegender Unterschied, als erstere - wenngleich mit gewissen Einschränkungen - einen dauerhaften Rechtsstatus vermittelt (§ 25 Abs. 1 BedarfsplanungsRL-Ä), während letztere wie auch die Ermächtigung (§ 31 Abs. 7 Satz 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte) überhaupt nur für einen befristeten Zeitraum zulässig ist. Daher bestimmt § 24 Satz 3 BedarfsplanungsRL-Ä, dass bei vorübergehendem Bedarf von der Ermächtigung und nicht von der Sonderbedarfszulassung Gebrauch zu machen ist. Daraus ergibt sich, dass bei der Sonderbedarfszulassung der besondere Versorgungsbedarf nur Anlass für eine Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen ist; dagegen ist die Ausnahmegenehmigung (wie auch die Ermächtigung) viel enger an das Bestehen eines Versorgungsbedarfs gebunden, weil dessen Vorliegen aufgrund der Befristung regelmäßig einer erneuten Überprüfung zu unterziehen ist. Diese Unterschiede schließen eine entsprechende Anwendung oder eine Übertragung des Rechtsgedankens der § 24 Satz 1 Ziff. d) Satz 4 BedarfsplanungsRL-Ä auf die Ausnahmegenehmigung nach § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V aus. Die Ausnahmegenehmigung nach § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V weist somit stärkere Ähnlichkeiten mit der Ermächtigung nach § 116 SGB V auf als mit der Sonderbedarfszulassung nach § 101 Abs. 1 Nr. 3 SGB V.

Ungeachtet dessen sind ambulante Operationsangebote (§ 115b SGB V) für die Ausnahmegenehmigung (§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V) bedarfsrelevant. Dies folgt aus dem mit § 115b SGB V verfolgten Regelungszweck. Mit dieser durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266) eingeführten Bestimmung sollte den Krankenhäusern die Möglichkeit ambulanter Operationen gegeben werden, die diese zuvor nicht hatten, um so die stationäre Behandlung von Patienten, die auch ambulant ausreichend und angemessen versorgt werden könnten, zu vermeiden (BT-Drucks. 12/3608 S. 103). Daraus, dass in § 115b SGB V von "ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Eingriffen" die Rede ist, lässt sich nicht entnehmen, dass die Krankenhäuser nur in dem Maße zu ambulanten Operationen zugelassen wären, in dem sie zuvor die Eingriffe selbst stationär erbracht hatten. Die Zulassung ist von ihrem Umfang nicht daran gebunden, dass ein Krankenhaus ambulant durchführbare Operationen zuvor stationär erbracht hat. Vielmehr sind die Krankenhäuser kraft Gesetzes zu allen Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen berechtigt, die in dem Katalog des AOP-Vertrages aufgeführt sind (§ 115b Abs. 2 Satz 1 SGB V). Erforderlich ist lediglich eine Mitteilung an die Verbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und den Zulassungsausschuss (§ 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V), in der das Krankenhaus die Eingriffe aufführt, die es ambulant durchzuführen beabsichtigt (vgl. BSG, Urteil vom 09.06.1999 - B 6 KA 25/98 R -). Ob Eingriffe stationärsersetzend sind, ist nicht konkret bezogen auf das einzelne Krankenhaus und dessen bisheriges Leistungsangebot zu prüfen; vielmehr kommt es abstrakt darauf an, welche Eingriffe ambulant statt stationär durchgeführt werden können. Diese Prüfung ist auch nicht im Rahmen einer - im Gesetz ohnehin nicht vorgesehenen - Zulassungsentscheidung vorzunehmen, sondern bei der Vereinbarung des Katalogs der ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe (vgl. LSG Sachsen a.a.O.). Gegen die Berücksichtigung der ambulanten Operationen von Krankenhäusern bei der Feststellung, ob ein Bedarf für eine Ausnahmegenehmigung nach § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V besteht, spricht schließlich auch nicht, dass die in § 73 Abs. 1a Satz 1 und 2 SGB V vorgenommene Beschränkung der an der hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte auf die Leistungen aus dem ihnen zugehörigen Versorgungsbereich nicht dem Schutz der Interessen der Krankenhäuser dient und diesen daher keine subjektiven öffentlichen Rechte vermitteln dürfte. Dies mag für die Frage bedeutsam sein, ob ein Krankenhaus zulässigerweise eine (defensive) Konkurrentenklage gegen eine Ausnahmegenehmigung nach § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V erheben kann. Daraus lassen sich aber keine Rückschlüsse auf den objektiven Regelungsgehalt des § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V ziehen. Im Übrigen spricht der Schutzzweck des § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V nicht gegen, sondern gerade für die Berücksichtigung ambulanter Operationen von Krankenhäusern. Denn die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte können die Krankenhäuser nicht daran hindern, die ambulanten Operationen durchzuführen, für die diese gemäß § 115b SGB V kraft Gesetzes zugelassen sind. Wird die Erbringung dieser fachärztlichen Leistungen auch noch hausärztlich tätigen Vertragsärzten erlaubt, so

vermindert sich das Tätigkeitsfeld der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte weiter (vgl. LSG Sachsen a.a.O.).

Hieraus folgt, dass der Beklagte aufklären muss, ob und inwieweit die in dem zuvor zu bestimmenden "Einzugsbereich" (Planungsbereich oder lokaler Bereich) gelegenen Krankenhäuser nach [§ 115b SGB V](#) Leistungen anbieten, die sich mit jenen decken, die der Beigeladene zu 7) auf der Grundlage der beantragten Ausnahmegenehmigung erbringen und abrechnen will.

Nach alledem musste die Berufung der Klägerin Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§§ 154 Abs.1, 162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2009-08-03