L 5 KA 4387/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KA 1796/05
Datum
09.08.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 4387/07
Datum
04.06.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 9.8.2007 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen 2) bis 7).

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 40.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erteilung einer (Instituts-)Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

Der Kläger ist seit 1976 Träger gemeinnütziger privater Pflege- und Nachsorgeeinrichtungen für psychisch Kranke (Heimrechtliche Erlaubnisse der Stadt H. vom 30.12.1976 und des Landratsamts Karlsruhe vom 29.1.1982). Er hat sich zum Ziel gesetzt, chronisch psychisch kranke Menschen in offener Wohnform zu versorgen. Mittlerweile werden etwa 220 Heimbewohner in 16 Häusern in H., Sch. und G.-Neudorf betreut. Der in vertragsärztlicher Praxis niedergelassene Neurologe und Psychiater Prof. Dr. Br., Vorstandsmitglied und Gründer des Klägers (Senatsakte S. 121), versieht seit etwa 30 Jahren ehrenamtlich die Funktion eines "ärztlichen Leiters" der St.-T.-Einrichtungen.

Am 16.3.2004 beantragte der Kläger beim Zulassungsausschuss für Ärzte im Zulassungsbezirk Nordbaden (ZA) die Erteilung einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Zur Begründung führte er aus, in den St.-T.-Heimen lebten derzeit 170 zumeist chronisch psychisch kranke Menschen, bei denen teils auch Folgeerscheinungen anderer Krankheitsbilder, wie schwerwiegende Persönlichkeitsstörungen Anfallserkrankungen oder Persönlichkeitsveränderungen vorlägen; viele seien mehrfach behindert. Den sehr hohen bzw. äußerst zeitintensiven ärztlich-therapeutischen Betreuungsaufwand könnten die niedergelassenen Ärzte nicht hinreichend leisten. Daher müsse vor Ort eine Praxisstruktur aufgebaut werden, um auch bei Notfällen rascher und besser intervenieren zu können als bisher. Die beantragte Ermächtigung solle sich auf die allgemeinärztliche, allgemein-internistische sowie auf die neurologisch-psychiatrische Versorgung beziehen. Ermächtigungen dieser Art seien beispielsweise Kreispflegeheimen oder dem Psychiatrischen Zentrum W. erteilt worden. Der ZA möge eine Fallpauschale pro Patient zugestehen sowie die Möglichkeit eröffnen, Medikamente in Klinikpackungen zu beziehen. In der Vergangenheit habe man einen niedergelassenen Arzt (Prof. Dr. Br.) beschäftigt, der neben der vertragsärztlichen Tätigkeit die Heimbewohner ambulant betreut habe. Dies sei aus Kostengründen jedoch nicht mehr möglich. Die Ermächtigung sei notwendig, damit die erfolgreiche Betreuung oft schwerst psychisch Kranker fortgeführt werden könne.

Die KV Nordbaden (Rechtsvorgängerin der Beigeladenen Nr. 1) trat dem Antrag entgegen. Unter dem 7.9.2004 führte sie aus, die im Rahmen der Bedarfsprüfung durchgeführte Umfrage habe ergeben, dass die ambulante Versorgung der in den St.-T.-Heimen lebenden Menschen außerhalb der Einrichtungen durch die in H. niedergelassenen Vertragsärzte bzw. durch Hausbesuche hinreichend sichergestellt werden könne. Für eine Institutsermächtigung bestehe deshalb keine Notwendigkeit.

Der Kläger trug hierauf ergänzend vor (Schriftsatz vom 27.9.2004), da anderen Einrichtungen wie Kreispflegeheimen, der Psychiatrischen Universitätsklinik H. oder dem Psychiatrischen Zentrum W. Institutsermächtigungen erteilt worden seien, stehe ihm eine entsprechende Ermächtigung nach Maßgabe des Gleichheitssatzes ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)) zu. Die größtenteils unter komplexen psychiatrischen Krankheitsbildern leidenden Bewohner seiner Heime seien auf ein differenziertes ambulantes Versorgungsangebot angewiesen, das die niedergelassenen Ärzte der Region in der notwendigen Qualität und Behandlungsintensität nicht erbringen könnten. Außerdem sei der Aufbau eines unbedingten Vertrauensverhältnisses zwischen Heimbewohnern und Betreuern bzw. Ärzten notwendig. Auch hierzu seien die niedergelassenen Ärzte nicht in der Lage. Sie könnten die notwendige Rundumversorgung der Heimbewohner nicht gewährleisten und

hätten daran offenbar auch kein hinreichendes Interesse.

Mit Bescheid vom 6.12.2004 (Beschluss vom 1.10.2004) lehnte der ZA die Erteilung der beantragten Ermächtigung ab. Zur Begründung führte er aus, im Planungsbereich Stadtkreis H. sei für alle der Bedarfsplanung unterworfenen Fachgruppen eine Zulassungssperre verhängt; dies betreffe die Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, fachärztlichen Internisten, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinderärzte, Nervenärzte (Fachärzte für Neurologie und/oder Psychiatrie), Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen, Urologen und Hausärzte. Aus quantitativen Gründen könne deshalb eine Ermächtigung nicht erteilt werden. Dies komme auch aus den vom Kläger angeführten Gleichbehandlungsgründen nicht in Betracht. Der Kläger könne sich weder mit der Universitätsklinik H., die über eine bedarfsunabhängig zu erteilende Hochschulambulanzermächtigung ([§ 117 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, SGB V](#)) verfüge, noch mit dem Psychiatrischen Zentrum Nordbaden, dem eine Ermächtigung gem. [§ 118 SGB V](#) (psychiatrische Institutsambulanz) erteilt worden sei, vergleichen. Bei den Kreispflegeheimen Si. und We., die Ermächtigungen gem. § 31 Abs. 1b der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) erhalten hätten, handele es sich um - mit anderen Pflegeheimen nicht vergleichbare - psychiatrisch orientierte Heime mit geschlossenen Stationen; die daraus folgende psychiatrische Problematik erfordere die ständige Verfügbarkeit und Behandlungsbereitschaft eines fachlich orientierten Arztes. Außerdem hätten die genannten Pflegeheime, anders als der Kläger, Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen. Dass die Personalkosten der bislang beim Kläger angestellten Psychiaterin nicht mehr dem allgemeinen Pflegesatz zugeschlagen werden könnten, rechtfertige die Erteilung einer Ermächtigung nicht.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs trug der Kläger vor, die in seinen Heimen untergebrachten Menschen wiesen schwere psychiatrische und neurologische Krankheitsbilder auf, vielfach mit einer jahrelangen psychiatrischen Vorgeschichte und vielen stationären Aufhalten in psychiatrischen Kliniken. Sie seien nicht in der Lage, außerhalb des Heims selbstständig zu leben. Die Heime würden durch den Landeswohlfahrtsverband sowie über Zuschüsse der Sozialämter und Spenden finanziert; diese Mittel deckten (über die Pflegesätze) aber nur die Kosten für Unterkunft und Verpflegung der Heimbewohner, nicht jedoch die Kosten der ärztlichen Betreuung. Hierfür Sorge seit nahezu 30 Jahren sein, des Klägers, ehrenamtlicher ärztlicher Leiter Prof. Dr. Br. im Rahmen der (gleichzeitig ausgeübten) Tätigkeit als niedergelassener Vertragsarzt. Andere Vertragsärzte hätten - wohl wegen der schwierigen Krankheitsbilder - daran offenbar kein ausreichendes Interesse; jedenfalls hätten sie Einladungen zu Besichtigungen der St.-T.-Heime in der Vergangenheit nie wahrgenommen. Prof. Dr. Br. sei mit dem häuslichen und familiären Umfeld der Heimbewohner aufs engste vertraut. Die (Rechtsvorgängerin der) Beigeladenen Nr. 1 habe eine völlig unzureichende Bedarfsprüfung durchgeführt. Das Ergebnis der Befragung sei nicht offen gelegt worden; außerdem habe man die Institutsambulanzen der Universitätsklinik H., des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden und des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Wei. nicht in die Befragung einbezogen. Vertragsärzte könnten die Heimbewohner wegen der besonderen Krankheitsbilder nur bedingt behandeln. Außerdem könnte es dann zu Gefährdungen, wie einer unkoordinierten Medikamentengabe mit schwerwiegenden Folgen, kommen. Dem könne nur begegnet werden, wenn für die Heimbewohner eine eigene Institutsambulanz zur Verfügung stehe. Die Heimbewohner seien meist auch gar nicht in der Lage, einen niedergelassenen Arzt zu konsultieren, etwa seine Praxis aufzusuchen, im Wartezimmer auf die Behandlung zu warten und ihre Beschwerden zu schildern.

Der ZA habe den Anspruch der Heimbewohner auf hausärztliche Versorgung in Kenntnis des häuslichen und familiären Umfelds ([§ 73 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)) missachtet. Niedergelassene Haus- und Fachärzte könnten dies nicht leisten. Mit der Behandlung schwerer psychiatrischer Krankheitsbilder seien sie überfordert. Deshalb seien beispielsweise die psychiatrischen Institutsambulanzen eingeführt worden, um Einweisungen in psychiatrische Krankenhäuser zu vermeiden ([§ 118 Abs. 1 SGB V](#)). Entsprechende Leistungen könne auch Professor Dr. Br., der in unmittelbarer Nähe des St.-T.-Heims in H. lebe, erbringen; Ärzte des ärztlichen Notdienstes könnten das nicht. Prof. Dr. Br. habe dem Gesundheitswesen mit seinem außergewöhnlichen Engagement erhebliche Kosten erspart. Da er seinen Einsatz nunmehr aber altersbedingt vermindern müsse, und andere Ärzte nicht im medizinisch notwendigen Maß zur Verfügung stünden, drohten alsbald wieder vermehrt Einweisungen in psychiatrische Krankenhäuser. Dem sei durch die beantragte Ermächtigung entgegenzuwirken. Andernfalls drohe den Bewohnern der Sankt-T.-Heime akute ärztliche Unterversorgung.

Der ZA habe schließlich den Anspruch der Heimbewohner auf Soziotherapie ([§ 37a SGB V](#)) und die Vorschrift in [§ 119a SGB V](#) verkannt. Nach der letztgenannten Bestimmung seien Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügten, zur ambulanten ärztlichen Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung zu ermächtigen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte nicht sichergestellt sei. Insgesamt folge aus einer Zusammenschau der Regelungen in den [§§ 37a, 73, 118, 119a SGB V](#), dass der ZA die beantragte Ermächtigung hätte erteilen müssen. Andernfalls wären konkret Ärzte und Psychiater zu benennen, die (angeblich) bereit seien, den Bewohnern der St.-T.-Heime die notwendige ärztliche Hilfe, gegebenenfalls auch nachts oder an Feiertagen, anzubieten.

Die Beigeladene Nr. 1 führte in der Stellungnahme vom 10.3.2005 aus, für die beantragte Ermächtigung bestehe weder nach Maßgabe des § 31 Abs. 1b Ärzte-ZV noch des [§ 119a SGB V](#) ein Bedarf. Der Gesetzgeber habe für die Psychiatrischen Institutsambulanzen in Abgrenzung zur Tätigkeit des niedergelassenen Vertragsarztes die Möglichkeit einer Ermächtigung geschaffen für die Behandlung von Patienten, die von niedergelassenen Ärzten nicht versorgt werden könnten. Diese Trennung könne durch Einrichtungen, die, wie die Heime des Klägers, den Anspruch erhöhen, den niedergelassenen Vertragsarzt zu ersetzen, nicht aufgehoben werden. Entweder gehe es um Patienten der psychiatrischen Institutsambulanz oder um Patienten, die von niedergelassenen Vertragsärzten zu versorgen seien. Der Kläger erfülle die Anforderungen an eine psychiatrische Institutsambulanz ([§ 118 SGB V](#)) nicht. Soziotherapie an sich sei keine vertragsärztliche Leistung, sondern diene nur deren Verordnung bzw. Überwachung. Die vom Kläger praktizierte Konstruktion, einen zugelassenen Vertragsarzt als ärztlichen Leiter seiner Heime zu benennen, sei rechtlich nicht zulässig. Zulassung und Ermächtigung schlossen sich gegenseitig aus. Das gelte auch für Institutsermächtigungen. Andernfalls wären etwa Honorarbegrenzungsregelungen nicht mehr durchführbar, da der Arzt selbst darüber entscheiden könnte, unter welcher Teilnahmeform er welche Leistungen abrechne.

Der Landkreis K. (Schreiben vom 9.3.2005) und die Stadt H. (Schreiben vom 17.3.2005) unterstützten das Begehren des Klägers.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26.4.2005 (Beschluss vom 16.3.2005) wies der Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte er aus, gem. [§ 95 Abs. 4 SGB V](#) i. V. m. § 31 Abs. 1 Ärzte ZV könnten die Zulassungsausschüsse über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, oder in besonderen Fällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig sei, um eine bestehende

oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes. Die Ermächtigung ärztlich geleiteter Einrichtungen sei grundsätzlich nachrangig gegenüber der persönlichen Ermächtigung von Ärzten. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung sei in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte zu gewährleisten. Schließlich sei die Erteilung einer Institutsermächtigung an Stelle persönlicher Ermächtigungen unabhängig von der Vorrangfrage in solchen Bereichen ausgeschlossen, in denen Leistungen nur von in bestimmter Weise qualifizierten Ärzten erbracht und abgerechnet werden dürften, da ein enger Zusammenhang zwischen der persönlichen ärztlichen Qualifikation und der Berechtigung zur Leistungserbringung bestehe. Anders als bei persönlichen Ermächtigungen könne bei der Institutsermächtigung nämlich die Einhaltung der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen in jedem einzelnen Behandlungsfall regelmäßig nicht sichergestellt werden. Die Einrichtungen des Klägers verfügten über einen ärztlichen Leiter, der bisher über seine Vertragsarztpraxis diejenigen Leistungen erbracht habe, die nunmehr im Rahmen einer Institutsermächtigung erbracht werden sollten. Die Behauptung des Klägers, niedergelassene Ärzte seien an der Versorgung der in den St.-T.-Heimen lebenden Menschen nicht interessiert, sei nicht belegt. Dem Kläger stehe es frei, ärztliches Personal zu benennen, das eine Ermächtigung anstrebe; eine Institutsermächtigung könne jedenfalls nicht erteilt werden.

Am 11.5.2005 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Karlsruhe. Er gab die Gebührennummern des EBM an, auf die sich die Ermächtigung erstrecken solle (zuletzt: psychiatrische bzw. damit zusammenhängende arztgruppenübergreifende Behandlungsleistungen des Kapitels 01 EBM), wiederholte und bekräftigte sein Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren und trug ergänzend vor, Prof. Dr. Br. sei im Rahmen seiner Tätigkeit als niedergelassener Nervenarzt und Psychotherapeut (Praxis mit etwa 500 Patienten) für einen überwiegenden Teil der Heimbewohner zuständig; etwa 10 % bis 20 % würden auf ausdrücklichen Wunsch des andernfalls durch die Doppelbelastung überforderten Prof. Dr. Br. in der Ambulanz der psychiatrischen Universitätsklinik H. behandelt. Die niedergelassenen Ärzte seien zur Versorgung der Heimbewohner nicht bereit. Prof. Dr. Br. habe auch trotz intensiver Bemühungen keinen Nachfolger für seine Praxis gefunden.

Die mit der Gesundheitsreform 2004 neu eingeführte Vorschrift in [§ 2a SGB V](#) fordere ausdrücklich, den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Diese Regelung sei bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch hierfür spezialisierte Ärzte zu berücksichtigen. Das sei hier nur mit der beantragten Institutsermächtigung möglich.

Die Zulassungsinstanzen hätten weder den Sachverhalt ausreichend ermittelt noch eine ermessensfehlerfreie Entscheidung getroffen. Eine hinreichende Bedarfsprüfung sei nicht durchgeführt worden. Im Hinblick auf sein, des Klägers, Vorbringen zu den Behandlungserfordernissen der Heimbewohner wären aber eingehendere Nachforschungen notwendig gewesen. Im Widerspruchsbescheid fänden sich jedenfalls konkrete Feststellungen zur quantitativen und qualitativen Versorgungslage, etwa hinsichtlich des Auslastungsgrads der niedergelassenen Vertragsärzte oder der Wartezeiten, nicht. Auch das Überweisungsverhalten der Ärzte sei nicht eruiert worden. Das Ergebnis der Bedarfsprüfung sei daher insgesamt nicht nachvollziehbar, was zur Rechtswidrigkeit der getroffenen Entscheidung führe. Tatsächlich drohe eine Versorgungslücke, die durch niedergelassene Ärzte nicht geschlossen werden könne, weil Prof. Dr. Br. als ehrenamtlich tätiger ärztlicher Leiter der St.-T.-Heime alters- und krankheitsbedingt ab 2007 nicht mehr zur Verfügung stehe. Die niedergelassenen Ärzte scheuten den Kontakt und die ambulante Behandlung der Heimbewohner, weil diese auf hochpotente Arzneimittel angewiesen seien, die das Arzneimittelbudget über das normale Maß hinaus belasten würden. Der entsprechende Kostenaufwand pro Patient und Quartal liege bei durchschnittlich 1.350 EUR. Auch im Hinblick auf das notwendige Vertrauensverhältnis komme die Versorgung durch niedergelassene Fachärzte nicht in Betracht; die Patienten könnten diese auch nicht aufsuchen. Vorliegend gehe es daher um die Behandlung eines besonderen Personenkreises im Sinne des § 31 Abs. 1b Ärzte-ZV. Die Beigeladene Nr. 1 habe mittlerweile eine Ortsbesichtigung durchgeführt und sich veranlasst gesehen, eine erneute Bedarfsprüfung vorzunehmen (Protokoll SG-Akte S. 121). Für eine Übergangszeit von einigen Monaten werde Prof. Dr. Br. als ärztlicher Leiter der Heime benannt (Schriftsatz vom 24.1. bzw. 5.6.2007, SG-Akte S. 139, 156).

Der Beklagte trug vor, Gegenstand des Verfahrens sei nicht die Behandlung der Heimbewohner als solche, sondern die Frage, wer die Behandlungsleistungen im System der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und abrechnen dürfe. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter sei nicht Gegenstand des Zulassungsrechts. Sollten Versorgungslücken auftreten, müssten diese geschlossen werden. Im System der vertragsärztlichen Versorgung stehe der (regulär) niedergelassene Arzt an der Spitze. Es folge gegebenenfalls die Sonderbedarfszulassung und, scheidet dies aus, die (persönliche) Ermächtigung eines Arztes. Eine Institutsermächtigung komme erst dann in Betracht, wenn persönliche Ermächtigungen nicht erteilt werden könnten. Voraussetzung sei aber immer, dass in dem jeweiligen Institut Ärzte angestellt seien, die den Versorgungsauftrag übernehmen könnten. Der Facharztstandard müsse sichergestellt sein. Deswegen habe der Gesetzgeber gerade den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern Institutsambulanzen zugestanden. Offenbar habe Prof. Dr. Br. im Rahmen seiner ehrenamtlichen Tätigkeit die Bewohner der St.-T.-Heime vertragsärztlich behandelt und die Leistungen abgerechnet, während ein Teil der Kosten im Pflegesatz enthalten war. In den Planungsbereichen Stadtkreis H. und Landkreis Rhein-Neckar-Kreis bestehe bei Psychiatern Überversorgung von 354,3 % beziehungsweise 182,8 %. Die niedergelassenen Psychiater seien zur Behandlung auch der Bewohner der St.-T.-Heime qualifiziert. Im Hinblick darauf sei deren ambulante (auch hausärztliche) Versorgung gesichert. Die gegenteiligen Behauptungen des Klägers seien nicht nachvollziehbar. Die Beigeladene Nr. 1 habe ihm, dem Beklagten, das Ergebnis der durchgeführten Ermittlungen mitgeteilt; dies sei ausreichend. Für eigene Ermittlungen habe keine Veranlassung bestanden. Das weitere Vorbringen des Klägers zu Rechtsansprüchen gesetzlich Krankensversicherter sei im vorliegenden Zusammenhang ohne Belang. Im Übrigen könnte auch ein "Institutsarzt" Notfallbehandlungen nicht im vom Kläger postulierten Maß leisten, da die Heime mittlerweile auf 16 Häuser an unterschiedlichen Standorten (H., Sch. und G.-N.) verteilt seien.

Die Beigeladene Nr. 1 trug vor, die niedergelassenen Nervenärzte im Planungsbereich Stadtkreis H. hätten eindeutig klargestellt, dass sie die Versorgung der Heimbewohner sicherstellen könnten. Das könne beispielsweise der ehemalige Gemeinschaftspraxispartner des Prof. Dr. Br., Dr. Bro., bestätigen. Dieser habe schon bisher Heimbewohner betreut und wäre dazu auch jetzt bereit. Prof. Dr. Br. sei auch nicht ohne Nachfolger geblieben; in seiner Sitzung vom 27.9.2006 habe der ZA die Ärztin St. als Nachfolgerin zugelassen. Außerdem bestehe noch eine Praxisgemeinschaft zwischen Prof. Dr. Br. und dem Allgemeinarzt Dr. Schi. Letzterer betreue die Heimbewohner intensiv mit. Die genannten Ärzte hätten das vom Kläger betonte Vertrauensverhältnis zu den Heimbewohnern ebenfalls aufgebaut. Was die Versorgung von Notfällen angehe, sei ein organisierter Notfall-Bereitschaftsdienst eingerichtet. Davon abgesehen könne eine Ermächtigung ohnehin nicht allein für die Notfallbehandlung erteilt werden.

Der Kläger trug hierzu vor, Dr. Bro. komme als verlässliche Auskunftsperson nicht in Betracht. Nach Beendigung der Gemeinschaftspraxis habe er Prof. Dr. Br. nämlich wegen angeblich unerlaubter Beschäftigung eines Assistenten angezeigt; dieser Vorwurf sei im nachfolgenden Disziplinarverfahren entkräftet worden. Außerdem habe Dr. Bro. die regelmäßige Versorgung der Heimbewohner zum 30.6.2000 beendet (SG-Akte S. 140; Übernahme der entsprechenden Tätigkeit durch Dr. Borgenheimer, Assistentin der Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. Br./Dr.Bro.). Im Übrigen bleibe er, der Kläger, dabei, dass niedergelassene Ärzte die notwendigen Behandlungsleistungen, insbesondere bei Notfällen, nicht ausreichend erbringen könnten.

Der Kläger legte außerdem eine Stellungnahme des Prof. Dr. Br. vom 17.4.2007 (SG-Akte S. 149) sowie ein Schreiben der Fachärztin für Psychiatrie St. vom 10.5.2007 (SG-Akte S. 161) vor.

Prof. Dr. Br. führte (u. a.) aus, die Heime des Klägers seien im Patientenbestand (Bewohnerzahl) mittlerweile auf 1/4 der Patientenzahlen des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden angewachsen. Dort seien etwa 40 Ärzte und 20 bis 30 Psychologen beschäftigt. In den St.-T.-Heimen habe man die (ärztlichen) Aufgaben demgegenüber mit (nur) zwei auf eigene Kosten angestellten Ärzten und seiner vertragsärztlichen Tätigkeit bewältigt, um den Erfordernissen bzw. therapeutischen Intentionen einigermaßen gerecht werden zu können. Mittlerweile habe man auch eine Kinder- bzw. Jugendabteilung etabliert, die ebenfalls einen besonderen ärztlichen Einsatz notwendig mache. Mit niedergelassenen Ärzten könne man die Patienten (Bewohner) der St.-T.-Heime nicht ausreichend versorgen. Die vorgesehene Institutsambulanz solle in Sch. etabliert werden, etwa in der Mitte aller Häuserstandorte.

Die Ärztin St. teilte mit, der weitaus größte Teil der Heimbewohner werde in ihrer (Vertragsarzt-)Praxis fachpsychiatrisch versorgt. Ein kleiner Teil werde von anderen niedergelassenen Nervenärzten bzw. Psychiatern behandelt. Sie nehme die Behandlung durch regelmäßige Visiten in den einzelnen Häusern, Telefonkonferenzen mit dem Fachpersonal vor Ort sowie einer eigens für die Bewohner von St.-T. eingerichteten offenen, wöchentlichen Sprechstunde in ihren Praxisräumen wahr.

Der Kläger trug unter Vorlage weiterer Stellungnahmen des Prof. Dr. Br., der Heimbeiräte von St.-T.-Heimen und von Heimmitarbeitern abschließend vor, die Versorgung sei durch die Ärztin St. nicht sichergestellt. Nach Auffassung der Heimbeiräte bzw. von Heimmitarbeitern könne man auf ihre Arbeit nicht vertrauen. Visiten fänden seit Anfang 2007 nur in großen unregelmäßigen Abständen statt. Die Ärztin St. habe sich als besonders unzuverlässig erwiesen. Ihre Angaben im Schreiben vom 10.5.2007 beruhten offenbar auf einer Schädigungsabsicht und seien unglaubwürdig. Außerdem habe die Ärztin das genannte Schreiben - auch im Hinblick auf seinen Inhalt - auf entsprechende Bitte eines Mitarbeiters der Beigeladenen Nr. 1 verfasst. Es habe lediglich ihrer eigenen Absicherung dienen und hinterlegt, im vorliegenden Verfahren aber nicht verwendet werden sollen. Die Ärztin sei über die missbräuchliche Weitergabe des Schreibens entsetzt (Schreiben der Ärztin St. an Prof. Dr. Br. vom 27.7.2007, SG-Akte S. 197). Im Übrigen würden die niedergelassenen Vertragsärzte bei einer Bedarfsumfrage zwar freie Kapazitäten melden; gleichwohl seien sie zur Versorgung der Heimbewohner aus wirtschaftlichen und organisatorischen Gründen nicht in der Lage, erst recht nicht zu einer Notfallversorgung rund um die Uhr. Mittlerweile betreue man in den Heimen auch acht psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche. Hierfür würden zwei Ärzte des Universitätsklinikums H. auf Honorarbasis beschäftigt.

In der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts vom 9.8.2007 gab der Vertreter des Klägers an, Prof. Dr. Br. vollende in wenigen Tagen sein 64. Lebensjahr und habe deshalb davon abgesehen, eine persönliche Ermächtigung zu beantragen. Derzeit werde außer Prof. Dr. Br. kein weiterer Arzt beschäftigt. Bei Erteilung einer Institutsermächtigung wäre aber sichergestellt, dass zwei weitere Fachärzte die Versorgung der Heimbewohner übernehmen könnten. Außerdem kämen selbstverständlich weitere niedergelassene Ärzte in die einzelnen Häuser.

Mit Urteil vom 9.8.2007 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, die begehrte Institutsermächtigung könne wegen ihrer Nachrangigkeit nicht erteilt werden. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung sei nämlich in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte zu gewährleisten. Verbleibende Versorgungslücken müssten vorrangig durch die Ermächtigung von Krankenhausärzten oder, falls dies nicht möglich sei, durch die Ermächtigung anderer Ärzte geschlossen werden. Erst danach könnten ärztlich geleitete Einrichtungen im Wege der Institutsermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt werden (BSG, Ur. vom 19.7.2006, - [B 6 KA 14/05 R](#) -).

Davon ausgehend komme eine Institutsermächtigung gem. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV nicht in Betracht. Hinsichtlich der ärztlichen Leistungen, auf die sich die Ermächtigung erstrecken solle, bestehe oder drohe in den Planungsbereichen Stadtkreis H., Landkreis Rhein-Neckar-Kreis und Landkreis Karlsruhe keine Unterversorgung. Vielmehr seien die genannten Planungsbereiche mit Neurologen bzw. Psychiatern und Psychotherapeuten überversorgt. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen habe für diese Arztgruppen u. a. bereits am 18.2.2004 (Ärzteblatt Baden-Württemberg, Heft 3/2004, S. 126, 127) Zulassungsbeschränkungen angeordnet. Diese bestünden seitdem unverändert fort (zuletzt Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 4.4.2007, Ärzteblatt Baden-Württemberg, Heft 6/2007, S. 287, 288).

Auch die Voraussetzungen des § 31 Abs. 1b Ärzte-ZV seien nicht erfüllt. Der Beklagte habe dies im Ergebnis zutreffend entschieden. Danach müsse die Ermächtigung in besonderen Fällen notwendig sein, um einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes. Die Vorschrift sei als Ausnahmeregelung eng auszulegen (vgl. auch BSG, [SozR 3-5520 § 31 Nr. 10](#)). Eine Institutsermächtigung könne nur erteilt werden, wenn und solange die ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der ärztlich geleiteten Einrichtung nicht sichergestellt sei. Voraussetzung sei ein konkreter Versorgungsbedarf, also eine konkret feststellbare Versorgungslücke für bestimmte Teilbereiche der vertragsärztlichen Versorgung, hier hinsichtlich der Durchführung neurologischer, psychiatrischer und (einzelner) psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen bei den in den Heimen des Klägers lebenden Versicherten. Die Ermächtigung komme nur zur Schließung von Versorgungslücken in Betracht, soweit die niedergelassenen oder sonst ermächtigten Ärzte außerstande seien, die den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Krankenbehandlung zu erbringen. Versorgungslücken könnten sich aus einem Mangel an niedergelassenen Ärzten (quantitativ-allgemeiner Bedarf) oder daraus ergeben, dass eine ärztlich geleitete Einrichtung besondere, für die ausreichende Versorgung notwendige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anbiete, die von den zugelassenen oder ermächtigten Ärzten nicht bzw. nicht im erforderlichen Umfang erbracht würden (qualitativ-spezifischer Bedarf). Hinsichtlich der Bedarfsprüfung stehe den Zulassungsgremien ein gerichtlich nur eingeschränkt kontrollierbarer Beurteilungsspielraum zu. Die gerichtliche Kontrolle beschränke sich auf die Prüfung, ob der Verwaltungsentscheidung ein

richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zu Grunde liege, die Zulassungsgremien die durch Auslegung der unbestimmten Rechtsbegriffe ermittelten Grenzen eingehalten und ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hätten, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar sei. Maßstab für die Entscheidung sei das Ziel einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der gesetzlich Versicherten ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)).

Daran gemessen sei die Begründung des angefochtenen Bescheids gerade noch ausreichend. Allerdings müsse beanstandet werden, dass der Beklagte sich bei der Ermittlung und Analyse der Versorgungslage nur auf das Ergebnis der von der Beigeladenen Nr. 1 angestellten Erhebungen gestützt und die Grundlagen des Ermittlungsergebnisses nicht nachvollziehbar dargestellt habe. Dieser Mangel führe indessen nicht zur Rechtswidrigkeit seines Bescheids. Denn der Kläger habe seinerseits nicht überzeugend dargelegt, dass die niedergelassenen Ärzte die – allein noch streitige – ambulante Versorgung der Heimbewohner auf psychiatrischem Fachgebiet nicht sicherstellen könnten. Dagegen spreche schon die Überversorgung in den betroffenen Planungsbereichen mit Nervenärzten, wozu auch die Psychiater zählen; demzufolge seien entsprechende Zulassungssperren angeordnet. Die Versorgungsgerade betrügen (Stand 4.4.2007) im Planungsbereich Stadtkreis H. 217,9%, Landkreis Rhein-Neckar-Kreis 121,2% und Landkreis Karlsruhe 116,6%. Angesichts dieser Überversorgung mit Nervenärzten bzw. Psychiatern seien ernsthafte Zweifel an der ausreichenden Versorgung (auch) der Heimbewohner nicht berechtigt. Das Schreiben der Psychiaterin St., der Praxisnachfolgerin des Prof. Dr. Br., vom 10.5.2007 bestätige dies und widerlege außerdem das Vorbringen des Klägers, die Heimbewohner seien wegen ihres Gesundheitszustandes nicht in der Lage, die Praxen niedergelassener Ärzte – falls notwendig mit einer Begleitperson – aufzusuchen. Die Beigeladene Nr. 1 habe außerdem glaubhaft dargelegt, dass der ehemalige Gemeinschaftspraxispartner des Prof. Dr. Br., Dr. Bro., für die neurologisch-psychiatrische Versorgung der Heimbewohner ebenfalls zur Verfügung stehe. Dieser Arzt habe die Versorgung bereits in der Vergangenheit mitübernommen und sei dazu auch jetzt bereit. Insoweit sei rechtlich unbeachtlich, ob der Kläger, Prof. Dr. Br. oder die Heimbewohner von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wollten oder nicht. Außerdem habe die Gemeinschaftspraxis Dres. W.-R. und Stä., Sch., eine ambulant-psychiatrische Dauerbehandlung angeboten; dass dort 14-tägige Behandlungsfrequenzen offenbar nicht möglich seien, ändere nichts. Das Vorbringen des Klägers, die Heimbewohner hätten zu den genannten Ärzten kein besonderes Vertrauensverhältnis und dies könne auch nicht hergestellt werden, überzeuge nicht. Dagegen spreche schon die bereits bestehende Betreuung durch die Ärztin St ...

Die Erteilung der begehrten Institutsermächtigung könne auch mit dem Vorbringen des Klägers zur Notfallversorgung nicht gerechtfertigt werden. Hierzu habe die Beigeladene Nr. 1 mit Recht darauf hingewiesen, dass in H. außerhalb der regulären Sprechstunden ein organisierter Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst eingerichtet sei. Nach den Erkenntnissen des (sachkundig besetzten) Gerichts gelte das auch für die Planungsbereiche Landkreis Rhein-Neckar-Kreis und Landkreis Karlsruhe. Außerdem sei die Erteilung einer Institutsermächtigung allein für die Notfallversorgung ohnehin nicht möglich, zumal in Notfällen gem. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) und [§ 2 Abs. 2 Nr. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassenvertrag-Ärzte](#) auch nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte Leistungen erbringen und abrechnen dürften. Schließlich setze eine Institutsermächtigung das Vorliegen einer anders nicht zu schließenden Versorgungslücke voraus. Die bloße Verbesserung der grundsätzlich ausreichenden Versorgungslage genüge nicht.

Das Vorbringen des Klägers, niedergelassene Ärzte scheuten die Behandlung der Heimbewohner wegen übergroßen Medikamentenbedarfs, überzeuge ebenfalls nicht. Es sei kein Arzt benannt worden, der mit dieser Begründung Behandlungsleistungen abgelehnt habe. Außerdem sei die ambulante Versorgung bislang offenbar sichergestellt gewesen; dass dies allein durch Prof. Dr. Br. erfolgt sei, sei nicht erwiesen. Nicht dargelegt sei auch, dass der Kläger in seinen Heimen weitergehende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anbieten wolle, die vom Leistungsspektrum der niedergelassenen Vertragsärzte nicht umfasst wären. Insgesamt sei damit weder ein quantitativ-allgemeiner noch ein qualitativ-spezialer Versorgungsbedarf nachgewiesen. Die Stellungnahmen Dritter, die der Kläger im Verlauf des Verfahrens zur Stützung seines Begehrens vorgelegt habe, änderten daran nichts. Dauerhafte Versorgungslücken könnten insbesondere den Darstellungen des Prof. Dr. Br., etwa zur Tätigkeit der Ärztin St., nicht entnommen werden, zumal dieser offenbar von einer das rechtlich gebotene Maß übersteigenden optimalen "Rund-um-die-Uhr-Betreuung" der Heimbewohner ausgehe. Der Wunsch von Heimbewohnern, nur Ärzte innerhalb der Heime bzw. nur vom Kläger beschäftigte Ärzte konsultieren zu wollen, oder deren (subjektive) Unzufriedenheit mit bestimmten Ärzten, begründe einen Versorgungsbedarf gem. [§ 31 Ärzte-ZV](#) nicht. Schließlich könne der Kläger den geltend gemachten Anspruch auch nicht auf die Bestimmungen in [§§ 37a, 76 Abs. 1 Satz 1, 118 Abs. 1 Satz 1](#) und [119a Satz 1 SGB V](#) stützen. Eine Institutsermächtigung gem. [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) scheide aus, weil der Kläger ein psychiatrisches Krankenhaus nicht betreibe. Im Hinblick auf die Vorschrift in [§ 119a Satz 1 SGB V](#) sei nicht geltend gemacht, über welche besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse sein ärztlicher Leiter oder andere angestellte Ärzte verfügten, die bei den niedergelassenen Ärzten nicht angeboten oder vorhanden wären. Die im Schriftsatz vom 1.10.2006 unter Benennung der jeweiligen Gebührennummer des EBM benannten ärztlichen Leistungen ließen ein solches besonderes Angebot auch nicht erkennen.

Auf das ihm am 17.8.2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 10.9.2007 Berufung eingelegt. Ergänzend trägt er vor, die Beigeladene Nr. 1 erfülle vorliegend den ihr obliegenden Sicherstellungsauftrag nicht. Zwar bestehe kein quantitativ-allgemeiner Bedarf. Es liege jedoch ein qualitativ-spezialer Bedarf vor, der durch die Institutsermächtigung zu schließen sei; insoweit habe der Beklagte ermessensfehlerhaft gehandelt. Die Bedarfsprüfung sei an den Verhältnissen der Heimbewohner bzw. an den bei ihnen vorliegenden Krankheitsbildern auszurichten. Der daraus resultierende Behandlungsbedarf sei wesentlich größer als bei anderen Patienten. Dies hätte ebenso detailliert festgestellt werden müssen wie die Intervalle, in denen die Heimbewohner regelmäßig untersucht oder behandelt würden. Auch die durchschnittliche Dauer von Untersuchungen oder Behandlungen müsse eruiert werden. Bei der Bedarfsprüfung sei außerdem eine Unterscheidung zwischen Grundversorgung und Notfallbehandlungen zu beachten. Erst wenn all das geschehen sei, könne man feststellen, ob die niedergelassenen Ärzte den Bedarf der Heimbewohner befriedigen könnten. Der Beklagte habe außerdem zu prüfen, ob der Praxisalltag der niedergelassenen Ärzte bzw. die Budgetlage die Versorgung der Heimbewohner zulasse. Zu all diesen Gesichtspunkten hätte das Sozialgericht ein Gutachten erheben sollen.

Bei danach ordnungsgemäßer Bedarfsprüfung wäre festgestellt worden, dass die niedergelassenen Ärzte den Heimbewohnern weder eine ausreichende Grundversorgung noch eine darüber hinausgehende Notfallversorgung bieten könnten. Die niedergelassenen Ärzte seien grundsätzlich nicht dazu in der Lage, die Heimbewohner neben ihrer Praxistätigkeit zu untersuchen und zu behandeln. Außerdem sei die überwiegende Mehrzahl der Heimbewohner derart psychisch krank, dass sie eine Vertragsarztpraxis auch mit einer Begleitperson nicht aufsuchen könnten. Er, der Kläger, könne aus finanziellen Gründen für Begleitpersonen ohnehin nicht sorgen. Hinzukomme, dass die Heimbewohner jedwede Veränderung, wie etwa den für sie ungewohnten Besuch einer Praxis, als Bedrohung empfinden, was zu Dekompensationen und äußerst gefährlichen Situationen führen könne.

Die Angaben der Ärztin St. beruhen auf einer Manipulation der Beigeladenen Nr. 1, die sie zu falschen Aussagen verleitet habe. Mit der Berücksichtigung dieser Angaben habe das Sozialgericht rechtsstaatliche Grundsätze verletzt. Der ärztliche Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst sei ohne Belang, da die Heimbewohner bei dessen Inanspruchnahme aus der gewohnten Umgebung gerissen würden und es zu einem Bruch in der Therapie komme, der bereits erreichte Behandlungserfolge aufs Spiel setze. Insgesamt habe der Beklagte ermessensfehlerhaft gehandelt, da der Bedarf der Heimbewohner nicht richtig und vollständig ermittelt worden sei. Die Institutsermächtigung müsse erteilt werden, da andernfalls der Sicherstellungsauftrag der Beigeladenen Nr. 1 nicht erfüllt würde; Ermessen bestehe daher nicht mehr. Im Grunde benötigten seine, des Klägers, Heime eine Institutsambulanz ähnlich derjenigen einer Klinik. Dabei verfügten die Bewohner seiner Heime im Unterschied zu den Patienten (regulärer) psychiatrischer Institutsambulanzen sogar über gar keine Selbstständigkeit mehr und seien deshalb umso mehr auf die ärztliche Behandlung in einer Institutsambulanz angewiesen; sie bräuchten die Institutsambulanz noch dringender als die meisten Patienten einer Klinikambulanz. Ein rein formales Festhalten am Klinikbegriff sei daher nicht gerechtfertigt. Das Sozialgericht habe schließlich verkannt, dass er, der Kläger, für die Bedarfsfragen nicht darlegungs- und bewespflichtig sei. Vielmehr habe der Beklagte die seiner Entscheidung zu Grunde liegenden Ermittlungsergebnisse nicht nachvollziehbar dargelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 9.8.2007 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 26.4.2005 zu verurteilen, ihm, dem Kläger, eine Ermächtigung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der in seinen Heimen (St.-T. Heime) lebenden Versicherten mit Leistungen nach den Gebührennummern 01100, 01101, 01102, 01410, 01411, 01412, 01413, 01414, 01420, 01430, 01440, 01600, 01601, 01611, 01612, 01620, 01621, 01622, 01623, 16210, 16211, 16212, 16215, 16220, 16230, 16231, 16310, 16321, 16322, 16340, 21210, 21211, 21212, 21215, 21216, 21217, 21220, 21230, 21231, 21232, 21310, 21311, 21321, 21340, 35100, 35110, 33063 EBM 2000plus zu erteilen,

hilfsweise,

das genannte Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über seinen Widerspruch gegen den Bescheid des ZA vom 6.12.2004 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladene Nr. 1 beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Die übrigen Beteiligten stellen keinen Antrag.

Der Beklagte trägt ergänzend vor, der Bedarf sei korrekt ermittelt worden. In allen Planungsbereichen, in denen der Kläger tätig sei, bestehe Überversorgung. Nach wie vor werde verkannt, dass eine Institutsermächtigung nur dann erteilt werden könne, wenn der Facharztstandard sichergestellt sei und die Ärzte benannt seien, die für die Versorgung der Patienten verantwortlich sein sollten. Würden diese Ärzte benannt, wäre zu prüfen, ob nicht eine persönliche Ermächtigung ausreiche. Davon abgesehen dürfte die Lage nicht so dramatisch sein, wie der Kläger geltend mache. So sei einem Zeitungsartikel zu entnehmen, dass für die in einer Wohngruppe des Klägers betreuten acht Kinder und Jugendlichen mit Hilfe der "Aktion Mensch" ein Kleinbus für Fahrten zur Schule, zur Familientherapie, zu Freizeitaktivitäten oder zur Musiktherapie beschafft worden sei. Damit dürfte aber auch der Besuch niedergelassener Ärzte möglich sein; die Betreuung durch ein eigenes Institut mit angestellten Ärzten sei nicht notwendig. Die Heimbewohner würden ordnungsgemäß psychiatrisch behandelt und erhielten die Hilfe der niedergelassenen Ärzte, soweit dies notwendig sei.

Der Kläger trägt abschließend vor, bei Einrichtung einer Institutsambulanz werde der Facharztstandard gewahrt werden. Allerdings könnten Ärzte naturgemäß erst dann angestellt und auch benannt werden, wenn die Institutsermächtigung erteilt sei. Eine noch nicht eingerichtete Institutsambulanz könne keinen Facharzt anstellen. Auch wenn alle niedergelassenen Ärzte Behandlungsmöglichkeiten bestätigten, könne der Bedarf für eine Institutsambulanz eben doch bestehen. So sei es zwischenzeitlich erneut zu gefährlichen Situationen mit Heimbewohnern in seelischen Ausnahmezuständen gekommen, ohne dass man den zuständigen Psychiater habe erreichen können. Früheres Einschreiten und die Abwendung einer Einweisung in die Klinik wäre möglich gewesen, wenn er, der Kläger, über einen Arzt in einer eigenen psychiatrischen Institutsambulanz verfügt hätte.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten des Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz statthafte und auch sonst zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Die Zulassungsgremien haben die Erteilung der begehrten Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu Recht abgelehnt. Der Kläger hat darauf keinen Anspruch.

Gem. [§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung neben zugelassenen Ärzten und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren auch ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztliche Einrichtungen teil. Die Ermächtigung bewirkt, dass der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung - unter Bindung an die einschlägigen vertraglichen Regelungen - berechtigt und verpflichtet ist ([§ 95 Abs. 4 SGB V](#)). Ausgehend von diesen allgemeinen Bestimmungen legt das Gesetz in [§§ 116](#) ff. SGB V die einzelnen Ermächtigungstatbestände fest. Teils gleichlautende, teils ergänzende Regelungen enthält die Ärzte-ZV in [§§ 31, 31a](#). Diese Vorschriften wurden ursprünglich als Rechtsverordnung, gestützt auf die Verordnungsermächtigung in [§ 98 Abs. 2 Nr. 11 SGB V](#), erlassen, haben wegen mehrfacher Abänderungen durch den Bundesgesetzgeber nunmehr aber Gesetzesrang (BSG v. 16.07.2003 - [B 6 KA 49/02 R-](#)). Gem. [§ 31 Abs. 1 Ärzte-ZV](#) kann der Zulassungsausschuss (bzw. gem. [§ 97 SGB V](#) der Beklagte) über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder in besonderen Fällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um (a) eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder (b) einen

begrenzten Personenkreis zu versorgen, bspw. Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebs. § 31a Ärzte-ZV trifft (in Absatz 1 inhaltsgleich mit [§ 116 SGB V](#)) nähere Regelungen zur Ermächtigung von Krankenhausärzten. Sie ist zu erteilen, wenn und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.

Der für die Erteilung einer Ermächtigung nach §§ 31, 31a Ärzte-ZV bzw. § 116 SGB V erforderliche Versorgungsbedarf kann sich aus quantitativen oder qualitativen Gesichtspunkten ergeben. Ein quantitativ-allgemeiner Bedarf liegt vor, wenn die Zahl der in einem Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte nicht ausreicht, um die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Ein qualitativ-spezialer Bedarf liegt vor, wenn bestimmte Leistungen, die spezielle Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzen, von den niedergelassenen Vertragsärzten nicht bzw. nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden. Insoweit ist aber grundsätzlich zu unterstellen, dass die zugelassenen Vertragsärzte auf Grund ihres Aus- und Weiterbildungsstandes dem Versorgungsanspruch in qualitativer Weise genügen (BSG, Urt. v. 30.1.2002, - [B 6 KA 12/01 R](#) -). Für die Bedarfsprüfung ist den Zulassungsgremien ein Beurteilungsspielraum eröffnet, der die gerichtliche Rechtskontrolle beschränkt. Maßgeblich ist, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, und ob die Zulassungsgremien die durch Auslegung der einschlägigen unbestimmten Rechtsbegriffe festgelegten Grenzen eingehalten und ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet haben, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (vgl. etwa BSG, Urt. v. 12.9.2001, - [B 6 KA 86/00 R](#) -). Besteht der durch die Ermächtigung abzudeckende Versorgungsbedarf gerade in solchen Leistungen, die nur von in bestimmter Weise qualifizierten Ärzten erbracht und abgerechnet werden dürfen - weswegen ein enger Zusammenhang zwischen der persönlichen ärztlichen Qualifikation und der Berechtigung zur Leistungserbringung anzunehmen ist - kommt eine Institutsermächtigung von vornherein nicht in Betracht, weil bei ihr die Einhaltung der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen in jedem einzelnen Behandlungsfall regelmäßig nicht sichergestellt werden kann (vgl. etwa BSG, Urt. vom 26.1.2000, - [B 6 KA 51/98 R](#) -, Beschl. vom 29.9.1999, - [B 6 KA 20/99 B](#)-).

Die in [§ 95 Abs. 1 SGB V](#) aufgeführten Teilnahmeformen stehen schließlich nicht gleichrangig nebeneinander. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung ist in erster Linie durch niedergelassene Vertragsärzte zu gewährleisten. Verbleibende Versorgungslücken, die die Heranziehung weiterer Ärzte erfordern, sind gem. [§ 116 SGB V](#) i.V.m. § 31a Ärzte-ZV vorrangig durch die (persönliche) Ermächtigung von Krankenhausärzten, nachrangig gem. § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV durch die (persönliche) Ermächtigung anderer Ärzte zu schließen. Erst danach folgt die Ermächtigung ärztlich geleiteter Einrichtungen (Institutsermächtigung) an letzter Stelle. Sie darf gem. § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV ([§ 98 Abs. 2 Nr. 11 SGB V](#)) nämlich nur erteilt werden, wenn zusätzlich zu den allgemeinen Ermächtigungserfordernissen (bestehende oder drohende Unterversorgung bzw. der Versorgung eines begrenzten Personenkreises; § 31 Abs. 1 Nr. 1a und b Ärzte-ZV) ein "besonderer Fall" vorliegt, Versorgungslücken also auf andere Weise, namentlich durch die persönliche Ermächtigung von Ärzten, nicht zu schließen sind (zur Rangfolge der Teilnahmeformen näher etwa BSG, Urt. v. 26.1.2000, - [B 6 KA 51/98 R](#) -; Urt. v. 2.10.1996, - [6 Rka 73/95](#) -).

An diesen Rechtsgrundsätzen gemessen erweist sich die Entscheidung des Beklagten als rechtmäßig. Ein Ermächtigungstatbestand des SGB V sowie (insbesondere) des § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV ist nicht erfüllt. Bei den St.-T.-Heimen handelt es sich nicht um eine ärztlich geleitete Einrichtung im Sinne der letztgenannten Vorschrift. Der begehrten Institutsermächtigung steht außerdem deren generelle Nachrangigkeit entgegen. Schließlich fehlt es an einer Versorgungslücke, die mit der Institutsermächtigung zu schließen wäre. Insoweit hat der Beklagte ohne Rechtsfehler angenommen, dass weder ein quantitativ-allgemeiner noch ein qualitativ-spezialer Bedarf für die Ermächtigung bzw. die in ihrem Rahmen zu erbringenden Behandlungsleistungen besteht.

Auf den Ermächtigungstatbestand des [§ 118 SGB V](#) (Psychiatrische Institutsambulanzen) kann sich der Kläger nicht stützen. Gem. [§ 118 Abs. 1](#) und 2 SGB V sind psychiatrische Krankenhäuser bzw. Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung bzw. Behandlung von Versicherten zu ermächtigen. Ermächtigungsadressat kann danach nur ein Krankenhaus i. S. d. [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) sein, also eine Einrichtung, die der Krankenhausbehandlung (oder Geburtshilfe) dient, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende, dem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt, nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeitet, mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet ist, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Diagnose- und Therapieleistungen zu erbringen, und in der Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Um eine Einrichtung dieser Art handelt es sich bei den St.-T.-Heimen unstreitig nicht. Das Vorbringen des Klägers zu Krankheitsbildern und Behandlungsbedarf der Heimbewohner ändert daran nichts, mag dadurch auch der Eindruck erweckt werden, die St.-T.-Heime hätten sich im Laufe der Zeit von Heimen (im Sinne des Heimgesetzes) zu einer Art (privater) psychiatrischer Klinik entwickelt, freilich bislang ohne das dafür notwendige und nach Maßgabe des [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) jederzeit verfügbare ärztliche Personal. Auch der Ermächtigungstatbestand des [§ 119a SGB V](#) (Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe) ist nicht einschlägig; hierüber streiten die Beteiligten nicht, zumal besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne dieser Vorschrift nicht in Rede stehen. Außerdem fehlte es auch insoweit, wie noch darzulegen sein wird, an der erforderlichen ärztlichen Leitung.

Grundlage der begehrten Ermächtigung kann daher nur die Bestimmung des § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV sein. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind aber ebenfalls nicht erfüllt.

Nach Auffassung des Senats handelt es sich beim Kläger bzw. den von ihm betriebenen St.-T.-Heimen (schon) nicht um eine ärztlich geleitete Einrichtung i.S.d. § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV. Diese Feststellung kann der Senat hier treffen, ohne im einzelnen abschließend darüber zu befinden, welche - vor allem rechtliche - Anforderungen die ärztliche Leitung einer Einrichtung erfüllen muss, damit dieser eine Institutsermächtigung erteilt werden kann. Der Begriff "ärztlich geleitete Einrichtung" im statusrechtlichen Sinn des § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV verlangt jedenfalls, dass die ärztliche Leitungstätigkeit in der Einrichtung hinsichtlich Art und Umfang und namentlich hinsichtlich ihrer Dauerhaftigkeit und rechtlichen Grundlegung nicht unterschreitbaren Mindestanforderungen zu entsprechen hat. Andernfalls verliert die Einrichtung ihre (sachliche bzw. qualitative) Eignung zur Einbeziehung in die vertragsärztliche Versorgung (zur persönlichen Eignung des Arztes für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit vgl. bspw. §§ 20 f. Ärzte-ZV). In gleicher Weise wie der um die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nachsuchende Arzt rechtliche, insbesondere berufsrechtliche, Voraussetzungen (etwa die Approbation als Arzt) erfüllen muss, muss die um die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nachsuchende Einrichtung i.S.d. § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV rechtliche Erfordernisse wahren, die mit dem Begriff der "Einrichtung" und - vor allem - mit dem Erfordernis der "ärztlichen Leitung"

festgelegt sind. Bei der Ermächtigung, auch der Institutsermächtigung, handelt es sich nämlich um einen Statusakt, der, wie dargelegt, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet ([§ 95 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Mit der Institutsermächtigung soll eine bereits eingetretene oder unmittelbar bevorstehende Unterversorgung durch Schließung offener Versorgungslücken (§ 31 Abs. 1 Ärzte-ZV) abgewendet und so letztendlich der Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 75 Abs. 1 SGB V](#)) erfüllt werden. Deswegen muss die ermächtigte Einrichtung im Rahmen der erteilten Ermächtigung (§ 31 Abs. 7 Satz 1 Ärzte-ZV) nicht anders als der (persönlich) ermächtigte oder der zugelassene Arzt der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zur Verfügung stehen (vgl. für den zugelassenen Vertragsarzt etwa §§ 19a, 20 Ärzte-ZV). Wird die (Ermächtigungs-)Tätigkeit nicht aufgenommen oder nicht mehr ausgeübt, ist die Institutsermächtigung gem. [§ 95 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. [§ 95 Abs. 6 SGB V](#) zu entziehen; sie ist gem. § 31 Abs. 8 Satz 3 und 4 Ärzte-ZV zu widerrufen, wenn nachträglich durch einen in der Person des Arztes - hier des ärztlichen Leiters der Einrichtung - liegenden Grund der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird. Die genannten Vorschriften betreffen unmittelbar zwar nur die Ausübung der Ermächtigung bzw. die Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen, die Gegenstand der Ermächtigung sind (§ 31 Abs. 7 Satz 1 Ärzte-ZV). Sie verdeutlichen mittelbar aber, dass auch an die ärztliche Leitungstätigkeit (§ 31 Abs. 1 Ärzte-ZV) im Übrigen Mindestanforderungen gestellt werden müssen, damit die ermächtigte Einrichtung qualitativ dazu geeignet ist, in die vertragsärztliche Versorgung einbezogen zu werden. Die in den [§§ 117 bis 119a SGB V](#) festgelegten besonderen Tatbestände für Institutsermächtigungen unterstreichen dies zusätzlich; sie betreffen Ermächtigungen für Hochschulambulanzen von Universitätskliniken, für psychiatrische Institutsambulanzen von psychiatrischen Krankenhäusern oder Allgemeinkrankenhäusern und für sozialpädiatrische Zentren bzw. Einrichtungen der Behindertenhilfe.

In rechtlicher Hinsicht wird es danach regelmäßig notwendig sein, dass der ärztlichen Leitungstätigkeit in der Einrichtung ein Anstellungsvertrag zwischen Arzt und Einrichtung bzw. Einrichtungsträger zugrunde liegt. Sofern der Arzt (Mit-)Eigentümer der Einrichtung sein oder über die Rechtsstellung eines Organs (Vorstands) der die Einrichtung tragenden und betreibenden Rechtsperson (hier eines eingetragenen Vereins) verfügen sollte, wird dies als rechtliche Grundlage der ärztlichen Leitungstätigkeit - ggf. nach weiteren Maßgaben - ebenfalls ausreichen können. Eine bloß ehrenamtliche Tätigkeit ohne weitere rechtliche Grundlegung und Verfestigung genügt indessen nicht. Ebenso wenig würde ausreichen, wenn der Arzt sich auf die Erbringung von Ermächtigungsleistungen beschränken würde. Damit ist dem Erfordernis der ärztlichen Leitung in § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV nicht genüge getan; die Einrichtung könnte an der vertragsärztlichen Versorgung dann nicht (mehr) teilnehmen.

Hier ist der (ursprünglich) als "ehrenamtlicher ärztlicher Leiter" der St.-T.-Heime benannte Prof. Dr. Br. zwar Mitglied des Vorstands des Klägers. Seine Tätigkeit in den St.-T.-Heimen bzw. für deren Bewohner gründete sich allerdings nur auf ehrenamtlichen Einsatz ohne weitere rechtliche Verfestigung bzw. auf seinen Status als zugelassener Vertragsarzt. Prof. Dr. Br. nimmt auf Grund einer entsprechenden Zulassung nämlich als niedergelassener Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil und erbringt bzw. erbrachte als solcher Behandlungsleistungen (auch) für die Bewohner der St.-T.-Heime, soweit diese gesetzlich krankenversichert sind; die Behandlungsleistungen werden bzw. wurden auf dem hierfür vorgesehenen Weg bei der Beigeladenen Nr. 1 abgerechnet. Damit kann Prof. Dr. Br. aber die Eigenschaft bzw. der Status eines ärztlichen Leiters i. S. d. § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV nicht zugebilligt werden. Hierfür genügt nach dem Gesagten die vertragsärztliche Behandlung von Bewohnern der Einrichtung und (möglicherweise) ergänzendes ehrenamtliches Wirken in der Einrichtung für sich allein nicht, ohne dass es noch darauf ankäme, wie sich die Zulassung als Vertragsarzt mit der Tätigkeit als ärztlicher Leiter einer ermächtigten Einrichtung vertragen würde. Ohnehin hat Prof. Dr. Br. mittlerweile sein ehrenamtliches Engagement für die Heime des Klägers und deren Bewohner aus Altersgründen offenbar beendet. Über einen angestellten ärztlichen Leiter verfügt der Kläger ersichtlich nicht. Zwar hatte man in der Vergangenheit zeitweise bis zu zwei Ärzten in Anstellungsverhältnissen beschäftigt und die Kosten hierfür, soweit sie vom Pflegesatz nicht abgedeckt waren, (u.a.) aus Spendengeldern aufgebracht. Derzeit beschäftigt der Kläger aber kein ärztliches Personal mehr. Offenbar schwebt ihm vor, ärztliches Personal bzw. einen ärztlichen Leiter erst dann einzustellen, wenn über eine erteilte Institutsermächtigung hierfür eine tragfähige wirtschaftliche Grundlage geschaffen ist. Damit werden die rechtlichen Vorgaben für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer Institutsermächtigung freilich verkannt. § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV verlangt eine "ärztlich geleitete" Einrichtung. Eine Einrichtung ohne Ärzte und ohne ärztliche Leitung kommt für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von vornherein nicht in Betracht.

Der begehrten Ermächtigung steht außerdem der Nachrang der Institutsermächtigung gegenüber der persönlichen Ermächtigung eines Arztes entgegen. Nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. etwa BSG, Urt. v. 26.1.2000, - [B 6 KA 51/98 R](#) -) kann auf das Nachrangverhältnis allerdings nicht verwiesen werden, wenn der Erteilung persönlicher Ermächtigungen rechtlich relevante Hindernisse entgegenstehen, was bspw. der Fall sein kann, wenn der in Betracht kommende Arzt sich nachdrücklich und in geeigneter Form um die Ermächtigung bemühte hatte, diese aber bestandskräftig abgelehnt wurde. Unbeachtlich sind demgegenüber Umstände, die dazu bestimmt sind, die Erteilung einer persönlichen Ermächtigung zu verhindern, und die dem Verantwortungsbereich der ärztlich geleiteten Einrichtung bzw. der bei ihr tätigen Ärzte zuzurechnen sind. Sie können den Bedarf für eine Institutsermächtigung nicht begründen. Andernfalls hätten es die jeweilige Institution bzw. ihre Ärzte in der Hand, über das Eingreifen des Nachranggrundsatzes zu entscheiden. In seiner älteren Rechtsprechung (Urt. v. 2.10.1996, - [6 RKA 73/95](#) -) hatte das BSG außerdem auf den Gedanken des Rechtsmissbrauchs abgestellt und deswegen für unbeachtlich erklärt, wenn Ärzte der Einrichtung Ermächtigungsanträge deshalb nicht stellen, weil dem Träger der Einrichtung an persönlichen Ermächtigungen seiner Ärzte nicht gelegen ist. Da der Kläger hier über ärztliches Personal nicht verfügt, kann - worauf der Beklagte mit Recht abstellt - der Vorrang persönlicher Ermächtigungen bei ihm angestellter Ärzte von vornherein nicht zum Zuge kommen. Dies beruht aber auf dem Verhalten des Klägers, der damit zum einen (wie bereits dargelegt wurde) seiner Einrichtung die Eignung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nimmt, zum andern gleichzeitig versucht, die Nachrangigkeit der Institutsermächtigung gegenüber persönlichen Ermächtigungen im Vorfeld zu unterlaufen.

Mit dem Sozialgericht ist der Senat schließlich der Auffassung, dass der Beklagte das Vorliegen eines Bedarfs für die Erteilung der Institutsermächtigung rechtsfehlerfrei verneint hat. Von einem quantitativ-allgemeinen Bedarf für die in Rede stehenden Behandlungsleistungen auf psychiatrischem Fachgebiet kann angesichts der in den betroffenen Planungsbereichen bestehenden Überversorgung mit niedergelassenen Nervenärzten/Psychiatern keine Rede sein; der Kläger macht das mit der Berufung auch nicht geltend. In diesem Zusammenhang braucht der Senat dem unter den Beteiligten, auch unter den beteiligten Ärzten, etwa Prof. Dr. Br. und der Ärztin Ste., herrschenden Streit um die Behandlungsbereitschaft der niedergelassenen Ärzte nicht weiter nachzugehen. Im Hinblick auf die (Über-)Versorgungslage ist ein Ermächtigungsbedarf mit letztendlich nicht weiter belegten Behauptungen eines im Kern pflichtwidrigen Verhaltens der niedergelassenen Ärzteschaft nicht zu begründen. Dass die niedergelassenen Neurologen und Psychiater ihre vertragsärztliche Tätigkeit nicht in gebotener Weise (vgl. §§ 19a ff. Ärzte-ZV) tatsächlich ausübten, ist nicht ersichtlich und wird auch nicht

vorgetragen. Das Vorliegen eines qualitativ-speziellen Bedarfs ist ebenfalls ohne Rechtsfehler verneint worden. Den Behauptungen des Klägers, niedergelassene Nervenärzte bzw. Psychiater seien zur ambulanten Behandlung der Heimbewohner außerstande, kann der Senat nicht folgen. Vielmehr ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die zugelassenen Vertragsärzte auf Grund ihres Aus- und Weiterbildungsstandes dem Versorgungsanspruch in qualitativer Weise genügen (BSG, Urt. v. 30.1.2002, - [B 6 KA 12/01 R](#) -). Dass dies hier anders wäre, ist weder ersichtlich noch stichhaltig behauptet. Der bloße Wunsch des Klägers oder der Heimbewohner nach einem eigenen speziellen (Heim-)Arzt vor Ort begründet einen Versorgungsbedarf naturgemäß nicht. Auch die Behauptungen zu Notfallbehandlungen sind dazu nicht geeignet. Das Vorbringen des Klägers zu Krankheitsbildern und Behandlungsbedarf der Heimbewohner lässt - wie bereits in anderem Zusammenhang dargelegt - den Eindruck aufkommen, in den St.-T.-Heimen müssten Therapiekapazitäten vorgehalten werden, die denjenigen psychiatrischer Krankenhäuser nahe- oder gar gleichkommen. Träfe dies zu, stellte sich die Frage, ob die St.-T.-Einrichtungen in dieser Form auf einer rechtlich (noch) tragfähigen Grundkonzeption beruhen. Nach dem Gesagten steht schließlich fest, dass die Ermächtigung nicht zur Versorgung eines begrenzten Personenkreises erforderlich ist (§ 31 Abs. 1 Nr. 1 b Ärzte-ZV), da die Versorgung der Heimbewohner durch die niedergelassenen Neurologen bzw. Psychiater gewährleistet wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 2, 3, 162 Abs. 3 VwGO](#). Da die Beigeladenen Nr. 2 bis 7 keine Sachanträge gestellt und damit auch kein Prozessrisiko übernommen haben, entspricht es nicht der Billigkeit, dem Kläger auch deren außergerichtliche Kosten aufzuerlegen.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Der Streitwert wird entsprechend den zutreffenden Ausführungen der Vorinstanz im Beschluss vom 20.9.2007 - S 1 KA 1797/05 W-A auch für das Berufungsverfahren auf 40.000 EUR festgesetzt.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-22