

L 5 KA 2348/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KA 2093/07

Datum
12.03.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 2348/08

Datum
20.10.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 12. März 2008 sowie der Bescheid des Beklagten vom 13. März 2007 (Beschluss vom 6. Dezember 2006) werden aufgehoben. Der Beklagte wird verpflichtet, über den Widerspruch der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Der Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst tragen.

Der Streitwert wird auf 240.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt als Internistin mit dem Schwerpunkt Hämatologie/internistische Onkologie für einen Vertragsarztsitz in L. zur vertragsärztlichen Versorgung aufgrund eines Sonderbedarfs zugelassen zu werden.

Der 1966 geborenen Klägerin wurde am 18. Dezember 1995 die Approbation erteilt, die Promotion erfolgte zum 12. Juli 1994. Die Anerkennung der Gebietsbezeichnung Fachärztin für Innere Medizin wurde am 12. Dezember 2001, die Anerkennung des Schwerpunkts internistische Hämatologie und internistische Onkologie wurde am 16. Juni 2004 erteilt. Sie ist als Ärztin im Kreiskrankenhaus (KKH) L. tätig.

Am 24. März 2005 stellte die Klägerin den Antrag auf Sonderbedarfszulassung als Ärztin für Hämatologie und internistische Onkologie mit Sitz in L., weil dort für dieses Schwerpunktgebiet ein besonderer Versorgungsbedarf vorliege. Ohne ihre Sonderbedarfszulassung wären die Patienten im Bereich der Hämatologie und internistischen Onkologie nicht ausreichend versorgt. Dass in L. und für dieses Schwerpunktgebiet ein besonderer Bedarf bestehe, zeige bereits die dem Beigeladenen Ziff. 7 erteilte Sonderbedarfszulassung. Dieser sei mit seinen Patienten komplett ausgelastet, weshalb über die Zulassung des Beigeladenen Ziff. 7 hinaus ein weiterer Versorgungsbedarf bestehe. Dies ergebe sich auch aus der Tatsache, dass Dr. H., einem Krankenhausarzt, eine Ermächtigung erteilt worden sei. Damit sei anerkannt, dass die zurzeit niedergelassenen und zugelassenen Vertragsärzte den Versorgungsbedarf im Bereich der Onkologie nicht decken könnten. Die Klägerin sei zur Übernahme der von Dr. H. onkologisch betreuten Patienten in der Lage. Seit dem Jahr 2002 gebe es im Landkreis L. den onkologischen Schwerpunkt L.-Rh., dem das Kreiskrankenhaus L., das St. E.-Krankenhaus L. und die Frauenklinik/Brustzentrum Rh. angehörten. Nicht zuletzt durch diese Zentralisierung würde der Anspruch an Qualität und Quantität zunehmen. Eine Sonderbedarfszulassung im Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie in L. sei erforderlich, um die Quantität (deutlich mehr erforderliche Behandlungsplätze für hämatologische und onkologische Patienten) und hierdurch auch die Qualität gewährleisten zu können.

Mit Beschluss vom 10. August 2005 (Bescheid vom 26. August 2005) lehnte der Zulassungsausschuss für Ärzte im Regierungsbezirk F. den Antrag der Klägerin auf Sonderbedarfszulassung als Fachärztin für Innere Medizin/Hämatologie und internistische Onkologie in L. ab.

Dagegen erhob die Klägerin Widerspruch mit der Begründung, die langjährige Ermächtigung von Dr. H., Oberarzt am Kreiskrankenhaus L. belege das Bestehen eines Sonderbedarfs. Dr. H. behandle auf der Grundlage seiner Ermächtigung Patienten mit internistisch-onkologischen und malignen hämatologischen Erkrankungen mit den von ihm beantragten Leistungen, wie die Verabreichung von Chemotherapie aller Art und den bei onkologischen und hämatologischen Erkrankungen erforderlichen Maßnahmen und Untersuchungen. Diese Leistungen könnte sie, die Klägerin, den Versicherten in mindestens gleichem Umfang und gleicher Qualität als Vertragsärztin anbieten. Der Beigeladene Ziff. 7 sei der einzige fachärztlich tätige Internist mit dem Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie in L. und verfüge

entgegen seinen Angaben über keine Behandlungskapazitäten mehr. Die durchschnittliche Fallzahl der in Südbaden tätigen Internistenpraxen mit Schwerpunkt Onkologie liege bei 300 bis 350 Fällen. Der Beigeladene Ziff. 7 liege mit den von ihm durchschnittlich versorgten 340 Fällen deutlich im oberen Bereich.

Die Beigeladene Ziff. 1 (K. V. Baden-Württemberg) ist dem Widerspruch entgegen getreten. Der Versorgungsgrad im Planungsbereich L. bei den fachärztlichen Internisten betrage 140,8 % (Stand 26. Oktober 2005). Der Beigeladene Ziff. 7 sei seit dem 1. Oktober 2003 als fachärztlicher Internist mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die durchschnittliche kurative Fallzahl der Arztgruppe Internist mit Versorgungsschwerpunkt Hämatologie/Onkologie liege 2005 bei 389 Fällen pro Quartal.

Der Beigeladene Ziff. 7 ist ebenfalls dem Widerspruch der Klägerin entgegen getreten und hat ausgeführt, obwohl er zwischenzeitlich mit mehr als 350 Fällen pro Quartal eine Anzahl von Patienten versorge, die im Durchschnitt der (wenigen) niedergelassenen Onkologen im Bezirk der ehemaligen KV Südbaden liege, habe er gerade im zentralen Leistungsbereich der Chemo- und sonstigen Infusionstherapien noch erhebliche Kapazitäten frei, die in jedem Fall mit einer Größenordnung von 100 bis 200 weiteren Behandlungsfällen bemessen werden könnten. Es sei auch hierbei zu berücksichtigen, dass die durchschnittliche Fallzahl entgegen der Behauptung der Klägerin nicht die Grenze zur Aus- oder gar Überlastung eines niedergelassenen Onkologen darstelle, zumal der Durchschnitt im Bereich der Bezirksdirektion N. etwa bei 500 und in S. bei 700 Behandlungsfällen liege. Wegen seiner noch defizitären Auslastungssituation habe er auch im laufenden Ermächtigungsverfahren des Dr. H. Drittwiderspruch erhoben. Vor diesem Hintergrund sei davon auszugehen, dass die von der Klägerin angestrebte zweite internistisch-onkologische Praxis in L. wirtschaftlich nicht tragfähig wäre.

Daraufhin führte der Beklagte Erhebungen bei den an der Onkologie-Vereinbarung im Planungsbereich L. teilnehmenden zehn Fachärzten durch (siehe Bl. 26 f. Verwaltungsakte - VA - in den Gründen des ersten Beschlusses des Beklagten vom 7. Dezember 2005, Bescheid vom 9. März 2006).

Mit Beschluss vom 7. Dezember 2005 (Bescheid vom 9. März 2006 - Bl. 13 f. VA) wies der Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Zur Begründung führte er aus, ein Sonderbedarf nach Nr. 24 a Bedarfsplanungs-Richtlinie komme schon deshalb nicht in Betracht, weil der Planungsbereich L. nicht großräumig sei. Auch die Voraussetzungen der Nr. 24 b der Bedarfsplanungs-Richtlinie seien nicht erfüllt. Ein besonderer Versorgungsbedarf für den Schwerpunkt internistische Onkologie und Hämatologie sei im Planungsbereich L. nicht gegeben, vielmehr stünden diese Leistungen derzeit dort ausreichend zur Verfügung. Die Praxis des Beigeladenen Ziff. 7 befände sich noch immer im Aufbau. Im Hinblick auf die mitgeteilten durchschnittlichen Fallzahlen bei fachärztlich tätigen Internisten mit dem Schwerpunkt Onkologie/Hämatologie in Nordbaden und Südbaden sei anzunehmen, dass der Beigeladene Ziff. 7 mit einer Fallzahl von durchschnittlich 380 fachinternistischen Patienten nicht unerheblich freie Kapazitäten habe. Das Leistungsspektrum und der Leistungsumfang in der Ambulanz von Dr. H. würden keinen ausreichenden örtlichen Sonderbedarf für die Zulassung der Klägerin begründen.

Die am 5. April 2006 von der Klägerin gegen den Bescheid des Beklagten erhobene Klage beim Sozialgericht (SG) Freiburg (S 1 KA 1621/06) endete durch übereinstimmende Erledigungserklärung der Beteiligten in der mündlichen Verhandlung, nachdem der Beklagte den Bescheid vom 9. März 2006 aufgehoben und sich bereit erklärt hatte, über den Widerspruch der Klägerin erneut zu entscheiden.

Im daraufhin erneut durchgeführten Widerspruchsverfahren holte der Beklagte noch die den Beigeladenen Ziff. 7 betreffenden Gebührennummernübersichten der Quartale I/06 und II/06 ein. Des Weiteren wurden u. a. Erhebungen bei den onkologisch tätigen Vertragsärzten im streitbefangenen Planungsbereich durchgeführt (siehe hierzu Bl. 165 ff., 214 ff. VA). Es wurden zu dem die Überweisungen an Dr. H., der sich selbst nicht geäußert hat, in den Quartalen I/06 und II/06 (Bl. 226 ff.), die Erbringung der Leistungen nach den EBM-GNrn. 01510 bis 01512, 02100 bis 02111, 13500 in den Quartalen III/2005 bis II/2006 durch den Beigeladenen Ziff. 7 und Dr. R., Internist in Sch. (S. 33 f. des Bescheids) sowie die Leistungserbringung durch Fachärzte, die an der Onkologie-Vereinbarung in den Planungsbereichen L., W. und B.-H. - südlicher Teil - ohne die EBM-GNr. 32012 teilnehmen (Bescheid S. 40 ff.), ermittelt. Der Beigeladene Ziff. 7 wurde in der mündlichen Verhandlung vor dem Beklagten am 6. Dezember 2006 persönlich gehört (siehe hierzu Protokoll Bl. 236 ff. VA).

Mit Beschluss vom 6. Dezember 2006 (Bescheid vom 13. März 2007 - Bl. 247 ff. VA) wies der Beklagte den Widerspruch der Klägerin erneut zurück. Zur Begründung führte er aus, der im Planungsbereich L. als einziger Internist mit dem Schwerpunkt internistische Onkologie/Hämatologie niedergelassene Arzt, der Beigeladene Ziff. 7, der im Kreiskrankenhaus L. tätige ermächtigte Oberarzt und Internist mit den Schwerpunkten Hämatologie und internistische Onkologie Dr. H. sowie onkologisch verantwortliche Ärzte im Planungsbereich L., W.-T. und B.-H. würden die anfallenden internistisch-onkologischen und hämatologischen Leistungen ausreichend erbringen, ohne dass erhebliche und ins Gewicht fallende Wartezeiten und Engpässe bestünden oder dass sonst Hinweise bekannt geworden wären, dass die Versorgung der Versicherten im internistisch-onkologischen und hämatologischen Bereich nicht ausreichend habe sichergestellt werden können. In der Praxis des Beigeladenen Ziff. 7 bestünden Vakanzen und keine ins Gewicht fallenden Wartezeiten. Die Praxis könne noch mindestens 100 bis 120 onkologische Patienten zusätzlich behandeln. Die übrigen Patienten würden vom ermächtigten Oberarzt Dr. H. ausreichend onkologisch und hämatologisch behandelt, ohne dass dieser Patientenanteil für einen weiteren fachinternistischen Vertragsarztsitz zu einer wirtschaftlichen Praxisführung ausreichend sein würde.

Dagegen hat die Klägerin am 12. April 2007 Klage vor dem Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Zur Begründung hat ihr Bevollmächtigter ausgeführt, der Beklagte habe den Sachverhalt nur unvollständig ermittelt. Insbesondere hätte es vor dem Hintergrund der Leistungserbringung des Beigeladenen Ziff. 7 im Bereich der Zwischensumme 05 der beigezogenen Gebührennummernlisten zur Auslastung der Praxis des Beigeladenen Ziff. 7 einer weiteren Sachverhaltsaufklärung bedurft. Der Beklagte habe die Patientenzahlen des Beigeladenen Ziff. 7 künstlich herunter gerechnet, indem er die an den ermächtigten Arzt Dr. H. vom Beigeladenen Ziff. 7 überwiesenen Patienten in Abzug gebracht habe. Sein Beurteilungsspielraum überschreite der Beklagte auch dadurch, dass er die von der Beigeladenen Ziff. 1 im Zusammenhang mit der Plausibilitätsprüfung entwickelten Tagesprofile sowie Quartalszeitprofilobergrenzen zur Beurteilung der Auslastung der Praxis des Beigeladenen Ziff. 7 herangezogen habe. Der Beklagte habe sich hinsichtlich der vom Beigeladenen Ziff. 7 im Quartal 4/06 erbrachten Gesamtstundenzahl von 580 ärztlichen Arbeitsstunden allein auf die Angaben des Beigeladenen Ziff. 7 gestützt und dieser Angabe die Quartalszeitprofilobergrenze der Beigeladenen Ziff. 1 mit 780 Stunden pro Quartal unzulässig gegenübergestellt. Auch die Erwägungen des Beklagten zur Unwirtschaftlichkeit einer weiteren internistisch-onkologischen/hämatologischen Praxis seien fehlerhaft.

Der Beklagte ist dem entgegen getreten und hat darauf verwiesen, dass die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung nach Nr. 24 a Bedarfsplanungs-Richtlinie schon daran scheitere, dass der Landkreis L. kein großräumiger Planungsbereich sei. Zur Prüfung der Voraussetzungen nach Nr. 24 b Bedarfsplanungs-Richtlinie sei der Sachverhalt vollständig ermittelt und zutreffend gewürdigt worden. Die Klägerin ersetze hier die Ausübung des Beurteilungsspielraums durch den Berufungsausschuss durch eine Eigenbewertung.

Der Beigeladene Ziff. 7 hat sich ebenfalls noch geäußert und ausgeführt, entgegen der Ansicht der Klägerin sei eine hohe Gesamtpunktzahl eines Vertragsarztes kein hinreichendes Indiz für dessen Auslastung. Insoweit komme es vielmehr ausschließlich auf die Zahl der Patienten an, die in seiner Praxis versorgt werden könnten. Zutreffend sei der Beklagte davon ausgegangen, dass er seine Patientenzahl pro Quartal noch mehr als 100 steigern könne.

Mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 27. Juli 2007 wurde Dr. H. in der Klinik für Innere Medizin im KKH L. für die Zeit vom 01.10.2007 bis zur Tätigkeitsaufnahme des KKH L. an der ambulanten Versorgung im Bereich Onkologie bzw. bis zur Bestandskraft bzw. vorläufigen Vollziehbarkeit einer Sonderbedarfszulassung eines Arztes auf dem Gebiet der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Onkologie und Hämatologie, jedoch längstens bis 30.09.2009 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf Überweisung für die in der Entscheidung aufgeführten Leistungen ermächtigt.

Unter dem 28. September 2007 stellte das KKH L. einen Antrag gemäß [§ 116 b SGB V](#) auf Bestimmung zur Durchführung ambulanter Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen beim Regierungspräsidium F. Die Leistungen sollen von Dr. H., der Klägerin und Dr. N. erbracht werden. Über den Antrag ist noch nicht entschieden worden.

Am 12. Dezember 2007 (Bescheid vom 11.1.2008) hat der Zulassungsausschuss dem Beigeladenen Ziff. 7 die Genehmigung zur unbefristeten Ganztagsanstellung von Dr. N. ab 1. Februar 2008 bei gleichzeitiger Leistungseinschränkung nach § 23 k Bedarfsplanungs-Richtlinie erteilt. Diese wurde mit Beschluss vom 15. Oktober 2008 widerrufen, nachdem der Beigeladene Ziff. 7 mitgeteilt hatte, dass die Anstellung zum 10. Oktober 2008 beendet werde.

Mit Urteil vom 12. März 2008 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass im Hinblick auf die vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Baden-Württemberg für die Gruppe der Fachärzte für Innere Medizin angeordnete Zulassungsbeschränkung für den Planungsbereich Landkreis L. zum Zeitpunkt der Antragstellung der Klägerin hier nur eine Zulassung aufgrund der Vorschriften über eine Sonderbedarfszulassung in Betracht gekommen sei. Eine Sonderbedarfszulassung nach Nr. 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungs-Richtlinie komme schon deshalb nicht in Betracht, weil es sich beim Planungsbereich L. nicht um einen großräumigen Landkreis im Sinne dieser Bestimmung handele. Das SG folge insoweit der Auffassung des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg im Urteil vom 17. Mai 2006 ([L 5 KA 5224/05](#)). Vorliegend komme allein eine Sonderbedarfszulassung der Klägerin nach Nr. 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-Richtlinie in Betracht. Voraussetzung hierfür sei, dass ein besonderer Versorgungsbedarf vorliege. Die Feststellung des Beklagten, im Planungsbereich Landkreis L. sei ein besonderer qualitativer Versorgungsbedarf für internistisch-hämatologische und onkologische Leistungen nicht gegeben, halte sich erkennbar im Rahmen der gesetzlichen Beurteilungsermächtigung. Grundsätzlich stehe dem Beklagten bei der Beantwortung der Frage, ob ein besonderer Versorgungsbedarf im Sinne von [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - \(SGB V\)](#) i.V.m. Nr. 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-Richtlinie vorliege, der die Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in dem betroffenen Versorgungsbereich unerlässlich mache, ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu (mit Hinweis auf BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) und BSG Urteil vom 10. Mai 2000 - [B 6 KA 9/99 R](#) -). Die gerichtliche Kontrolle beschränke sich hier darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liege, ob die durch Auslegung des Begriffs besonderer Versorgungsbedarf zu ermittelnden Grenzen eingehalten und ob die Subsumtionserwägungen so hinreichend in der Begründung der Entscheidung verdeutlicht worden seien, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar sei. Der Beklagte habe den entscheidungserheblichen Sachverhalt zum Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs für internistisch-hämatologische und onkologische Leistungen im gebotenen Maße ermittelt. Zunächst seien die niedergelassenen Ärzte nach ihrem Leistungsangebot und der Aufnahmekapazität ihrer Praxis hinsichtlich der gesamten Breite des streitbefangenen Schwerpunktgebietes befragt worden. Der Beklagte habe die Antworten auch sorgfältig ausgewertet und durch weitere Ermittlungen (Auswertung der Gebührennummerübersichten, Feststellung von Tagesprofil- und Quartalszeitprofilobergrenzen sowie persönliche Anhörung des Beigeladenen Ziff. 7) ergänzt und so objektiviert. Auch die Bewertung der Ermächtigung an Dr. H. als lediglich ergänzende ambulante vertragsärztliche Versorgung begegne nach Auffassung des SG im Hinblick auf den verhältnismäßig eng geschnittenen Ermächtigungsrahmen keinen rechtlichen Bedenken. Vor dem Hintergrund sei rechtlich nicht zu beanstanden, dass der Beklagte in Ausübung seines Beurteilungsspielraums zu dem Ergebnis gelangt sei, dass die Praxis des Beigeladenen Ziff. 7 ihre Kapazitätsgrenze noch nicht erreicht habe und auch bei Wegfall der Ermächtigung des Dr. H. die Klägerin eine eigenständige Praxis nicht wirtschaftlich führen könne.

Die Klägerin hat gegen das mit Empfangsbekanntnis ihrem Bevollmächtigten am 21. April 2008 zugestellte Urteil am 16. Mai 2008 Berufung eingelegt. Der Bevollmächtigte der Klägerin macht geltend, das SG habe in einer kaum noch zu überbietenden Weise jegliche argumentative Auseinandersetzung mit dem Vorbringen der Klage verweigert. Daher werde nochmals das Vorbringen aus der Klageschrift vom 18. Juni 2007 nunmehr zum Gegenstand des Berufungsverfahrens gemacht. Insbesondere sei zu beachten, dass die Bereitschaft des Beklagten, in dem vorangegangenen Verfahren S 1 KA 1621/06 den Klagsanspruch der Klägerin anzuerkennen, u. a. dadurch motiviert gewesen sei, dass sich in der mündlichen Verhandlung seinerzeit erwiesen habe, dass der vor Ort niedergelassene Beigeladene Ziff. 7 tatsächlich mit Blick auf seine Arbeitsüberlastung bereits Überlegungen angestellt gehabt habe, die Klägerin, sei es im Wege der Praxisgemeinschaft, sei es im Wege einer Gemeinschaftspraxis bzw. im Wege eines Jobsharing-Verhältnisses, zu seiner Entlastung in die Versorgungsstruktur zu integrieren. Hierbei habe die Klägerin auch berichten können, dass ihr die Auslastung der Praxis des Beigeladenen Ziff. 7 durch eine einwöchige Vertretungstätigkeit aus eigener Anschauung bekannt gewesen sei. Es sei daher nicht nachzuvollziehen, warum der Beklagte die Grenzen seines Beurteilungsspielraumes nach Auffassung des SG einhalte, wenn er diesen, ein Anerkenntnis begründenden Aspekt schließlich bei seiner Entscheidungsfindung völlig ausblende, obwohl die Suche nach einem entsprechenden Mitarbeiter durch den beigeladenen Vertragsarzt überhaupt nicht bestritten werde und er im Laufe des Verfahrens einen solchen auch ganztätig eingestellt habe. Soweit der Beklagte nach entsprechendem Hinweis des SG im vorangegangenen Verfahren die Tagesprofile des Beigeladenen Ziff. 7 für das Quartal 4/06 beigezogen und festgestellt habe, dass in jenem Quartal die Gesamtstundenzahl bei 580 gelegen habe, weshalb die Quartalszeitprofilobergrenze von 780 Stunden insgesamt nicht überschritten würde, möge dies als solches nicht zu

beanstanden sein, sofern vernachlässigt werde, dass es sich bei der "Quartalszeitprofilobergrenze von 780 Stunden" nicht um eine Qualitätssicherungsgrenze, sondern um eine Limitierung der Begrenzung des Kassenarztbetruges handele. Deshalb sei im Klageverfahren bereits darauf hingewiesen worden, dass ein Arbeitsaufwand von 580 Stunden pro Quartal bei durchschnittlich 360 Patienten dazu führe, dass bei der Versorgung von ca. 520 Patienten 838 Arbeitsstunden pro Quartal aufgebracht werden müssten, was als solche die Vermutung einer betrügerischen Leistungserbringung wegen Überschreitens der Quartalszeitprofilobergrenze von 780 Stunden begründen würde. Die Entscheidung des SG verweigere jedoch auch jegliche Auseinandersetzung mit diesem Aspekt. Tatsächlich beruhe diese vorgenannte Erwägung des Beklagten auf einem bereits vorausgehenden Kardinalfehler: Weil der Beigeladene Ziff. 7 mit seiner Patientenzahl von rund 500 Fällen im Quartal 1/06 nicht nur die durchschnittliche Fallzahl der Hämato-Onkologen der Bezirksdirektion F. bei weitem überschritten habe, sondern selbst jene durchschnittlichen Fallzahlen anderer Bezirksdirektionen, rechne der Beklagte die Patientenzahlen des Beigeladenen "künstlich herunter". Auch hierzu fände sich keine einzige Äußerung des SG in seinem Urteil. Was schließlich die Berücksichtigung der Ermächtigung des Dr. H. anbelange, so knüpfe das SG mit seinem Verweis, dass "die Bewertung der Ermächtigung an Dr. H. als lediglich ergänzende ambulante vertragsärztliche Versorgung" durch den Beklagten keinen rechtlichen Bedenken begegne, weshalb "auch bei Wegfall der Ermächtigung des Dr. H. die Klägerin eine eigenständige Praxis wirtschaftlich nicht führen könne", an die Ausführungen des Beklagten im streitgegenständlichen Bescheid an. Letztlich würden sich damit sowohl der Beklagte als auch das SG auf ein Urteil des BSG vom 19. März 1997 beziehen, in welchem es um die Frage der Abgrenzung zwischen Sonderbedarfszulassung, Ermächtigung und Leistungserbringung in Krankenhäusern gehe. Das BSG sei dort zu der Auffassung gelangt, dass die Versorgungslücke für die gesamte Breite eines Versorgungsbereiches bestehen müsse, demgegenüber für den Fall der Erbringung lediglich einzelner spezieller Leistungen der Ermächtigung der Vorrang einzuräumen sei. Diese Entscheidung habe das BSG in seinem Urteil vom 28. Juni 2000 ([B 6 KA 35/99 R](#)) weiterentwickelt, indem explizit ein Vorrang einer Ermächtigung nach § 31a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV gegenüber einer Sonderbedarfszulassung dort eingeräumt werde, wo der von den bereits zugelassenen Vertragsärzten dauerhaft nicht abgedeckte Versorgungsbedarf unterhalb des Umfangs einer wirtschaftlich tragfähigen Vertragsarztpraxis liege. Diese Rechtsprechung habe bereits im Jahr 1998 Kritik hervorgerufen. Vor allem aber dürfte heute diese Rechtsprechung nach Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes ihre Rechtfertigung verloren haben, da § 19a Satz 2 Ärzte-ZV ausdrücklich die Beschränkung auf einen hälftigen Versorgungsauftrag im Sinne einer Teilzulassung vorsehe. Dann aber könne die Leistungserbringung in einem Krankenhaus einschließlich derjenigen eines ermächtigten Arztes einem Sonderbedarfsbegehren lediglich entgegen gehalten werden, wenn die verbleibende dauerhafte Versorgungsaufgabe nicht einmal ausreiche, um eine wirtschaftlich tragfähige Praxis im Sinne von § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV zu begründen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts F. vom 12. März 2008 sowie den Bescheid des Beklagten vom 13. März 2007 (Beschluss vom 6. Dezember 2006) aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über den Widerspruch der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beigeladene Ziff. 7 beantragt, die Berufung zurückzuweisen. hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Der Beklagte hält die Entscheidung des SG für zutreffend und führt ergänzend aus, soweit die Klägerin sich nochmals inhaltlich auf die Klagebegründung vom 18. Juni 2007 berufe, sei diese durch die mündliche Verhandlung vor dem SG überholt. Der Beklagte habe (mit Hinweis auf die Ausfertigung des Bescheides Seite 80) im Gegensatz zu den Behauptungen der Klägerin darauf hingewiesen, dass eine einwöchige Mitarbeit der Klägerin in der Praxis des Beigeladenen Ziff. 7 nicht geeignet sei, die Auslastung der Praxis zu bewerten. Auch sei die Überprüfung der Quartalszeitprofile erforderlich gewesen, um darzulegen, dass die Praxis des Beigeladenen Ziff. 7 bislang ersichtlich nicht ausgelastet sei. Es entbehre auch jeglicher Grundlage, dass ein Verstoß gegen die Grundsätze des Beurteilungsspielraumes vorliege, weil der Beklagte die Patientenzahlen des Beigeladenen Ziff. 7 "künstlich herunterrechne". Des Weiteren sei die Bedeutung der Ermächtigung von Dr. H. für die Sonderbedarfszulassung der Klägerin im angefochtenen Bescheid des Beklagten ebenso wie auch im Urteil des SG eingehend erörtert worden. Es werde auch an der Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 28. Juni 2000 ausdrücklich festgehalten. Zu der Möglichkeit der Leistungsbeschränkung im Sinne von § 19a Satz 2 Ärzte-ZV werde darauf hingewiesen, dass diese zunächst eine volle Sonderbedarfszulassung bei Vorliegen der Sonderbedarfszulassungsgründe des § 24 Bedarfsplanungsrichtlinien insgesamt voraussetze. Für den Fall einer Sonderbedarfszulassung könne der zulassungswillige Arzt in einer schriftlichen Erklärung den vollen Versorgungsauftrag auf einen hälftigen Versorgungsauftrag im Sinne einer Beschränkung zurückführen und beschränken. Die Frage der Wirtschaftlichkeit der Praxis sei bei einer Sonderbedarfszulassung an ihrem vollen Umfang hingegen zu messen.

Der Beigeladene Ziff. 7 schließt sich der Rechtsauffassung des Beklagten und des SG an.

Mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 24. Juni 2009 wurde Dr. H. in der Klinik für Innere Medizin im KKH L. für die Zeit vom 01.10.2009 bis 30.09.2011 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf Überweisung für die in dem Beschluss aufgeführten Leistungen ermächtigt. Von der Ermächtigung ausgenommen wurden diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus auf Antrag des Krankenhausträgers zur ambulanten Behandlung gemäß [§ 116 b SGB V](#) bestimmt worden ist, sowie Leistungen, die gemäß [§ 115 b SGB V](#) erbracht werden und die mit den Krankenkassen direkt abzurechnen sind ([§ 115 b Abs. 2 Satz 4](#) und [§ 116 b Abs. 5 Satz 1 SGB V](#)).

Mit Schreiben vom 20.8.2010 an den Zulassungsausschuss teilte der Beigeladene Ziff. 7 mit, er sei an der Grenze seiner zeitlichen Kapazitäten angelangt, weswegen er den Antrag von Dr. F. wegen Sonderbedarfs in einer Berufsausübungsgemeinschaft mit ihm begrüße.

Mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 15. September 2010 wurde Dr. N., Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie in seiner Eigenschaft als Oberarzt in der Klinik für Innere Medizin im Kreiskrankenhaus L. für die Zeit vom 01.10.2010 bis 31.03.2011 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf Überweisung für die in dem Beschluss aufgeführten Leistungen ermächtigt. Von der Ermächtigung wurden wiederum diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus auf Antrag des Krankenhausträgers zur ambulanten Behandlung gemäß [§ 116 b SGB V](#) bestimmt worden ist, sowie Leistungen, die gemäß [§ 115 b SGB](#)

V erbracht werden und die mit den Krankenkassen direkt abzurechnen sind, ausgenommen. Mit Beschluss vom gleichen Tag wurde die Ermächtigung von Dr. H. aufgrund seines Verzichts zum 30.09.2010 widerrufen.

Mit weiteren Beschluss vom 15. September 2010 wurde die Entscheidung über den Antrag von Dr. F. auf Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit als Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie mit hälftigem Versorgungsauftrag ab dem 1.10.2010 auf der Grundlage von § 24 Satz 1 Buchst. b und Buchst. c Bedarfsplanungsrichtlinie zur Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft mit dem Beigeladenen Ziff. 7 mit spezialistischem Versorgungsauftrag im Hinblick auf die mündliche Verhandlung des Senats in diesem Berufungsverfahren vertagt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten über das zugrundeliegende Zulassungsverfahren, über die Ermächtigung von Dr. H. und Dr. N. sowie die SG-Akten S 1 KA 1621/06 und [S 1 KA 2093/07](#) und die Senatsakte Bezug genommen.

&8195;

Entscheidungsgründe:

A.

Die Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor. Denn die Klage betrifft weder eine Geld- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt. Im Streit steht vielmehr die Zulassung der Klägerin zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Wege eines Sonderbedarfs.

Gegenstand des Rechtsstreits ist allein der Bescheid des Beklagten vom 13. März 2007 (Beschluss vom 6. Dezember 2006). Über den Bescheid des Zulassungsausschusses vom 26. August 2005 (Beschluss vom 10. August 2005) ist hingegen nicht zu befinden. Denn der Bescheid des Berufungsausschusses tritt grundsätzlich als Regelung der Zulassungs- bzw. Ermächtigungssache an die Stelle des vorangegangenen Bescheides des Zulassungsausschusses und bildet den alleinigen Gegenstand der weiteren Beurteilung der Zulassungs- bzw. Ermächtigungssache (BSG [SozR 3-2500 § 96 Nr. 1](#)).

B.

Die Berufung der Klägerin ist begründet. Der Bescheid des Beklagten ist aufzuheben. Dieser ist verpflichtet, über den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid des Zulassungsausschusses unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden. Der Beklagte hat seine Beurteilung, dass in L. kein zulassungsrelevanter Sonderbedarf für die Zulassung als Internistin mit dem Schwerpunkt Hämatologie/internistische Onkologie mit Sitz in L. im Wege der Sonderbedarfszulassung bestehe, nicht anhand seiner Ermittlungen ausreichend begründet.

I. Eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als Fachärztin für Innere Medizin/Hämatologie und Internistische Onkologie mit dem Vertragsarztsitz L. (Planungsbereich Landkreis L. - L. -) kann die Klägerin nur auf Grund der Vorschriften über eine Sonderbedarfszulassung erhalten. Denn für den Planungsbereich Landkreis L. bestand zum Zeitpunkt der Antragstellung der Klägerin im März 2005 eine vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Baden-Württemberg für die Gruppe der fachärztlich tätigen Internisten angeordnete Zulassungsbeschränkung. Die Zulassungsbeschränkung ordnete der Landesausschuss mit Beschluss vom 27.10.1999 an (vgl. Ärzteblatt Baden-Württemberg 11/1999, S. 448 ff.). Sie besteht seitdem ununterbrochen fort (vgl. zuletzt Beschluss des Landesausschusses vom 16.06.2010). Der Versorgungsgrad im Planungsbereich belief sich für die Gruppe der Fachärzte für Innere Medizin im Landkreis L. zuletzt auf 153,3 % (Stand 16.06.2010).

Die Anordnung der Zulassungsbeschränkung und die ihr zu Grunde liegende Bedarfsplanung beruhen auf den [§§ 99](#) ff. SGB V in Verbindung mit § 16b Ärzte-ZV und auf den auf Grund von [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9](#), [§ 101](#) Absätze 1 und [2 SGB V](#) erlassenen Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte. Die Regelungen über die vertragsärztlichen Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung sind mit [Art. 3 Abs. 1](#) und [12 Abs. 1](#) des Grundgesetzes vereinbar (vgl. BVerfG [MedR 2001, S. 639](#) ff., m.w.N. sowie [BSGE 82, 41](#) ff.; [SozR 3-2500 § 101 Nr. 3](#) sowie BSG vom 09.06.1999 - [B 6 KA 1/99 B](#) - und vom 05.11.2003 - [B 6 KA 53/02 R](#) -).

Nach [§ 101 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21.12.1992 ([BGBl. I, S. 2266](#)) beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Bestimmungen über Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind. Der Gesetzgeber hat darin in überversorgten Gebieten abweichend von [§ 103 Abs. 1 SGB V](#) zusätzliche Vertragsarztsitze in Ausnahmefällen zugelassen. Diese Ausnahme dient dem Ziel, auch im Einzelfall sicherzustellen, dass angeordnete Zulassungssperren nicht unverhältnismäßig, weil in der konkreten örtlichen Situation zur Erreichung ihres Zieles nicht erforderlich, die Berufsausübung beschränken. Zugleich wurde den Bundesausschüssen die Aufgabe übertragen, nähere Vorgaben für diese Zulassungen zu normieren. Gegen diese Übertragung der Befugnis zur Normkonkretisierung bestehen keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken, zumal der Gesetzgeber Inhalt, Zweck und Ausmaß der Regelung präzise vorgegeben und damit die wesentlichen Fragen selbst entschieden hat (vgl. zum Ganzen BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) unter Hinweis auf BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 6](#); [SozR 3-2500 § 101 Nr. 2](#) und 5; [SozR 3-2500 § 103 Nr. 2](#) sowie vom 05.11.2003 - [B 6 KA 53/02 R](#) -).

Im vertragsärztlichen Bereich hat der (frühere) Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen von diesem Normsetzungsauftrag in den Bedarfsplanungs-Richtlinien für Ärzte (in der Fassung vom 9.3.1993, zuletzt geändert am 15.2.2007 gültig ab dem 1.4.2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 64 vom 31.3.2007, zuletzt geändert am 18. März 2010 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2010 S. 2 133 in Kraft getreten am 19. Juni 2010) mit Abschnitt 7 unter den §§ 24 bis 26 Gebrauch gemacht.

In § 24 Satz 1 Buchst. a bis e Bedarfsplanungs-Richtlinie werden fünf Fallgruppen mit speziellen Sachverhalten umschrieben. Dies sind neben dem Fall eines nachweislichen lokalen Versorgungsbedarfs in Teilen eines Planungsbereichs auf Grund unzureichender Verteilung der

an sich quantitativ ausreichend vorhandenen Vertragsarztsitze vier Fallgestaltungen eines qualitativen Defizits an bestimmten ärztlichen Leistungen, welche konkret benannt oder unter Bezugnahme auf die Inhalte bestimmter Subspezialisierungsmöglichkeiten des ärztlichen Weiterbildungsrechts bezeichnet werden. Nach § 24 Satz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie darf der Zulassungsausschuss unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss dem Zulassungsantrag eines Vertragsarztes der betroffenen Arztgruppe entsprechen, wenn eine der nachstehenden Ausnahmen vorliegt: a) Nachweislicher lokaler Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung in Teilen eines großstädtischen Planungsbereichs oder eines großräumigen Landkreises.

b) Es liegt besonderer Versorgungsbedarf vor, wie er durch den Inhalt des Schwerpunkts, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung umschrieben ist. Ein besonderer Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß § 4 mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst. Voraussetzung für eine Zulassung ist, dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen und dass der Arzt die für den besonderen Versorgungsbedarf erforderlichen Qualifikationen durch die entsprechende Facharztbezeichnung sowie die besondere Arztbezeichnung oder Qualifikation (die Subspezialisierung muss Leistungen beinhalten, die die gesamte Breite des spezialisierten Versorgungsbereichs ausfüllen) nachweist. Die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist dabei einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt. Eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern bleibt außer Betracht.

c) (...) spezialistischen Versorgungsaufgaben (...)

d) (...) ambulante Operationen (...)

e) (...) Dialyseversorgung (...)

Die Zulassung in den Fällen der Buchstaben a) bis e) setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.

Dem Beklagten steht bei der Beantwortung der Frage, ob ein (lokaler oder besonderer) Versorgungsbedarf im Sinne von [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) in Verbindung mit § 24 Satz 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinien vorliegt, der die Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in dem betroffenen Versorgungsbereich unerlässlich macht, grundsätzlich ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu. Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich daher - wie in den ähnlichen Fällen der Bedarfsfeststellung - darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zu Grunde liegt, ob die aus der Auslegung des Begriffs "Versorgungsbedarf" ergebenden 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 (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#), 4 und 5 (für Sonderbedarfszulassungen); [SozR 3-2500 § 116 Nr. 1, 2 und 4](#), sowie [SozR 3-2500 § 97 Nr. 2](#) (für die Ermächtigung von Krankenhausärzten); [SozR 3-2500 § 75 Nr. 7](#) (für Zweigpraxen)).

Bei der Entscheidung über einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung sind grundsätzlich alle bis zur letzten mündlichen Verhandlung im gerichtlichen Verfahren eintretenden Tatsachen- und Rechtsänderungen zu berücksichtigen (BSG, Urteil vom 2.9.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) -, veröffentlicht in Juris).

II.

Nach diesen Grundsätzen kann die hier angefochtene Entscheidung des Beklagten keinen Bestand haben. Ein lokaler Versorgungsbedarf i. S. d. § 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungsrichtlinie ist zwar zu verneinen (1.). Die Ablehnung eines besonderen Versorgungsbedarfs gemäß § 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-Richtlinie für den zusätzlichen Vertragsarztsitz einer Internistin mit Schwerpunkt Hämatologie/internistische Onkologie im Planungsgebiet L. war jedoch beurteilungsfehlerhaft (2.) und ist auch auf der Grundlage der Sach- und Rechtslage der mündlichen Verhandlung nicht vertretbar (3.).

1. Eine Sonderbedarfszulassung wegen eines lokalen Versorgungsbedarfs i. S. d. § 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungs-Richtlinie hat der Beklagte zu Recht abgelehnt. Bei der Feststellung der Voraussetzungen eines lokalen Sonderbedarfs hat das BSG den Zulassungsgremien einen (weiten) Beurteilungsspielraum zuerkannt. Dabei ist zu beurteilen, ob ein Landkreis "großräumig" ist und was als ein "Teil" eines Landkreises angesehen werden kann. Diese beiden Fragen hängen von "Struktur, Verkehrsanbindung und Lage" ab, wie sich aus dem Sinn des Sonderbedarfstatbestandes in § 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungs-Richtlinie ergibt. Bestehen in einem Landkreis gute und schnelle Verkehrsanbindungen aus allen Richtungen auf ein Zentrum hin, so reicht die in diesem Zentrum anzutreffende Vielfalt an Ärzten und Psychotherapeuten zur Versorgung des gesamten Landkreises typischerweise aus. In einem anderen Landkreis dagegen, mag dieser auch in seiner Ausdehnung viel kleiner sein, kann die Situation ungünstiger sein: Sind die Ärzte und Psychotherapeuten z.B. aufgrund der gebirgigen Struktur und schlechten Verkehrsanbindungen von einigen Teilen des Landkreises aus nur unter Aufwendung erheblicher Zeit und Mühe erreichbar, so kann hier der Tatbestand "lokaler Versorgungsbedarf in Teilen eines großräumigen Landkreises" gegeben sein. Die Beurteilung, ob solche speziellen Strukturen gegeben sind, können in sachgerechter Weise aber nur die ortsnahen fachkundigen Zulassungsgremien vornehmen. Dementsprechend ist diesen für die Merkmale "Teil" und "großräumig" ein Beurteilungsspielraum zuzuerkennen. nämlich bei der Frage, "welche Versorgungsdichte in großstädtischen Bereichen und in großräumigen Landkreisen anzustreben ist". Weiter ist von diesen zu entscheiden, "ob in einem großräumigen Landkreis möglichst in jedem einigermaßen abgegrenzten Bereich die wichtigsten Facharztgebiete vertreten sein sollen, z.B. ob in jeder eigenständigen größeren Stadt unabhängig davon, ob sie inmitten naher anderer Städte mit entsprechenden Ärzten gelegen ist, ein fachärztlicher Internist zur Verfügung stehen soll" (BSG aaO Rdnr. 26).

Nach diesen Grundsätzen hat der Beklagte ohne rechtlich beachtlichen Beurteilungsfehler einen lokalen Versorgungsbedarf in Teilen eines großräumigen Landkreises nach § 24 Buchst. a Bedarfsplanungs-Richtlinie verneint. Die Klägerin begehrt die Zulassung am Vertragsarztsitz L. ... Es kann nicht angenommen werden, dass unabhängig von der Versorgungssituation im Planungsbereich L. ein lokaler Sonderbedarf in L. besteht. Ein solcher wird sich auch nicht aus der Krankenhaussituation herleiten lassen. Die Klägerin hat hierzu in ihrem Antrag

vorgetragen, im Landkreis L. mit 220.000 Einwohnern gebe es seit dem Jahr 2002 den onkologischen Schwerpunkt L.-Rh., dem das Kreiskrankenhaus L., das St.-E.-Krankenhaus L. und die Frauenklinik/Brustzentrum Rh. angehörten. Nicht zuletzt durch diese Zentralisierung steige der Anspruch an Qualität und die Quantität nehme zu, z.B. gebe es einen deutlichen Anstieg an adjuvanten Therapien, mehr Dezentralisierung von der Universität F. und Basel mit für die Patienten günstigeren Wegzeiten und somit höherer Patientenzufriedenheit. Die nächsten Niederlassungen seien in F., VS-V. und S ... Aus diesem Vortrag, der keine Patientenzahlen für L. und keine Vergleichszahlen nennt, lassen sich keine konkreten Anhaltspunkte dafür ableiten, dass infolge einer lokalen stationären Behandlungskonzentration in L. die typischer Weise wohnortnahe ambulante onkologische Behandlung von Patienten außerhalb des üblichen Einzugsbereichs der Stadt im wesentlichen Umfang bei niedergelassenen Ärzten in L. nachgefragt wird. Hinzukommt, dass der als Internist mit Schwerpunkt internistische Onkologie/Hämatologie niedergelassene Arzt, der Beigeladene Ziff. 7, der einzige niedergelassene Internist im Planungsbereich L. ist, der mit dem Schwerpunkt internistische Onkologie/Hämatologie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, in L. praktiziert. Dies bedeutet, dass nicht ein lokaler Bedarf in L., der im übrigen Planungsgebiet L. gedeckt ist, für eine Zulassung der Klägerin in Rede steht, sondern ein im gesamten Planungsgebiet L. nicht gedeckter besonderer Versorgungsbedarf.

2. Damit kommt hier als Rechtsgrundlage für die begehrte Sonderbedarfszulassung allein die Ausnahme nach § 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-Richtlinie in Betracht. Hierfür ist ein besonderer Versorgungsbedarf in einem Bereich erforderlich, "wie er durch den Inhalt des Schwerpunkts, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung umschrieben ist". Voraussetzung ist dabei nach Buchst. b Satz 2, "dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen und dass der Arzt die für den besonderen Versorgungsbedarf erforderlichen Qualifikationen durch die entsprechende Facharztbezeichnung sowie die besondere Arztbezeichnung oder Qualifikation (Schwerpunkt, fakultative Weiterbildung, Fachkunde) nachweist". Eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern bleibt dabei außer Betracht (BSG, Urteil vom 2.9.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) veröffentlicht in Juris m.w.N.).

a) Die Anerkennung eines Sonderbedarfs gemäß [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) i.V.m. § 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-Richtlinie erfordert damit zunächst die Prüfung und Feststellung einer besonderen Qualifikation des Arztes und eines dementsprechenden Versorgungsbedarfs.

Die Klägerin hat als Internistin die Qualifikation des Schwerpunkts 15.C.4 Hämatologie und Internistische Onkologie der Weiterbildungsordnung (WBO) der Landesärztekammer Baden-Württemberg (Stand 1. Oktober 2003) erlangt, so dass sie eine für die Zulassung nach § 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-Richtlinie geforderte Qualifikation besitzt.

b) Entscheidend ist damit, ob für das Gebiet Hämatologie und Internistische Onkologie im Planungsgebiet ein ungedeckter Sonderbedarf gegeben ist. Ein solcher wurde in der angegriffenen Entscheidung der Beklagten beurteilungsfehlerhaft verneint.

aa) Bei der Beurteilung, ob bzw. inwieweit die bereits zugelassenen Ärzte eine ausreichende Versorgung gewährleisten oder ob in diesem Versorgungsbereich der Versorgungsbedarf nicht gedeckt ist, verfügen die Zulassungsgremien in weitem Umfang über einen gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraum. Dieser bezieht sich auf die Bewertung, Gewichtung und Abwägung der ermittelten Tatsachen im konkreten Einzelfall (BSG, Urteil vom 2.9.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) - m.w.N. veröffentlicht in Juris). Der Umfang ihrer Ermittlungen ist durch [§ 21 SGB X](#) vorgegeben; die Ermittlung des Sachverhalts muss das nach pflichtgemäßem Ermessen erforderliche Maß ausschöpfen, d.h. so weit gehen, wie sich weitere Ermittlungen als erforderlich aufdrängen (BSG, Urteil vom 2.9.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) - m.w.N. veröffentlicht in Juris). 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. 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 Hämatologie und Internistische Onkologie) und nicht nur auf einzelne spezielle Leistungen zu erstrecken. 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. Darüber hinaus kommt es nach dem Wortlaut der § 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-Richtlinie in erster Linie auf die tatsächliche Versorgungssituation in dem betreffenden Planungsbereich an, 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, Urteil vom 5.11.2008 - [B 6 KA 56/07 R](#) - m.w.N. veröffentlicht in Juris).

Den Zulassungsgremien obliegt es weiter, die Angaben der befragten Ärzte, da diese interessenorientiert sein könnten, anhand ihnen zugänglicher weiterer Unterlagen - insbesondere der sog. Anzahlstatistiken - zu verifizieren. Soweit ein Versorgungsbedarf auch Bereiche umfasst, in denen die Leistungserbringung eine medizinisch-technische Ausstattung und/oder zusätzliche persönliche Qualifikationen erfordert, ist zu ermitteln, ob der Bewerber darüber verfügt (BSG, Urteil vom 2.9.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) - m.w.N. veröffentlicht in Juris).

Bei der Bewertung der Leistungserbringung und der Leistungsangebote anderer Ärzte als der zugelassenen Vertragsärzte ist eine differenzierende Bewertung geboten. Wie in § 24 Satz 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie ausdrücklich bestimmt ist, hat eine Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht zu bleiben. Aber nicht nur die stationären Leistungen der Krankenhäuser, sondern auch deren ambulante Leistungen sind unberücksichtigt zu lassen, soweit diese Leistungserbringung gegenüber derjenigen der niedergelassenen Ärzte nachrangig ist. Damit müssen Versorgungsangebote von Krankenhausärzten, die gemäß [§§ 116 SGB V](#), 31a Ärzte-ZV ermächtigt wurden, bei der Prüfung eines Versorgungsbedarfs für Sonderbedarfszulassungen außer Betracht bleiben, weil die Versorgung aufgrund solcher Ermächtigungen nachrangig ist gegenüber der Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte (BSG, Urteil vom 2.9.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) - m.w.N. veröffentlicht in Juris). Anderes gilt für Ermächtigungen, die bedarfsunabhängig erteilt werden, wie z.B. im Falle des [§ 117 SGB V](#), wonach Hochschulambulanzen nach Maßgabe der Erfordernisse von Forschung und Lehre - unabhängig von einem durch die Vertragsärzte gedeckten oder nicht gedeckten Versorgungsbedarf - zur Erbringung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen ermächtigt werden. Unberücksichtigt bleiben müssen ferner die Leistungsangebote aller derjenigen Ärzte, die keine entsprechende Qualifikation aufweisen und entsprechende Leistungen nicht abrechnen können (BSG, Urteil vom 2.9.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) - m.w.N. veröffentlicht in Juris).

bb) Den genannten Vorgaben entspricht die Entscheidung nicht in vollem Umfang. Die Ermittlungen des Beklagten tragen dessen Schlussfolgerung eines fehlenden besonderen Versorgungsbedarfs nicht und die Begründung der Entscheidung lässt die Beachtung und die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe nicht hinreichend nachvollziehbar erkennen.

Der angegriffene Bescheid verneint das Vorliegen eines - örtlichen - Bedarfs im Planungsbereich L. zunächst (II. 2, S. 72) unter Hinweis auf das Leistungsangebot anderer Ärzte. Es wird dargelegt, dass im Planungsbereich L. unter Berücksichtigung des Leistungsangebots des Beigeladenen Ziff. 7 als einzigen mit dem Schwerpunkt Internistische Onkologie/Hämatologie niedergelassenen Internisten, des am Kreiskrankenhaus L. ermächtigten Oberarztes und Internisten mit den Schwerpunkten Hämatologie und Internistische Onkologie Dr. H. sowie der onkologisch verantwortlichen Ärzte in den Planungsbereichen L., W.-T. und B.-H. die anfallenden internistisch-onkologischen und hämatologischen Leistungen ausreichend erbracht werden, ohne dass erhebliche und ins Gewicht fallende Wartezeiten und Engpässe bestünden oder dass sonst Hinweise bekannt geworden wären, dass die Versorgung der Versicherten im internistisch-onkologischen und hämatologischen Bereich nicht ausreichend sichergestellt werden kann.

Hieraus lässt sich zunächst entnehmen, dass die Planungsbereiche W. und B.-H., in denen keine Internisten mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie niedergelassen sind, miteinbezogen wurden. Dass diese räumliche Abgrenzung des untersuchten Bereichs sachwidrig wäre, wird im Hinblick auf die örtlichen Verhältnisse nicht angenommen werden können.

In der Entscheidung wird jedoch nicht differenziert, welches Leistungsangebot für die Frage der besonderen Bedarfsdeckung zu berücksichtigen ist. Das Leistungsangebot der onkologisch verantwortlichen Ärzte hätte quantitativ und qualitativ genauer erfasst und differenzierter bewertet werden müssen (vgl. unten [1]). Die fehlende Auslastung der Praxis des Beigeladenen Ziff. 7 ist nicht vertretbar begründet ([2]). Das Leistungsangebot des ermächtigten Arztes Dr. H. hätte hinsichtlich der Bedarfsdeckung von vorneherein außer Betracht bleiben und hinsichtlich des Umfangs korrekt ermittelt werden müssen (vgl. unten [3]).

(1) Die Annahme, dass das Leistungsangebot der onkologisch verantwortlichen Internisten und Allgemeinmediziner in den Planungsbereichen L., W. und B.-H., die nicht mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie zugelassen sind, der begehrten Zulassung nach § 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-Richtlinie entgegenzuhalten ist, weil es den besonderen Bedarf qualitativ und quantitativ ausreichend deckt und noch freie Kapazitäten gegeben sind, lässt sich nicht auf die vorhandenen Ermittlungen stützen. Um diese Schlussfolgerung ziehen zu können, hätte es weiterer Ermittlungen und einer differenzierten Bewertung bedurft.

Zum Leistungsangebot onkologisch verantwortlicher Internisten und Allgemeinmediziner in den Planungsbereichen L., W. und B.-H., die nicht mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie zugelassen sind, wird in den Gründen der Entscheidung im Einzelnen ausgeführt (Bescheid S. 76): "Die Gebührennummernvergleichslisten der Quartale III / 2005 bis II / 2006 — AS 97 ff — weisen aus, dass die Leistungen nach den EBM-GNrn. 02100 und 02101 auch in der Praxis Dr. R. in Sch. ohne Auslastung erbracht werden. Als onkologisch verantwortlicher Facharzt für Innere Medizin gab Herr Dr. Philipp Hoffmeister in Bad S. in den Erhebungen an, dass er die Leistungen nach den EBM-GNrn. 01510 bis 01512 jeweils erbringe (83/34/7-mal). Die Leistung nach der EBM-GNr. 02100 (Infusion) erbringt er im Quartal 37-mal und die Leistung nach der EBM-GNr. 02101: 77-mal. Die Leistung nach der EBM-GNr. 02110 (Transfusion) sowie auch die EBM-GNr. 02111 wird in dieser Praxis nicht erbracht. Frau Dr. N. könnte diese Leistung ebenfalls nicht erbringen. Die Leistung nach der EBM-GNr. 13500 kann von Herrn Dr. H. nicht erbracht werden, da eine Genehmigung nicht vorliegt. Allerdings kann diese auf Fachgebietsärzte mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie beschränkte Leistungsnummer je nach Fachgebiet über entsprechende Gebietsleistungen wie die EBM-GNrn. 02100 ff. und 01501 f. und dergleichen abgebildet werden. Der Vollständigkeit halber wird darauf hingewiesen, dass Laborleistungen zum einen von zahlreichen niedergelassenen Ärzten, im Übrigen auch im Auftragswege von Laborärzten ausreichend und ohne Wartezeiten in engem zeitlichem Rahmen erbracht werden können. Der Facharzt für Allgemeinmedizin, Dr. Bruno Bermeitinger in Bad Bellingen, hat sich auf die Erhebungen nicht gemeldet. Nach der Gebührennummernvergleichsliste erbringt Herr Dr. B. die EBM-GNr. 02100 in den Quartalen III / 2005 bis II / 2006: 48-mal. Nach dem Ergebnis der früheren Erhebungen des BA in diesem Verfahren hatte Herr Dr. B. angegeben, er nehme an der multidisziplinären Fachkonferenz teil und erbringe Krebsfrüherkennungsleistungen nach den EBM-GNrn. 01734, 01740 und 01758 und Infusionsleistungen nach den EBM-GNrn. 02100 und 02101."

Bei dieser Einbeziehung onkologisch verantwortlicher Ärzte, die nicht als Internisten mit dem Schwerpunkt Internistische Onkologie/Hämatologie zugelassen sind, wurde nicht berücksichtigt, dass die hämato-/onkologischen Gebührenordnungspositionen (Nrn. 13490-13502) nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie berechnet werden können. Dem Umstand, dass die Gebührenordnungspositionen Nrn. 13490-13502 nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie berechnet werden können, kommt aber erhebliche Bedeutung zu. Denn im Falle eines Vorbehalts bestimmter Leistungstatbestände im EBM-Ä nur für in bestimmter Weise qualifizierte Ärzte spricht Vieles dafür, dass im Regelfall nur diese als ausreichend befähigt anzusehen sind, diese Leistungen qualitativ angemessen zu erbringen. Zwar folgt daraus nicht zwingend die ausnahmslose Befähigung der so qualifizierten Ärzte (BSG, Urteil vom 2.9.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) veröffentlicht in Juris), da die allgemeinen/internistischen Leistungspositionen nicht dahingehend eingeschränkt worden sind, dass sie nicht mehr für die Untersuchung und Behandlung von onkologischen Patienten gelten. Vor diesem Hintergrund hätte es aber der Überprüfung bedurft, ob die hämatologischen und onkologischen Leistungen der Internisten und Allgemeinmediziner, die - auf der Grundlage der damaligen regionalen Vereinbarungen - ohne die entsprechende Schwerpunktausbildung als onkologisch verantwortliche Ärzte tätig waren, quantitativ und qualitativ angemessen erbracht werden. Allein ihre Zulassung an der Teilnahme an der damaligen regionalen Onkologie-Vereinbarung, mit deren Inhalt sich die Entscheidung nicht befasst, als onkologisch verantwortliche Ärzte konnte weitere Ermittlungen insoweit nicht verzichtbar machen. Bestätigt wird diese Einschätzung durch die nun geltende neue Vereinbarung, mit der erstmals bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen für die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten vorgegeben werden. Die neue Onkologie-Vereinbarung hat die bisherigen regionalen Vereinbarungen abgelöst und ist zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten. Zur Teilnahme an der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) zwischen dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als onkologisch qualifizierter Arzt berechtigt sind neben Internisten mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie noch Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie. Aufgrund dieser Onkologie-Vereinbarung werden außerbudgetär Pauschalen (Gebührenordnungsposition Nr. 86000 bis 96508) gezahlt, die Zuschläge zur Abgeltung des Mehraufwandes für die geforderte Qualitätssicherung darstellen. Diese nun hinsichtlich der Fachärzte für Innere Medizin auf diejenigen mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie beschränkte Teilnahmemöglichkeit an der Onkologie-Vereinbarung unterstreicht deren besondere Bedeutung für

die Gewährleistung der qualitativ angemessenen onkologischen Versorgung.

Insoweit fehlt es hinsichtlich der Qualität und Quantität des Leistungsangebots der onkologisch verantwortlichen Ärzte an entsprechenden Ermittlungen. So wurde das Leistungsangebot des neben dem Beigeladenen Ziff. 7 einzigen niedergelassenen onkologisch verantwortlichen Internisten Dr. R. im Planungsbereich L., der sich an der Befragung nicht beteiligt hat, nicht näher festgestellt und analysiert. Es wurde lediglich ermittelt, welche Leistungen dieser nach den EBM-Gebührennummern 01510 bis 01512 und 02100 bis 02111 in den Vergleichsquartalen abgerechnet hat (Bescheid S. 33 f.). Die Ziffern 02101 bis 02120 und 01510 bis 01512 EBM sind in dem Abschnitt arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenpositionen des EBM geregelt und beziehen sich nicht auf spezielle onkologische Leistungen. Darauf, dass sich hieraus allein nicht der Umfang der Teilnahme an der onkologischen Versorgung entnehmen lässt, hatte die Vertreterin der Beigeladenen Ziff. 1 hingewiesen (Bescheid S. 64). Entsprechendes gilt bezüglich des Leistungsangebots und der fehlenden Auslastung des Facharztes für Innere Medizin Dr. H. in Bad S ... Dieser hat zwar Angaben zu seiner Tätigkeit gemacht, der Umfang der onkologischen Leistungen ergibt sich hieraus jedoch nur in sehr eingeschränktem Maße. Aus diesen Angaben lässt sich im Wesentlichen entnehmen, dass er pro Quartal 20 adjuvante Chemo-Hormontherapien, 37 Infusionen und 77 Infusionstherapien sowie 80 palliative Therapien durchgeführt hat. Die Gesamtzahl der von ihm betreuten onkologischen Patienten, der Umfang des Leistungsangebots auf dem Gebiet Hämatologie und Onkologie ist den Ermittlungen nicht zu entnehmen. Entsprechendes gilt für die Einbeziehung des onkologisch verantwortlichen Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. B ... Auch insoweit hätte es jedenfalls weiterer aktueller Ermittlungen zu Qualität und Quantität des hämatologischen und onkologischen Leistungsumfangs bedurft.

Bezüglich der angenommenen freien Kapazitäten ist festzuhalten, dass Dr. R. sich nicht geäußert hat und Dr. B. die Ansicht vertreten hat, dass er beim Wegfall der Ermächtigung von Dr. H. zwar einen Teil der Patienten aufnehmen könne, in diesem Falle aber auch "zum Teil" eine Sonderbedarfszulassung für erforderlich halte. Dr. H. hat freie Kapazitäten in Zusammenhang mit den von ihm durchgeführten adjuvanten Chemo-Hormontherapien angegeben. Auch im Übrigen hat er angegeben, dass er hinsichtlich der Behandlung onkologischer Patienten nicht ausgelastet sei. Die Auslastung seiner internistischen Praxis wurde allerdings nicht anhand von Fall- und Patientenzahlen überprüft und der Umfang - unterstellter - freier Kapazitäten nicht ermittelt. Auch wenn man die Einschätzung der befragten onkologisch verantwortlichen Ärzte in den drei Planungsbereichen, die überwiegend eine ausreichende Bedarfsdeckung angenommen haben, insoweit zugrundelegt, lässt sich die weitere Schlussfolgerung, dass noch freie Kapazitäten für eine qualitativ ausreichende onkologische Behandlung gegeben sind, nach dem Dargelegten nicht auf das Ermittlungsergebnis stützen. Soweit zukünftige Ermittlungen solche verfügbaren Behandlungskapazitäten ergeben, müssten diese weiterhin in Bezug gesetzt werden zu dem Umfang der Bedarfsdeckung durch die in den der Beurteilung zugrundegelegten Planungsbereichen ermächtigten Ärzte.

(2) Es lässt sich auf der Grundlage der Ermittlungen auch nicht vertreten, dass die Praxis des Beigeladenen Ziff. 7 noch nicht ausgelastet ist und er weitere onkologische Patienten noch in einem erheblichen Umfang aufnehmen könnte.

Es wird insoweit ausgeführt: c) Herr Dr. K. als einziger im Planungsbereich L. niedergelassener fachärztlich tätiger Internist mit den Schwerpunkten Hämatologie und Internistische Onkologie erbringt die Leistungen dieses Schwerpunkts ausreichend. Es bestehen in seiner Praxis Vakanzen und keine ins Gewicht fallenden Wartezeiten. In der Praxis können noch mindestens 100 bis 120 onkologische Patienten zusätzlich behandelt werden. Die übrigen Patienten werden von dem ermächtigten Oberarzt Dr. H. ausreichend onkologisch und hämatologisch behandelt, ohne dass dieser Patientenanteil für einen weiteren fachinternistischen Vertragsarztsitz zu einer wirtschaftlichen Praxisführung ausreichend sein würde. Herr Dr. K. hat in den neuesten Erhebungen des BA darauf hingewiesen, seine Praxis sei bei einem Aufkommen von derzeit ca. 390 onkologischen Patienten im Quartal nicht ausgelastet. Nach der Gebührennummernübersicht des 1. Quartals 2006 behandelte Herr Dr. K. in seiner Praxis 493 Patienten bei einem Gesamtpunktzahlvolumen von 3.142.081,2 Punkten. Von diesem Abrechnungs- und Leistungsvolumen machen die Leistungen 2.II. mit 253 Leistungen bei 107.267,0 Punkten (überwiegend Infusions- und Transfusionsleistungen nach den EBM-GNr 02100 bis 02111) und die Leistungen 1.III.b (insbesondere EBM-GNr 13220 und 13500) mit 3.599 Fällen und einer Gesamtpunktzahl von 688.024,0 Punkten lediglich ca. ein Viertel des Gesamtpunktzahlvolumens aus. Dagegen beruht die Gesamtpunktzahl von 3.142.081,2 Punkten dieses Quartals im Wesentlichen auf den Leistungen unter 1.11. - EBM-GNr 01510 bis 01520 (praxisklinische Betreuung). Die Punktzahlen dieser Leistungen ergeben insgesamt 1.979.347,0 Punkte. Hierzu hat Herr Dr. K. ausgeführt, dass in seiner Praxis 8 bis 10 Therapieplätze bestünden, die von vier Helferinnen betreut würden, die insoweit diese erhebliche Arbeitslast tragen würden. Die weiteren Punktzahlen setzen sich aus den Laborleistungen nach Abschnitt 3.IV. zusammen, die im 1. Quartal 2006 mit insgesamt ca. 14.000 Leistungsfällen und einer Gesamtzahl von ca. 240.600,0 Punkten ins Gewicht fallen. Im II. Quartal 2006 behandelte Herr Dr. K. 525 Patienten bei einem Gesamtpunktzahlvolumen von 3.324.230,0 Punkten, wobei die Leistungen 2.11. mit 373 Fällen und einer Gesamtpunktzahl von 148.285,0 Punkten und der Leistungsbereich 1.III.b mit 3.536 Fällen und 678.245,0 Punkten wiederum nur mit ca. einem Viertel des Gesamtpunktzahlvolumens ins Gewicht fallen. Im II. Quartal 2006 erbrachten die Leistungen nach den EBM-GNr 01510 bis 01512 insgesamt 2.121.440,0 Punkte. Bei der Bewertung der Auslastung der Praxis bei der Gesamtpunktzahl von 3.324.230,0 Punkten im II. Quartal 2006 ist demnach augenfällig, dass ein großer Teil dieser Behandlungen von angestellten Helferinnen getragen wird, die allerdings unter der Aufsicht des Arztes arbeiten. Herr Dr. K. hat zur Überzeugung des BA die Patientenzahlen im I. Quartal 2006 dahin erläutert, dass er von 493 Patienten insgesamt 135 Patienten — im Sinne von Durchgangspatienten — an den ermächtigten Oberarzt Dr. H. im Kreiskrankenhaus L. zu Transfusionen und Blutbildkontrollen überwiesen habe. Im II. Quartal 2006 waren es insgesamt 131 Patienten, die an Herrn Dr. H. überwiesen wurden. Die hierzu von der KV BW — BD F. — überreichten Listen der genannten Quartale bestätigen die Angaben von Herrn Dr. K. ... Abzüglich dieser Überweisungsfälle an Herrn Dr. H. behandelte Herr Dr. K. in den genannten Quartalen zwischen 360 und 390 onkologische Patienten. Von dieser Zahl sind noch die pro Quartal anfallenden Notfallscheine abzuziehen, die im Schnitt bei ca. 15 bis 20 Scheinen liegen. Unter Zugrundelegung dieser Berechnung und dieser Umstände ergibt sich sodann derzeit eine reale Belastung der Praxis Dr. K. zwischen 345 und 375 Patienten. Insoweit ist das Vorbringen von Herrn RA Sch. aus Sicht des BA nicht schlüssig, dass bereits die Gesamtpunktzahlen einen sicheren Schluss darauf zulassen, dass die Praxis Dr. K. ausgelastet sei, weil nach den Gebührennummernübersichten der Quartale 1 bis II / 2006 und den Gebührennummernvergleichslisten III / 2005 bis II / 2006 die Leistungsschwerpunkte in der Praxis Dr. K. bei den Leistungen nach den EBM-GNr 01510 bis 01512, 02100 bis 02111 und der EBM-GNr 13500 liegen. d) Die Tagesprofile der Prüfzeiten vom 01.10.2006 bis zum 31.12.2006 — IV. Quartal 2006 — weisen aus, dass die Tagesprofilobergrenzen von 12 Stunden nur an einem Tag, nämlich am 19.10.2006, überschritten wurden. Außerdem wurden die Quartalszeitprofilobergrenzen von 780 Stunden insgesamt nicht überschritten. Die Gesamtstundenzahl liegt in diesem Zeitraum bei 580 Stunden. Nach diesen Praxisdaten erweist sich die Aussage von Herrn Dr. K. insgesamt als solide, plausibel und nachvollziehbar, dass er dem wachsenden Bedarf an onkologisch-hämatologischen Leistungen auch in Zukunft dadurch gerecht werden könne, dass er die Fallzahlen von derzeit 345 bis 375 Patienten auf eine Zahl von ca. 520 erhöhen könne. Erst dann stelle sich die Frage einer Aufnahme eines Job-

sharing-Partners in der Praxis. Er könne daher davon ausgehen, dass die Auslastung der Praxis erst bei Ausweitung um ca. 150 neue Patienten zu onkologisch-hämatologischen Behandlungen gegeben sei. e) Die von Herrn Dr. K. dargestellte Praxisentwicklung steht im Einklang mit der von der KV BW bei den Bezirksdirektionen K., St. und R. erhobenen Daten. Frau M. hat auf der Grundlage dieser Umfragen festgestellt, dass in den Quartalen 1 bis II / 2006 im Bereich der Bezirksdirektion K. durchschnittlich 442 kurative onkologische Behandlungsfälle vorlagen. Im Bezirk der BD R. waren es 750 Behandlungsfälle, im Bezirk der BD St. 532 entsprechende Behandlungsfälle und im Bezirk der BD F. ca. 409 Behandlungsfällen. Die KV BW hat geltend gemacht, dass unter Berücksichtigung der im Aufbau befindlichen internistisch-onkologischen Praxis in Offenburg der Schnitt im Bereich der BD F. derzeit lediglich bei 393 Behandlungsfällen in den Quartalen I und II / 2006 liege, aber weiter zunehmen werde. Insgesamt kommt Frau M. im Durchschnitt aller Bezirksdirektionen zu dem Ergebnis, dass die onkologischen Praxen — ohne Mischpraxen - pro Arzt durchschnittlich 467 onkologisch / hämatologische Behandlungsfälle aufweisen. Gemessen an diesen Durchschnittswerten kann die Praxis Dr. K. auch derzeit noch mindestens ca. 100 Patienten zusätzlich aufnehmen, um den allgemeinen Durchschnitt zu erreichen.

Hinsichtlich des III. Quartals werden im Bescheid (Bescheid S. 69) die Angaben des Beigeladenen Ziff. 7 wiedergegeben: Im III. Quartal 2006 seien 392 echte Scheine abgerechnet worden plus 99 Überweisungsfälle, insgesamt also 491 Scheine. Hiervon müssten die Notfallscheine abgezogen werden, die der ärztliche Notfalldienst abrechne, d.h. von den 392 Patienten müssten diese Notscheine abgezogen werden. Es handele sich zwischen 8 und 12 Notfallscheine pro Quartal. Überweisungsfälle der genannten Art beträfen auch die Patienten, die zum Zwecke der Bluttransfusion an Dr. H. überwiesen würden. Auch diese würden in seiner Praxis fallzahlmäßig geführt werden. Die ärztliche Behandlung erfolge aber in der Ambulanz Dr. H. ... Die Behandlung bei Dr. H. beziehe sich ausschließlich auf die Transfusion. Er könne die Transfusion selbst nicht machen, da er nicht über das Blut verfüge. Die Transfusion könne bei ihm erst zwei Tage später durchgeführt werden, während Dr. H. auf eine sofort verfügbare Blutbank zurückgreifen könne. Dies bedeute konkret für das III. Quartal 2006, dass von 392 Fällen noch einmal zwischen 40 und 50 Patienten abgezogen werden müssten. Nur die Transfusion erfolge in der Ambulanz von Dr. H., er selbst behandle aber diese Patienten.

Die Annahme von freien Behandlungskapazitäten des Beigeladenen Ziff. 7 für mindestens 100 onkologische Patienten lässt sich aus den dargestellten Ausführungen nicht vertretbar herleiten. Mit 493 (I/2006), 525 (II/2006) und 491 Patienten (III/2006) liegt der Beigeladene Ziff. 7 über dem von der Vertreterin der Beigeladenen Ziff. 1 genannten Vergleichswert von 467 Patienten. Dass er aufgrund der Struktur seiner Praxis oder Besonderheiten seines Leistungsangebots höhere Kapazitäten hat, lässt sich nach dem Ermittlungsergebnis, das entsprechende Erhebungen insbesondere hinsichtlich der Vergleichspraxen nicht enthält, nicht begründen. Entsprechendes gilt im Hinblick auf die Überweisungsfälle, da nicht erkennbar ist, dass diese bei der Ermittlung der durchschnittlichen Patientenzahl der Vergleichspraxen außer Betracht geblieben sind. Alleine daraus, dass Tagesprofilobergrenzen im IV. Quartal nicht überschritten wurden, lassen sich freie Kapazitäten nicht herleiten. Solche drängen sich bei einer Gesamtstundenzahl von 580 auch nicht auf. Die Ausführungen des Beigeladenen Ziff. 7, der ein starkes eigenes Interesse daran hat, dass die Klägerin nicht als Konkurrenz zugelassen wird, zu freien Kapazitäten sind allein nicht tragfähig. Sie hätten nicht ohne Prüfung übernommen werden dürfen. Zudem ergibt sich bereits aus seinem eigenen Vortrag, dass jedenfalls die Patienten, die zu Transfusionen überwiesen werden, nicht von seinem Patientenbestand abgezogen werden dürfen. Erst recht können sie nicht nach Abzug aller Überweisungspatienten ein zweites Mal in Abzug gebracht werden (vgl. dazu unten [3]).

(3) Die Ermittlung des nicht gedeckten Bedarfs nach Wegfall der Ermächtigung von Dr. H. ist ebenfalls nicht plausibel.

Hierzu wird ausgeführt: aa) Herr Dr. H. verfügt über eine Ermächtigung vom 01.02.2006 bis zum 30.09.2007: auf Überweisung von Vertragsärzten zur Behandlung von Patienten nach stationärem Aufenthalt am Kreiskrankenhaus L. wegen onkologischer Erkrankungen mit Ausnahme kolorektaler Tumore und maligner Lymphome u.a. für die Leistungen nach den EBM-GNrn. 02100 bis 02111, 01510 bis 01512, für Laborleistungen und allgemeine Leistungen, auf Überweisung niedergelassener Internisten — Hämatologie und Internistische Onkologie — zu internistisch-onkologischen Behandlungen und zur Behandlung maligner hämatologischer Erkrankungen.

bb) Herr Dr. K. überweist Patienten an Herrn Dr. H. im Wesentlichen zu Transfusionen nach den EBM-GNrn. 02110 und 02111, die Frau Dr. N. mangels einer entsprechenden Genehmigung nicht erbringen kann.

Herr Dr. K. hat hierzu ausgeführt, dass die Überweisungen deswegen zweckmäßig sind, weil Herr Dr. H. über eine sofort verfügbare Blutbank verfügt, die Herrn Dr. K. nicht zur Verfügung steht. Herr Dr. K. hat die Anzahl der Transfusionspatienten auf ca. 40 bis 50 Patienten eingeschränkt.

Die Behandlung von Patienten mit mikrokolorektalen Tumoren und malignen Lymphomen nimmt Herr Dr. K. in der Regel selbst vor.

cc) Die Gebührennummernübersicht der Praxis Dr. H. weist im I. Quartal 2006 eine Behandlungszahl von 312 Patienten aus. Die Leistungen unter 1.II einschließlich der Leistungen nach den EBM-GNrn. 01510 bis 01512 ergeben insgesamt 611 Fälle bei 438.580,0 Punkten mit dem Schwerpunkt bei den Betreuungsleistungen.

Die Infusions-/Transfusionsleistungen lagen mit insgesamt 784 Leistungen bei 243.180,0 Punkten. Die Leistung nach der EBM-GNr. 13500 wurde 268-mal bei 134.000,0 Punkten erbracht. Die Laborleistungen als solche — 3.IV — ergaben 301 Leistungen bei 22.081,0 Punkten. Insgesamt erzielte Herr Dr. H. in der Ambulanz in diesem Quartal 922.441,0 Punkte.

Im II. Quartal 2006 war die Fallzahl der behandelten Patienten geringfügig geringer und lag bei 298 Patienten. Die Leistungen 1.II. einschließlich der EBM-GNrn. 01510 bis 01511 ergaben 544 Leistungsfälle bei 364.430,0 Punkten, wobei die Betreuungsleistungen mit 293.810,0 Punkte zu Buche schlugen. Die Infusions-/Transfusionsleistungen erreichten 712 Fälle bei 206.415,0 Punkten. Insgesamt erzielte Herr Dr. H. im II. Quartal 2006 811.532,3 Punkte.

dd) Zieht man nunmehr die Zahl der überwiesenen Patienten der Praxis Dr. K. im 1. Quartal 2006 mit 135 Überweisungsfällen von den Patientenzahlen der Praxis Dr. H. ab, so ergibt sich, dass Herr Dr. H. im 1. Quartal 2006 177 Patienten behandelt hat. Im II. Quartal 2006 waren es bei 131 Überweisungen von Herrn Dr. K. noch 165 behandelte Patienten in der Ambulanz Dr. H.

Auch unter Berücksichtigung des dargestellten Beurteilungsspielraums ist diese Würdigung zu bestehen. Zu Recht hat die Klägerin darauf

hingewiesen, dass von der Patientenzahl des ermächtigten Arztes nicht die von Dr. K. überwiesenen – vollständig – abgezogen werden dürfen. Eine solche Vorgehensweise lag schon deshalb nicht im Beurteilungsrahmen des Beklagten, weil er diese im Rahmen der Beurteilung der Auslastung der Praxis des Beigeladenen Ziff. 7 bereits bei diesem abgezogen hatte (vgl. oben [2]). Diese Vorgehensweise widerspricht auch den an anderer Stelle hierzu gemachten Angaben des Beigeladenen Ziff. 7. Insoweit werden auf S. 60 des Bescheids die Ausführungen im Schriftsatz von Rechtsanwalt B. vom 5.12.2006 wiedergegeben, wonach in den Zahlen des Beigeladenen Ziff. 7 für I/2006 und II/2006 jeweils 123 (I/2006) bzw. 122 (II/2006) reine Überweisungen aus qualitativen Gründen an den ermächtigten Arzt Dr. H. enthalten seien. Die gesamten Überweisungsfälle seien mithin auch in den Fallzahlen des Dr. H. enthalten. Es handele sich zum großen Teil um persönlich stark an Dr. H. gebundene Patienten, die eine Behandlung durch diesen ggf. explizit wünschten. Damit erfolgten – bei Zugrundelegung dieser Angaben – diese Überweisungen alleine deshalb, weil Dr. H. im Rahmen seiner Ermächtigung Patienten mit Ausnahme nach stationärer Behandlung nur nach Überweisung ambulant behandeln darf.

Die Vertreterin der Beigeladenen Ziff. 1 hatte zudem in der Verhandlung des Beklagten ausgeführt (S. 70 des Bescheids), sie entnehme aus der Überweisungsdokumentation, dass der Beigeladene Ziff. 7 im II. Quartal 2006 an Dr. H. 131 Patienten zur Transfusion bzw. zur onkologisch/hämatologischen Behandlung überwiesen habe. Der Beigeladene Ziff. 7 räumte daraufhin ein, dass es sein könne, dass die Transfusionsfälle in den genannten Überweisungszahlen enthalten seien.

cc) Schließlich wird die Entscheidung aufgrund der oben diskutierten Schlussfolgerungen damit begründet, dass sich im Ergebnis das zu behandelnde Patientenkontingent im Falle einer Zulassung der Klägerin in einem Bereich bewege, der eine wirtschaftliche Praxisführung ersichtlich mangels einer Mindestpatientenzahl nicht zulasse, da auch bei Wegfall der Ermächtigung der bestehende Bedarf für die Führung einer wirtschaftlich existenzfähigen Praxis nicht ausreichend und deshalb nicht zulassungsrelevant sei. Dieses Ergebnis geht zwar von einem zutreffenden Maßstab aus, ist aber, weil es nach dem Stand der zugrundeliegenden Ermittlungen auf nicht vertretbaren Schlussfolgerungen beruht, nicht haltbar.

Die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung bzw. das Vorliegen eines entsprechenden Versorgungsbedarfs setzt voraus, dass der Bedarf dauerhaft erscheint und sich grundsätzlich auf die gesamte Breite des Schwerpunkts, der fakultativen Weiterbildung bzw. der besonderen Fachkunde erstreckt und für eine wirtschaftlich tragfähige Praxis ausreicht. Auch insoweit haben die Zulassungsgremien einen Beurteilungsspielraum. Wenn eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt ist, kommt eine Sonderbedarfszulassung nicht in Betracht, sondern stattdessen nur die Erteilung einer Ermächtigung z.B. an einen entsprechend qualifizierten Krankenhausarzt.

Hiervon ist der Beklagte zutreffend ausgegangen. Soweit sich die Klägerin demgegenüber darauf beruft, dass sich aus der Neuregelung des § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV ergibt, dass eine wirtschaftliche Tragfähigkeit nicht mehr stets im Sinne eines voll zeitlichen Tätigkeitsumfangs zu fordern ist, kann sie damit allerdings nicht durchdringen. Zwar hat der Gesetzgeber die Möglichkeit einer Tätigkeit im Umfang eines nur hälftigen Versorgungsauftrags geschaffen, dies setzt jedoch entsprechende Erklärungen bzw. Anträge voraus (s. hierzu § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV). Bei Anwendung auf Sonderbedarfszulassungen bedeutet dies, dass Bewerber um Sonderbedarfszulassungen ihren Antrag umfangsmäßig auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränken können, wodurch dann eine wirtschaftliche Tragfähigkeit nur in derart eingeschränktem Umfang gegeben sein muss. Eine solche Beschränkung, die im Übrigen honorarmäßig bei Zuteilung von Individualbudgets oder auch von Regelleistungsvolumina ein entsprechend reduziertes Budget bzw. Volumen zur Folge hätte, enthielt der Antrag der Klägerin nicht; und sie hat auch nicht später – nach der Gesetzesneuregelung vom 1.1.2007 – eine solche Beschränkung nachgeschoben. Deshalb muss in ihrem Fall die Voraussetzung wirtschaftlicher Tragfähigkeit im Umfang vollzeitlicher Tätigkeit erfüllt sein (BSG, Urteil vom 2.9.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) veröffentlicht in Juris).

Vor dem Hintergrund dieser rechtlichen Vorgaben wird in den Gründen des Bescheids ausgeführt: Frau Dr. N. hätte – beim Wegfall der Ermächtigung von Herrn Dr. H. – dann allenfalls von den 165 bis 177 Patienten noch diejenigen Patienten zu behandeln, bei denen keine Transfusionsleistungen in Betracht kommen und die keine gynäkologischen oder urologischen Patienten sind.

Im Ergebnis bewegt sich das zu behandelnde Patientenkontingent im Falle einer Zulassung von Frau Dr. N. in einem Bereich, der eine wirtschaftliche Praxisführung ersichtlich mangels einer Mindestpatientenzahl nicht zulässt, woran die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts festhält.

In der Gesamtbewertung der Versorgungslage mit internistisch-onkologischen und hämatologischen Leistungen – ohne Gynäkologie und ohne Urologie – im Planungsbereich L. kommt der BA zu dem Ergebnis, dass die von Frau Dr. N. beantragten und genannten Leistungen im Planungsbereich L. im Sinne der Nr. 24 b der Bedarfsplanungsrichtlinien Ärzte ausreichend zur Behandlung der Versicherten zur Verfügung stehen. Entsprechende Versorgungslücken sind auch dann in erheblichem Maß nicht erkennbar und abschätzbar, wenn die Morbiditätsrate steigen würde. Die Ermächtigung Dr. H. ist zwar zeitlich begrenzt, angesichts der zahlenmäßig begrenzten Bedarfslage erscheint die Prognose einer Wiedererteilung einer Ermächtigung an Herrn Dr. H. jedoch günstig. Jedenfalls erweist sich bei einem Wegfall der Ermächtigung Dr. H. der Überhang der zu behandelnden Patienten, die in der Praxis Dr. K. nicht mehr unterkommen können, nicht als so gewichtig, dass die Aussicht besteht, dass eine weitere internistisch-hämatologisch und onkologische Praxis wirtschaftlich überleben könnte. Die internistische Praxis Dr. H. in Bad S. hat Vakanzen. Darüber hinaus ist nicht ausgeschlossen, dass zahlreiche Patienten entsprechend den gegebenen Patientenströmen, im Planungsbereich B.-H. – südlicher Teil – oder im Planungsbereich F. unterkommen können und werden.

Dieses Ergebnis ist auch unter Berücksichtigung des Beurteilungsspielraums der Beklagten zu beanstanden, da der nicht gedeckte besondere Bedarf bei Wegfall der Ermächtigung nicht vertretbar ermittelt wurde. Zudem ist nicht erkennbar, welche Patientenzahl von der Beklagten auf der Grundlage welcher Ermittlungen für eine wirtschaftlich existenzfähige Praxis gefordert wird. Damit ist das Ergebnis, dass der bei Wegfall der Ermächtigung bestehende besondere Versorgungsbedarf nicht zulassungsrelevant ist, auf der Grundlage der vorliegenden Ermittlungsergebnisse nicht vertretbar.

dd) Die Beurteilung im angegriffenen Bescheid erweist sich auch nicht unter Berücksichtigung der bis zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung eingetretenen Änderungen haltbar.

Insoweit ist zu berücksichtigen, dass der Beigeladene Ziff. 7 nach eigenem Vorbringen im Verfahren auf Sonderzulassung von Dr. F.

inzwischen 600 Patienten pro Quartal behandelt und damit ausgelastet ist (Schreiben vom 20.8.2010 - Bl. 43 Senatsakte). Dr. H. betreue aufgrund seiner Ermächtigung etwa 300 onkologische Patienten pro Quartal, die Dr. F. in einer Gemeinschaftspraxis mit ihm auf der Grundlage eines hälftigen Versorgungsauftrags übernehmen könne. Es sei durchaus möglich, dass auch nach Bildung einer spezialistischen Gemeinschaftspraxis mit Dr. F. im Einzelfall noch ein Bedarf für die Ermächtigung von Dr. N. am KKH in L. und Dr. H. in Rh. bestehe.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass, wie sich aus dem oben Dargelegten ergibt, die Möglichkeit zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung in den in Betracht gezogenen Planungsbereichen für das internistische Fachgebiet nun nur noch für den Beigeladenen Ziff. 7 gegeben ist. Dies könnte sich auf das onkologische Leistungsangebot der ehemals onkologisch verantwortlichen Ärzte ausgewirkt haben.

Es ist damit Aufgabe des Beklagten, die aktuellen Angaben des Beigeladenen Ziff. 7 hinsichtlich des nun im Verfahren von Dr. F. vorgetragenen besonderen Versorgungsbedarfs zu prüfen und die Anforderungen an eine wirtschaftlich tragfähige onkologische Praxis zu ermitteln.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#). Der Beigeladene Ziff. 7 ist mit seinem Antrag unterlegen. Die übrigen Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt und damit kein eigenes Prozessrisiko übernommen, so dass es nicht der Billigkeit entspricht, der Beklagten deren außergerichtliche Kosten aufzuerlegen ([§ 197a SGG](#) i. V. m. [§§ 154 Abs. 3](#), [162 Abs. 3 VwGO](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht, insbesondere hat die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 1 GKG](#) in Anlehnung an Nr. C IX 16.4 des Streitwertkatalogs für die Sozialgerichtsbarkeit. Hinsichtlich der Höhe des Streitwerts wird auf die Gründe des Beschlusses des Sozialgerichts F. vom 20.7.2007 (S 1 KA 1650/06 W-A) Bezug genommen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-11-10