

Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung. Rechtssymposium des GBA am 27. Juni 2014 in Berlin

**Dr. Cornelius Pawlita**

**Die neue Bedarfsplanung – ausgewählte Rechtsfragen aus dem Blickwinkel des bisherigen Systems**

**I. Der Ausgangsfall**

**II. Planungsbereich und Erreichbarkeit der ärztlichen Leistung**

- 1. Die Rechtsprechung des BSG zu dem Versicherten zumutbaren Wegen**
- 2. Einfluss des Planungsbereichs auf die zumutbare Wegstrecke**
- 3. Die Bildung von „Regionen“ innerhalb eines Planungsbereichs**

**III. Gesetzliche und bedarfsplanerische Vorgaben**

**1. Das Problem: Gilt noch der Vorrang der Sonderbedarfszulassung vor der (bedarfsabhängigen) Ermächtigung?**

**2. Sinn und Zweck der Änderung des § 101 SGB V**

**3. Umsetzung der gesetzgeberischen Vorgabe in § 22 BedarfspIRL**

- a) § 22 BedarfspIRL in der aktuellen Fassung
- b) § 22 BedarfspIRL in der Neufassung
- c) Geltung des § 22 BedarfspIRL für Sonderbedarfszulassungen

**4. Voraussetzung einer Anrechnung von Ermächtigungen**

**5. Wertungswidersprüche zur Anrechnung**

- a) Befristung von Ermächtigungen/Fehlende Relation zum vertragsärztlichen Versorgungsauftrag
- b) Plausibilitätsrichtlinie
- c) Ermächtigung eines Krankenhausarztes als Nebentätigkeit

**6. Anrechnung von Institutsermächtigungen nach § 22 BedarfspIRL**

- a) Problematische Subdelegation nach § 22 BedarfspIRL in der aktuellen Fassung
- b) Anrechnung von Institutsermächtigungen nach § 22 BedarfspIRL i.d.F. v. 17.04.2014

**IV. Sonderbedarfszulassung und Ermächtigungen**

**1. Vorrang der niedergelassenen Ärzte**

**2. Die Rechtsprechung des BSG zur Sonderbedarfszulassung**

**3. Teilergebnis**

**V. Änderung des Tatbestands der Sonderbedarfszulassung**

**VI. Zusammenfassende Thesen**

## Der Ausgangsfall

A beantragt nach Abschluss seiner Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie im Januar 2013 eine Sonderbedarfszulassung als Angiologe mit Praxissitz in der Stadt Kassel, seinerzeit noch der maßgebliche Planungsbereich. In der Stadt gibt es ebenso wenig wie in der jetzt maßgeblich Raumordnungsregion Nordhessen, die neben der Stadt vier Landkreise umfasst, einen niedergelassenen Angiologen. Der fachinternistische Versorgungsgrad betrug in der Stadt 141 %, in der Raumordnungsregion 214 %. Die zunächst noch auf die Stadt bezogenen Ermittlungen ergaben, dass von 26 fachärztlich tätigen, auf 25 Sitzen niedergelassenen Internisten sechs Praxen die angiologischen Leistungen erbrachten, die in der angiologischen Komplexleistung nach Nr. 13300 EBM enthalten sind. 21 Internisten hatten die Genehmigung, sämtliche der in Nr. 13300 EBM genannten Leistungen zu erbringen. In der Stadt Kassel gibt es ferner zwei Ermächtigungen für Angiologen nach § 116 SGB V, die in der Summe auf 700 Fälle beschränkt sind. Die Fallzahlbegrenzung wird nach Aussage der KV nicht ausgeschöpft. Es bestünden freie Kapazitäten.

Der beklagte Berufungsausschuss wies den Widerspruch gegen den ablehnenden Bescheid des Zulassungsausschusses zurück. Er führte aus, die Spezifizierung im EBM sei ein Indiz, dass der Leistungserbringung durch einen Schwerpunktmediziner ein anderes und höheres qualitatives Gewicht beigemessen werde. Dies betreffe aber nur die Spitzenversorgung und nicht die Regel- und Grundversorgung. Die angiologische Regel- und Grundversorgung könne von anderen Fachärzten abgedeckt werden, die die in Nr. 13300 EBM enthaltenen Einzelleistungen abrechnen könnten. Der verbleibende Bereich könne durch die vorhandenen ermächtigten Angiologen abgedeckt werden, deren Ermächtigung bislang nicht ausgeschöpft sei. Der Spitzenbereich der angiologischen Versorgung könne durch dieses Angebot abgefangen werden.

Der Kläger machte u.a. geltend, durch die Ermächtigungen sei ein Bedarf nachgewiesen. Ermächtigte Ärzte seien nur zu berücksichtigen, die wenigstens einen hälftigen Versorgungsauftrag hätten. Nach den Plausibilitätsrichtlinien könnten ermächtigte Ärzte nur im Umfang von 1/5 des Umfangs eines Vertragsarztes tätig werden. Der Bedarf für einen hälftigen Versorgungsauftrag sei von dem Beklagten nicht geprüft worden.

## Thesen

1. Bei ergänzenden (bedarfsabhängigen) Zulassungen oder Ermächtigungen sollte generell die **Versorgung in angrenzenden Bereichen einbezogen** werden, wenn dadurch eine ausreichende Versorgung gewährleistet werden kann, da es unerheblich ist, wer die vermeintliche Versorgungslücke deckt. Die Versorgung in benachbarten Planungsbereichen sollte deshalb berücksichtigt werden, weil es auf die lokalen und insoweit nicht durch die Grenzen des Planungsbereiches beschränkten Gegebenheiten ankommt.
2. Mit dem Absehen von Landkreisen als Planungsbereich für alle Arztgruppen ist vom Gesetzgeber eine **unterschiedliche Versorgungsdichte** intendiert, deren Konkretisierung dem GBA obliegt. Die Zuordnung einer Arztgruppe zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung mit Ausnahme der Fachärzte für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP), also der Anästhesisten, Fachinternisten und Radiologen, sowie zur gesonderten fachärztlichen Versorgung mit Ausnahme der Ärzte für Physikalische und Rehabilitativmedizin beinhaltet die Vorgabe, dass es sich hier nicht mehr um Standardleistungen handelt, sondern aufgrund der Größe der Planungsbereiche von vornherein **Wege über 25 km als zumutbar gelten**.
3. Die Größe der Raumordnungsregion und der KV-Bezirke verlangt eine Festlegung zumutbarer Entfernungen bzgl. der intendierten Leistungen und die Bildung von Subbereichen bzw. der **„Abgrenzung einer Region“**, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll (§ 36 Abs. 3 Satz Nr. 1 BedarfspRL).
4. Gesetzgeberisches Ziel der **Änderung des § 101 SGB V** ist nicht die Verhinderung weiterer Zulassungen, sondern nur die genauere Erfassung der tatsächlichen Versorgungslage. Erfasst werden sollen auch **Ermächtigungen**, unabhängig davon, ob sie bedarfsunabhängig oder bedarfsabhängig erteilt werden.

5. § 36 Abs. 9 Satz 2 BedarfspIRL sieht mit dem Verweis auf § 22 BedarfspIRL die Anrechnung von Leistungen ermächtigter Ärzte und Einrichtungen vor. Eine Berücksichtigung findet aber erst dann statt, wenn der **Bedarfsplan die Ermächtigungen erfasst** hat.

6. Die Anrechnung von einem **Tätigkeitsumfang von mehr als einem Viertel** für insb. nach § 116 SGB V ermächtigte Ärzte (§ 22 Abs. 1 BedarfspIRL i.d.F. v. 20.12.2012 bzw. i.d.F. v. 17.04.2014) steht in Widerspruch zu § 8 Abs. 3 Satz 2 PlausibilitätsRL und zur Rechtsprechung des BSG, wonach die Ermächtigung eine hauptberufliche Beschäftigung in einem Krankenhaus voraussetzt und es sich bei der Ermächtigung um eine **Nebentätigkeit** handeln muss (vgl. BSG, Urt. v. 20.03.2013 - B 6 KA 26/12 R - SozR 4-2500 § 116 Nr. 8, juris Rdnr. 30 ff.).

7. § 22 BedarfspIRL i.d.F.d. Beschlusses des GBA vom 20.12.2012 **delegiert** die Erfassung von Institutsermächtigungen unzulässigerweise an regionale Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner, da dies in § 101 SGB V nicht vorgesehen ist. I.d.F.d. Beschlusses v. 17.04.2014 ist dieses Problem behoben.

8. Weder in den Gesetzesmaterialien noch in den Tragenden Gründen des GBA sind **empirische Ansätze zur Bedeutung der Ermächtigung** für die vertragsärztliche Versorgung zu finden.

9. Soweit die Rechtsprechung des BSG dahingehend zu verstehen ist, dass das Tatbestandsmerkmal „soweit und solange eine ärztliche Versorgung der Versicherten nicht sichergestellt wird“ in § 116 Satz 2 SGB V auch potentielle Zulassungsbewerber einschließt, was der bisherigen gesetzlichen Aufteilung der ambulanten und stationären Aufteilung entspricht, so bedarf es einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung, hiervon, d.h. vom **Vorrang der Zulassung vor der (bedarfsabhängigen) Ermächtigung**, abzuweichen. Die bloße Vorgabe zur Berücksichtigung der - auch bedarfsabhängigen - Ermächtigungen bei der Ermittlung des Versorgungsgrads genügt den **Anforderung an eine bestimmte Berufsausübungsregelung** nicht, zumal auch die Gesetzesmaterialien hierzu keinerlei Hinweise enthalten, wenn auch dem Gesetzgeber nicht verwehrt ist, den Vorrang der Zulassung vor der Ermächtigung aufzuheben. Im Ergebnis bestehen daher gegen die Feststellung des Versorgungsgrads nach § 22 BedarfspIRL ungeachtet der nicht vollständig transparenten Unterscheidungen keine Bedenken, ist aber der **Anwendungsbereich des § 36 Abs. 9 Satz 2 BedarfspIRL** verfassungs- und gesetzeskonform so auszulegen, dass nur bedarfsunabhängige Ermächtigung bei einer Sonderbedarfszulassung zu berücksichtigen sind. Gleiches gilt für §§ 17 Abs. 3 und 18 Abs. 3 BedarfspIRL.

10. Die Änderung der Ermächtigungsgrundlage nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V durch Art. 1 Nr. 35 GKV-VStG soll nach der Gesetzesbegründung Sonderbedarfszulassungen erleichtern und als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation funktionstüchtig ausgestalten; ein Sonderbedarf könne entweder lokal (räumlich) begründet sein **oder sich qualitätsbezogen auf bestimmte Leistungen bzw. Leistungsbereiche (z.B. HIV-Betreuung) beziehen**. Soweit sich damit die neu gefasste Ermächtigungsgrundlage qualitätsbezogen auf bestimmte Leistungen bzw. Leistungsbereiche (z.B. HIV-Betreuung) bezieht, wird insbesondere die Bindung an die Weiterbildung aufgegeben. Hierdurch wird die Grenze zur Ermächtigung noch fließender. Weiterhin verlangt wird aber ein „qualifikationsbezogener“ Versorgungsbedarf, so dass nicht lediglich auf einzelne Leistungen abgestellt werden kann, aber doch auf Leistungsbereiche, die besondere Qualifikationen verlangen, die aber nicht zwingend durch die Weiterbildungsordnung vorgegeben sein müssen. Einer solchen Erweiterung des Ermächtigungstatbestands wird allerdings § 37 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 und 2 BedarfspIRL nicht gerecht, der insofern keine Änderung zur Vorgängerbestimmung gebracht hat.

§ 36 Zulassungstatbestände für lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf

(3) Bei der Feststellung von Sonderbedarf sind folgende Mindestbedingungen zu beachten:

1. **Abgrenzung einer Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll** und Bewertung der Versorgungslage (Feststellung einer unzureichenden Versorgungslage).
2. Der Ort der Niederlassung muss für die beantragte Versorgung geeignet sein (Erreichbarkeit, Stabilität u.a.): Der Ort der Niederlassung muss strukturelle Mindestbedingungen erfüllen; der Einzugsbereich muss über eine ausreichende Anzahl an Patienten verfügen; dabei sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

§ 22 BedarfspRL i.d.F.d. Beschlusses des GBA vom 20.12.2012

§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren

(1) Ermächtigte Ärzte und ermächtigte Psychotherapeuten, welche in **vollem** oder im Sinne des § 19a Ärzte-ZV **häufigem Umfang** eines Vollversorgungsauftrages für ihr Fachgebiet ermächtigt sind, werden wie zugelassene Vertragsärzte oder Psychotherapeuten angerechnet. Abweichungen hiervon können einvernehmlich nach Maßgabe des Absatzes 2 Satz 1 getroffen werden.

(2) Das **Maß der Anrechnung** von Ärzten und Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen soll regional **einvernehmlich zwischen** den für die Bedarfsplanung zuständigen **Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen festgelegt** werden. Dabei kann der Umfang der Anrechnung nur in fachgebietsbezogenen Vollversorgungsaufträgen berechnet werden.

§ 22 BedarfspRL i.d.F.d. Beschlusses des GBA v. 17.04.2014

„(1) **Ermächtigte Ärzte** werden entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang **pauschaliert** auf den Versorgungsgrad angerechnet, soweit der Tätigkeitsumfang nicht vernachlässigbar ist. Vernachlässigbar sind Tätigkeitsumfänge, die insgesamt ungerundet ein Viertel eines Vollversorgungsauftrags für die jeweilige Arztgruppe nicht erreichen. Die Anrechnung setzt eine Ermächtigung für die Erbringung von **mindestens drei vertragsärztlichen Leistungsziffern** voraus. Tätigkeitsumfänge werden je nach vom Ermächtigten erbrachtem Tätigkeitsumfang mit dem **Faktor 0,25; 0,5; 0,75 oder 1,0** auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. Als Maßstab für die Anrechnung des Tätigkeitsumfanges ist auf das Verhältnis der vom ermächtigten Arzt erbrachten **Fallzahl** zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region abzustellen; dabei wird auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor nach mathematischen Grundsätzen gerundet.

(2) Ärzte in **ermächtigten Einrichtungen** werden auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. **Keine Anrechnung** erfolgt für ermächtigte Einrichtungen nach **§ 117 SGB V und § 119a SGB V** und für Tätigkeitsumfänge von ermächtigten Einrichtungen, die insgesamt ungerundet **ein Viertel eines Vollversorgungsauftrags** für die jeweilige Arztgruppe nicht erreichen. Die **Berücksichtigung** der sonstigen ermächtigten Einrichtungen erfolgt entsprechend den folgenden Regelungen:

1. Krankenhäuser, die ambulante Behandlung nach **§ 116a SGB V und § 118a SGB V** erbringen, werden entsprechend einem **Fallzahlquotienten** in Schritten von jeweils 0,25 angerechnet. Der Fallzahlquotient ergibt sich aus dem Verhältnis der Fallzahlen der Einrichtung zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region. Es wird mathematisch auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor auf- bzw. abgerundet.

2. Einrichtungen gemäß **§§ 118 und 119 SGB V** sind mit einem Anrechnungsfaktor von **pauschal 0,5** je Einrichtung zu berücksichtigen. Sofern belastbare Daten über den Umfang der Leistungen der Einrichtungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes vorliegen, erfolgt eine Anrechnung für diesen Anteil der Leistung entsprechend Absatz 2 Satz 3 Nr. 1. Hierfür können auch Daten oder Informationen aus einer freiwilligen Selbstauskunft der betroffenen Einrichtungen verwendet werden.

(3) Die **Zuordnung** nach Absatz 1 und 2 zum Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe erfolgt auf Grundlage der Definitionen der Arztgruppen nach § 11 Absatz 2, § 12 Absatz 2, § 13 Absatz 2 und § 14 Absatz 2. Bei Anrechnungen nach Absatz 2 erfolgt die Anrechnung bei der Arztgruppe, die den Schwerpunkt der Leistungen in der Einrichtung erbringt. Liegen keine Informationen über den Schwerpunkt der Einrichtung vor, erfolgt die Anrechnung nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 2 für Einrichtungen gemäß § 118 SGB V bei den Psychotherapeuten, für Einrichtungen gemäß § 118a SGB V bei den Fachinternisten und für Einrichtungen gemäß § 119 SGB V bei den Kinderärzten.

(4) Von den Anrechnungsregelungen der Absätze 1 und 2 kann **abgewichen** werden, sofern es zur **Berücksichtigung regionaler Besonderheiten** erforderlich ist. Ob solche Besonderheiten bestehen und inwieweit hieraus Abweichungen von den Anrechnungsfaktoren erfolgen können, obliegt der einvernehmlichen Entscheidung nach **§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V** auf Landesebene.

(5) Nach Abschluss der noch ausstehenden Vereinbarung für die geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V sowie der Psychosomatischen Institutsambulanz gem. § 118 Absatz 3 SGB V werden die Regelungen zur Anrechnung auf den Versorgungsgrad innerhalb von 6 Monaten auf Sachgerechtigkeit überprüft und ggf. angepasst.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert die Auswirkungen der Regelung 3 Jahre nach ihrem Inkrafttreten und berät auf Grundlage der Ergebnisse über die Erforderlichkeit einer Anpassung der Regelung.

(7) Hat der G-BA bis zum 31. Mai 2018 keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung beschlossen, so tritt diese Regelung mit diesem Datum außer Kraft.

Nach den statistischen Informationen der KBV aus dem Bundesarztregister waren zum Jahresende 2013 von 162.651 in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzten und Psychotherapeuten 9.752 ermächtigt, also ca. 6 %, bzw. von 142.660 Ärzten 9.538, also ca. 6,7 %, wobei Chirurgen (28,3 %), Radiologen (16,8 %), Anästhesisten (16,5 %) und Transfusionsmediziner (16,1 %) an der Spitze liegen, gefolgt von Kinderärzten (11,4 %), Nervenärzten/Neurologen/Psychiatern (9,8 %), Frauenärzten und Internisten (je 8,9%), Neurochirurgen (8,8 %) und Orthopäden (7,9 %). Im Einzelnen:<sup>1</sup>

Nr.	Ärzte	Teilnehmer	Ermächtigungen	in %
1	Allgemeinärzte	35.056	34	0,1
2	Praktische Ärzte/Ärzte	5.984	86	1,4
3	Anästhesisten	3.907	646	16,5
4	Augenärzte	5.858	130	2,2
5	Chirurgen	6.147	1.740	28,3
6	Frauenärzte	11.918	1.062	8,9
7	HNO-Ärzte	4.378	217	5,0
8	Hautärzte	3.800	122	3,2
9	Humangenetiker	242	8	3,3
10	Internisten	25.183	2.245	8,9
11	davon: Hausärztlich tätige Internisten	13.412		
12	davon: Fachärztlich tätige	9.526		
	davon: Angiologie	612	129	21,1
	Diabetologie/Endokrinologie	495	105	21,2
	Gastroenterologie	2.103	580	27,6
	Geriatric	9	1	11,1
	Hämatologie/internist. Onkologie	1.364	257	18,8
	Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin	8	5	62,5
	Kardiologie	3.195	624	19,5
	Nephrologie	1.776	124	7,0
	Pneumologie/Lungen- u. Bronchialheilkunde	1.323	216	16,3
	Rheumatologie	741	113	15,2
13	Kinderärzte	7.284	827	11,4
14	Kinder- und Jugendpsychiater	1.049	30	0,3
15	Laborärzte	1.166	35	3,0
16	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	1.187	42	3,5
17	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	5.758	565	9,8
18	Neurochirurgen	1.006	89	8,8
19	Nuklearmediziner	933	23	2,5
20	Orthopäden	6.510	513	7,9
21	Pathologen	1.006	53	5,3
22	Physikalische und Rehabilitative Mediziner	591	9	1,5
23	Ärztliche Psychotherapeuten	5.631	105	1,9
24	davon: Ärzte f. Psychosom. u. Psychoth	2.565	40	1,6
25	Radiologen	3.836	645	16,8
26	Strahlentherapeuten	890	23	2,6
27	Transfusionsmediziner	168	27	16,1
28	Urologen	3.156	252	8,0
29	Übrige Arztgruppen	16	10	62,5
<b>30</b>	<b>Summe Arztgruppen</b>	<b>142.660</b>	<b>9.538</b>	<b>6,7</b>
31	davon: Hausärzte (ohne Kinderärzte)	54.134		
32	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	4.322	84	1,9
33	Psychologische Psychotherapeuten	15.669	130	0,8
<b>34</b>	<b>Summe Psychologische Psychotherapeutengruppen</b>	<b>19.991</b>	<b>214</b>	<b>1,1</b>
<b>35</b>	<b>Summe Arzt- und Psychotherapeutengr.</b>	<b>162.651</b>	<b>9.752</b>	<b>6,0</b>

<sup>1</sup> Vgl. KBV, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet insgesamt, S. 3 u. 7, [www.kbv.de](http://www.kbv.de).

§ 36 BedarfspRL i.d.F.d.Beschlusses v. 16.05.2013

(9) Bei der Prüfung auf Sonderbedarf nach Absatz 3 bleibt eine mögliche **stationäre Leistungserbringung** in Krankenhäusern außer Betracht. Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen bleiben unberührt.

§ 36 Satz 1 lit b) BedarfspRL i.d.F.d. Beschlusses v. 20.12.2012

b) 1Es 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. 2Ein besonderer Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß §§ 11 bis 14 mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst. 3Voraussetzung 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. 4Die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist dabei einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt. 5Eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern bleibt außer Betracht.

BSG, Urt. v. 19.03.1997 - 6 RKa 43/96 - SozR 3-2500 § 101 Nr. 1, juris Rdnr. 18

Die Einschätzung des Beklagten, im Planungsbereich Lübeck sei ein besonderer qualitativer Versorgungsbedarf für endokrinologische Leistungen nicht gegeben, ist vertretbar und überschreitet nicht den Rahmen der gesetzlichen Beurteilungsermächtigung. Insbesondere hat der Beklagte ausreichend beachtet, daß ein in einem Planungsbereich bestehendes qualitatives Versorgungsdefizit nur dann die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen - prinzipiell hauptamtlich in ausreichendem zeitlichen Umfang zu betreuenden (vgl § 20 Ärzte-ZV) - Vertragsarztsitzes rechtfertigen kann, wenn diese Maßnahmen zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem kompletten Versorgungsbereich unerlässlich ist (§ 101 S 1 Nr 3 SGB V). Daraus folgt, daß eine Versorgungslücke in der gesamten Breite eines Versorgungsbereichs - etwa des Schwerpunkts Endokrinologie - bestehen muß. Werden lediglich einzelne spezielle Leistungen, die eine Vertragsarztpraxis in freier Niederlassung nicht sinnvoll auszufüllen vermögen, von den im Planungsbereich bereits niedergelassenen Vertragsärzten nicht erbracht, so kommt anstelle einer Sonderbedarfszulassung ggf die Erteilung einer Ermächtigung in Frage. **Da die Ermächtigungsnorm des § 101 S 1 Nr 3 SGB V die ausnahmsweise Besetzung von Vertragsarztsitzen trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen eröffnen will, hat zur Wahrung der Vorrangstellung der in freier Praxis niedergelassenen Vertragsärzte die Möglichkeit einer Sicherstellung der Leistungserbringung in Krankenhäusern (Nr 24 S 1 Buchst b S 3 BP-RL-Ä bzw § 116 SGB V) aber dann außer Betracht zu bleiben, wenn der von den bereits zugelassenen Vertragsärzten nicht abgedeckte Versorgungsbedarf zumindest den Umfang einer wirtschaftlich tragfähigen Vertragsarztpraxis erreicht.**

BSG, Urt. v. 28.06.2000 - B 6 KA 35/99 R - BSGE 86, 242 = SozR 3-2500 § 101 Nr. 5, juris Rdnr. 39  
 Diesen Anforderungen ist der Beklagte nicht gerecht geworden, weil insbesondere eine Würdigung und Auswertung der Antworten der befragten Gastroenterologen anhand von aktuellen Anzahlstatistiken unterblieben ist. Soweit der Beklagte in seiner Berufungsbegründung vom 3. März 1998 (S 14) auf die Häufigkeit der Abrechnung bestimmter EBM-Ä-Nrn im Quartal IV/1996 hingewiesen hat, genügt dies offensichtlich nicht, weil nicht feststellbar ist, daß diese - zudem zeitlich weit zurückliegenden - Informationen auch dem aus sieben Mitgliedern bestehenden Gremium des Beklagten als ganzem bei seiner Beschlußfassung vorgelegen haben; der Beschluß vom 10. Juni 1998 enthält dazu keine Ausführungen. Die ergänzende Stellungnahme des als Sachverständigen befragten Dr. M vom 24. März 1998 konnte die eigene Zuhilfenahme statistischen Materials ebenfalls nicht ersetzen. Abgesehen davon, daß auch dieser Facharzt als Gastroenterologe in B, einem Nachbarbezirk von B, niedergelassen ist, enthält seine Stellungnahme bisweilen Wertungen, deren zuverlässige tatsächliche Grundlagen nicht immer hinreichend deutlich werden. Auch er bezieht sich lediglich auf die im Berufungsverfahren für das Quartal IV/1996 teilweise vorgelegten Zahlenwerte. Auffällig ist insoweit aber immerhin, daß auch Dr. M in seiner Stellungnahme die von den Zulassungsgremien an Krankenhausärzte erteilten Ermächtigungen (im Quartal IV/1996 mindestens 11, nach dem Vortrag des Klägers im Revisionsverfahren zwei) beanstandet hat. **Der Umstand dieser erteilten Ermächtigungen hätte Ausführungen des Beklagten erfordert, wieso gleichwohl die Gewährung einer Sonderbedarfszulassung an den Kläger ausschied. Denn einer - ebenfalls vom Vorliegen einer entsprechenden Versorgungslücke abhängigen - Ermächtigung nach § 116 SGB V, § 31a Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV gebührt gegenüber einer Sonderbedarfszulassung nach § 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V, Nr 24 Satz 1 Buchst b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte nur der Vorrang, wenn der von den bereits zugelassenen Vertragsärzten nicht abgedeckte Versorgungsbedarf unterhalb des Umfangs einer wirtschaftlich tragfähigen Vertragsarztpraxis liegt (so BSG SozR 3-2500 § 101 Nr 1 S 6; vgl Plagemann, MedR 1998, 88 unter Hinweis auf Nr 24 Satz 1 Buchst b letzter Satz Bedarfsplanungs-RL-Ärzte).** Eine solche Konstellation kann nicht mit dem LSG ohne weiteres unterstellt werden. Vielmehr wäre von dem Beklagten darzulegen gewesen, daß entweder ein derartiger Sachverhalt vorlag oder daß die Erteilung von Ermächtigungen auf einer in ihren tatsächlichen Grundlagen fehlerhaften Verwaltungsentscheidung beruhte. Er wird dies bei seiner neuerlichen Entscheidung nachzuholen haben.

BSG, Urt. v. 17.09.2008 - B 6 KA 56/07 R - BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 3, juris Rdnr. 25 (Kinderradiologie)

Schließlich hat der Beklagte versäumt, den genauen Umfang eines möglichen qualitativen Versorgungsdefizits an kinderradiologischen Leistungen im Planungsbereich L. zu ermitteln. Dies ist nach der Rechtsprechung des Senats aber erforderlich, weil ein in einem überversorgten Bereich bestehendes qualitatives Versorgungsdefizit nur dann die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes rechtfertigt, wenn eine solche Maßnahme nach § 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V unerlässlich ist. Eine Versorgungslücke muss in der gesamten Breite eines Versorgungsbereichs (hier des Schwerpunkts der Kinderradiologie) bestehen; werden lediglich einzelne spezielle Leistungen, die eine Vertragsarztpraxis in freier Niederlassung nicht sinnvoll auszufüllen vermögen, von den im Planungsbereich bereits niedergelassenen Vertragsärzten nicht erbracht, so kommt anstelle einer Sonderbedarfszulassung ggf die Erteilung einer Ermächtigung in Betracht (vgl zu alledem BSG, Urteil vom 19.3.1997 - 6 RKa 43/96 = SozR 3-2500 § 101 Nr 1 S 5 f) . **Soweit der von den bereits zugelassenen Vertragsärzten nicht abgedeckte besondere Versorgungsbedarf zumindest den Umfang einer wirtschaftlich tragfähigen Vertragsarztpraxis erreicht, hat allerdings die Sonderbedarfszulassung den Vorrang vor einer Ermächtigung.** Das trägt dem generellen Vorrang der Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung Rechnung (vgl hierzu BSG, Urteil vom 19.7.2006 - B 6 KA 14/05 R = SozR 4-2500 § 116 Nr 3 Rdnr 16 mwN) . Wenn die Angaben der Klägerin gegenüber dem SG

zutreffen, sind von der Zulassung des Beigeladenen zu 5. pro Quartal zwischen 20 und 40 kinderradiologische Fälle an den in K. ermächtigten Krankenkassenarzt überwiesen worden. Dass darauf keine radiologische Praxis gegründet werden kann, liegt auf der Hand. Ob dasselbe auch für Fallzahlen von ca 280 Kindern im Quartal gilt, die in der Gemeinschaftspraxis behandelt worden sein sollen, erscheint sehr wahrscheinlich, bedarf aber ggf genauer Feststellungen durch den Beklagten.

BSG, Urt. v. 19.07.2006 - B 6 KA 14/05 R - SozR 4-2500 § 116 Nr. 3, juris Rdnr. 16

Nach § 116 Satz 2 SGB V (wortgleich mit § 31a Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV) ist eine Ermächtigung zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. **Diese Regelung entspricht dem Vorrang der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die niedergelassenen Vertragsärzte** (und - seit dem 1. Januar 2004 hinzugekommen - die Medizinischen Versorgungszentren); **Ermächtigungen kommen nur dann in Betracht, wenn die ambulante Versorgung von den niedergelassenen Ärzten (und den Medizinischen Versorgungszentren) nicht gewährleistet ist** ( vgl zB BSGE 70, 167, 173 = SozR 3-2500 § 116 Nr 2 S 15; BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 23 S 102; SozR 3-5520 § 20 Nr 4 S 42; BVerfG <Kammer> SozR 4-1500 § 54 Nr 4 RdNr 4, jeweils mwN ). Die Ermächtigung eines Krankenhausarztes gemäß § 116 SGB V und § 31a Abs 1 Ärzte-ZV erfordert nach der Rechtsprechung des BSG entweder einen quantitativ-allgemeinen oder einen qualitativ-speziellen Versorgungsbedarf ( stRspr: zB BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 11 S 59; BSGE 73, 25, 29 = SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 29; BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 111 f ). Die Erteilung oder Versagung einer Ermächtigung ist dabei nicht nur insgesamt (als Gesamttakt) überprüfbar, sondern auch hinsichtlich abgrenzbarer Teile, dh ein Streitverfahren kann auf einzelne Leistungen, auf die sich die Ermächtigung erstreckt bzw zusätzlich erstrecken soll, beschränkt sein ( vgl BSGE 73, 25, 28 = SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 28; BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 12 S 63 ). Die gerichtliche Überprüfung ist allerdings insofern begrenzt, als den Zulassungsgremien bei der Prüfung und Feststellung des Versorgungsbedarfs ein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum zusteht ( vgl zB BSGE 73, 25, 29 = SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 29; SozR 3-2500 § 97 Nr 2 S 6; BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 111 ).

BSG, Urt. v. 02.09.2009 - B 6 KA 21/08 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 6, juris Rdnr. 19

19 Bei der Bewertung der Leistungserbringung und der Leistungsangebote anderer Ärzte als der zugelassenen Vertragsärzte ist eine differenzierende Bewertung geboten. **Wie in § 24 Satz 4 ÄBedarfsplRL 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. So müssen Versorgungsangebote von Krankenhausärzten, die gemäß §§ 116 SGB V, 31a Zulassungsverordnung für Kassenärzte (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** (vgl BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr 16, jeweils RdNr 14 mwN; ebenso zB BSG, Urteile vom 17.6.2009 - B 6 KA 25/08 R - RdNr 21, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, und - B 6 KA 38/08 R - RdNr 19, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). **Aus dem gleichen Grund der Nachrangigkeit sind auch Versorgungsangebote aufgrund von Ermächtigungen zB gemäß § 31 Abs 1 Buchst a Ärzte-ZV, § 116a, § 119a SGB V unberücksichtigt zu lassen.** Anderes gilt indessen für Ermächtigungen, die bedarfsunabhängig erteilt werden, wie zB 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. Die hierdurch erfolgende Bedarfsdeckung ist zu berücksichtigen und kann bei der Prüfung und Feststellung, ob ein nicht gedeckter Versorgungsbedarf besteht, zur Ablehnung einer Sonderbedarfszulassung führen.