

## B 6 KA 35/99 R

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

Datum  
21.01.1998  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
-

Datum  
12.07.1999  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 35/99 R

Datum  
28.06.2000  
Kategorie  
Urteil

Auf die Revisionen des Beklagten und des Klägers werden das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 12. Juli 1999 und das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 21. Januar 1998 geändert. Der Bescheid des Beklagten vom 10. Juni 1998 wird aufgehoben. Der Beklagte wird verpflichtet, über den Widerspruch des Klägers gegen die Ablehnung der Sonderbedarfszulassung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden. Die weitergehenden Revisionen des Klägers und des Beklagten werden zurückgewiesen. Der Beklagte hat dem Kläger die Hälfte seiner außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits zu erstatten. Im übrigen sind außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Der Kläger war seit 1983 in FI als Internist mit der Zusatzbezeichnung Gastroenterologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. 1996 zog er nach Berlin um und beantragte dort eine Zulassung als Gastroenterologe in dem für Internisten gesperrten Planungsbereich Zehlendorf unter dem Blickwinkel des Sonderbedarfs. Dieses lehnte der Zulassungsausschuß mit Beschluss vom 19. Juni 1996 ab, da kein Sonderbedarf iS der Nr 24 der "Richtlinien über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung" (Bedarfsplanungs-RL-Ärzte) vom 9. März 1993 (BAnz Beilage Nr 110a) vorliege. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies der beklagte Berufungsausschuß mit Beschluss vom 12. November 1996 zurück. Der Planungsbereich Zehlendorf sei aufgrund der Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (KKn) für Fachärzte der inneren Medizin gesperrt (Grad der Überversorgung 147,2%). Eine Sonderbedarfszulassung komme ebenfalls nicht in Betracht, da der Bedarf an Leistungen sowohl in Berlin insgesamt (22 Ärzte mit Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie) als auch im Bezirk Zehlendorf (ein Arzt mit dieser Schwerpunktbezeichnung) durch bereits zugelassene Vertragsärzte ausreichend gesichert sei.

Die dagegen erhobene Klage ist insoweit erfolgreich gewesen, als das Sozialgericht (SG) den Beklagten unter Aufhebung seines Beschlusses verpflichtet hat, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Ablehnung der Zulassung sei rechtswidrig, da die für Berlin zugrunde gelegte, mit den Bezirksgrenzen übereinstimmende Einteilung der Planungsbereiche fehlerhaft sei. Der Bundesausschuß der Ärzte und KKn dürfe keine ortsbezogenen Regelungen treffen, wie sie in Nr 5 der Bedarfsplanungs-RL-Ärzte speziell für Berlin normiert seien. Hierfür sei vielmehr die zu 1. beigelegene Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) zuständig. Zudem seien die 23 Bezirke nach Größe, Fläche, Einwohnerzahl und Bevölkerungsdichte zu unterschiedlich. Hinsichtlich des geltend gemachten Sonderbedarfs fänden sich im Beschluss des Beklagten zu den entscheidungserheblichen Umständen keine ausreichenden Feststellungen (Urteil vom 21. Januar 1998).

Während des anschließend dagegen von dem Beklagten anhängig gemachten Berufungsverfahrens hat dieser eine Stellungnahme des Vorsitzenden der Kommission "Ambulantes Operieren, Arthroskopie und Endoskopie" bei der Beigeladenen zu 1., Dr. M, zur Versorgungssituation auf dem Gebiet der Gastroenterologie in Berlin eingeholt sowie den in Z niedergelassenen Gastroenterologen Dr. K näher befragt und die zu diesem Zeitpunkt in Berlin niedergelassenen 26 Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie um Auskunft zu ihrem Leistungsspektrum und zu ihrer Praxisauslastung gebeten. Nach Auswertung der erlangten Informationen hat der Beklagte mit Beschluss vom 10. Juni 1998 seinen Beschluss vom 12. November 1996 aufrecht erhalten, da die durchgeführten Ermittlungen kein qualitatives Versorgungsdefizit ergeben hätten.

In einem am 22. April 1999 vor den Berufsrichtern des Senats beim Landessozialgericht (LSG) durchgeführten Erörterungstermin haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch die Berichterstatterin einverstanden erklärt. Sodann hat das LSG

mit Urteil vom 12. Juli 1999 zum einen die Berufung des Beklagten zurückgewiesen und zum anderen die Klage gegen den Beschluss des Beklagten vom 10. Juni 1998 abgewiesen. Zur Begründung wird im Urteil ausgeführt, das SG habe den Beklagten zu Recht zur Neubescheidung verpflichtet, da sich dieser nicht auf die Sperre des Bereichs Zehlendorf für Internisten habe stützen dürfen. Die Einteilung der Planungsbereiche in Nr 5 der Bedarfsplanungs-RL-Ärzte, die dem zugrunde liege, sei rechtswidrig. Der Bundesausschuß der Ärzte und KKn habe die Planungsbereiche nicht abschließend festlegen dürfen, sondern sei lediglich zum Erlaß von Richtlinien mit allgemeinen Vorgaben für Bedarfsplanung und Überversorgung ermächtigt worden. Die abschließende regionale Aufteilung in Planungsbereiche sei der Beigeladenen zu 1. vorbehalten. Die zum planenden Verwaltungsvollzug gehörende Einteilung der regionalen Planungsbereiche passe nicht zu den Aufgaben des Bundesausschusses. Dem Erfordernis, Abweichungen von den im Regelfall zugrunde zu legenden Stadt- und Landkreisen im Einzelfall anhand der konkreten örtlichen Verhältnisse zu begründen, könne schwerlich in Richtlinien entsprochen werden. Konkrete Festlegungen des Bundesausschusses ließen auch die Beteiligung der KKn und Landesausschüsse an der Bedarfsplanung sowie die Schiedskompetenz des Landesausschusses der Ärzte und KKn leerlaufen. Diese Unzuständigkeit des Bundesausschusses sei nicht etwa deshalb im Ergebnis unschädlich, weil die Planungsbereiche ohnehin entsprechend den Verwaltungsbezirken festgelegt werden müßten. Bei ihrer Einteilung bestünden vielmehr Gestaltungsspielräume. Berlin könne allerdings nicht als einheitlicher Planungsbereich ausgewiesen werden, da dann die ortsnahe Versorgung auch der Randbezirke nicht sichergestellt wäre. Zudem ergäben sich dann für ganz Berlin Zulassungssperren, was mit [Art 12 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) nicht vereinbar wäre. Den bei der neuen Festlegung der Planungsbereiche bestehenden Gestaltungsspielraum habe die Beigeladene zu 1. nach Maßgabe von [§ 99](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und [§ 12](#) Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) - unter Beteiligung der KKn bzw deren Landesverbände und der zuständigen Landesbehörden - auszufüllen. Ob der Kläger nach einer neuen Einteilung die Zulassung werde beanspruchen können, sei nicht vorhersehbar. Deshalb habe das SG den Beklagten zu Recht zur Neubescheidung verurteilt. Die Klage gegen den in entsprechender Anwendung von [§ 96 Abs 1](#) iVm [§ 153 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Gegenstand des Berufungsverfahrens gewordenen Beschluss des Beklagten vom 10. Juni 1998 sei abzuweisen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Zulassung nach [§ 101 Abs 1 Nr 3 SGB V](#) iVm Nr 24 Satz 1 Buchst b der Bedarfsplanungs-RL-Ärzte. Den Zulassungsgremien stehe bei der Frage, ob ein besonderer Versorgungsbedarf vorliege, ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu. Der Beklagte sei insoweit von einem richtig und vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen und habe insbesondere die Zahl der zugelassenen Gastroenterologen berücksichtigt und deren Praxisauslastung ermittelt. Zudem könnten nicht nur Ärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie Endoskopien erbringen, sondern alle Internisten. Der Beklagte habe dabei nicht nur die Versorgungssituation in Zehlendorf (ein Gastroenterologe mit nicht ausgelasteter Praxis), sondern auch diejenige in den angrenzenden Planungsbereichen in seine Überlegungen einbezogen. Daß die niedergelassenen Internisten bestimmte gastroenterologische Leistungen nicht qualitätsgerecht erbrächten, treffe nicht zu, da mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung die fachliche Qualifikation zur Durchführung solcher Leistungen einhergehe. Auch lasse sich aus der Ermächtigung von Krankenhausärzten für diagnostische Endoskopien kein besonderer Versorgungsbedarf ableiten. Die Erteilung einer Ermächtigung komme nämlich auch in Betracht, wenn eine Versorgungslücke nur für einzelne spezielle Leistungen bestehe und der von den Vertragsärzten nicht abgedeckte Versorgungsbedarf nicht den Umfang einer wirtschaftlich tragfähigen Praxis erreiche. Für einen besonderen Versorgungsbedarf lägen indessen keine Anhaltspunkte vor, wie auch die von dem Beklagten eingeholte Stellungnahme von Dr. M belege.

Gegen dieses Urteil richten sich sowohl die vom LSG zugelassene Revision des Beklagten als auch die - auf Nichtzulassungsbeschwerde hin vom Senat zugelassene - Revision des Klägers.

Der Beklagte macht geltend, das Berufungsurteil sei mit den bundesrechtlichen Bestimmungen über die Bedarfsplanung und die Bildung der Planungsbereiche nicht vereinbar. Die Vorschriften über die Bedarfsplanung einerseits und die Regelungen über die Festlegung der Planungsbereiche, die Feststellung der Überversorgung und die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen andererseits seien verschiedenen Rechtsbereichen zuzuordnen. Den von den KÄVen aufzustellenden Bedarfsplänen komme in Bereichen einer Überversorgung - wie in Berlin - keine relevante Funktion zu. Sie seien lediglich für den Fall von Versorgungsmängeln ein Mittel zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Sie stellten auch keine Grundlage zur Beurteilung der Notwendigkeit von Ermächtigungen dar, da für die Frage des Bestehens von Versorgungslücken sowieso nicht auf den einzelnen Planungsbereich (= Berliner Bezirk), sondern auf Gesamt-Berlin abgestellt werden müsse. Die Festlegung der Planungsbereiche sei dem Bereich der Normsetzung und nicht dem (planenden) Verwaltungsvollzug zuzuordnen. Zur Normsetzung könne auch die im Rahmen der Soll-Vorschrift des [§ 101 Abs 1](#) letzter Satz SGB V notwendige Entscheidung über das Vorliegen von Ausnahmen in atypischen Fällen gehören, wie dies Nr 5 der Bedarfsplanungs-RL-Ärzte regelt. Die darin enthaltene Bestimmung der Planungsbereiche für das Land Berlin stelle eine authentische Auslegung des [§ 101 Abs 1 Satz 5 SGB V](#) dar. Die Befugnis des Bundesausschusses zu einer solchen Auslegung folge aus seiner umfassenden Richtlinienkompetenz nach [§ 101 SGB V](#). Es sei ihm nicht versagt, bei besonderen staatsrechtlichen Gegebenheiten - wie in Berlin - die Grenzen der Planungsbereiche selbst festzusetzen. Die Abweichung von der Regel, daß die Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, sei aufgrund der verfassungsmäßigen Besonderheiten Berlins erforderlich und sachlich gerechtfertigt. Aber auch wenn der Bundesausschuß nicht befugt wäre, die Planungsbereiche abschließend festzulegen, sei von derselben Einteilung auszugehen. Dann nämlich hätte jedenfalls der Bundesausschuß in sinngemäßer Anwendung des [§ 101 Abs 1](#) letzter Satz SGB V selbst die Bezirke als Planungsbereiche zugrunde legen müssen. - Angesichts der Versorgungsdichte in allen Fachdisziplinen in Berlin sei im übrigen nicht vorstellbar, daß der Umzug eines schleswig-holsteinischen Arztes nach Berlin zur Sicherstellung der dortigen vertragsärztlichen Versorgung unerläßlich sei.

Der Beklagte sowie die Beigeladenen zu 6. und zu 7. beantragen, die Urteile des Landessozialgerichts Berlin vom 12. Juli 1999 und des Sozialgerichts Berlin vom 21. Januar 1998 dahin zu ändern, daß die Klage in vollem Umfang abgewiesen wird, sowie die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 12. Juli 1999 zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Revision des Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 12. Juli 1999 zurückzuweisen, hilfsweise, die Revision des Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 12. Juli 1999 zurückzuweisen sowie dieses Urteil zu ändern und den Beklagten unter Aufhebung seines Beschlusses vom 10. Juni 1998 zu verpflichten, den Kläger über den Antrag auf Sonderbedarfszulassung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu bescheiden, hilfsweise, die Revision des Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 12. Juli 1999 zurückzuweisen sowie dieses Urteil zu ändern

und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

Der Kläger hält das Urteil des LSG hinsichtlich der Einteilung der Planungsbereiche in Berlin für zutreffend. Hinsichtlich des hilfsweise geltend gemachten Anspruchs auf eine Sonderbedarfszulassung rügt er einen Verstoß gegen [§ 103 SGG](#), da das LSG den Sachverhalt nicht hinreichend aufgeklärt habe. Er habe nämlich substantiiert und unter Beweisantritt dargelegt, daß sowohl im Planungsbereich Zehlendorf als auch in den angrenzenden Planungsbereichen ein qualitatives Versorgungsdefizit bestehe, ohne daß das LSG seinen Beweisangeboten gefolgt sei. In Berlin erfüllten maximal vier bis fünf Internisten mit ihren Praxen die Mindestanforderungen der Gastroenterologie in baulicher, apparativ-technischer und hygienischer Hinsicht (Sedierung von Patienten nach erfolgtem Eingriff, Ruheraum, Endoskope der neuesten Generation, Desinfektionsgeräte). Auch die Anzahlstatistiken derjenigen Ärzte, die gastroenterologische Leistungen erbrächten, ließen erkennen, daß mangels Erfahrung nicht mehr als diese Anzahl von Ärzten die persönliche Qualifikation für Endoskopien besitze. Nur in 63% der Fälle erbrächten die Ärzte in Berlin hohe Koloskopien; den Rest bildeten medizinisch unzureichende partielle Koloskopien. Die Beweisanträge seien in der mündlichen Verhandlung ausdrücklich aufrechterhalten worden. Daß diese im Protokoll keinen Niederschlag gefunden hätten, sei unschädlich, weil sie Kern des klägerischen Vorbringens und der mündlichen Verhandlung gewesen seien. - Das LSG habe bei seiner Entscheidung zudem nicht bedacht, daß die unzutreffende Feststellung einer Überversorgung vorgreiflich sei. Der Beigeladenen zu 1. hätte vor einer Entscheidung des Landesausschusses über das Vorliegen von Überversorgung zunächst die Möglichkeit eingeräumt werden müssen, einen den gesetzlichen Vorgaben gerecht werdenden Bedarfsplan aufzustellen. Des weiteren habe das LSG den Begriff "besonderer Versorgungsbedarf" in Nr 24 Satz 1 Buchst b der Bedarfsplanungs-RL-Ärzte unzutreffend ausgelegt, da die Bestimmung eine Facharztbezeichnung und eine besondere Arztbezeichnung oder nachgewiesene Qualifikation erfordere, so daß Internisten ohne Zusatzbezeichnung nicht in die Statistik einbezogen werden dürften. Daß ein (normaler) Facharzt für innere Medizin nach dem Weiterbildungsrecht gastroenterologische Tätigkeiten ausführen dürfe, besage im übrigen nichts darüber, ob er diese auch tatsächlich erbringe. - Die Zulassungssituation außerhalb von Berlin-Zehlendorf sei unbeachtlich, da [§ 101 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) auf einen Versorgungsbereich, also die kleinste Planungseinheit, abstelle. - Die seltene Leistungserbringung der Nrn 735, 746, 750, 751 und 765 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) durch Berliner Ärzte belege, daß diese insoweit Krankenhauseinweisungen vornähmen. Er (der Kläger) erbringe diese Leistungen ambulant, was für einen Sonderbedarf spreche. Da in Berlin an zwei Krankenhausärzte Ermächtigungen für diagnostische Endoskopien erteilt worden seien, müsse ebenfalls auf einen Bedarf für derartige Untersuchungen geschlossen werden. Diese Ermächtigungen müßten bei der Ermittlung der Versorgungslage als "nicht erteilt" behandelt werden, weshalb sich zumindest ein Sonderbedarf in dem von den Ermächtigungen abgedeckten Umfang ergäbe. Die Zulassungsgremien seien gehalten gewesen, den Versorgungsbedarf für eine Sonderbedarfszulassung festzustellen und zugleich die Ermächtigungen zu widerrufen bzw auf den durch die Sonderbedarfszulassung nicht abgedeckten Leistungsbedarf zu beschränken. Da die an Krankenhausärzte erteilten Ermächtigungen für gastroenterologische Leistungen nicht auf die Vornahme einzelner spezieller Leistungen beschränkt seien, erübrige sich zudem die Frage, ob der nicht gedeckte Versorgungsbedarf den Umfang einer wirtschaftlich tragfähigen Praxis erreiche.

Die Beigeladene zu 1. stellt keinen Antrag, hält die Revision des Beklagten aber für begründet.

II

Die - mit gegensätzlichen Rechtsschutzziele eingeleiteten - Revisionen des Beklagten und des Klägers sind in dem aus der Urteilsformel ersichtlichen Umfang teilweise begründet, im übrigen unbegründet.

Die angefochtenen Urteile der Vorinstanzen sind in der Weise zu ändern, daß der beklagte Berufungsausschuß unter Aufhebung seines während des Berufungsverfahrens ergangenen Beschlusses vom 10. Juni 1998 über den Widerspruch des Klägers gegen die Ablehnung der Zulassung als Gastroenterologe in Berlin-Zehlendorf unter dem Blickwinkel des Sonderbedarfs unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden hat. Sowohl das weitergehende Begehren des Beklagten, die Zulassung des Klägers zur vertragsärztlichen Versorgung gänzlich abzulehnen, als auch der über den ersten Hilfsantrag hinausgehende Hauptantrag des Klägers nach vollständiger Aufrechterhaltung des LSG-Urteils bleiben demgegenüber erfolglos.

Die Revision des Beklagten ist zum Teil begründet. Denn die vom Kläger und von den Vorinstanzen vertretene Ansicht, schon die den Zulassungsbeschränkungen zugrunde gelegte Einteilung der Planungsbereiche in Berlin sei rechtswidrig, weil der Bundesausschuß der Ärzte und KKn zu solchen Festlegungen nicht befugt sei, erweist sich - in Übereinstimmung mit der rechtlichen Beurteilung des Senats im Urteil in der am selben Tage verkündeten Parallelsache [B 6 KA 27/99 R](#) - als unzutreffend.

Der Bundesausschuß der Ärzte und KKn hat in den Bedarfsplanungs-RL-Ärzte vom 9. März 1993 (BAnz. Nr 110a vom 18. Juni 1993, S 3) unter Nr 5 bestimmt: "Räumliche Grundlage für die Ermittlungen zum allgemeinen Stand der vertragsärztlichen Versorgung und zum jeweiligen örtlichen Stand der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Feststellungen zur Überversorgung oder Unterversorgung ist die kreisfreie Stadt oder der Landkreis (Planungsbereich). Planungsbereiche für das Land Berlin sind die Bezirke." Durch Änderung vom 18. Februar 1998 (BAnz Nr 115 vom 26. Juni 1998) ist die Definition des Planungsbereichs in Satz 1 folgendermaßen modifiziert worden: "... ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion in der Zuordnung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (Planungsbereiche)". Außerdem ist zusätzlich ein Satz 2 eingefügt worden: "Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3.1 ersichtlich." In dieser Anlage (BAnz aaO S 11 ff) sind für Berlin auf der Grundlage der bisher geltenden Einteilung die 23 Bezirke als Planungsbereiche aufgeführt.

Die damit erfolgte abschließende Festlegung der Planungsbereiche hätte nach Auffassung der Vorinstanzen indessen nicht der Bundesausschuß der Ärzte und KKn vornehmen dürfen. Es sei vielmehr Aufgabe der KÄV, im Bedarfsplan die örtlichen Planungsbereiche festzulegen. Diese Ansicht trifft nicht zu. Der Bundesausschuß ist vielmehr schon seit Einführung der Regelungen über das Verfahren bei kassenärztlicher Überversorgung unter der Geltung der Reichsversicherungsordnung (RVO) - und auch nach dem Recht des SGB V - nicht nur berechtigt, in den Bedarfsplanungs-RL die Kriterien für die Einteilung der Planungsbereiche vorzugeben, sondern auch befugt, die Planungsbereiche selbst abschließend festzulegen. Dies ergibt sich im Wege der Auslegung des [§ 101 SGB V](#) aus dem entstehungsgeschichtlichen Vergleich dieser Vorschrift mit der Vorgängerregelung und aus weiteren Gesichtspunkten.

Durch das Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung vom 19. Dezember 1986 ([BGBl I 2593](#)) war in die RVO die

Vorschrift des § 368t über das Verfahren bei kassenärztlicher Überversorgung eingefügt worden. Aus ihr ergibt sich, daß der Bundesausschuß unter der Geltung dieser Regelung zur Festlegung der regionalen Planungsbereiche befugt war.

Gemäß § 368t Abs 2 RVO hatte der Bundesausschuß in Richtlinien ua einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kassenärztlichen Versorgung (Abs 2 Satz 1 Nr 1 aaO) und Maßstäbe für eine kassenärztliche Überversorgung (Abs 2 Satz 1 Nr 2 aaO) zu beschließen. § 368t Abs 4 RVO stellte weitere Voraussetzungen für die in den Richtlinien des Bundesausschusses zu beschließenden Kriterien auf. Die Vorschrift enthielt in den Sätzen 1 bis 6 Verpflichtungen ausschließlich des Bundesausschusses, im Rahmen der Kompetenzzuweisung des § 368t Abs 2 RVO die Vorgaben des Abs 2 Satz 1 Nr 2 zu konkretisieren. Dieser hatte die Maßstäbe für eine kassenärztliche Überversorgung (Abs 2 Satz 1 Nr 2 aaO) arztgruppenbezogen festzulegen (Abs 4 Satz 1 aaO). Gemäß Abs 4 Satz 4 aaO hatte er die Maßstäbe für die Überversorgung ferner so festzulegen, daß für mindestens 50 vH der regionalen Planungsbereiche eine Überversorgung nicht eintrat; diese Planungsbereiche mußten in ihrer Gesamtheit annähernd 50 vH der Bevölkerung umfassen. Nach Abs 4 Satz 5 aaO sollten die regionalen Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Schließlich hatte er nach Abs 4 Satz 6 aaO die Maßstäbe für die kassenärztliche Überversorgung alle drei Jahre zu überprüfen und der tatsächlichen Entwicklung anzupassen; dabei galt Abs 4 Satz 4 auch für die Anpassung. Das bedeutet, daß der Bundesausschuß auch bei der Anpassung der Maßstäbe für die kassenärztliche Überversorgung (Abs 2 Nr 2 aaO) dafür Sorge zu tragen hatte, daß die Vorgaben des Satzes 4 aaO eingehalten wurden.

Diese sich aus § 368t Abs 2 iVm Abs 4 RVO ergebenden Verpflichtungen setzten als selbstverständlich voraus, daß der Bundesausschuß auch die Kompetenz hatte, im Zusammenhang mit den zur Regelung bei Überversorgung zu treffenden Bestimmungen die Planungsbereiche festzulegen oder jedenfalls stringente Regelungen über ihre Festlegung zu normieren. Denn er konnte diesen Verpflichtungen nur nachkommen, wenn er - und nicht auf der regionalen Ebene die jeweilige KÄV - die Planungsbereiche festzusetzen hatte. Eine entsprechende Kompetenz der KÄV war damit von vornherein ausgeschlossen.

An der Befugnis des Bundesausschusses zur Festsetzung der Planungsbereiche hat sich in der Folgezeit nichts geändert. § 368t Abs 4 Sätze 1 bis 6 RVO sind fast wortgleich in [§ 102 Abs 2](#) Sätze 2 bis [8 SGB V](#) idF des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 ([BGBl I 2477](#)) übernommen worden. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)) sind die Anforderungen an die Bedarfsplanung verschärft und die Aufgaben des Bundesausschusses insoweit durch eine Neufassung des [§ 101 SGB V](#) noch erweitert worden. Nach wie vor enthält [§ 101 Abs 1 SGB V](#) die Vorgabe, daß die regionalen Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen. Dies zu beachten ist unverändert dem Bundesausschuß aufgegeben. Er ist somit zur abschließenden Festlegung der Planungsbereiche befugt (ebenso: Hess in: KassKomm, [§ 101 SGB V](#), RdNr 10; Klückmann in: Hauck, SGB V, K § 101 RdNr 22; aA: Schneider, Handbuch des Kassenarztrechts, 1994, RdNr 383 eE).

Dieses Ergebnis bedeutet indessen nicht, daß der Bundesausschuß von seiner Befugnis Gebrauch machen müßte und also zu solchen verbindlichen Festlegungen verpflichtet wäre. Seine Entscheidung, die Planungsbereiche in Nr 5 der Bedarfsplanungs-RL-Ärzte für die vertragsärztliche Versorgung abschließend zu bestimmen, liegt in seinem Gestaltungsermessen. Er könnte auch eine andere Konzeption verfolgen und, wie es der Bundesausschuß der Zahnärzte und KKn für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung getan hat, sich darauf beschränken, die Soll-Vorschrift des [§ 101 Abs 1](#) letzter Satz SGB V zu konkretisieren und detaillierte Vorgaben zu ihrer Handhabung zu normieren (vgl Bedarfsplanungs-RL-Zahnärzte vom 12. März 1993, BAnz Nr 91 vom 10. Mai 1993, mit späteren Änderungen; - s dortigen Abschnitt B Nr 1 S 2 und 3, Nr 2 Sätze 2 bis 4 sowie Nr 4; s dazu [BSGE 81, 207, 210 = SozR 3-2500 § 101 Nr 2 S 10](#)).

Systematische Gesichtspunkte bestätigen das aufgezeigte Ergebnis. Nach der Konzeption des Gesetzes sind auf regionaler Ebene die KÄVen für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zuständig ([§ 75 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)). Dem entspricht es, daß es im Rahmen der Bedarfsplanung den KÄVen obliegt, Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung zu treffen. So haben sie gemäß [§ 99 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Für Maßnahmen, die nach dem Gesetz im Zusammenhang mit den Regelungen zum Abbau von und zum Schutz vor Überversorgung zu ergreifen sind, ergibt sich demgegenüber keine Zuständigkeit der KÄVen. Diese Befugnisse sind vielmehr den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und KKn übertragen. Soweit es sich um Regelungen handelt, die bundeseinheitlich getroffen werden müssen, ist eine Zuständigkeit des Bundesausschusses der Ärzte und KKn gemäß [§ 101 SGB V](#) begründet. Die Festlegung der Planungsbereiche und die Berechnung der Überversorgung, die Grundlage für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen sind, bezwecken bundesweit einheitlich, den durch [Art 12 Abs 1 GG](#) geschützten Zugang von Ärzten in die vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten (in diesem Sinne auch BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr 3 S 15 ff](#) betr bundeseinheitliche Definition von Arztgruppen).

Demgegenüber kann nicht mit Erfolg auf § 12 Ärzte-ZV verwiesen werden. Die Auffassung, für die abschließende Einteilung der Planungsbereiche seien die KÄVen zuständig, läßt sich auch aus dieser Bestimmung nicht begründen. Zwar steht die Regelung des Abs 3 letzter Halbsatz, daß von der Soll-Vorschrift der Ausrichtung der Planungsbereiche an der Kommunalgliederung für einzelne Arztgruppen abgewichen werden kann, in textlichem Zusammenhang mit den ebenfalls in § 12 Ärzte-ZV enthaltenen Bestimmungen über die von den KÄVen aufzustellenden Bedarfspläne. Daraus kann ihre Zuständigkeit zur abschließenden Festlegung der Planungsbereiche aber nicht abgeleitet werden. Denn der Standort des Abs 3 letzter Halbsatz im Rahmen des § 12 Ärzte-ZV hat lediglich historische Gründe, beruht nämlich auf der Fortgeltung im Juli 1987 geschaffener Verordnungsregelungen (s § 12 Abs 3 Satz 2 Zulassungsordnung für Kassenärzte, eingefügt durch Änderungsverordnung vom 20. Juli 1987, [BGBl I 1679](#)).

Ebensowenig greift der Einwand, die Kompetenz, Planungsbereiche abschließend festzulegen, passe nicht zum Aufgabenfeld des Bundesausschusses. Auch wenn der Kernbestand seiner Aufgaben damit charakterisiert werden kann, daß er Normen iS abstrakt-genereller Regelungen erläßt (vgl zum Normcharakter der Richtlinien [BSGE 82, 41, 46 ff = SozR 3-2500 § 103 Nr 2 S 15 ff](#)), so folgt daraus nicht, daß der Gesetzgeber gehindert wäre, ihm in Einzelbereichen andersartige, ins Einzelne gehende Befugnisse zuzuweisen. Bundesrechtliche Rechtsvorschriften oder Rechtsgrundsätze, die es verböten, dem Bundesausschuß die Zuständigkeit zu planerischen Festlegungen in konkreten Einzelfällen zu überantworten, bestehen nicht.

Bei der abschließenden Festlegung der Planungsbereiche hatte der Bundesausschuß der Ärzte und KKn die Befugnis, gemäß der Soll-Vorschrift des [§ 101 Abs 1](#) letzter Satz SGB V für atypische Fälle Sonderregelungen zu treffen. Hiervon hat er zum einen insofern Gebrauch gemacht, als er die zunächst vorgegebene Ausrichtung der Planungsbereiche an den kreisfreien Städten und Landkreisen im Jahr 1998 dahingehend modifiziert hat, daß Planungsbereiche die kreisfreien Städte, die Landkreise "oder die Kreisregion(en) in der Zuordnung des



Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung" sind (s Änderung des Satz 1 der Nr 5 der Bedarfsplanungs-RL-Ärzte vom 16. Februar 1998, BAnz Nr 115 vom 26. Juni 1998). Zum anderen hat der Bundesausschuß - dies schon in der ursprünglichen Fassung von 1993 - die im vorliegenden Verfahren streitige Sonderbestimmung für Berlin getroffen (s den letzten Satz der Nr 5 der Bedarfsplanungs-RL-Ärzte). Die darin festgelegte Abweichung von der Grundregel des [§ 101 Abs 1](#) letzter Satz SGB V, wonach die Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, ist durch atypische Umstände gerechtfertigt. Berlin ist sowohl von der Einwohnerzahl als auch von seiner Fläche her die größte Stadt Deutschlands und stellt zugleich ein Bundesland dar. Berlin weicht insoweit in einem signifikanten Ausmaß von den sonstigen Städten, Stadt- und Landkreisen sowie Kreisregionen ab. Aufgrund dieser atypischen Situation durfte der Bundesausschuß für Berlin die Sonderregelung treffen und die dortigen Bezirke zu Planungsbereichen bestimmen.

Keiner Erörterung bedarf die Frage, ob es - wie es das LSG erwogen hat - sachgerechter wäre, die Ausrichtung an den Berliner Bezirken zu modifizieren und zB räumlich zusammenhängende Zentren und Subzentren jeweils einheitlich einem Planungsbereich zuzuordnen. Hierzu wäre der Bundesausschuß befugt gewesen. Verpflichtet war er dazu aber nicht. Normative Regelungen sind von den Gerichten nur daraufhin zu überprüfen, ob sie sachgerecht bzw wie im vorliegenden Fall durch atypische Umstände gerechtfertigt sind, nicht aber, ob der Normsetzer die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Regelung getroffen hat (vgl [BVerfGE 83, 111](#), 117; stRspr).

Aus alledem ergibt sich, daß die Revision des Beklagten Erfolg haben muß (und spiegelbildlich das primäre Rechtsschutzziel des Klägers nicht erreicht wird), soweit es in der Sache um die Festlegung der Planungsbereiche für die vertragsärztliche Versorgung in Berlin allgemein geht. Wenn der Beklagte darüber hinaus der Auffassung ist, dem Kläger sei zu Recht eine Zulassung im Bezirk Berlin-Zehlendorf auch aus Gründen des fehlenden Sonderbedarfs verweigert worden, hält sein (den vorangegangenen Beschluss vom 12. November 1996 iS von [§ 96 iVm § 153 Abs 1 SGG](#) ersetzender) Beschluss vom 10. Juni 1998 allerdings einer revisionsrechtlichen Überprüfung nicht stand. Vielmehr ist umgekehrt die Revision des Klägers in dem Sinne begründet, daß dessen hilfsweise gestellter Revisionsantrag zu einer Verpflichtung des Beklagten zur Neubescheidung führt ([§ 131 Abs 3 SGG](#)). Das LSG hat die Klage gegen den Beschluss des Beklagten vom 10. Juni 1998 zu Unrecht in vollem Umfang abgewiesen.

Der Kläger kann allerdings mit dem gerügten Verfahrensfehler der Verletzung des Amtsermittlungsgrundsatzes ([§ 160 Abs 2 Nr 3 iVm § 103 SGG](#)) nicht durchdringen. Das LSG hat entscheidungserhebliche Beweisanträge nicht ohne hinreichende Begründung übergangen. Denn von einem anwaltlich vertretenen Kläger ist zu verlangen, daß er bei der abschließenden Abgabe seiner Prozeßerklärungen (hier: im Erörterungstermin vom 22. April 1999 und im Schriftsatz vom 19. Mai 1999) unzweifelhaft zum Ausdruck bringt, daß auch seine in vorangegangenen Schriftsätzen enthaltenen Beweisanträge aufreht erhalten bleiben sollten (vgl zB BSG-Beschluss vom 7. Dezember 1999 - [B 7 AL 132/99 B](#) - mwN), zumal dann, wenn er wiederholt auf eine beschleunigte Bearbeitung des Rechtsstreits dringt. Erklärt ein rechtskundig verteilter Kläger dagegen vorbehaltlos sein Einverständnis mit einer Entscheidung durch die Berichterstatterin ([§ 155 Abs 3 iVm Abs 4 SGG](#)) und ohne mündliche Verhandlung ([§ 124 Abs 2 SGG](#)) und stellt er diese Zustimmung anschließend nicht mehr in Frage, muß ihm klar sein, daß das Gericht ohne weitere Sachverhaltsaufklärung entscheiden kann (vgl für das Einverständnis nach [§ 124 Abs 2 SGG](#): Beschlüsse des BSG vom 1. September 1999 - [B 9 V 42/99 B](#) - und vom 14. Dezember 1999 - [B 13 RJ 219/99 B](#) -). Im Falle des Klägers sind Beweisanträge weder in der Sitzungsniederschrift des Erörterungstermins protokolliert worden noch hat das Gericht sie im Tatbestand des Urteils wiedergegeben (zu diesem Erfordernis allgemein BSG [SozR 3-1500 § 160 Nr 9](#) S 20 mwN). Von weiteren Ausführungen dazu wird gemäß [§ 170 Abs 3 Satz 1 SGG](#) abgesehen.

In der Sache steht dem Kläger zwar kein Anspruch auf Sonderbedarfszulassung als Gastroenterologe in dem gesperrten Planungsbereich Berlin-Zehlendorf zu, wohl aber ein Anspruch gegen den Beklagten auf Neubescheidung seines Widerspruchs gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 19. Juni 1996 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats. Den sich aus dem Gesichtspunkt des Sonderbedarfs ergebenden verfahrensrechtlichen Anforderungen genügt der Beschluss des Beklagten vom 10. Juni 1998 entgegen der Auffassung des LSG nicht.

Rechtsgrundlage für die Befugnis des Bundesausschusses der Ärzte und KKn, Regelungen "für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze" trotz Anordnung von Zulassungssperren für die betreffende Arztgruppe zu erlassen (sog Sonderbedarfszulassungen), ist [§ 101 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) i d F des GSG. Der Gesetzgeber hat darin in übervorsorgten Gebieten abweichend von [§ 103 Abs 1 SGB V](#) zusätzliche Vertragsarztsitze in Ausnahmefällen zugelassen, "soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind". 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 Konkretisierung bestehen keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken, zumal der Gesetzgeber Inhalt, Zweck und Ausmaß der Regelung präzise vorgegeben und damit die wesentlichen Fragen selbst entschieden hat (zum ganzen BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr 1](#) S 3 unter Hinweis auf [BSGE 78, 70](#), 74 ff = [SozR 3-2500 § 92 Nr 6](#) S 29 ff; [BSGE 81, 207](#), 210 = [SozR 3-2500 § 101 Nr 2](#) S 10; [BSGE 82, 41](#), 47 = [SozR 3-2500 § 103 Nr 2](#) S 17 f).

Im vertragsärztlichen Bereich hat der Bundesausschuß der Ärzte und KKn von diesem Normsetzungsauftrag mit den Nrn 24 bis 26 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte Gebrauch gemacht. In Nr 24 Satz 1 Buchst a bis e hat er fünf Fallgruppen mit speziellen Sachverhalten umschrieben. Dies sind neben dem Fall eines lokalen Versorgungsbedarfs in Teilen eines Planungsbereichs aufgrund unzureichender Verteilung der an sich quantitativ ausreichend vorhandenen Vertragsarztsitze (Nr 24 Satz 1 Buchst a) 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 (Nr 24 Satz 1 Buchst b bis e). In Nr 25 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte ist zusätzlich festgelegt, daß Zulassungen zur Behebung eines qualitativen Versorgungsdefizits nach Nr 24 Satz 1 Buchst b bis d mit der Maßgabe erfolgen dürfen, daß für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, für eine Übergangszeit von fünf Jahren abrechnungsfähig sind (zum ganzen vgl BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr 1](#) S 3 f).

Wie das LSG zu Recht angenommen hat, kommt vorliegend eine Zulassung allein nach [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) iVm Nr 24 Satz 1 Buchst b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte in Betracht. Nach der letztgenannten Vorschrift liegt ein 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". Voraussetzung für eine Zulassung ist sodann nach Buchst b Satz 2 aaO, "daß die ärztlichen

Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden fachärztlichen 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 (Buchst b Satz 3 aaO).

Die Feststellung des Beklagten, im Planungsbereich Berlin-Zehlendorf sei ein besonderer qualitativer Versorgungsbedarf für gastroenterologische Leistungen nicht gegeben, hält sich nicht erkennbar im Rahmen der gesetzlichen Beurteilungsermächtigung. Grundsätzlich steht dem Beklagten bei der Beantwortung der Frage, ob ein besonderer Versorgungsbedarf iS von [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) iVm Nr 24 Satz 1 Buchst b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte vorliegt, der die Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in dem betroffenen Versorgungsbereich unerläßlich macht, ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu (so BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr 1](#) S 4 f; BSG Urteil vom 10. Mai 2000 - [B 6 KA 9/99 R](#) -, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Die ortsnahen fachkundigen Zulassungsinstanzen können nämlich nur ungefähr entscheiden, ob und inwieweit die bereits niedergelassenen Ärzte eine qualitativ ausreichende Versorgung gewährleisten, da zur Beantwortung dieser Frage eine Vielzahl von Faktoren in die Entscheidung einzubeziehen sind. Dies rechtfertigt es, den Zulassungsgremien einen Beurteilungsspielraum zugestehen und deren Entscheidung hinzunehmen, solange sie sich im Rahmen der Beurteilungsermächtigung hält. Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich daher - wie in ähnlichen Fällen der Bedarfsfeststellung - darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die durch Auslegung des Begriffs besonderer Versorgungsbedarf zu ermittelnden Grenzen eingehalten und ob die Subsumtionserwägungen so hinreichend in der Begründung der Entscheidung verdeutlicht wurden, daß im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (std Rspr, vgl BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr 1](#) S 4 f (für Sonderbedarfszulassungen); [SozR 3-2500 § 116 Nr 1](#) S 4, [BSGE 70, 167](#), 175 = [SozR 3-2500 § 116 Nr 2](#) S 17, [BSGE 73, 25](#), 29 = [SozR 3-2500 § 116 Nr 4](#) S 29 und BSG [SozR 3-2500 § 97 Nr 2](#) S 6 (für die Ermächtigung von Krankenhausärzten); [BSGE 77, 188](#), 191 f = [SozR 3-2500 § 75 Nr 7](#) S 28 f (für Zweipraxen)).

Der Beklagte hat den entscheidungserheblichen Sachverhalt zum Vorliegen eines "besonderen Versorgungsbedarfs" für gastroenterologische Leistungen nicht in dem gebotenen Maße ermittelt.

Zur Ermittlung der Bedarfssituation ist es sachgerecht und statthaft, die bereits niedergelassenen Ärzte nach ihrem Leistungsangebot und der Aufnahmekapazität ihrer Praxen zu befragen (vgl dazu zB BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 11](#) S 60; [SozR 3-2500 § 101 Nr 1](#) S 6). Diese Befragung hat sich nach der Rechtsprechung des Senats mit Rücksicht auf [§ 101 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) entsprechend der Zielrichtung von Sonderbedarfszulassungen grundsätzlich auf die gesamte Breite eines medizinischen Versorgungsbereichs (hier: das Schwerpunktgebiet der Gastroenterologie) und nicht nur - worauf der Beklagte abgestellt hat - auf einzelne spezielle Leistungen zu beziehen (vgl BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr 1](#) S 6). Die Ermittlungen dürfen sich ferner auch auf die gesamte jeweilige Gruppe der Gebietsärzte beziehen, die nach dem einschlägigen Weiterbildungsrecht befugt sind, die Leistungen eines streitigen Teilgebiets zu erbringen (vgl bereits [BSGE 73, 25](#), 29 = [SozR 3-2500 § 116 Nr 4](#) S 29; BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 10](#) S 56 f in bezug auf die Ermittlung des quantitativ-allgemeinen Bedarfs für Ermächtigungen). Darüber hinaus kommt es nach dem Wortlaut der Nr 24 Satz 1 Buchst b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte in erster Linie auf die tatsächliche Versorgungssituation in dem betreffenden Planungsbereich an (so Schleswig-Holsteinisches LSG vom 8. Juli 1998 - [L 4 Ka 15/98](#) -; vgl für Ermächtigungen BSG [SozR 3-2500 § 97 Nr 2](#) S 7), was nicht ausschließt, daß die sachkundigen Zulassungsgremien diesen Planungsbereich (analog § 12 Abs 3 Satz 2 Ärzte-ZV) im Falle von Subspezialisierungen einzelner Fachgebiete überschreiten und auch die an den untersuchten räumlichen Bereich angrenzende Gebiete in ihre Überlegungen mit einbeziehen (vgl BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr 1](#) S 6 2. Abs).

Der Beklagte hat umfangreiche Ermittlungen vorgenommen, indem er den im streitigen Planungsbezirk Berlin-Zehlendorf niedergelassenen Gastroenterologen und sämtliche anderen 25 in Berlin zugelassenen Internisten mit dieser Zusatzbezeichnung nach ihrer Praxisauslastung befragt hat (von denen 16 geantwortet und 14 von freien Kapazitäten berichtet haben). Darüber hinaus hat der Beklagte eine ausführliche Stellungnahme von Dr. M, dem Vorsitzenden einer bei der Beigeladenen zu 1. eingerichteten Fachkommission, zur Versorgungssituation auf dem Gebiet der Gastroenterologie in Berlin eingeholt, der einen Sonderbedarf insgesamt verneint.

Die Ermittlung des entscheidungserheblichen Sachverhalts darf sich allerdings typischerweise nicht immer in solchen Befragungen erschöpfen. Denn die Gefahr, daß die Äußerungen der befragten niedergelassenen Ärzte in starkem Maße auf deren subjektiven Einschätzungen beruhen und von deren individueller Interessenlage mit beeinflußt sein können, erfordert eine kritische Würdigung der Antworten durch die Zulassungsgremien. Die Angaben der potentiellen künftigen Konkurrenten des Bewerbers um einen zusätzlichen Praxissitz sind nämlich nicht ohne weiteres als Entscheidungsgrundlage geeignet, sondern müssen sorgfältig ausgewertet, soweit möglich durch weitere Ermittlungen ergänzt und so objektiviert werden (so zutreffend Urteil des Schleswig-Holsteinisches LSG vom 24. Juni 1997 - [L 6 Ka 42/96](#) -; Plagemann, MedR 1998, 85, 87). Nicht zuletzt die Grundrechte der Zulassungsbewerber aus [Art 3 Abs 1](#) und [Art 12 GG](#) gebieten eine derart objektivierbare Bedarfsprüfung (so Plagemann, Vertragsarztrecht - PsychotherapeutenG, 1998, RdNr 324, S 148). Hierfür ist es erforderlich, etwa die Anzahlstatistiken der in Frage kommenden Vertragsärzte beizuziehen, um festzustellen, inwieweit im Bereich des streitigen Sonderbedarfs von diesen Ärzten Leistungen erbracht werden (Schleswig-Holsteinisches LSG, ebenda; Plagemann, MedR 1998, 87; zu diesem Verfahren vgl auch bereits etwa [BSGE 73, 25](#), 30 = [SozR 3-2500 § 116 Nr 4](#) S 30; BSG USK 84145).

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.

Bei der Entscheidung des Beklagten können allerdings die vom Kläger behaupteten qualitativen Unterschiede bei der Leistungserbringung keinen Anspruch auf seine Zulassung begründen. Ebenso wie der um Ermächtigung nachsuchende Krankenhausarzt mit Erfolg einen qualitativen Unterschied zwischen der von ihm erbrachten Leistungen und denjenigen der niedergelassenen Ärzte nicht geltend machen kann, ist vorliegend in typisierender Betrachtung davon auszugehen, daß die niedergelassenen Gebietsärzte aufgrund ihres gleichwertigen Ausbildungs- und Weiterbildungsstandes dem Versorgungsanspruch der Versicherten in qualitativer Hinsicht voll entsprechen (vgl BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 30](#)). Besondere Kenntnisse und Erfahrungen, die der Kläger aufzuweisen behauptet, könnten sich erst dann auswirken, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlägen, das von den übrigen zugelassenen Ärzten nicht oder nicht ausreichend abgedeckt wird. Dafür ergeben sich vorliegend indessen keine Anhaltspunkte. Das Leistungsspektrum des Klägers unterscheidet sich nicht von demjenigen der anderen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Internisten/Gastroenterologen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-28