
S 15 KA 23/03

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sozialgericht Dresden
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	15
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. Der Berufungsausschuss hat den quantitativen Bedarf nicht nur im Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten und Frühförderstellen, sondern auch im Verhältnis zu benachbarten SPZ zu prüfen. 2. Hat der Berufungsausschuss eine Bedarfsprüfung im Verhältnis zu benachbarten SPZ unterlassen, liegt ein Beurteilungsfehler vor. 3. Ein qualitativer Bedarf ist nicht auf besondere Kenntnisse oder Erfahrungen zu stützen.
Normenkette	SGB V § 119

1. Instanz

Aktenzeichen	S 15 KA 23/03
Datum	07.06.2006

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Der Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 17.12.2002 verpflichtet, über den Widerspruch gegen den Beschluss vom 17.06.2002 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.
- II. Der Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine Ermächtigung zur ambulanten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern nach [§ 119 Sozialgesetzbuch](#) fünftes Buch (SGB V).

Im Bundesland S. gibt es 6 sozialpsychiatrische Zentren (SPZs), davon im Regierungsbezirk D. mit 1.724.703 Einwohnern je eins in D. Ortsteil N. (D-N.), G. und R.

Das klagende Universitätsklinikum (UK), welches bereits 1995 eine Ermächtigung zur ambulanten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern erhalten hatte, die jedoch nicht umgesetzt worden war, beantragte am 10.04.2002 die erneute Erteilung einer Ermächtigung für ein neu zu gründendes SPZ D.-A. Das konzipierte SPZ D. Ortsteil A. (D-A.) solle im Unterschied zu den bereits vorhandenen Einrichtungen im Regierungsbezirk D. insbesondere für solche Patienten die sozialpsychiatrische Betreuung übernehmen, die am UK primär versorgt werden oder auf diagnostische oder therapeutische Angebote angewiesen seien, die nur im UK angeboten würden. Dabei handle es sich auch um Kinder mit besonderem Betreuungsbedarf oder mit ungewöhnlich schweren, seltenen und komplexen Behinderungen. Dabei sollen für diese behinderten Patienten insbesondere interdisziplinäre und diagnostische Möglichkeiten eines Universitätsklinikums mit ständiger Aufnahme neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse aus theoretischer und klinischer Medizin besonders zur Verfügung stehen. In der Stadt D. bestehe wegen des überregionalen Einzugsgebietes des UK ein besonders hoher Bedarf für die sozialpsychiatrische Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit schweren und komplexen Behinderungen. Dieser Bedarf dokumentiere sich im UK in einer Zahl von ca. 300 solcher Patienten mit Anspruch auf koordinierte sozialpsychiatrische Betreuung; diese Patienten würden bislang in den Spezialambulanzen betreut. Auf den Inhalt des Konzepts (Bl. 10 ff Verwaltungsakte) wird verwiesen.

Der Zulassungsausschuss lehnte den Antrag mit Bescheid vom 17.06.2002 mangels Versorgungsbedarfes ab. Es werde keine Notwendigkeit für eine Neugründung eines vierten SPZ im Regierungsbezirk D. gesehen. Es gebe in D. bereits ein SPZ in D-N. mit jetzt drei Behandlungsteams. Dem Ausbau des vorhandenen SPZ in D-N. werde aus wirtschaftlichen Überlegungen der Vorrang gegenüber dem beantragten zweiten SPZ gegeben. Der Regierungsbezirk D. mit drei SPZs liege nach einer Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, wonach ein SPZ auf 1 Mio. Einwohner kommen solle, im bundesweiten Durchschnitt mit an vorderer Stelle. Mit den vorhandenen Institutsermächtigungen der Kliniken und Polikliniken des UK sei eine Leistungserbringung für einige in der Antragsbegründung aufgeführte Krankheitsbilder möglich und die drei existierenden SPZs würden diese ebenfalls mit in ihre Therapieplanung einbeziehen. Darüber hinaus könnten Leistungen im Rahmen der Ermächtigung des UK nach [§ 117 SGB V](#) abgerechnet werden. Zudem habe im Ersatzkassenbereich eine niedergelassene Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie die Genehmigung auf Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung erhalten.

Dagegen legte der Kläger mit Schreiben vom 02.07.2002 am 08.07.2002 Widerspruch ein. Die Richtzahl von einem SPZ auf 1 Mio. Einwohner im Regierungsbezirk D. sei nicht alleiniger Maßstab. In Ballungsgebieten sei es durchaus sinnvoll, auch zwei SPZs mit unterschiedlicher Ausrichtung bzw. Spezialisierung zu betreiben. Den Bedarf eines zweiten SPZ in D. mit einer sich vom schon bestehenden SPZ unterscheidenden Spezialisierung habe auch die beigeladene Kassenarztl. Vereinigung (KV) im Schreiben vom 20.11.2000 gesehen. Durch die Erweiterung des bestehenden SPZs D-N. um ein drittes Behandlungsteam werde der Behandlungsbedarf für die Behandlung, Betreuung und Diagnostik der im Antrag benannten Patientengruppen nicht gedeckt. Der Bedarf für die Betreuung dieser Kinder sei sogar ansteigend, weil durch Verbesserung in der medizinischen Betreuung mehr Patienten mit Behinderungen überleben und eine professionelle Behandlung beanspruchen würden. Diese Kinder hätten meist komplexe Erkrankungen, die nur umfassend an einem dem Universitätsklinikum angegliederten SPZ behandelt werden könnten. So nehme die Zahl von ehemaligen Frühgeborenen, die aufgrund der immer kürzeren Schwangerschaftsdauer (von z.B. nur 25 Wochen) mit komplexen Behinderungen betreut werden müssten, deutlich zu. Der Hinweis auf die Institutsermachtigungen gehe fehl, weil es sich bei einem SPZ nicht um eine Spezialambulanz handle, die nur für die Leistungen im Umfang für Forschung und Lehre ermächtigt sei. Demgegenüber sei ein SPZ eine Einrichtung zur ambulanten sozialpädiatrischen Versorgung von Kindern mit drohenden oder manifesten schweren und komplexen Behinderungen; dort solle die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pagogischer und sozialer Dienste kombiniert werden. Dass eine Facharzin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eine Genehmigung auf Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung erhalten habe, habe inhaltlich nichts mit den Aufgaben eines SPZ zu tun und könne deshalb für die Ermittlung des Bedarfes nicht relevant sein.

Die beigeladene KV sah im Widerspruchsverfahren ebenfalls keinen Bedarf für die Einrichtung eines SPZ beim Kläger. Soweit auf den Beschluss des Berufungsausschusses vom 25.01.1995 verwiesen werde, in welchem zum damaligen Zeitpunkt ein Bedarf für ein weiteres SPZ ermittelt worden sei, habe sich durch die Erweiterung des SPZ D-N. und durch Veränderungen in Ermächtigungen im UK die Versorgungssituation geändert. Das zuständige Ministerium für Soziales (SMS) teilte im Widerspruchsverfahren unter Hinweis auf den zweiten Bericht der Staatsregierung zur Lage der Menschen mit Behinderungen in S. von 1999 (vgl. Bl. 34 f Verwaltungsakte) mit, dass aus landesplanerischer Sicht nur noch je ein SPZ für die Bereiche T. und V. gesehen werde.

In der mandlichen Verhandlung vor dem Beklagten am 30.10.2002 eruterten die Vertreter des Klägers noch vor allem, dass die besondere Betreuung dieser multipel erkrankten Kinder an anderen SPZ nicht möglich sei, sie könne nur am UK erfolgen. Das SPZ D-N. betreue nicht dasselbe Spektrum und die Wartezeiten beträgen bis zu 6 Monaten. Insgesamt sei festzustellen, dass der Bedarf zunehme; immer mehr Frühgeborene würden überleben. Kinder mit neuromuskulären

Erkrankungen seien in Ambulanzen auf bestimmte Therapien angewiesen; hier bestÄ¼nde eine Unterversorgung.

Der Beklagte wies mit Beschluss vom 17.12.2002 den Widerspruch als unbegrÄ¼ndet zu-rÄ¼ck. Es bestehe kein Bedarf fÄ¼r die ErmÄ¼chtigung eines zweiten SPZ in D. Zum einen sei durch eine ausreichende Anzahl von FrÄ¼hfrÄ¼rderstellen, FachÄ¼rzten, Psychologen, LogopÄ¼den und Ergotherapeuten sowohl im Planungsbereich D.-Stadt als auch im nÄ¼heren und weiteren Umfeld die sozialpÄ¼diatrische Behandlung sichergestellt. Weiterhin sei festzustellen, dass gerade die Versorgung in S. mit SPZ im Vergleich mit anderen BundeslÄ¼ndern unvergleichlich gut sei. Auf die weiteren AusfÄ¼hrungen des Beschlusses (Bl. 39-45 Verwaltungsakte) wird verwiesen.

Dagegen hat der KlÄ¼ger am 17.01.2003 Klage erhoben. Nach seiner Auffassung sei eine ErmÄ¼chtigung aufgrund des vorhandenen Bedarfs zu erteilen. Es gebe einen qualitativen Bedarf, weil trotz der Erweiterung des SPZ D-N. durch ein drittes Team der Betreuungsbedarf der speziell zu behandelnden Patienten nicht gedeckt sei. In einem SPZ des KlÄ¼gers wÄ¼rden hoch komplizierte 350 chronisch kranke Kinder mit komplexen Erkrankungen an einem Ort durch Ä¼rztliche und nichtÄ¼rztliche Behandler (interdisziplinÄ¼re Zusammenarbeit "unter einem Dach") behandelt. Die Ä¼bernahme dieser Patientengruppen durch das bereits vorhandene SPZ D-N. sei unrealistisch, weil dort die Betreuung nicht in einem Haus, sondern in verschiedenen Institutionen erfolge und jetzt bereits zu lange Wartezeiten bestÄ¼nden. Deswegen sei auch ein quantitativer Bedarf gegeben, weil die Wartezeit in D-N. sechs Monate betrage und deshalb viele Eltern ihre Kinder in den Spezialambulanzen im UK vorstellen wÄ¼rden, welche jedoch nicht die Betreuung eines SPZs hinsichtlich einer fachÄ¼bergreifenden und teamorientierten Behandlung anbieten kÄ¼nnten. Der KlÄ¼ger hat dazu im Klageverfahren verschiedene Stellungnahmen von niedergelassenen KinderÄ¼rzten als auch der Leiterin des Gesundheitsamtes der Stadt D. eingereicht; danach verlangen deutlich erhÄ¼hte psychosoziale EntwicklungsstÄ¼rungen ein stÄ¼rkeres sozialpÄ¼diatisches Engagement; in D-N. seien zu lange Wartezeiten bei stetig steigendem Bedarf an SPZ-Behandlungen und -Betreuungen.

Der KlÄ¼ger beantragt:

Der Bescheid des Beklagten vom 17.12.2002 wird aufgehoben und der Beklagte wird verpflichtet, der KlÄ¼gerin die ErmÄ¼chtigung zur koordinierten sozialpÄ¼diatischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen eines sozialpÄ¼diatischen Zentrums gemÄ¼ß Antrag vom 10.04.2002 zu erteilen.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Nach seiner Auffassung bestehe unter Hinweis auf die AusfÄ¼hrungen im Beschluss des Beklagten vom 17.06.2002 kein Versorgungsbedarf fÄ¼r die Errichtung eines zweiten SPZs in D.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Die Beigeladene zu 1. sieht jedoch auch keine Notwendigkeit für eine Ermächtigung, weil eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung im Regierungsbezirk Dresden durch das bestehende SPZ D-N. sowie eine ausreichende Anzahl an Fröhlicherstellen, Fachärzten, Psychologen, Logopäden usw. gewährleistet werde.

Auch die Beigeladene zu 2. sieht keinen Bedarf für eine Ermächtigung mangels Versorgungsbedarfes; die derzeit bestehenden Wartezeiten seien angemessen. Die vom Kläger benannten Gründe der "speziellen Möglichkeiten, die nur ein Uniklinikum bieten könne" und "langjährige epileptologische Erfahrungen" erzeugten keinen Bedarf. Im Vergleich zu den anderen Städten mit mehr als zwei SPZ, wie E. und D., handele es sich weder bei der Stadt D. um ein Ballungszentrum noch seien sowohl die Bevölkerungsstruktur als auch der Bedarf mit denen in z.B. E. oder D. vergleichbar.

Das Gericht hat im Klageverfahren eine Stellungnahme des Leiters des SPZ D-N. zur Dauer der Wartezeiten und zum therapeutischen Leistungsumfang des SPZ eingeholt. Danach betrage die Wartezeit je nach Alter des Patienten und Schwere der Erkrankungen zwischen null Wochen und fünf Monaten; die vom Kläger im Antrag aufgeführten Erkrankungen würden alle auch im SPZ D-N. behandelt werden.; auf die Stellungnahmen (Bl. 94 ff. und Bl. 150 ff. d.A.) wird verwiesen. Das Gericht hat weiter eingeholt eine Stellungnahme des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) vom 16.08.2005. Die DGSPJ habe als wissenschaftliche Fachgesellschaft keine eigenen Richtwerte für den Bedarf von SPZs erstellt. Dieser sei regional unterschiedlich (Ballungsräume, dünn besiedelte ländliche Regionen, regionale kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung) und individuell festzustellen. Im Interesse der betroffenen Familien sei es empfehlenswert, dass ein SPZ innerhalb einer Stunde Fahrzeit (mit Pkw bzw. öffentlichen Verkehrsmitteln) erreichbar sei. Es bestehe ein bedeutsamer sozialpädiatrischer Versorgungsbedarf für chronisch kranke Kinder, Jugendliche und ihre Familien, der nach Einschätzung der DGSPJ in D. ebenso wenig gedeckt sei wie an anderen Kliniken der Maximalversorgung für Kinder- und Jugendmedizin, die in großer Zahl chronisch kranke Kinder stationär und insbesondere ambulant betreuen würden. In einer weiteren Stellungnahme an das SG D. vom 15.11.2005 führt die DGSPJ aus, die in früheren Jahren errechnete Relation von einem SPZ pro 1 Mio. Einwohner habe unter Berücksichtigung der medizinischen Entwicklung keine weitere Gültigkeit mehr. Infolge der veränderten Morbiditäten, insbesondere einer zunehmenden Zahl von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen sowie chronische Erkrankungen, stelle heute eine Relation von einem SPZ pro 500.000 Einwohner bundesweit in etwa eine angemessene Versorgung dar. Dabei seien naturgemäß regionale Besonderheiten zu berücksichtigen (Ballungszentren, Flächenstaaten mit langen Anfahrtswegen, Spezialisierung der SPZ auf bestimmte Krankheitsbilder).

Dem Gericht liegen ferner Stellungnahmen niedergelassener Kinderärzte vor. Danach betrage die Wartezeit für SPZ-behandlungspflichtige Kinder im SPZ D-

N. mehr als sechs Monate. Dabei handele es sich sehr häufig um sehr junge Kinder, meist sogar Säuglinge, welche eine frühzeitige kinderneurologische Diagnostik und die umgehende Einleitung einer gezielten Therapie benötigen, um Folgeproblemen in der Entwicklung der Kinder und zusätzlichen Belastungen für die Familien vorzubeugen.

Des Weiteren liegt eine Stellungnahme des Landesverbandes S. des Bundesverbandes Kinder- und Jugendärzte (bvkj) e.V. vor. Eine genaue Quantifizierung von Kindern und Jugendlichen, die einer sozialpädiatrischen Betreuung bedürfen, sei aufgrund der fehlenden exakten Morbiditätsstatistik für diese Altersgruppe nicht verfügbar. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt seien keine weiteren sozialpädiatrischen Zentren zur Absicherung des Versorgungsauftrages erforderlich. Bei einer konstanten Geburtenrate von ca. 32.000 pro Jahr in den letzten zehn Jahren sei nicht von einer Zunahme von Behandlungen durch die SPZ auszugehen; deswegen habe sich die Inanspruchnahme an sozialpädiatrischen Behandlungen nicht wesentlich verändert. Demgegenüber hat die Sprecherin der Fachgruppe D. beim bvkj e.V., Dres Dr. H. und Dr. H., mitgeteilt, ihrer Erfahrung nach bedürften zwischen 5 bis 10 % der Kinder und Jugendlichen einer sozialpädiatrischen Behandlung. Die Inanspruchnahme an sozialpädiatrischen Behandlungen sei mit Sicherheit gestiegen. Dies betreffe aber nicht chronisch kranke Kinder oder Frühgeburten, deren Zahl seit Jahren etwa konstant bleibe, sondern Kinder mit psychosozialen Problemen, die in erheblichem Umfang zugenommen haben.

Bezüglich des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte und die Gerichtsakte (Bände I und II) verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreise der Krankenkassen und der Vertragsärzte zu verhandeln und zu entscheiden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechtes handelt (§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

Die zulässige Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ist begründet. Der den Widerspruch zurückweisende Beschluss des Beklagten ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Der Beklagte ist den Anforderungen an eine ordnungsgemäße Prüfung des Versorgungsbedarfs nicht in ausreichendem Maße gerecht geworden. Der Beschluss war deswegen aufzuheben und der Beklagte zur Neuverbescheidung zu verurteilen ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)).

Maßgeblicher Zeitpunkt der Sach- und Rechtslage ist bei kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsbegehren der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung (allgemeine Meinung; st. Rspr.; siehe BSG zuletzt Urteil vom 23.02.2005 – [B 6 KA 81/03 R](#) – in juris; Meyer-Ladewig, SGG, 7. Auflage 2004 § 54 Rdnr. 34; Peters/Sautter/Wolff, Kommentar zum SGG, § 54 Rdnr. 351).

Rechtsgrundlage für die Erteilung einer Ermächtigung für ein SPZ ist [Â§ 119 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes vom 20.12.1991 ([BGBl I Seite 2325](#)). Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (Â§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden ([Â§ 119 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen ([Â§ 119 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Fachherdeinstellen behandelt werden können ([Â§ 119 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Fachherdeinstellen eng zusammenarbeiten ([Â§ 119 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)).

Neben der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit ist nach der gesetzlichen Konzeption weitere Voraussetzung zur Erteilung einer Ermächtigung, dass ein gewisser Versorgungsbedarf besteht. Dies ergibt sich aus der Formulierung des [Â§ 119 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), wo-nach eine Ermächtigung zu erteilen ist, "soweit" und "solange" sie "notwendig" ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung "sicherzustellen". Es handelt sich bei der Ermächtigung um eine rechtlich gebundene Entscheidung. [Â§ 119 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), der den Anspruch auf Ermächtigung regelt, ist nämlich zwingend ausgestaltet; die Ermächtigung "ist" zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen. Bei der dafür notwendigen Bedarfsprüfung haben die Zulassungsgremien in vergleichbarer Weise wie gemäß [Â§ 116 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 31 Abs. 1, 31 a Ärzte-ZV](#) sowohl quantitativ-allgemein die Bedarfssituation als auch qualitativ-spezifisch das jeweilige Leistungsspektrum festzustellen. Die quantitative-allgemeine Bedarfsfrage ist unter zwei Gesichtspunkten zu prüfen: zum einen im Verhältnis zu den niedergelassenen Kinderärzten und Fachherdeinstellen (vgl. BSG, Urteil vom 30.11.1994 in [6 RKA 32/93](#) in [SozR 3-2500 Â§ 119 Nr. 1](#)) und zum anderen im Verhältnis zu anderen SPZs (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 12.06.1995 in [L 5 KA 644/94](#) in [MedR 1996, 89](#) bis 92; SG Dortmund, Urteil vom 07.03.2003 in [S 26 KA 193/01](#) in [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Ein quantitativer Bedarf ist dann zu bejahen, wenn der Antragsteller besondere Kenntnisse, Fähigkeiten oder Spezialisierungen hat, über die die bereits bestehenden SPZ nicht oder nicht in ausreichendem Maße verfügen (s. zum vgl. [Â§ 116 SGB V](#): Hess in [Kassler Kommentar, SGB V, 47. EL Juni 2005 Â§ 116 Rdnr. 9](#)).

Bei der Beurteilung des Bedarfes steht dem Zulassungs- als auch dem Berufungsausschuss dabei ein Beurteilungsspielraum zu. Ob eine ausreichende sozialpädiatrische Versorgung der Versicherten sichergestellt ist, hängt von mehreren Faktoren ab (z.B. Anzahl der Ärzte, räumliche Zuordnung aufgrund der Verkehrsverbindungen, Wartezeiten in bereits vorhandenen SPZs), die nicht nur in sich, sondern auch in ihren Wechselwirkungen weitgehend unbestimmt sind. Die Kontrolle des Gerichtes beschränkt sich deshalb darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde

liegt, ob die Verwaltung die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffes ermittelten Grenzen eingehalten hat und ob sie ihre Substitutionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (vgl. BSG, USK 8930; BSGE 60, 297 = SozR 5520 Â§ 29 Nr. 8; [BSGE 38, 138](#); [38, 228](#); BSG [SozR 3-2500 Â§ 116 Nr. 1](#) und 2). Diese eingeschränkte Überprüfungsfunktion der Gerichte beruht im Wesentlichen darauf, dass die ortsnahen fachkundigen Zulassungsinstanzen nur ungefähr entscheiden können, ob und inwieweit die bereits niedergelassenen Ärzte und Fräulein derstellen eine quantitativ und qualitativ ausreichende Versorgung gewährleisten, weil zur Beantwortung dieser Frage eine Vielzahl von Faktoren in die Entscheidung einzubeziehen sind. Entscheidungen der Zulassungsgremien sind daher hinzunehmen, wenn sie sich im Rahmen der Beurteilungsermächtigung halten (BSG SozR 3-2500 Â§ 101 Nrn. 1 und 4; [BSGE 86, 242](#) ff).

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe ist der Beschluss des Beklagten vom 17.12.2002 deswegen aufzuheben, weil er den Sachverhalt im Hinblick auf den quantitativen Bedarf im Verhältnis zu anderen SPZs, hier konkret zum SPZ D-N., nicht vollständig ermittelt hat.

Der Beklagte hat den quantitativen Bedarf nur im Verhältnis zu den niedergelassenen Kinderärzten und Fräulein derstellen geprüft. Er hat dazu im Beschluss folgendes ausgeführt:

"Der Berufungsausschuss hatte darüber zu befinden, ob die ambulante Versorgung der in [Â§ 119 Abs. 2 SGB V](#) benannten Kinder im Bereich D. durch geeignete Ärzte oder Fräulein derstellen sichergestellt ist. Geeignete Ärzte im Sinne von [Â§ 119 SGB V](#) sind Kinderärzte und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Fachärzte für Neurologie. Im Regierungsbezirk D. existieren derzeit insgesamt 17 Fräulein der- und Fräulein beraterstellen. Diese fördern frhestmöglich die von Behinderung bedrohten Kinder ab dem Säuglingsalter. In der Stadt D. befindet sich die Fräulein der- und Fräulein beraterstelle des Caritas-Sozial-Werkes im Bistum D. e.V.; die Evangelische Behindertenhilfe D. und Umland gGmbH Fräulein der und Beratung, die Vereinigung für interdisziplinäre Fräulein der und Beratung e.V. und die Lebenshilfe für geistig Behinderte, Ortsverband D. e.V. Fräulein der- und Fräulein beraterstelle. Im näheren räumlichen Umfeld um D. sind Fräulein der- und Fräulein beraterstellen in F., G., M., P. und R. ansässig. Weitere Institutionen decken die Städte B., G., H., K., L., R., W. und Z. ab. Diese Stellen arbeiten eng mit den niedergelassenen Kinderärzten, Psychotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten und Psychologen zusammen. In der Stadt D. sind 8 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie niedergelassen. Weitere Fachärzte haben ihren Sitz in N., N., O., M. und P. Ärztliche Psychotherapeuten, welche auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie tätig sind, haben ihre Praxen in D. (3) und je in R., K., K., N. und P. Im Planungsbereich D. Stadt sind insgesamt 56 Kinderärzte niedergelassen bei einem Versorgungsgrad von 166,0 % zum Stand 01.09.2002. Der Versorgungsgrad im Fachgebiet Neurologie beträgt gleichfalls zum Stand vom 01.09.2002 92,5 %.

Zahlenmäßig sind 34,4 Neurologen im Planungsbereich niedergelassen. 16 Logopädische Praxen befinden sich in D.-Stadt. Weitere Praxen haben ihren Sitz in G., B., B., M., N., W., R., G., Z., L., S., H., P., F., K., G., R., B. und H. Des Weiteren sind in D.Stadt 15 ergotherapeutische Praxen ansässig. Insgesamt ist der Berufungsausschuss zu dem Ergebnis gelangt, dass zum einen durch eine ausreichende Anzahl von Fräherderstellen, Fachärzten, Psychologen, Logopäden und Ergotherapeuten sowohl im Planungsbereich D.-Stadt als auch im näheren und weiteren Umfeld die sozialmedizinische Behandlung sichergestellt ist."

Beurteilungsfehler sind weder vom Kläger gerügt noch für das Gericht erkennbar. Der Sachverhalt wurde zutreffend und umfassend ermittelt; sachfremde Erwägungen liegen nicht vor und Denkgesetze oder allgemeine Erfahrungssätze eingehalten. Das Gericht brauchte deswegen auch nicht zu entscheiden, ob es aufgrund der besonderen interdisziplinären Aufgabenstellung des SPZs überhaupt auf die Versorgung der Region mit Kinderärzten und Fräherderstellen ankommt (so BSG, Urteil vom 30.11.1994 [6 RKa 32/93](#) a.a.O.) oder nicht (so LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 12.07.1995, a.a.O.; SG Dortmund, Urteil vom 07.03.2003 [S 26 KA 193/01](#) a.a.O.). Nach letzterer Ansicht sei ein Bedarf für ein SPZ im Verhältnis zu niedergelassenen Ärzten und Fräherderstellen aufgrund seiner besonderen Aufgabe und Funktion sowie der gesetzlichen Vorgaben ohne nähere Prüfung grundsätzlich zu bejahen. Dabei sei zu beachten, dass die Funktion der SPZs nach [Â§ 119 Abs. 2 SGB V](#) darin besteht, sich solcher Kinder anzunehmen, die "wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Fräherderstellen behandelt werden können". Mit dieser Funktionsbeschreibung werde vom Gesetzgeber vorausgesetzt, dass es Patienten gebe, die auf die Behandlung gerade in einem SPZ angewiesen seien, dessen Schwerpunkt die Diagnose und Therapie bei mehrfach behinderten Kindern durch gleichzeitige integrierte multidisziplinäre Arbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräften sei (siehe auch LSG Baden-Württemberg in [MedR 1994, S. 119/120](#)). Davon zu unterscheiden seien die Fräherderstellen, in denen üblicherweise nur Fachkräfte der Heilpädagogik und evtl. der Krankengymnastik vertreten seien (siehe [Â§ 119 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) und [Â§ 35 a SGB VIII](#), 39 Abs. 3, 40 BSHG, 11 EinglHilfeVO). Diese und ebenso die niedergelassenen Kinderärzte seien vor allem nicht auf das gleichzeitige integrierte multidisziplinäre Zusammenwirken aller Fachkräfte schon in der Phase der Diagnostik einschließlich des Aufstellens des Behandlungsplanes ausgerichtet. Insbesondere hierin aber auch in der Möglichkeit solchen Zusammenwirkens im Verlaufe der Therapie liege die eigene Aufgabe und Versorgungsfunktion der SPZs; dies könnten die niedergelassenen Kinderärzte und die Fräherderstellen nicht ersetzen. Insofern gebe es in der ambulanten Krankenversorgung von Kindern eine Trias mit niedergelassenen Kinderärzten, Fräherderstellen und SPZs. Dies habe auch der Gesetzgeber durch die eigenständige Regelung über die SPZs in [Â§ 119 Abs. 2 SGB V](#) deutlich zum Ausdruck gebracht. Von dieser besonderen Aufgabe und Funktion sowie gesetzlichen Vorgabe her sei ein Bedarf für SPZs im Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten und Fräherderstellen grundsätzlich zu bejahen.

Dem Vortrag des KlÄggers, aufgrund einer Betreuung und Behandlung "unter einem Dach" liege eine Spezialisierung vor, die einen qualitativen Bedarf begrÄnde, ist nicht zu folgen. Der Beklagte hat dies zu Recht in seinem Beschluss abgelehnt: Die vom Widerspruchsfrer angesprochene Notwendigkeit der interdisziplinÄren Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pÄdagogischer und sozialer Dienste, welche nicht im Rahmen einer ErmÄchtigung nach [Ä§ 117 SGB V](#) realisierbar ist, rechtfertigt fÄr sich gesehen nicht die Notwendigkeit der Erteilung einer ErmÄchtigung fÄr ein weiteres SPZ. Unter medizinischem Aspekt sind am UK fÄr die besondere Betreuung der im Konzept benannten Kinder verschiedene ErmÄchtigungen ausgesprochen worden. Die Klinik und Poliklinik fÄr MKG-Chirurgie sei zur Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten ermÄchtigt; die Klinik und Poliklinik fÄr Kinderheilkunde zur Diagnostik und Therapie bei Kindern mit malignen Erkrankungen einschlieÄlich autologer oder allergener Stammzelltransplantation. Aber letztlich stehe nicht die rein medizinische Versorgungssituation im Vordergrund, denn diese sei durch FachÄrzte, ErmÄchtigungen, psychiatrische Institutsambulanzen gemÄÄ [Ä§ 118 SGB V](#) und entsprechende ErmÄchtigungen von Polikliniken gemÄÄ [Ä§ 117 SGB V](#) abgesichert. FÄrderziele seien vielmehr die Entwicklung lebenspraktischer FÄhigkeiten, FÄrderung von Wahrnehmung, Bewegung, Interaktion, Kommunikation, Sprache, die UnterstÄtzung bei der sozialen Entwicklung sowie die Vermittlung von Kompensationsmitteln. Diese KomplexitÄt werde durch die Zusammenarbeit von Ärzten, wie KinderÄrzten und sonstigen FachÄrzten, wie Neurologen, Krankengymnasten, LogopÄden und BeschÄftigungstherapeuten mit Psychologen und Sozialarbeitern und SozialpÄdagogen erreicht. Das besondere Augenmerk liege im Bereich der diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Angebote fÄr besonders schwierige FÄlle. Allein der vom KlÄgger benannte Umstand, dass die Koordination der verschiedenen Versorgungsangebote im Wege einer ErmÄchtigung eines SPZs optimierbar sei, rechtfertige auch keine ErmÄchtigung fÄr ein Spezial-SPZ." Das Gericht weist dabei auf die Rechtsprechung des BSG zur Frage der besonderen Kenntnisse und Erfahrungen eines Krankenhausarztes im Rahmen einer ErmÄchtigung zur Teilnahme an der vertragsÄrztlichen Versorgung nach [Ä§ 116 SGB V](#) hin. Danach fÄhren besondere Erfahrungen und Kenntnisse nicht zur Bejahung eines qualitativen Bedarfs. Denn nach Auffassung des BSG kÄnnen die niedergelassenen Ärzte aufgrund ihres gleichwertigen aktuellen Ausbildungsstandes dem Versorgungsanspruch der Versicherten auch in qualitativer Hinsicht voll entsprechen (vgl. BSG, Urteil vom 06.06.1984 â 6 RKa 7/83 in [SozR 5520 Ä§ 29 Nr. 5](#) S. 23; BSG SozR 2200 Ä§ 368a Nr. 7 S. 18; BSG SozR 5520 Ä§ 29 Nr. 3 S. 8; BSG [SozR 3-2500 Ä§ 116 Nr. 1](#)). Besondere Kenntnisse und Erfahrungen kÄnnen nur dann von Bedeutung sei, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen, das bei den niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht in ausreichendem Umfang gegeben ist (BSG SozR 5520 Ä§ 29 Nr. 3). Insbesondere ist ein hohes wissenschaftliches Niveau eines Krankenhausarztes nicht Maßstab der vertragsÄrztlichen Versorgung. Eine VersorgungslÄcke ist nicht schon dann gegeben, wenn die Ärztliche Leistungen der niedergelassenen VertragsÄrzte diesem hohen wissenschaftlichen Niveau nicht entsprechen (BSG a.a.O.). Diese GrundsÄtze sind wegen der Vergleichbarkeit auch auf die Frage des Bedarfs bei einer ErmÄchtigung nach [Ä§ 119 SGB V](#) zu Äbertragen und fÄhren vorliegend dazu, dass der KlÄgger sich nicht auf einen

qualitativen Bedarf berufen kann, weil kein besonderes Leistungsangebot gegenüber dem SPZ D-N. vorliegt. Dies ist auch nicht in einer Betreuung und Behandlung "unter einem Dach" zu sehen.

Der Beschluss ist jedoch deswegen aufzuheben gewesen, weil es der Beklagte rechtsfehlerhaft unterlassen hat festzustellen, ob ein quantitativer Bedarf im Verhältnis zu anderen bereits bestehenden SPZ konkret besteht. Der Beklagte hat dazu in seinem Beschluss ausgeführt: "Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie hat als Anhaltspunkt für die Bedarfsschätzung und Planung die Einrichtung von einem SPZ für ein Versorgungsgebiet von 1 Mio Einwohner empfohlen. Dabei handelt es sich um eine Größenordnung von 2 vollständigen Teams. Ein Vergleich der bundesweiten Versorgung mit SPZ ergibt u.a. folgendes Ergebnis: S.: 6 SPZ, Quote 1 SPZ/737.597 Einw.; Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Freistaat durch insgesamt 6 SPZ mit an der Spitze der bundesweiten Versorgung liegt. Das SPZ D-N. verfügt darüber hinaus nach neuestem Stand über drei Behandlungsteams, bei einem üblichen Stand von zwei Behandlungsteams. Die Umfrage bei den Kliniken hat auch zu dem Ergebnis geführt, dass sog. "Spezial-SPZ" nicht erforderlich worden sind. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit dem 2. Bericht der Staatsregierung zur Lage der Menschen mit Behinderung in Sachsen 1999. Hiernach sollte aus landesplanerischer Sicht noch für das Vogtland sowie für den Raum T. und die Nachbarregionen das Angebot verbessert werden, um für die Kinder aus dem ländlichen Raum die Inanspruchnahme dieser Hilfen ohne größeren Schwierigkeiten zu ermöglichen."

Der Beklagte hat zwar entsprechend der Empfehlung der DGSPJ geprüft, ob abstrakt gesehen genügend SPZ pro Einwohnerzahl zur Verfügung stehen. Jedoch ist dabei die konkrete Situation in Dresden selber nicht beurteilt worden: ob in ausreichender Nähe bereits andere SPZs existieren, durch die eine ausreichende sozialpädiatrische Versorgung der auf ein SPZ angewiesenen Kinder sichergestellt ist. Der pauschale Hinweis im Beschluss "Das SPZ D-N. verfügt über drei Behandlungsteams" reicht nicht aus. Vielmehr hätte geprüft und beurteilt werden müssen die Frage nach dem Umfang des Bedarfs an sich (Bevölkerungsdichte, Anzahl der SPZ-bedürftigen Kinder und Jugendlichen allgemein und konkret in Dresden und Umgebung, SPZ-Bedürftigkeit der vom Kläger betreuten 300 Kinder) und ob der Bedarf bereits vollständig durch das SPZ D-N. im Hinblick auf Wartezeiten, Anfahrtsweg, umfassendes Behandlungs- und Betreuungsprogramm abgedeckt ist.

Die im Gerichtsverfahren eingeholten Stellungnahmen der DGSPJ vom 15.11.2005 (Bl. 291), der Fachgruppe D. beim Landesverbandes S. des Bundesverbandes Kinder- und Jugendärzte (bvkj) e.V. und einiger niedergelassener Kinderärzte als auch die Statistik des Klägers bezüglich der stetig steigenden Anzahl der Frühgeborenen zwischen 1998 und 2005 lassen den Rückschluss zu, dass tatsächlich ein Mehrbedarf in D. bestehen könnte, der nicht vollumfänglich durch das SPZ D-N. abgedeckt wird.

Bei seiner erneuten Entscheidung wird der Beklagte zunächst zu prüfen haben,

ob es aufgrund der Anzahl von SPZ-betreuungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen her überhaupt von einem quantitativen Bedarf für ein zweites SPZ ausgegangen werden kann. Dabei ist die Stellungnahme der DGSPJ vom 15.11.2005 (neuer Richtwert: 1 SPZ auf 500.000 Einwohner) ebenso in die Beurteilung einzubeziehen wie die einzuholenden Stellungnahmen der niedergelassenen Kinderärzte, der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Fachärzte für Neurologie als auch Erkundigungen bei den Friseurstellen zu der Frage, wie hoch der tatsächliche Anteil an SPZ-betreuungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen im Einzugsbereich ist. Des Weiteren ist zu prüfen, ob es sich bei den vom KIÄrger angegebenen 300 bis 300 erkrankten Kindern, die bereits jetzt in den Spezialambulanzen des KIÄrgers betreut werden, um SPZ-betreuungsbedürftigen Kinder handelt. Schließlich hat der Beklagte weiter zu ermitteln, ob diese Kinder von der Kapazität her noch im SPZ D-N. in angemessener Zeit behandelt und betreut werden können (Wartezeiten, zumutbare Anfahrtszeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Verkehrsanbindung) und ob dies die Ermächtigung für ein zweites SPZ rechtfertigt.

Kommt der Beklagte bei der erneuten Prüfung zum dem Ergebnis, dass Bedarf vorliegt, sind des Weiteren die Voraussetzungen der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit eines neu zu errichtenden SPZ nach den neuen Begebenheiten zu prüfen. Diese Prüfung hat der Beklagte auch folgerichtig bei vorliegender Entscheidung nicht vorgenommen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. Â§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Berufung ist kraft Gesetzes zugelassen ([Â§ 144 Abs. 1 SGG](#)).

Erstellt am: 12.07.2006

Zuletzt verändert am: 23.12.2024