

ausübung ein. Der Eingriff ist aber – wie bereits dargestellt – grundsätzlich durch die damit verfolgten Zwecke des öffentlichen Gesundheitsschutzes und des Schutzes vulnerabler Personengruppen vor einer COVID-19-Erkrankung gerechtfertigt.

Nichts anderes folgt bei Berücksichtigung der von der ASt. geltend gemachten Einzelfallumstände. Im Gegenteil erfährt die Belastungswirkung hier eine Milderung schon insoweit, als die ASt. ihrem Beruf als Sekretärin an einem anderen Arbeitsplatz, der § 20a Abs. 1 IfSG nicht unterfällt, noch nachgehen kann. Sie ist daher nicht zu einer vollständigen beruflichen Neuorientierung gezwungen, sondern „lediglich“ zu einem Arbeitsplatzwechsel (vgl. hierzu auch BVerfG, Beschl. v. 27.4.2022 – 1 BvR 2649/21 –, Rdnrn. 209 und 261).

Es ist schließlich auch nicht ersichtlich, dass die ASt. bei der Anordnung des Betretungs- und Tätigkeitsverbots den Aspekt der Versorgungssicherheit nicht hinreichend gewürdigt hätte. Die ASt. setzt sich insoweit schon nicht in der gebotenen Weise mit den Feststellungen des VG auseinander, das davon ausgegangen ist [...], dass sie keine konkreten Anhaltspunkte hierfür aufgezeigt habe und solche mit Blick auf die Stellungnahme ihrer Arbeitgeberin auch sonst nicht ersichtlich seien. Auch im Beschwerdeverfahren legt die ASt. keine Anhaltspunkte für eine Gefährdung der Funktionsfähigkeit der N. GmbH infolge des ihr gegenüber erlassenen Betretungs- und Tätigkeitsverbots dar. Im Gegenteil: Auch wenn die Arbeitgeberin noch keinen personellen Ersatz für sie gefunden haben sollte, ergibt sich bereits aus ihrem eigenen Vortrag, dass ihre Tätigkeiten derzeit vom Chefarzt, einem Oberarzt und der langjährigen Vertretungskollegin erledigt würden.

bb.) Zudem hat die ASt. auch keinen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) dargetan.

Das Vorbringen der ASt., es erscheine in höchstem Maße willkürlich, wenn bei mehreren ungeimpften Mitarbeitern innerhalb ein- und desselben Unternehmens einzelne Personen bei sonst gleichem Tätigkeitsfeld mit einem Verbot belegt würden und andere nicht, weil sie – nachdem erste Verbote umgesetzt worden seien – als unverzichtbar gelten dürften, greift nicht durch. Dass die ASt. gegenüber vergleichbaren anderen bei der Arbeitgeberin der ASt. angestellten ungeimpften Mitarbeitern kein Betretungs- und Tätigkeitsverbot hat erlassen können, weil ansonsten die Versorgungssicherheit gefährdet worden wäre, macht sie schon nicht geltend.

Genauso wenig trägt die ASt. vor, dass die AG gegenüber anderen Personen, die trotz der Anforderung zur Vorlage eines Immunitätsnachweises diesen nicht fristgerecht vorlegen und bei denen der Arbeitgeber keine Einwände gegen den Erlass eines Betretungs- und Tätigkeitsverbots erhebt, keine Anordnung nach § 20a Abs. 5 S. 3 IfSG erlässt. Vor diesem Hintergrund legt die ASt. einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG auch nicht mit ihrem erst mit Schriftsatz v. 6.8.2022 erhobenen Einwand dar, andere Gesundheitsämter hätten aufgrund der Datenlage mittlerweile „Zweifel“ in Bezug auf die erzielbare Schutzwirkung zugunsten der vulnerablen Gruppen und daher die Anwendung des § 20a IfSG faktisch ausgesetzt. Einzelfallentscheidungen der Verwaltung müssen sich vor dem Gleichheitssatz nur in ihrem jeweiligen Kompetenzraum rechtfertigen, so dass eine abweichende Verwaltungspraxis anderer Rechtsträger in deren Kompetenzraum nicht die Pflicht begründet, auch im Verhältnis zu dieser Praxis die Gleichheit zu beachten (vgl. VGH Bad.-Württ., Urt. v. 29.8.2017 – 10 S 30/16 –, openJur, Rdnr. 53).

Eine Ausübung des Entschließungsermessens dahingehend, dass flächendeckend keine Verbote nach § 20a Abs. 5 S. 3 IfSG ausgesprochen werden, dürfte im Übrigen auch

nicht mit dem Zweck der Vorschrift vereinbar sein (vgl. Amhaouach/Kießling, in: Kießling, IfSG, 3. Aufl. 2022, § 20a, Rdnr. 83; Bekos, COVuR 2022, 386, 391).

Die ASt. zeigt eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung auch nicht mit ihrem Vortrag auf, in Baden-Württemberg solle symptomfreien Infizierten wegen Personalmangels gestattet werden, ihrer beruflichen Tätigkeit trotz bestehender SARS-CoV2-Infektion mit positivem Testergebnis nachzugehen, sofern sie – anders als die ASt. – im medizinischen oder pflegerischen Bereich eingesetzt würden. Eine Ungleichbehandlung liegt bei gegebenenfalls unterschiedlichen Regelungen in den Coronaverordnungen der einzelnen Bundesländer aus den vorstehend genannten Gründen bereits nicht vor.

B. Die im Hinblick auf etwaige verbleibende Unsicherheiten lediglich ergänzend vorzunehmende Folgenabwägung ergibt aus den vom VG zutreffend genannten Gründen [...] denen die Beschwerde nichts Durchgreifendes entgegengesetzt, ebenfalls, dass das öffentliche Interesse an der sofortigen Vollziehung der angefochtenen Ordnungsverfügung das private Interesse der ASt., von Vollziehungsmaßnahmen vorläufig verschont zu bleiben, überwiegt (so auch Nds. OVG, Beschl. v. 8.9.2022 – 14 ME 297/22 –, openJur, Rdnr. 43).

[...]

<https://doi.org/10.1007/s00350-022-6407-3>

Ermächtigung – psychiatrische Institutsambulanz – angebundene Einrichtung – zumutbare Entfernung – Ermittlungsdichte – Ermittlungen ins „Blaue“ hinein – Krankenhausplan

GG Art. 3 Abs. 3 S. 2; SGB V § 118; UN-BRK Art. 4 Abs. 2, Art. 5 Abs. 2, Art. 25

1. Krankenhäuser i. S. d. § 118 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V sind unter den Voraussetzungen des § 118 Abs. 4 SGB V bedarfsabhängig zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen.

2. Hinsichtlich der Prüfung, wann eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) für den von § 118 Abs. 1 S. 2 Alt. 1, Abs. 2 S. 2 SGB V erfassten Personenkreis mit schweren psychischen Erkrankungen zumutbar erreicht werden kann, ist auf die Rechtsprechung des BSG zur zumutbaren Erreichbarkeit anderer Versorgungsangebote im Rahmen des Sonderbedarfs bzw. individueller Ermächtigungen von Krankenhausärzten zurückzugreifen.

3. Besonderheiten im Hinblick auf die schweren Krankheitsbilder der von § 118 SGB V erfassten Versicherten bestehen nur insoweit, als hier regelmäßig darauf abzustellen ist, ob die bereits bestehenden Einrichtungen zumutbar mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sind.

4. Der antragstellende Krankenhausträger ist zur Mitwirkung verpflichtet. Die Sachaufklärungspflicht der Zulassungsgremien wird durch die Mitwirkungspflicht des antragstellenden Krankenhauses begrenzt. Ermittlungen „ins Blaue“ hinein sind unzulässig.

5. Die Ermächtigung nach § 118 Abs. 4 SGB V setzt nicht voraus, dass der Standort der PIA im Krankenhausplan ausgewiesen ist (BSG, Urt. 29.6.2022 – B 6 KA 13/21 R).

Eingesandt von Prof. Dr. iur. Thomas Clemens,

Richter am BSG i. R.,
Düsseldorf, Deutschland;

bearbeitet von Dr. iur. Hermann Frehse,
Vors. Richter am LSG a. D.

Baumschulenweg 6, Düsseldorf, Deutschland

6. Eine PIA i. S. d. § 118 Abs 4 SGB V muss nicht in unmittelbarer Nähe zu einer anderen (teil-)stationär tätigen Einrichtung des Krankenhauses betrieben werden (BSG, Urt. 29. 6. 2022 – B 6 KA 13/21 R).

BSG, Urt. v. 29. 6. 2022 – B 6 KA 3/21 R (LSG Rheinland-Pfalz)

Problemstellung: 1. In beiden Verfahren war streitig, ob die Voraussetzungen für eine Ermächtigung zum Betrieb einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) in einer räumlich und organisatorisch nicht an ein Krankenhaus angebundene Einrichtung (Außenstelle) erfüllt waren.

2. Im Verfahren B 6 KA 3/21 R ging es vornehmlich darum, die rechtlichen Anforderungen der Bedarfsprüfung zu präzisieren. Hingegen stand im Verfahren B 6 KA 13/21 R im Vordergrund, ob ein Antrag auf Ermächtigung zum Betrieb einer PIA schon deswegen abgelehnt werden darf, weil der zuständige Krankenhausplan den Standort der projektierten PIA nicht als Standort für eines der von der antragstellenden Kl. betriebenen psychiatrischen Krankenhäuser ausweist.

3. Das SGB V regelt im Vierten Abschnitt (§§ 115 ff. SGB V) die Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten. Eingebettet in diesen Normenkomplex sind die §§ 117, 118 SGB V. Während § 117 SGB V die Voraussetzungen bestimmt, unter denen Hochschulambulanzen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, verhält sich § 118 zu den PIA. Grundaussage der Norm ist, dass PIA vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen sind (§ 118 Abs. 1 S. 1 SGB V). Diese Ermächtigung ist bedarfsunabhängig, greift dennoch nicht umfassend, ist vielmehr auszurichten auf diejenigen Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind (§ 118 Abs. 1 S. 2 SGB V). Ergänzend hierzu regelt § 118 Abs. 2 SGB V unter welchen Voraussetzungen Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Kranken ermächtigt sind (Ermächtigung kraft Gesetzes). Schließlich bestimmt § 118 Abs. 3 SGB V, dass Abs. 2 für psychosomatische Krankenhäuser sowie für psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen entsprechend gilt. Das Spektrum der dem Grunde nach leistungsberechtigten Einrichtungen schließt § 118 Abs. 4 SGB V ab. Hiernach sind die in den Abs. 1 und 2 genannten Krankenhäuser auch dann zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen, wenn die Versorgung durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen dieser Krankenhäuser erfolgt, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um eine Versorgung nach Maßgabe der Abs. 1 und 2 sicherzustellen. Allein die Ermächtigung für eine Außenstelle nach Abs. 4 ist bedarfsabhängig.

Zu unterscheiden ist sonach zwischen

- psychiatrischen Krankenhäusern (Abs. 1),
- Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen (Abs. 2),
- psychosomatische Krankenhäuser sowie psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen (Abs. 3),
- räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser nach Abs. 1 und Abs. 2 (Abs. 4).

4. Das BSG hatte dem übergeordneten Begriff „Psychiatrische Institutsambulanz“ zunächst entnommen, dass § 118 SGB V i. d. F. des GRG v. 20. 12. 1998 (BGBl. I S. 2477) nur solche Einrichtungen meint, in denen die ambulante Behandlung der Versicherten in der Ambulanz einer Klinik durchgeführt wird, und dies eine organisatorische und räumliche Anbindung der Behandlungseinrichtung an die Klinik voraussetzt (BSG, Urt. v. 21. 6. 1995 – 6 RKa 49/94 –, SozR 3-2500 § 118 Nr. 2). In sehr später Reaktion hierauf hat der Gesetzgeber dem § 118 SGB V mit Art. 1 Nr. 53a GKV-VSG v. 16. 7. 2015 (BGBl. I S. 1211) einen die Rechtsprechung korrigierenden Abs. 4 angefügt. Die organisatorische und räumliche Anbindung der Behandlungseinrichtung an ein Krankenhaus i. S. d. Abs. 1 und Abs. 2 ist seither nicht mehr erforderlich. Im Gegensatz zur bedarfsunabhängigen Ermächtigung nach Abs. 1 und zur Ermächtigung kraft Gesetzes nach Abs. 2 und Abs. 3 ist eine Ermächtigung nach Abs. 4 allerdings nur dann zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist. Mit den beiden Urteilen v. 29. 6. 2022 (B 6 KA 3/21 R und B 6 KA 13/21 R) hatte das BSG nunmehr erstmals Gelegenheit, sich zum Regelungsgehalt des § 118 Abs. 4 SGB V zu äußern.

Hermann Frehse

Zum Sachverhalt: I. Die Beteiligten streiten um die Erteilung einer Ermächtigung zum Betrieb einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) in einer räumlich und organisatorisch nicht an ein Krankenhaus angebundene Einrichtung.

Die Kl. ist Trägerin eines Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie nebst PIA in K und unterhält weitere PIAs u. a. in L, S und W. Seit Oktober 2015 betreibt sie eine Wohnrichtung für psychisch beeinträchtigte Menschen in B (Landkreis G). Ihren Antrag, sie zum Betrieb einer PIA in B zu ermächtigen (§ 118 Abs. 4 SGB V), lehnte der Zulassungsausschuss nach Durchführung einer Bedarfsabfrage bei den in den Planungsbereichen Kreis G und L niedergelassenen Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten ab (Bescheid v. 19. 7. 2016 aus der Sitzung v. 8. 6. 2016). Der beklagte Berufungsausschuss wies den Widerspruch der Kl. zurück (Bescheid v. 28. 11. 2016 aus der Sitzung v. 2. 11. 2016). Die Ermächtigung sei nicht notwendig, da bereits entsprechende Versorgungsangebote in W, L und S bestünden. Anhaltspunkte dafür, dass die betroffenen Patienten dort aus Kapazitätsgründen nicht behandelt werden könnten, seien nicht ersichtlich und auch nicht dargetan. Alle drei PIAs lägen in zumutbarer Entfernung und die PIAs in L und W seien auch mit dem öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) gut erreichbar.

Die Klage der Kl. ist erfolglos geblieben (Urt. des SG v. 15. 5. 2019). Das LSG hat die Berufung zurückgewiesen (Urt. des LSG v. 19. 11. 2020). Der Bedarf der Bewohner der Wohnrichtung in B könne durch die bereits bestehenden PIAs sichergestellt werden. Es bestehe eine gute Verkehrsanbindung nach W und L. Die Kl. könne nicht damit gehört werden, dass es den Bewohnern der Wohnrichtung krankheitsbedingt nicht zumutbar sei, diese PIAs alleine aufzusuchen. Ziel der Wohnrichtung sei die Wiedereingliederung der Bewohner in das gesellschaftliche Leben. Hierzu gehöre auch die Nutzung des ÖPNV zu PIAs, die nicht weiter als 25 km von B entfernt seien.

Die Kl. rügt mit ihrer Revision eine Verletzung von § 118 Abs. 4 i. V. mit Abs. 1 SGB V. Zu Unrecht sei das LSG davon ausgegangen, dass der Bekl. den Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung habe ablehnen dürfen, weil die notwendige psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der schwer psychisch erkrankten Menschen von Leistungserbringern außerhalb der Gemeindegrenzen sichergestellt werde. Ob zumutbar erreichbare Versorgungsangebote und deren behinderungsbedingte Bedürfnisse zu bestimmen. Hier habe der Bekl. durch den Verweis auf die Versorgungsangebote in W, L und S die Grenzen des ihm grundsätzlich eingeräumten Beurteilungsspielraumes überschritten. Die schweren psychischen Erkrankungen der Bewohner der Wohnrichtung in B gingen größtenteils mit Desorientierung, Antriebs- und Motivationslosigkeit sowie fehlendem Durchhaltevermögen einher, sodass das eigenständige Zurücklegen von längeren Fahrtstrecken mit öffentlichen Verkehrsmitteln für sie teilweise kaum überwindbare Hindernisse darstellte. Für die Versorgung dieser Versicherten seien die gesetzgeberischen Wertungen

zur ärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen. Konkrete Vorgaben ergäben sich dabei vor allem aus Art. 25 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK) i. V. mit dem allgemeinen Diskriminierungsverbot des Art. 5 Abs. 2 UN-BRK und dem Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG. Art. 25 S. 1 UN-BRK statuiert nach seinem Wortlaut ausdrücklich das Recht von Menschen mit Behinderungen auf ein „Höchstmaß an Gesundheit“, wobei gemäß S. 3 Buchstabe c „Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich“ anzubieten seien „auch in ländlichen Gebieten“. Soweit wie möglich seien daher Gesundheitsleistungen innerhalb der Grenzen der Gemeinde anzubieten. Dieses Normverständnis decke sich auch mit Ziel und Zweck der UN-BRK, Menschen mit Behinderungen nicht nur die unabhängige Lebensführung und individuelle Autonomie ihrer Person, sondern auch die volle und wirksame Teilhabe in allen Lebensbereichen der Gesellschaft und die Einbeziehung bzw. Inklusion in die Gesellschaft zu gewährleisten. Nur durch die Gemeindenähe von geeigneten Unterstützungs- und Gesundheitsleistungen könne der in der UN-BRK niedergelegte inklusive Ansatz gewahrt werden, indem geeignete, wohnortnahe unterstützende Strukturen geschaffen würden. Wenn es nach der Rechtsprechung des BSG Versicherten grundsätzlich nicht zuzumuten sei, zur Wahrnehmung von allgemeinen Versorgungsangeboten mehr als 25 km zurückzulegen, sei diese Grenze mit Blick auf die Versorgung von Menschen mit Behinderungen und die in der UN-BRK zum Ausdruck kommenden Wertungen weiter zu modifizieren.

Der Bekl. trägt vor, § 118 Abs. 4 SGB V lege nicht im Einzelnen fest, unter welchen Voraussetzungen eine Ermächtigung „notwendig“ ist, um die Versorgung nach Abs. 1 und 2 sicherzustellen. Die von der Kl. vertretene enge Auslegung des § 118 Abs. 4 SGB V i. V. mit Art. 25 UN-BRK liefe darauf hinaus, dass immer dann, wenn im Gemeindegebiet noch keine Außenstelle vorhanden sei, eine Ermächtigung zu erteilen sei und kein Beurteilungsspielraum für die Zulassungsgremien mehr bestehe. Dies gehe über den Wortlaut des Art. 25 S. 3 Buchstabe c UN-BRK hinaus, der nicht zwingend ein Angebot von Gesundheitsleistungen stets und ohne Ausnahme direkt in der Gemeinde, sondern nur „so gemeindenah wie möglich“ vorschreibe.

Aus den Gründen: Die Revision der Kl. ist nicht begründet. Die Vorinstanzen und der Bekl. haben einen Anspruch der Kl. auf Erteilung der begehrten Ermächtigung revisionsrechtlich beanstandungsfrei verneint.

[...]

B. Der Bescheid v. 28. 11. 2016 ist nicht bereits rechtswidrig, weil der Bekl. seine Entscheidung auf der Grundlage eines unzureichend ermittelten Versorgungsbedarfs getroffen hätte (zum Bescheid des Berufungsausschusses als alleiniger Gegenstand des gerichtlichen Verfahrens vgl. BSG, Urt. v. 16. 5. 2018 – B 6 KA 1/17 R –, BSGE 126, 40 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 34, Rdnr. 20 m. w. N.).

1. Rechtsgrundlage für die von der Kl. begehrte Ermächtigung zum Betrieb einer PIA in B ist § 118 Abs. 1 i. V. mit Abs. 4 SGB V (hier in der aktuell geltenden Fassung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung <Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG> v. 11. 7. 2021, BGBl. I S. 2754; zur maßgeblichen Rechtslage vgl. BSG, Urt. v. 28. 1. 2009 – B 6 KA 61/07 R –, BSGE 102, 219 = SozR 4-2500 § 118 Nr. 1, Rdnr. 12; BSG, Urt. v. 29. 11. 2017 – B 6 KA 31/16 R –, BSGE 124, 266 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 33, Rdnrn. 20 ff.).

a) Nach § 118 Abs. 1 SGB V sind psychiatrische Krankenhäuser vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Diese Ermächtigung setzt nicht das Vorliegen eines Versorgungsbedarfs voraus; die in § 118 Abs. 1 S. 2 SGB V enthaltene Ausrichtung auf solche Patienten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch ein Krankenhaus angewiesen sind, stellt kein Erfordernis eines Versorgungsbedarfs, sondern lediglich eine inhaltliche Beschränkung der Ermächtigung dar (BSG, Urt. v. 28. 1. 2009 – B 6 KA 61/07 R –, BSGE 102, 219 = SozR 4-2500 § 118 Nr. 1, Rdnr. 13 sowie bereits zum frü-

heren Recht BSG, Urt. v. 15. 3. 1995 – 6 RKA 1/94 –, SozR 3-2500 § 118 Nr. 1, S. 2 und 3 f. = juris, Rdnr. 12; BSG, Urt. v. 21. 6. 1995 – 6 RKA 49/94 –, SozR 3-2500 § 118 Nr. 2 S. 7 f. = juris, Rdnr. 18 und 6 RKA 3/95 – USK 9589 S. 488). Daneben sind Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung von Gesetzes wegen zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung ermächtigt (§ 118 Abs. 2 S. 1 SGB V; vgl. auch BSG, Urt. v. 28. 1. 2009 a. a. O.). Die geplante PIA in B, bei der es sich nicht um ein Krankenhaus i. S. d. § 107 Abs. 1 SGB V handelt (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 28. 1. 2009, a. a. O., Rdnrn. 14 ff.) und bei der auch kein räumlicher Zusammenhang mit dem Klinikum in K oder einer der von der Kl. betriebenen Tageskliniken besteht (vgl. BSG, Urt. v. 21. 6. 1995 – 6 RKA 49/94 –, SozR 3-2500 § 118 Nr. 2, S. 8 = juris, Rdnr. 18), erfüllt nicht die Voraussetzungen für eine Ermächtigung gemäß § 118 Abs. 1 S. 1 SGB V. Dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig.

b) Als Anspruchsgrundlage kommt somit nur § 118 Abs. 4 SGB V in Betracht, der mit Wirkung v. 23. 7. 2015 durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) v. 16. 7. 2015 (BGBl. I S. 1211) angefügt wurde. Danach sind die in den Abs. 1 und 2 genannten Krankenhäuser vom Zulassungsausschuss auch dann zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen, wenn die Versorgung durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser erfolgt, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um eine Versorgung nach Maßgabe der Absätze 1 und 2 sicherzustellen. Diese Anforderung setzt eine Bedarfsprüfung zwingend voraus. Dagegen wird im Rahmen des Abs. 4 nicht vorausgesetzt, dass an dem geplanten Standort in B bereits eine zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene (teil-)stationäre Einrichtung betrieben und der Standort entsprechend in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurde (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 29. 6. 2022 – B 6 KA 13/21 R –, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

2. Bei der Prüfung und Feststellung des für die Erteilung einer Ermächtigung nach § 118 Abs. 4 SGB V notwendigen Versorgungsbedarfs steht den Zulassungsgremien ein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum zu. Dies ist im Bereich des Sonderbedarfs und der Ermächtigung st. Rspr. des Senats (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 17. 3. 2021 – B 6 KA 2/20 R –, SozR 4-2500 § 101 Nr. 21, Rdnr. 24 m. w. N. zum Sonderbedarf; zu Ermächtigungen vgl. BSG, Urt. v. 19. 7. 2006 – B 6 KA 14/05 R –, SozR 4-2500 § 116 Nr. 3, Rdnr. 16 m. w. N.; vgl. auch BSG, Urt. v. 17. 2. 2016 – B 6 KA 6/15 R –, BSGE 120, 254 = SozR 4-2500 § 119 Nr. 2, Rdnr. 33 zum sozialpädiatrischen Zentrum <SPZ>). Ausschlaggebend für die Zuerkennung dieses Beurteilungsspielraums ist der Umstand, dass es sich bei den Zulassungs- und Berufungsausschüssen um sachverständige, gruppenplural zusammengesetzte Gremien handelt, die bei der Entscheidung über das Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren zu berücksichtigen und gegeneinander abzuwägen haben, für deren Beurteilung die besondere Fachkunde und Ortsnähe der Mitglieder in den Zulassungsinstanzen erforderlich ist (BSG, Urt. v. 28. 6. 2017 – B 6 KA 28/16 R –, BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19, Rdnr. 21 m. w. N.). Dies trifft auch auf die Ermächtigung nach § 118 Abs. 4 SGB V zu (vgl. LSG Nds.-Bremen, Urt. v. 26. 5. 2021 – L 3 KA 22/20 –, juris, Rdnr. 55; LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 1. 6. 2021 – L 4 KA 3/20 –, juris, Rdnr. 20; SG Nürnberg, Urt. v. 27. 10. 2021 – S 13 KA 9/17, S 13 KA 8/19 –, jew. juris, Rdnr. 35; zum Gestaltungsspielraum bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Ermächtigung nach Abs. 2 S. 2: BSG,

Urt. v. 28. 1. 2009 – B 6 KA 61/07 R –, BSGE 102, 219 = SozR 4-2500 § 118 Nr. 1, Rdnrn. 30 f.).

3. Welche konkreten Kriterien bei der Versorgungsbedarfsprüfung nach § 118 Abs. 4 SGB V anzulegen sind, ist nicht gesetzlich geregelt (kritisch hierzu Gamperl, in: Kass-Komm. SGB V, Werkstand Dezember 2021, § 118, Rdnr. 11; zum Sonderbedarf vgl. §§ 36, 37 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses <G-BA> über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung <BedarfsplRL>). Den Gesetzesmaterialien lässt sich lediglich entnehmen, dass – anders etwa als bei der Ermächtigung von Krankenhausärzten nach § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 der ÄrzteZV – ein Feststellungsbeschluss über eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung (vgl. § 100 Abs. 1 S. 1 SGB V; §§ 28 ff. BedarfsplRL) nicht erforderlich ist (Beschlussempfehlung und Berichts des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung eines GKV-VSG, BT-Dr. 18/5123, S. 133 zu Nr. 53a <§ 118 SGB V>; zur ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung vgl. § 116a SGB V).

a) Jedoch ergibt sich aus dem Wortlaut des § 118 Abs. 4 SGB V (notwendig, „um eine Versorgung nach Maßgabe der Absätze 1 und 2 sicherzustellen“), dass es um den Bedarf der Versicherten geht, die auf eine ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung durch die in § 118 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Institutsambulanzen der Krankenhäuser angewiesen sind (Ladurner, Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV, 2017, § 118 SGB V, Rdnr. 26; Rademacker, in: Hauck/Noftz, SGB V, Werkstand 2022, § 118, Rdnr. 23). Dabei unterscheidet die Vorschrift zwischen zwei Gruppen von Versicherten, (1.) solchen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf die ambulante Behandlung durch psychiatrische Krankenhäuser oder durch selbstständige psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung angewiesen sind (§ 118 Abs. 1 S. 2 Alt 1, Abs. 2 S. 2 SGB V), sowie (2.) Versicherten, die solche schweren psychischen Krankheitsbilder nicht aufweisen, aber wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten die Behandlung durch Institutsambulanzen in einem psychiatrischen Krankenhaus benötigen (§ 118 Abs. 1 S. 2 Alt 2 SGB V).

aa) Auf die zweite Patientengruppe („zu große Entfernung“) bezieht sich der Antrag der Kl. nicht. Eine solche Bedarfsprüfung unterscheidet sich im Grunde nicht von der Prüfung der Versorgungslage, wie sie bei einem Antrag auf eine Sonderbedarfszulassung im betroffenen Planungsbereich vorzunehmen ist. Denn diese Patientengruppe könnte grundsätzlich auch durch niedergelassene Ärzte behandelt werden und ist lediglich wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf das besondere Angebot eines psychiatrischen Krankenhauses angewiesen. Wenn unzumutbare Entfernungen geltend gemacht werden, müssen die Zulassungsgremien – wie bei der Prüfung von Sonderbedarf – letztlich ermitteln, welche psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Leistungen in welchem Umfang im Planungsbereich erforderlich sind, von den dort zugelassenen Ärzten aber nicht – bzw. nicht in zumutbarer Entfernung – angeboten werden. Zur Ermittlung der konkreten Bedarfssituation ist es dabei regelmäßig geboten, die niedergelassenen Ärzte nach ihrem Leistungsangebot und der Aufnahmekapazität ihrer Praxen zu befragen (vgl. BSG, Urt. v. 17. 3. 2021 – B 6 KA 2/20 R –, SozR 4-2500 § 101 Nr. 21, Rdnr. 26 m. w. N.). Im Falle des § 118 Abs. 1 S. 2 Alt 2 i. V. mit Abs. 4 SGB V ist ferner ergänzend zu ermitteln, inwieweit andere PIAs im Umkreis bereits den Versorgungsbedarf decken. Zudem wäre in diesem Fall vorrangig die Erteilung einer Zulassung im Wege des Sonderbedarfs ins Auge zu fassen, sollte hierfür ein entsprechender Antrag vorliegen (zum Vorrang der niedergelassenen Ärzte und MVZ vor einer <individuellen> Ermächtigung vgl. BSG,

Urt. v. 19. 7. 2006 – B 6 KA 14/05 R –, SozR 4-2500 § 116 Nr. 3, Rdnr. 16 m. w. N.).

bb) Andere Anforderungen sind an die Bedarfsprüfung für die von der Kl. beantragte Patientengruppe psychisch Kranker und behinderter Menschen mit schweren Krankheitsbildern (§ 118 Abs. 1 S. 2 Alt 1, Abs. 2 S. 2 SGB V) zu stellen, die nicht wegen zu großer Entfernung zu einem geeigneten Vertragsarzt oftmals nur unzureichend oder gar nicht ambulant medizinisch versorgt sind, sondern weil sie – krankheitsbedingt – nicht bereit sind, einen niedergelassenen Nervenarzt aufzusuchen, oder durch das Leistungsspektrum der Vertragsärzte – z. B. wegen eines ungenügenden multiprofessionellen Angebots, begrenzter Flexibilität des Personaleinsatzes – nicht ausreichend behandelt werden können (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 <GKV-Gesundheitsreform 2000>, BT-Dr. 14/1977, S. 167 zu Art. 1 Nr. 67a – neu – <§ 118> zu Abs. 2; BSG, Urt. v. 15. 3. 1995 – 6 RKA 1/94 –, SozR 3-2500 § 118 Nr. 1 S. 3 = juris, Rdnr. 13; vgl. auch Wieand, Psychiatr Praxis 2022, 118, 119 zur Konkurrenz um Therapieplätze bei der psychotherapeutischen Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt).

Da diese schwer psychisch erkrankten Patienten von dem Angebot der niedergelassenen Ärzte regelmäßig nicht erreicht werden, kann die Erteilung einer Ermächtigung grundsätzlich auch nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass die niedergelassenen Psychiater, Nervenärzte und Psychotherapeuten im Einzugsbereich der geplanten PIA noch freie Behandlungskapazitäten haben. Vielmehr ist in erster Linie entscheidend, ob das Angebot der bereits nach Abs. 1 und 2 oder nach Abs. 4 ermächtigten PIA ausreicht, einen bestehenden Bedarf bei den wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf die Behandlung durch ein Krankenhaus angewiesenen Versicherten zu decken (ebenso LSG Nds.-Bremen, Urt. v. 26. 5. 2021 – L 3 KA 22/20 –, juris, Rdnr. 57; Kremer/Wittmann, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, 4. Aufl. 2021, Rdnr. 1227; Ladurner, Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV, 2017, § 118 SGB V, Rdnr. 26: es gehe „nicht um die psychiatrische Versorgung schlechthin“; Rademacker, in: Hauck/Noftz, SGB V, Werkstand 2022, § 118, Rdnr. 23; vgl. auch BSG, Urt. v. 17. 2. 2016 – B 6 KA 6/15 R –, BSGE 120, 254 = SozR 4-2500 § 119 Nr. 2, Rdnr. 28 m. w. N. zu SPZ).

b) Die Gesetzesentwicklung der Teilnahmevoraussetzungen für psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser bestätigt diese Auslegung. Bereits seit dem Jahr 2000 setzt die Ermächtigung sowohl für psychiatrische Krankenhäuser (Abs. 1) als auch für Allgemeinkrankenhäuser (Abs. 2) keine Bedarfsprüfung mehr voraus, wie sie zuvor noch für Allgemeinkrankenhäuser erforderlich gewesen war (zur Historie vgl. § 118 Abs. 1 S. 1 SGB V i. d. F. des Gesundheits-Reformgesetzes <GRG> v. 20. 12. 1988, BGBl. I S. 2477; BSG, Urt. v. 15. 4. 1986 – 6 RKA 30/83 –, SozR 2200 § 386n Nr. 41; BSG, Urt. v. 21. 6. 1995 – 6 RKA 49/94 –, SozR 3-2500 § 118 Nr. 2 S. 8 = juris, Rdnr. 18). Dass es zu keinen Doppelstrukturen und damit zu keinen Interessenkollisionen mit den niedergelassenen Ärzten komme, sah der Gesetzgeber durch die gesetzliche Ermächtigung zur Behandlung nur der in dem dreiseitigen Vertrag nach § 118 Abs. 2 S. 2 SGB V näher definierten Kranken, die in den Vertragsarztpraxen nicht behandelbar sind, als sichergestellt an (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf einer GKV-Gesundheitsreform 2000, BT-Dr. 14/1977, S. 167 f.). Sowohl für die Versorgung nach § 118 Abs. 1 SGB V als auch nach Abs. 2 geht der Gesetzgeber somit – typisierend – davon aus, dass eine Versorgung der schwer psychisch erkrankten Versicherten in den Praxen niedergelassenen Psychiater, Ner-

venärzte und Psychotherapeuten nicht ausreichend möglich ist. Folglich kann es bei der Bedarfsprüfung in Bezug auf die Gruppe der Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser nach Abs. 1 oder 2 angewiesen sind, in der Regel auf die allgemeine Versorgungssituation bei den Vertragsärzten (Wartezeiten, freie Behandlungskapazitäten) nicht ankommen (ähnlich LSG Nds.–Bremen, Urt. v. 26. 5. 2021 – L 3 KA 22/20 –, juris, Rdnr. 58, vgl. aber auch Rdnr. 59: evtl begleitende Auskünfte der niedergelassenen Ärzte und Therapeuten etwa über Kenntnisse von Wartezeiten in den PIAs). Etwas anderes gilt allerdings, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass in der Umgebung der geplanten PIA der Bedarf der schwer psychisch Erkrankten durch die Praxen niedergelassener Ärzte oder MVZ bereits tatsächlich gedeckt wird oder gedeckt werden könnte, etwa weil dieses Mitglied in einem Netzwerk nach § 3 Abs. 2 der Richtlinie über die berufsübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) sind (vgl. hierzu auch unten C. 2. b) aa) <3>, Rdnr. 47) oder aus anderen Gründen ein den Leistungen einer PIA ähnliches Angebot anbieten. Dann sind auch diese in die Bedarfsermittlung miteinzubeziehen (a. A. wohl Ladurner, *Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV*, 2017, § 118 SGB V, Rdnr. 26, der allgemein von einem Nachrang einer Ermächtigung nach Abs. 4 gegenüber niedergelassenen Ärzten ausgeht).

4. Vorliegend erfolgte eine Bedarfsabfrage lediglich bei den niedergelassenen Vertragsärzten. Zudem hat der Bekl. auf Behandlungsmöglichkeiten in den anderen regionalen PIAs verwiesen, ohne zu erfragen, ob dort tatsächlich Behandlungskapazitäten bestehen. Dies ist angesichts der Stellung der Kl. als alleinige Anbieterin von psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen in stationären Einrichtungen oder durch Institutsambulanzen für den Kreis der schwer psychisch Erkrankten in der Region jedoch im Ergebnis revisionsrechtlich nicht zu beanstanden.

a) Der Bekl. stellt grundsätzlich nicht in Frage, dass bei den Bewohnern der Wohneinrichtung sowie den Versicherten aus G ein Bedarf für psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen besteht. Soweit er sich insoweit auf die Angaben der Kl. stützt, ist dies nicht zu beanstanden. Die Ermittlung des Sachverhalts muss das nach pflichtgemäßem Ermessen erforderliche Maß ausschöpfen, dh sich so weit erstrecken, wie sich Ermittlungen als erforderlich aufdrängen (§ 21 Abs. 1 S. 1 SGB X). In diesem Bereich ist kein Raum für die Annahme eines Beurteilungsspielraums (vgl. BSG, Urt. v. 2. 9. 2009 – B 6 KA 34/08 R –, BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 7, Rdnr. 16; BSG, Urt. v. 17. 3. 2021 – B 6 KA 2/20 R –, SozR 4-2500 § 101 Nr. 21, Rdnr. 25 zum Sonderbedarf). Weitere Ermittlungen, welcher konkreter Versorgungsbedarf im räumlichen Einzugsbereich der geplanten PIA in B besteht, mussten sich nicht als erforderlich aufdrängen. Der Bekl. durfte davon ausgehen, dass die Kl. als Trägerin sowohl des P Klinikums als auch sämtlicher PIAs im Umkreis (ua in der Klinik selbst sowie in L, W und S) den Bedarf kennt und als Ast. die ihr bekannten Tatsachen korrekt und vollständig angibt. Ohne konkrete Anhaltspunkte für einen über die Angaben der Kl. hinausgehenden Bedarf sind die Zulassungsgremien jedenfalls nicht verpflichtet „ins Blaue“ zu ermitteln (vgl. BSG, Urt. v. 28. 6. 2017 – B 6 KA 28/16 R –, BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19, Rdnr. 27).

b) Ein Versorgungsbedarf am Standort B allein begründet indes noch keine Notwendigkeit für eine Ermächtigung nach § 118 Abs. 4 SGB V. Entscheidend ist, ob dieser nicht durch andere (zumutbar erreichbare) Versorgungsangebote namentlich von anderen PIAs gedeckt werden kann. Insofern wäre es im Grunde erforderlich gewesen,

dass der Bekl. bei den PIAs im Umfeld, auf die er verweist (W und S), nachfragt, ob freie Kapazitäten bestehen oder zumindest die Möglichkeit gegeben ist, das Behandlungsangebot auszuweiten. Denn grundsätzlich sind nach der Rechtsprechung des Senats zur Deckung eines bestehenden Bedarfs nur reale, nicht dagegen potenzielle Versorgungsangebote zu berücksichtigen, die tatsächlich nicht zur Verfügung stehen (vgl. BSG, Urt. v. 28. 6. 2017 – B 6 KA 28/16 R –, BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19, Rdnr. 25; BSG, Urt. v. 17. 3. 2021 – B 6 KA 2/20 R –, SozR 4-2500 § 101 Nr. 21, Rdnr. 27, jeweils m. w. N.; zur Pflicht der Zulassungsgremien, die Antworten kritisch zu würdigen, zu objektivieren und zu verifizieren vgl. BSG, Urt. v. 5. 11. 2008 – B 6 KA 56/07 R –, BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 3, Rdnrn. 19, 22, 28; BSG, Urt. v. 29. 6. 2011 – B 6 KA 34/10 R –, SozR 4-2500 § 119 Nr. 1, Rdnr. 28 m. w. N.). Etwas anderes gilt allerdings, wenn eine Situation vorliegt, in der die Zulassungsgremien keinen Anlass haben müssen, an der Richtigkeit der ihnen vorgelegten Angaben zu zweifeln. Dann müssen die Zulassungsgremien dem auch nicht durch weitere Ermittlungen nachgehen (vgl. BSG, Urt. v. 29. 6. 2011 – B 6 KA 34/10 R –, SozR 4-2500 § 119 Nr. 1, Rdnrn. 28 f. zu SPZ).

Unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe kann im vorliegenden Fall nicht festgestellt werden, dass die Sachverhaltsermittlungen der Zulassungsgremien unzureichend gewesen wären. Denn die Kl., die allein über alle nötigen Informationen verfügt, hat zu keinem Zeitpunkt eingewandt, dass die PIA in W oder die PIA in S die Bewohner der Einrichtung in B oder weitere Patienten aus G mangels freier Kapazitäten nicht behandeln könnten. Sie hat sich nur darauf gestützt, dass dieser Patientenkreis eine PIA außerhalb von B krankheitsbedingt nicht zumutbar erreichen könne. Stellt die antragstellende Trägerin eines Krankenhauses aber sämtliche in Frage kommenden alternativen regionalen Behandlungsangebote durch eigene Einrichtungen zur Verfügung, so kann von ihr grundsätzlich verlangt werden, offensichtlich für eine Ermächtigung sprechende Informationen wie Wartezeiten, fehlende Behandlungskapazitäten in den bereits ermächtigten Einrichtungen schon im Verwaltungsverfahren vorzutragen und zwar auch dann, wenn sie sich – wie hier – auf einen anderen (rechtlichen oder tatsächlichen) Aspekt stützen will. Tut sie dies nicht, dürfen die Zulassungsgremien ohne weitere Ermittlungen davon ausgehen, dass hinreichende Kapazitäten in den eigenen Einrichtungen der Kl. vorhanden sind (zur Mitwirkungspflicht des Ast. in Bezug auf ihm bekannte Tatsachen vgl. BSG, Urt. v. 28. 6. 2017 – B 6 KA 28/16 R –, BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19, Rdnr. 27 zum Sonderbedarf). Im Übrigen hat die Kl. auch den Ausführungen des LSG, dass der Versorgungsbedarf der Bewohner der Wohneinrichtung in B durch die bereits bestehenden von ihr betriebenen PIAs sichergestellt werden könne, nicht widersprochen.

C. Hinsichtlich der hier im Vordergrund stehenden Frage, wann eine PIA für den von § 118 Abs. 1 S. 2 Alt 1, Abs. 2 S. 2 SGB V erfassten Personenkreis mit schweren psychischen Erkrankungen zumutbar erreichbar ist, ist auf die Rechtsprechung des Senats zur zumutbaren Erreichbarkeit anderer Versorgungsangebote im Rahmen des Sonderbedarfs bzw. individueller Ermächtigungen von Krankenhausärzten zurückzugreifen (dazu 1.). Besonderheiten im Hinblick auf die schweren Krankheitsbilder der von § 118 SGB V erfassten Versicherten bestehen nur insoweit, als hier regelmäßig darauf abzustellen ist, ob die bereits bestehenden Einrichtungen zumutbar mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sind (dazu 2.). Weitere Einschränkungen auch im Hinblick auf die Anforderungen der UN-BRK oder das auf das Diskriminierungsverbot des Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG sind nicht vorzunehmen (dazu 3.). Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben durfte der Bekl. die Erteilung der Ermächtigung für

die geplante PIA in B unter Verweis auf die Versorgungsangebote in W bzw. S ablehnen (dazu 4).

1. Die Zulassungsgremien überschreiten – soweit auch die Erreichbarkeit mit dem ÖPNV sichergestellt ist (vgl. hierzu sogleich unter 2.) – ihren Beurteilungsspielraum im Regelfall nicht, wenn sie die Ablehnung einer Ermächtigung nach § 118 Abs. 4 SGB V damit begründen, dass Behandlungsmöglichkeiten in anderen, weniger als 25 km vom Wohnort der potentiellen Patienten entfernten Institutsambulanzen bestehen. Nach ständiger Rechtsprechung des Senats sind für allgemeine Leistungen Wege von mehr als 25 km zu Ärzten in aller Regel nicht zumutbar (vgl. BSG, Urt. v. 19.7.2006 – B 6 KA 14/05 R –, SozR 4-2500 § 116 Nr. 3, Rdnr. 19 – Ermächtigung für MRT-Leistungen; BSG, Urt. v. 23.6.2010 – B 6 KA 22/09 R –, SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, Rdnr. 24 – Sonderbedarfszulassung für psychotherapeutische Leistungen; BSG, Urt. v. 8.12.2010 – B 6 KA 36/09 R –, BSGE 107, 147 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 9, Rdnr. 20). Hieran hat der Senat auch nach der Änderung des Zuschnitts der Planungsbereiche durch den Gesetzgeber mit Wirkung v. 1.1.2013 (vgl. § 101 Abs. 1 S. 6 SGB V i. d. F. des GKV-Versorgungsstrukturgesetz <GKV-VStG> v. 22.12.2011, BGBl. I S. 2983, m. W. v. 1.1.2012, sowie § 36 Abs. 4 S. 4 BedarfspLR in der Neufassung durch den Beschl. des G-BA v. 16.5.2013, BAnz. AT v. 3.7.2013 B5) in Bezug auf die hausärztliche Versorgung und für die allgemeine fachärztliche Versorgung, bei der der Landkreis weiterhin Planungsbereich ist, festgehalten (vgl. BSG, Urt. v. 17.3.2021 – B 6 KA 2/20 R –, SozR 4-2500 § 101 Nr. 21, Rdnr. 35, vgl. auch Rdnrn. 42 ff. zur Berücksichtigung von Versorgungsangeboten aus angrenzenden Planungsbereichen). Zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung gehören auch Nervenärzte und Psychotherapeuten einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 12 Abs. 1 Nr. 6 und 7, Abs. 2 Nr. 7 S. 1 BedarfspLR). Kinder- und Jugendpsychiater gehören demgegenüber zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung nach § 13 Abs. 1 Nr. 3 BedarfspLR. Dabei lässt der Senat ausdrücklich offen, wie – allgemeine fachärztliche/spezialisierte fachärztliche Versorgung – das multiprofessionelle Angebot der PIAs in diesem Kontext einzuordnen ist und ob dementsprechend wie bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung Wege von mehr als 25 km regelmäßig nicht zumutbar sind (vgl. etwa SG Nürnberg, Urt. v. 27.10.2021 – S 13 KA 8/19 –, juris, Rdnr. 48: spezialisierte fachärztliche Versorgung).

2. Die Besonderheiten des hier betroffenen Patientenkreises mit schweren psychischen Krankheitsbildern machen es allerdings erforderlich, über die reine Distanz von 25 km hinaus zu überprüfen, ob die alternativen Behandlungseinrichtungen für diese auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln zumutbar erreichbar sind (dazu a). Darüber hinaus sind keine weiteren Einschränkungen notwendig im Hinblick darauf, dass die betroffenen Versicherten häufig krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, auch kürzere Strecken mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückzulegen, etwa weil ihnen bedingt durch ihre psychische Erkrankung der Antrieb hierfür fehlt (dazu b).

a) Grundsätzlich kommt es nach der Rechtsprechung des Senats zum Sonderbedarf bei der Beurteilung der zumutbaren Erreichbarkeit einer Praxis oder anderer ärztlichen Einrichtung im ländlichen Raum – wie er ersichtlich auch hier gegeben ist – auf Entfernungen mit dem PKW und damit auf die Zeit an, die man mit dem PKW benötigt. Auf die Zeitdauer bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel kann wegen der generell schlechteren Versorgung mit öffentlichen Verkehrsmitteln dort nicht abgestellt werden (vgl. BSG, Urt. v. 17.3.2021 – B 6 KA 2/20 R –, SozR 4-2500 § 101 Nr. 21, Rdnr. 34, ausdrücklich offenlassend, ob dies auch in städtischen Bereichen gilt). Dies lässt sich auf den Kreis der Patienten mit schweren psychischen Krankheitsbildern nicht ohne Weiteres übertragen.

aa) Das Gesetz konkretisiert die Patientengruppe, die wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung auf die Behandlung durch die Institutsambulanzen von Krankenhäusern angewiesen ist (§ 118 Abs. 1 S. 2, Abs. 2 S. 2 SGB V), nicht selbst. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers gehören hierzu aber insbesondere schwere Verläufe psychischer Krankheiten, z. B. bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, schweren Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen sowie geriatropsychiatrische Erkrankungen (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf einer GKV-Gesundheitsreform 2000, BT-Dr. 14/1977, S. 167 f. zu Art. 1 Nr. 67a – neu – <§ 118> zu Abs. 2; vgl. hierzu auch bereits den Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung – die sog Psychiatrie-Enquête 1975, BT-Dr. 7/4200, S. 209: „schizophrene Psychosen, Alkohol- und sonstige Suchtkranke sowie psychisch Alterskranke“).

bb) Für Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen psychiatrischen Abteilungen haben der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÄBV) in einem dreiseitigen Vertrag die Gruppe psychisch Kranker festzulegen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch eine der psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses nach Abs. 2 S. 1 angeschlossenen PIA bedürfen (§ 118 Abs. 2 S. 2 SGB V). Jedoch überschreiten die Zulassungsgremien ihren Beurteilungsspielraum nicht, wenn sie sich auch für psychiatrische Krankenhäuser im Rahmen des § 118 Abs. 1 S. 2 SGB V an der Vereinbarung nach Abs. 2 S. 2 orientieren (vgl. BSG, Urt. v. 28.1.2009 – B 6 KA 61/07 R –, BSGE 102, 219 = SozR 4-2500 § 118 Nr. 1, Rdnr. 31; Grünh/Seifert, in: Eichenhofer/v. Koppenfels-Spies/Wenner, SGB V, 3. Aufl. 2018, § 118, Rdnr. 5; vgl. auch BSG, Urt. v. 21.6.1995 – 6 RKA 3/95 –, USK 9589 S. 488 = juris, Rdnr. 19 zur Rechtslage vor der GKV-Gesundheitsreform sowie Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, Stand 1.3.2022, SGB V § 118, Rdnr. 7, 17: Kriterien identisch).

Nach ihrer Systematik geht die vom GKV-Spitzenverband, der DKG und der KÄBV mit Wirkung v. 1.7.2010 geschlossenen „Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V“ v. 30.4.2010 (DÄBl. 2010, 329, zuletzt geändert durch Änderungsvereinbarung v. 19.9.2019, DÄBl. 2019, A-2261, mit Wirkung v. 1.10.2019; im Folgenden: PIA-Vereinbarung) von einer Diagnosen-Positivliste ergänzt um Kriterien für die Schwere und/oder Dauer der Erkrankung aus (§ 3 i. V. mit Anlage 1 Nr. 1 PIA-Vereinbarung). Diese Diagnosen-Positivliste (Anlage 1 PIA-Vereinbarung) stützt sich auf die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen deutschen Fassung (<ICD-10-GM>) und umfasst u. a. Demenzerkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Formen der Schizophrenie sowie schizotyper und wahnhafter Störungen, bestimmte affektive Störungen wie Manie mit/ohne psychotischen Symptomen oder bipolare affektive Störungen mit gegenwärtig manischer oder depressiver Episode, schwere depressive Episoden bzw. rezidivierende depressive Störungen mit gegenwärtig schwerer Episode, Angst-, Zwangs- und Posttraumatische Belastungsstörungen, schwere Formen der Essstörung sowie bestimmte schwere Störungen der Persönlichkeit (etwa paranoide oder schizoide Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ) bzw. der Geschlechtsidentität. Eine Vielzahl dieser Erkrankungen geht mit kognitiven Beeinträchtigungen einher, depressive Episoden auch mit einer Verminderung von Antrieb und Aktivität.

cc) Auch wenn nicht bei allen Krankheitsbildern – etwa bei Essstörungen – eine Fahrt mit dem eigenen Kfz von vorneherein ausgeschlossen scheint, kann bei dem so umrissenen Patientenkreis psychisch Kranker typisierend davon ausgegangen werden, dass diese häufig krankheitsbedingt nicht in der Lage sein werden, zur ambulanten Behandlung mit dem Auto anzureisen und daher auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind. Auch ein im Nahbereich von 25 km liegendes Behandlungsangebot kann daher für Versicherte mit schweren psychischen Krankheitsbildern ausscheiden, wenn dieses mit dem ÖPNV nur unter unzumutbaren Bedingungen, etwa mit mehreren Umstiegen oder mit langen Fahrzeiten, zu erreichen ist. Insofern kann der grundsätzlich auch bei der Beurteilung der Zumutbarkeit von Entfernungen bestehende Beurteilungsspielraum des Bekl. (BSG, Urt. v. 29.6.2011 – B 6 KA 34/10 R –, SozR 4-2500 § 119 Nr. 1, Rdnr. 18 m. w. N.; BSG, Beschl. v. 15.8.2012 – B 6 KA 12/12 B –, juris, Rdnr. 8) eingeschränkt sein.

Unzumutbar ist dabei jedoch noch nicht jede Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, die mit einem Umstieg verbunden ist. Ob tatsächlich allein auf Direktverbindungen abgestellt werden kann, hängt regelmäßig auch von den konkreten örtlichen Gegebenheiten ab und fällt daher in den Beurteilungsspielraum der Zulassungsgremien (vgl. BSG, Beschl. v. 15.8.2012, a. a. O.). Entsprechendes gilt für die Dauer der Anfahrt. Solange die Fahrtzeit nicht eine Stunde überschreitet, wie es etwa von der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (2. Aufl., Stand 2.10.2018) für die Anfahrt zur gemeinde-nahen Behandlung empfohlen wird (vgl. Kapitel 10.2 „Evidenzkapitel: Gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze“, S. 125 unter ergänzende Hinweise: „Die gemeindenahen Behandlung durch ein multiprofessionelles Team erfordert die Sicherstellung: ... der Erreichbarkeit des Behandlungsortes innerhalb einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln vom Wohnort des Patienten“; ähnlich bereits die Psychiatrie-Enquête 1975, BT-Dr. 7/4200 S. 204), ist nicht ersichtlich, dass die Zulassungsgremien die Grenzen der Vertretbarkeit für die Beurteilung der zumutbaren Wege mit öffentlichen Verkehrsmitteln überschritten hätten (ebenso SG Nürnberg, Urt. v. 27.10.2021 – S 13 KA 8/19 –, juris, Rdnr. 49).

b) Weitergehende Einschränkungen für den Beurteilungsspielraum der Zulassungsgremien zur Feststellung des Versorgungsbedarfs ergeben sich im Hinblick auf die Schwere der psychischen Erkrankungen der in Institutsambulanzen behandelten Versicherten nicht. Auch wenn den Bewohnern der Wohnrichtung in B krankheitsbedingt Antrieb und Motivation fehlen und sie aus diesem Grund nicht in der Lage sein sollten, Versorgungsangebote außerhalb ihres Wohnortes oder sogar außerhalb ihres unmittelbaren Umfeldes wahrzunehmen, verengt dies nicht den Beurteilungsspielraum des Bekl. dahingehend, dass nur eine Institutsambulanz „vor Ort“ in Betracht kommt. Dies folgt zum einen aus der Gesetzesgeschichte (dazu aa), aber auch aus dem begrenzten Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (dazu bb).

aa) Der fehlende Antrieb bzw. die fehlende Motivation, einen Behandler aufzusuchen, stellt eine typische Problematik der von § 118 SGB V erfassten Personengruppen dar, die nach der Konzeption des Gesetzes nicht durch die Ermächtigung einer Vielzahl von räumlich und organisatorisch nicht an ein Krankenhaus angebotenen PIAs gelöst werden sollte. Hierfür kommen andere Maßnahmen, insbesondere die sog aufsuchende Hilfe im Rahmen der ambulanten Behandlung einer PIA sowie ergänzende Leistungen der GKV wie etwa die Soziotherapie (§ 37a SGB V) in Betracht. Hinzu kommen unterstützende Leistungen auch anderer Sozialleistungsträger (vgl. hierzu unter bb).

(1) Anlass für die Einführung von Institutsambulanzen waren die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquête 1975 (BT-

Dr. 7/4200), die aufgezeigt hatten, dass bestimmte Gruppen psychisch Kranker und behinderter Menschen, insbesondere solche mit schweren Krankheitsbildern, wie schizophrenen Psychosen, Suchterkrankungen und psychischen Alterskrankheiten, oftmals nur unzureichend oder gar nicht ambulant medizinisch versorgt wurden, weil sie nicht bereit waren, einen niedergelassenen Nervenarzt aufzusuchen (vgl. BSG, Urt. v. 15.3.1995 – 6 RKA 1/94 –, SozR 3-2500 § 118 Nr. 1, S. 3 sowie oben unter B. 3. a bb). Als eine von vier Rahmenbedingungen auf dem Weg zur Umsetzung der von der Sachverständigen-Kommission erarbeiteten Empfehlungen nannte die Enquête das Prinzip der „gemeindenahen Versorgung“ (BT-Dr. 7/4200 S. 36), die sich nicht in „zu großer Entfernung“ vom Lebensbereich psychisch Kranker und behinderter Menschen befinden sollte und verwies in diesem Zusammenhang auch auf unterschiedliche Bedingungen in ländlichen Gebieten und Ballungsräumen (a. a. O., S. 17). Soweit die Psychiatrie-Enquête 1975 insofern vorschlug, sog „Standardversorgungsgebiete“ mit in der Regel 250 000 Einwohnern zu bilden (a. a. O., S. 28, 309), empfahl später die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms „Psychiatrie“ der Bundesregierung von 1988 (im Folgenden: Expertenkommission 1988), von den Gebieten der kreisfreien Städte und Landkreise auszugehen und Versorgungsregionen mit 100 000 bis 150 000 Einwohnern abzugrenzen (vgl. S. 33 der Zusammenfassung in BT-Dr. 11/8494, S. 28 ff.). Auch diese „gemeindeintegrierte“ Versorgung, in deren Mittelpunkt nicht mehr das Krankenhaus, sondern die Gemeinde steht (vgl. a. a. O., S. 32), meint aber keine kleinteilige Versorgung mit einer PIA am Wohnort des Patienten, wie sie die Kl. wünscht.

Die Psychiatrie-Enquête 1975 ging davon aus, dass es „zu den Eigenarten eines Teiles psychisch Kranker gehört, sich aus mangelnder Einsichtsfähigkeit der Behandlung zu entziehen“ (a. a. O., S. 211 zur Nach- bzw. Weiterbehandlung <Nachsorge> im Anschluss an die Entlassung aus der stationären Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus; vgl. auch S. 202 und S. 208). Hierauf sollte jedoch nicht durch ein Angebot von Institutsambulanzen reagiert werden, deren Netz sogar enger wäre als das der hausärztlichen oder allgemeinen fachärztlichen Versorgung für die Versicherungsgemeinschaft insgesamt. Vielmehr hielt es die Sachverständigen-Kommission für notwendig, dass „die offenkundige Lücke in der ambulanten Versorgung eines Teiles der psychisch Kranken durch geeignete ambulante Aktivitäten, welche von den stationären psychiatrischen Einrichtungen ausgehen, ausgefüllt wird. Die hier erforderliche Versorgungsform wird den Charakter einer ausgesprochen aktiv-nachgehenden, aufsuchend-ambulanten Behandlung haben müssen“ (BT-Dr. 7/4200, S. 212). Auch die Empfehlungen der Expertenkommission 1988 zur Institutsambulanz als „Nachsorgeeinrichtung für krankenhausentlassene, schwerer psychisch Gestörte und Rückfallgefährdete“ betonen, dass sie diese Grundfunktion wahrnehme „durch kontinuierliche Weiterbehandlung und aufsuchend-ambulante Aktivitäten“ (vgl. BT-Dr. 11/8494, S. 36).

Dass diese Ausführungen nicht überholt sind, zeigen die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, dass nicht nur (1) in allen Versorgungsregionen eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen sollte, sondern auch dass (2) Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen die Möglichkeit haben sollten, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden und dass (3) die Mög-

lichkeit der aufsuchenden Behandlung insbesondere für die Versorgung von wohnungslosen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sowie bei drohenden Behandlungsabbrüchen zur Verfügung stehen sollte (Empfehlungen 10, 12 und 13, Kapitel 7, S. 38; vgl. auch Empfehlung 17: „Schwer psychisch kranke Menschen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden“, a. a. O., S. 39; zur aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Behandlung vgl. zudem im Einzelnen S. 113 ff.).

(2) Der Gesetzgeber hat sich bei der Einführung der PIA – damals noch auf vertraglicher Ebene – durch das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) v. 28.12.1976 (BGBl. I S. 3871) ausdrücklich von den Erkenntnissen der Psychiatrie-Enquête 1975 und deren Empfehlungen für eine Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung leiten lassen (vgl. Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung u. a. zu dem Entwurf eines KVWG, BT-Dr. 7/5365, S. 6 zu Art. 1 § 1 Nr. 30 <§ 368n RVO>; vgl. BSG, Urt. v. 21.6.1995 – 6 RKA 3/95 – USK, 9589, S. 488 = juris, Rdnr. 20) und auch anlässlich des GRG im Wesentlichen nur die bisherige vertragliche Regelung durch einen Ermächtigungstatbestand ersetzt (vgl. BT-Dr. 11/2237, S. 202; vgl. BSG, Urt. v. 15.3.1995 – 6 RKA 1/94 –, SozR 3-2500 § 118 Nr. 1 = juris, Rdnr. 13).

Im Zuge der GKV-Gesundheitsreform 2000 hat der Gesetzgeber die Problematik derjenigen „Patienten, die einen dringenden ambulanten Behandlungsbedarf haben, die aber auf Grund der Art, Schwere und Dauer der Verläufe ihrer Erkrankungen von sich aus Vertragsärzte nicht aufsuchen bzw. durch das Leistungsspektrum der Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können (z. B. ungenügendes multiprofessionelles Angebot, begrenzte Flexibilität des Personaleinsatzes)“ im Zusammenhang mit der Ermächtigung nach § 118 SGB V erneut aufgegriffen (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf einer GKV-Gesundheitsreform 2000, BT-Dr. 14/1977 S. 167), aber trotz der mittlerweile ergangenen Rechtsprechung des Senats zum Erfordernis eines räumlichen Zusammenhangs der Institutsambulanz mit dem psychiatrischen Krankenhaus (vgl. BSG, Urt. v. 21.6.1995 – 6 RKA 49/94 –, SozR 3-2500 § 118 Nr. 2, S. 7 f. = juris, Rdnrn. 17 f.), es zunächst nicht für erforderlich gehalten, eine Ermächtigung auch von räumlich und organisatorisch von dem Krankenhaus getrennten Einrichtungen einzuführen (zu dem zeitgleich mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 eingeführten Anspruch auf Soziotherapie nach § 37a SGB V, der ebenfalls auf den von § 118 SGB V erfassten Personenkreis abzielt, vgl. unten <3>).

Erst 20 Jahre später hat er mit dem GKV-VSG v. 16.7.2015 unter Hinweis auf die besondere Bedeutung der psychiatrischen Versorgung insbesondere auch für Kinder und Jugendliche (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Entwurf eines GKV-VSG, BT-Dr. 18/5123, S. 133 zu Nr. 53a) in § 118 Abs. 4 SGB V eine gesetzliche Grundlage für die Ermächtigung von räumlich und organisatorisch nicht angeordneten Einrichtungen der Krankenhäuser nach Abs. 1 und Abs. 2 geschaffen. Angesichts dieses zeitlichen Ablaufs bestehen keine Anhaltspunkte, dass der Gesetzgeber des GKV-VSG nunmehr für die Gruppe der Versicherten mit schweren psychischen Krankheitsbildern ein ambulantes Versorgungsangebot am jeweiligen Wohnort schaffen wollte.

(3) Hiergegen spricht im Übrigen auch die Gesetzesentwicklung in Bezug auf den von § 118 SGB V erfassten Personenkreis außerhalb der Ermächtigung von Institutsambulanzen. Der Gesetzgeber hat zwischenzeitlich verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Situation gerade der schwer psychisch erkrankten Versicherten, die von den niedergelassenen Ärzten nicht ausreichend versorgt wer-

den, zu verbessern. So hat er im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 für Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, einen Anspruch auf Soziotherapie eingeführt (§ 37a Abs. 1 S. 1 SGB V). Diese umfasst u. a. die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme (§ 37a Abs. 1 S. 2 SGB V; zum erfassten Personenkreis und zum konkreten Leistungsinhalt vgl. §§ 2 und 3 der Richtlinie des G-BA über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung <Soziotherapie-RL> i. d. F. v. 22.1.2015, BAnz. AT 14.4.2015 B5, zuletzt geändert am 18.3.2021, BAnz. AT 15.4.2021 B3; vgl. auch § 4 Abs. 3 S. 1 Soziotherapie-RL, wonach eine PIA oder die dort tätigen Fachärzte und Psychotherapeuten Soziotherapie verordnen können).

Die Einführung der Soziotherapie hat der Gesetzgeber ausdrücklich damit begründet, dass schwer psychisch Kranke häufig nicht in der Lage seien, Leistungen, auf die an sich ein Anspruch besteht, selbstständig in Anspruch zu nehmen, woraus wiederkehrende stationäre Aufenthalte resultieren können (sog. „Drehtüreffekt“). Kern des Leistungsanspruchs auf Soziotherapie ist ein vom Verordnenden unter Beteiligung des Leistungserbringers der Soziotherapie und des Patienten erarbeiteter Behandlungsplan, der verschiedene Behandlungselemente (z. B. Heilmittel, häusliche Krankenpflege) zu einer Komplexleistung zusammenfasst. Ziel der Soziotherapie ist die selbstständige Inanspruchnahme der Leistungen (vgl. Entwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur GKV-Gesundheitsreform 2000, BT-Dr. 14/1245, S. 66 zu Nr. 20 <§ 37a> zu Abs. 1).

Neben dem Anspruch auf Soziotherapie sieht seit dem 1.7.2005 die Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie – HKP-RL – i. d. F. v. 16.2.2000, BAnz. 2000 Nr. 91, S. 8 878, in Kraft getreten am 14.5.2000, zuletzt geändert am 15.2.2005, BAnz. 2005 Nr. 96, S. 7 969, in Kraft getreten am 1.7.2005) in seiner Anlage 1 Nr. 27a beim Vorliegen bestimmter psychischen Erkrankungen und hieraus resultierender definierter Funktionsstörungen Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege vor (Erarbeiten der Pflegeakzeptanz <Beziehungsaufbau>, Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen, Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten <Fähigkeitsstörungen>, vgl. aktuell HKP-RL i. d. F. v. 17.9.2009, BAnz. Nr. 21a <Beilage> v. 9.2.2010, in Kraft getreten am 10.2.2010, zuletzt geändert am 19.11.2021, BAnz. AT 25.3.2022 B1, in Kraft getreten am 26.3.2022: § 4 <Besonderheiten der Verordnung der psychiatrischen Krankenpflege> und Anlage Nr. 27a; zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege neben Leistungen der PIA vgl. LSG Bad.-Württ., Urt. v. 20.7.2010 – L 11 KR 1960/09 –, PflR 2010, 634). Zuvor waren – als Bestandsschutzregelung – spezifische Leistungen der häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke nur verordnungsfähig, soweit diese vertraglich vereinbart waren (vgl. etwa der HKP-RL i. d. F. v. 16.2.2000, a. a. O. unter I <Grundlagen> Nr. 3).

Mit Wirkung v. 1.1.2017 hat der Gesetzgeber zudem mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) v. 19.12.2016 (BGBl. I, S. 2986) als neue Behandlungsform die stationsäquivalente Behandlung eingeführt. Diese umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams und entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung (§ 39 Abs. 1 S. 1, 4 und 5 SGB V). Ihr Ziel ist

es, psychisch schwer kranken Menschen eine Behandlung im gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen. Die Gesetzesbegründung verweist insofern darauf, dass insbesondere Patienten mit kompliziertem Krankheitsverlauf und psychosozialen Beeinträchtigungen häufig nicht in der Lage seien, die vorhandenen Behandlungsangebote aktiv aufzusuchen (Entwurf eines PsychVVG, BT-Dr. 18/9528, S. 46 zu Nr. 2 <§ 39>). § 115d Abs. 1 S. 1 SGB V begrenzt die Berechtigung zur Erbringung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung im häuslichen Umfeld auf psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung. Insofern betont der Gesetzgeber, dass die stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld strukturell über die aufsuchende Behandlung hinausgehe, die an der ambulanten Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, wie etwa niedergelassene Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren oder psychiatrische Institutsambulanzen ausüben (BT-Dr. 18/9528, S. 48 zu Nr. 5 <§ 115d>). In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus aber an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen (§ 115d Abs. 1 S. 1 und 3 SGB V). Der Gesetzgeber setzt die stationsäquivalente Behandlung letztlich ein, um Versorgungslücken für schwer psychisch kranke Versicherte zu schließen, die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, ein (hier: teilstationäres) Behandlungsangebot wahrzunehmen.

Daneben gibt es Möglichkeiten zur Versorgung schwer psychisch Erkrankter durch Regionalbudgets im Rahmen von Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V, die ebenfalls eine Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld beinhalten können (vgl. Tophoven/Wessels, G+S. 2013, 93, 94), und schließlich Leistungen nach der gemäß § 92 Abs. 6b SGB V vom G-BA erlassenen KSVPsych-RL v. 2.9.2021 (BANz. 17.12.2021 B3, in Kraft getreten am 18.12.2021), die u. a. eine Verbesserung des Zugangs sowie der Koordination („Vernetzung“) der Versorgung von erwachsenen Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen und deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen (vgl. § 2 KSVPsych-RL zur Definition der Patientengruppe) zum Ziel hat. Die KSVPsych-RL soll vor allem die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und stationären Einrichtungen verbessern: Es sollen vertragliche Zusammenschlüsse (Netzverbände) gebildet werden, die mindestens insgesamt zehn Fachärzte (für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie, für Neurologie vgl. § 3 Abs. 2 Nr. 1 und 3 KSVPsych-RL) und ärztliche bzw. psychologische Psychotherapeuten (§ 3 Abs. 2 Nr. 2 KSVPsych-RL) umfassen sowie einen Kooperationsvertrag mit mindestens einem nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen sowie mindestens einem weiteren Leistungserbringer (etwa Ergo- oder Soziotherapeut) abschließen müssen (§ 3 Abs. 3 KSVPsych-RL). Die KSVPsych-RL setzt – neben einem schnellen Erstkontakt, einer schnellen Diagnostik (beides i. d. R. innerhalb von sieben Werktagen) und einem zeitnahen Beginn der Behandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 3 KSVPsych-RL) – insbesondere auf die Koordination der Versorgung durch eine nichtärztliche Person (§ 5 KSVPsych-RL), die auch die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringern und – sofern erforderlich – das Aufsuchen des Patienten im häuslichen Umfeld sowie den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt und

das Hinwirken auf Termintreue einschließt (§ 10 Abs. 1 Nr. 3, 4 und 6 KSVPsych-RL).

Im Ergebnis zeigen die dargestellten Leistungen des SGB V, die speziell für den auch in den Institutsambulanzen behandelten Personenkreis der schwer psychisch Erkrankten gelten, dass der Gesetzgeber eine Vielzahl von unterschiedlichen Maßnahmen zur Krankenbehandlung Versicherter getroffen hat und es nicht allein bei der Ermächtigung von wohnortnahen PIAs belassen hat, um ansonsten schwer motivierbare Patienten zu behandeln.

bb) Daneben kommen unterstützend Leistungen anderer Träger in Betracht. So sind z. B. Leistungen zur Sozialen Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe auch Leistungen zur Mobilität in der Form von Leistungen zur Beförderung möglich, insbesondere durch einen Beförderungsdienst (§ 113 Abs. 2 Nr. 7 i. V. mit § 83 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) sowie Assistenzleistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags insbesondere zur Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (§ 113 Abs. 2 Nr. 2 i. V. mit § 78 Abs. 1 S. 2 SGB IX). Diese können als „einfache“ oder „kompensatorische“ Assistenz auch in der vollständigen oder teilweisen Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung oder in der Begleitung des Leistungsberechtigten bestehen (§ 78 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 SGB IX; vgl. Zinsmeister, in: LPK-SGB IX, 6. Aufl. 2022, § 113, Rdnr. 3). Nach dem Landesrecht setzt der Betrieb von Wohneinrichtungen im Übrigen voraus, dass der Träger (hier die Kl.) und die Leitung „im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten für die fachgerechte ärztliche und sonstige gesundheitliche Versorgung unter Beteiligung von ärztlichen und anderen therapeutischen Fachkräften“ Sorge tragen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 des Landesgesetzes Rheinland-Pfalz über Wohnformen und Teilhabe v. 22.12.2009, GVBl. 399, mWv 1.1.2010).

3. Weder aus Art. 25 UN-BRK (dazu a) noch aus dem Diskriminierungsverbot des Art. 5 Abs. 2 UN-BRK oder des Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG (dazu b) folgen weitergehende Anforderungen im Hinblick auf die Versorgung des von § 118 SGB V erfassten Patientenkreises.

Zu den Menschen mit Behinderungen, für die die Gewährleistungen der Konvention gelten (Art. 1 Abs. 2 UN-BRK), gehören auch psychisch Kranke, wenn die Beeinträchtigung längerfristig und von solcher Art ist, dass sie den Betroffenen an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern kann (vgl. BVerfG, Beschl. v. 23.3.2011 – 2 BvR 882/09 –, BVerfGE 128, 282, 306 f. = juris, Rdnr. 53 unter Verweis auf Art. 1 Abs. 2 UN-BRK; vgl. auch § 2 Abs. 1 SGB IX).

aa) Nach ständiger Rechtsprechung des BSG sind Art. 25 S. 3 Buchstabe a und b i. V. mit S. 1 und 2 UN-BRK, die in Deutschland im Rang einfachen Bundesrechts gelten (BSG, Ur. v. 6.3.2012 – B 1 KR 10/11 R –, BSGE 110, 194 = SozR 4-1100 Art. 3 Nr. 69, Rdnrn. 19, 20; BSG, Ur. v. 15.10.2014 – B 12 KR 17/12 R –, BSGE 117, 117 = SozR 4-2500 § 5 Nr. 24, Rdnr. 27; BVerfG, Beschl. v. 26.7.2016 – 1 BvL 8/15 –, BVerfGE 142, 313, Rdnr. 88), nicht unmittelbar anwendbar, sondern bedürfen der Umsetzung durch den Gesetzgeber. Konkrete Leistungsansprüche oder Anforderungen an die Deckung des Versorgungsbedarfs lassen sich aus der Norm daher nicht herleiten. Diese ist nicht hinreichend bestimmt, um etwa von den Krankenkassen oder den Zulassungsgremien unmittelbar angewendet zu werden; sie bedarf einer Ausführungsgesetzgebung und ist non-self-executing (vgl. BSG, Ur. v. 6.3.2012 – B 1 KR 10/11 R –, BSGE 110, 194 = SozR 4-1100 Art. 3 Nr. 69, Rdnrn. 23 ff.; BSG, Ur. v. 2.9.2014 – B 1 KR 12/13 R –, juris, Rdnr. 22; BSG, Ur. v. 15.10.2014 – B 12 KR 17/12 R –, BSGE 117, 117 = SozR 4-2500 § 5 Nr. 24, Rdnr. 27; BSG, Ur. v. 15.3.2018 – B 3 KR 4/17 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr. 52, Rdnr. 23 sowie BSG, Beschl.

v. 10.5.2012 – B 1 KR 78/11 B –, SozR 4-2500 § 140f. Nr. 1, Rdnr. 8 für die isolierte Betrachtung des Art. 25 S. 1 und 2 UN-BRK, vgl. dagegen Rdnr. 9 zur unmittelbaren Anwendbarkeit von Art. 25 S. 3 Buchstabe f UN-BRK als spezielles Diskriminierungsverbot). Für Art. 25 S. 3 Buchstabe c i. V. mit S. 1 und 2 UN-BRK gilt nichts anderes. Dieser nimmt schon rein sprachlich („diese Gesundheitsleistungen“) Art. 25 S. 3 Buchstabe b UN-BRK in Bezug und teilt deshalb dessen rechtliches Schicksal.

bb) Auch soweit die UN-BRK als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte herangezogen werden kann (BVerfG, Beschl. v. 23.3.2011 – 2 BvR 882/09 –, BVerfGE 128, 282, 306 = juris, Rdnr. 52; BVerfG, Nichtannahmebeschl. v. 27.11.2018 – 1 BvR 957/18 –, NJW 2019, 291 = juris, Rdnr. 3) und damit letztendlich auch Bedeutung für die Auslegung des Versorgungsbedarfs nach der einfachrechtlichen Bestimmung von § 118 Abs. 4 SGB V erlangt (vgl. auch BSG, Urt. v. 10.9.2020 – B 3 KR 15/19 R –, SozR 4-2500 § 33 Nr. 55, Rdnr. 27), führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Die in Art. 25 S. 3 Buchstabe c UN-BRK formulierte Aufforderung an die Vertragsstaaten, die Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich anzubieten, auch in ländlichen Gebieten, zwingt insbesondere nicht dazu, Menschen mit Behinderungen, die auf Leistungen einer PIA angewiesen sind, ein Versorgungsangebot an ihrem Wohnort zu machen. „Gemeindenah“ bedeutet schon nach seinem reinen Wortlaut eben nicht „in der jeweiligen Gemeinde“. Zu Recht weist die Kl. selbst darauf hin, dass der Begriff der Gemeinde nach dem Wortlaut der verbindlichen (vgl. Art. 50 Abs. 1 UN-BRK) englischen bzw. französischen Fassung („as close as possible to people’s own communities“, „près que possible de leur communauté“) nicht die Gemeinde im politischen oder administrativen Sinn meint, sondern die soziale Gemeinschaft. Bereits die Psychiatrie-Enquête 1975 verstand unter „gemeindenah“ die unmittelbare Nähe zu Arbeitsstätten, Wohngebieten, Sozialeinrichtungen und Behörden (vgl. BT-Dr. 7/4200, S. 17; vgl. auch die Expertenkommission 1988 zur „gemeindeintegrierten“ Versorgung, BT-Dr. 11/8494, S. 32). Hintergrund war die Erkenntnis, dass das psychiatrische Krankenhaus häufig dazu beitrug, den Patienten von seinem normalen sozialen Bezugsfeld zu isolieren (BT-Dr. 7/4200, S. 63). Allerdings wurde insofern in Bezug auf das Bedürfnis nach einem Versorgungsangebot in „erreichbarer Nähe“, klargestellt, dass „die Bezeichnung ‚erreichbare Nähe‘ dadurch definiert <wird>, daß die entsprechenden Versorgungseinrichtungen in der Regel innerhalb von etwa einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln aufgesucht werden können. Im allgemeinen entspricht das einem Gebiet mit einem Radius von 25 km“ (BT-Dr. a. a. O., S. 204). Den Begriff der Gemeindenähe in Art. 25 UN-BRK hat der deutsche Gesetzgeber nicht anders verstanden und insofern in der das Ausführungsgesetz zur UN-BRK begleitenden Denkschrift darauf verwiesen, dass eine gemeindenah ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung, auch in ländlichen Gebieten, durch die Regelungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§§ 99ff. SGB V) und die auf ihrer Grundlage erlassenen Bedarfsplanungs-Richtlinien erreicht werden solle (Denkschrift zu dem Übereinkommen v. 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, BT-Dr. 16/10808, S. 59 zu Art. 25 <Gesundheit>).

b) Ob Art. 25 UN-BRK darüber hinaus ein spezielles Diskriminierungsverbot enthält (so BSG, Urt. v. 6.3.2012 – B 1 KR 10/11 R –, BSGE 110, 194 = SozR 4-1100 Art. 3 Nr. 69, Rdnr. 16 sowie BVerfG, Beschl. v. 16.12.2021 – 1 BvR 1541/20 –, NJW 2022, 380 = juris, Rdnr. 103: „Die Vertragsstaaten sind nach Art. 25 BRK insbesondere verpflichtet, Menschen mit Behinderung einen in je-

der Hinsicht diskriminierungsfreien Zugang zu der für sie notwendigen Gesundheitsversorgung zu verschaffen“; offengelassen von BSG, Urt. v. 15.10.2014 – B 12 KR 17/12 R –, BSGE 117, 117 = SozR 4-2500 § 5 Nr. 24, Rdnr. 30), welches – ebenso wie das allgemeine Diskriminierungsverbot des Art. 5 Abs. 2 UN-BRK (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 6.3.2012, a. a. O., Rdnr. 29; BSG, Urt. v. 8.9.2015 – B 1 KR 22/14 R –, SozR 4-2500 § 55 Nr. 3, Rdnr. 23) – unmittelbar anwendbar wäre, muss der Senat nicht entscheiden. Jedenfalls entsprechen die Folgen sowohl aus Art. 25 UN-BRK als auch aus dem allgemeinen Diskriminierungsverbot im Wesentlichen dem Benachteiligungsverbot aus Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG (BVerfG, Beschl. v. 16.12.2021, a. a. O.; BSG, Urt. v. 15.10.2014 – B 12 KR 17/12 R –, BSGE 117, 117 = SozR 4-2500 § 5 Nr. 24, Rdnr. 31).

Weder die Diskriminierungsverbote der UN-BRK noch das verfassungsrechtliche Benachteiligungsverbot behinderter Menschen (Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG) gebieten jedoch, den in § 118 Abs. 4 SGB V vorausgesetzten Versorgungsbedarf in der von der Kl. gewünschten Weise auszuliegen.

Das Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG ist nicht nur Grundrecht, sondern zugleich auch objektive Wertentscheidung. Aus ihm folgt – über das sich aus dem Wortlaut unmittelbar ergebende Verbot der Benachteiligung hinaus – die besondere Verantwortung des Staates für behinderte Menschen (vgl. BVerfG, Beschl. v. 30.1.2020 – 2 BvR 1005/18 –, juris, Rdnr. 37). Eine Benachteiligung kann auch bei einem Ausschluss von Entfallungs- und Betätigungsmöglichkeiten durch die öffentliche Gewalt gegeben sein, wenn dieser nicht durch eine auf die Behinderung bezogene Fördermaßnahme hinlänglich kompensiert wird (vgl. BVerfG, Beschl. v. 8.10.1997 – 1 BvR 9/97 –, BVerfGE 96, 288, 303; BVerfG, Beschl. v. 19.1.1999 – 1 BvR 2161/94 –, BVerfGE 99, 341, 357; BVerfG, Beschl. v. 16.12.2021 – 1 BvR 1541/20 –, NJW 2022, 380 = juris, Rdnr. 91). Der von Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG umfasste Förderauftrag vermittelt einen Anspruch auf die Ermöglichung gleichberechtigter Teilhabe nach Maßgabe der verfügbaren finanziellen, personellen, sachlichen und organisatorischen Möglichkeiten (vgl. BVerfG, Beschl. v. 8.10.1997 – 1 BvR 9/97 –, BVerfGE 96, 288, 308; BVerfG, Beschl. v. 29.1.2019 – 2 BvC 62/14 –, BVerfGE 151, 1, Rdnr. 56; vgl. auch Beschlussempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses <6. Ausschuss> zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes, BT-Dr. 12/8165, S. 29 zu Art. 1 Nr. 1 b) – neu – Art. 3 Abs. 3 S. 3 GG – neu: „bevorzugende Maßnahmen zum Ausgleich bestehender Nachteile weiterhin nicht nur zulässig, sondern geboten“).

Auch nach diesen Maßstäben hält sich die angegriffene Entscheidung im aufgezeigten verfassungsrechtlichen Rahmen. Zwar erfolgt bei einem Verständnis des Versorgungsbedarfs i. S. d. § 118 Abs. 4 SGB V, der sich an der Bedarfsplanung für die allgemeine fachärztliche Versorgung der Versicherten orientiert, wie es hier der Bkl. getan hat, nicht schon eine Gleichstellung mit Menschen ohne Behinderung. Denn wenn Versicherte behinderungsbedingt nicht in der Lage sind, im gleichen Maße wie Versicherte ohne Behinderungen einen Arzt in der Nähe aufzusuchen, besteht – auch bei gleicher Versorgungsdichte – zumindest eine mittelbare Benachteiligung.

Anders als die Kl. meint, ist diese Benachteiligung jedoch nicht zwingend durch ein besonders wohnortnahes Versorgungsangebot auszugleichen, damit die Patienten in ihrer Teilhabemöglichkeit den nichtbehinderten Patienten gleichgestellt sind. Das Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG gilt nicht ohne jede Einschränkung, auch wenn die Rechtfertigung einer Benachteiligung einem strengen Maßstab unterliegt (vgl. BVerfG, Beschl. v. 29.1.2019 – 2 BvC 62/14 –, BVerfGE 151, 1, Rdnr. 57;

vgl. auch BVerfG, Beschl. v. 19. 1. 1999 – 1 BvR 2161/94 –, BVerfGE 99, 341, 357 = juris, Rdnr. 56). Hier wird die krankheits- und/oder behinderungsbedingte Unfähigkeit von Patienten mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, Behandelnde in ihrer Praxis oder in einer Institutsambulanz aufzusuchen, zumindest zu einem Teil dadurch kompensiert, dass das gesetzliche Konzept der Versorgung durch Institutsambulanzen die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung enthält. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber – wie oben unter 2. b) aa) (3) dargelegt – zahlreiche weitere gesetzliche Möglichkeiten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen geschaffen, die krankheits- und/oder behinderungsbedingt nicht in der Lage sind, Versorgungsangebote außerhalb ihres unmittelbaren Wohnumfeldes wahrzunehmen.

4. Nach den dargelegten Maßstäben ist es im Ergebnis revisionsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn der Bekl. die Ermächtigung der geplanten PIA in B unter Verweis auf die bestehenden PIAs in W und S abgelehnt hat. Die Bewohner der Einrichtung in B können die PIA in W zumutbar sowohl mit dem Kfz als auch mit dem ÖPNV erreichen bzw. sind auch für Behandler der PIA W im Rahmen der aufsuchenden Hilfe schnell erreichbar. Die Wegstrecke von Haustür zu Haustür beträgt ausgehend von den von dem Bekl. nicht in Zweifel gezogenen Angaben der Kl. im Klageverfahren 23,6 km. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht man die PIA in W ebenfalls nach den eigenen unwidersprochenen Angaben der Kl. im Klageverfahren mit Wegezeiten von unter einer Stunde („etwa 45 bis 50 Minuten“ bezogen auf alle drei PIAs in der Region, vgl. Urteilsumdruck, S. 6).

Soweit die geplante PIA in B auch auf Patienten aus G ausgerichtet ist, können diese zumutbar auf die PIA in S verwiesen werden. Die Entfernung beträgt laut Kl. 17,4 km. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht man die PIA in S mit einer Direktverbindung in rund 27 Minuten, wobei vom Bahnhof S bis zur PIA S ein etwas weiterer Fußweg (1,2 km) zurückzulegen ist oder ein Bus genommen werden kann.

Anmerkung zu BSG, Urt. v. 29. 6. 2022 – B 6 KA 3/21 R (LSG Rheinland-Pfalz)

Hermann Frehse

1. Beide Entscheidungen sind recht umfangreich und haben nach Inhalt und Aufbau nahezu lehrbuchähnlichen Charakter. Augenscheinlich bemüht sich das BSG, den eher kurzen Text des § 118 Abs. 4 SGB V zwar fallbezogen, dennoch aber so umfassend abzuhandeln, dass die in den beiden Urteilen referierten Erkenntnisse dem Rechtsanwender fortan nahezu erschöpfende Antworten (auch) auf zukünftige Fragen bieten.

2. Im Urteil v. 29. 6. 2022 (B 6 KA 13/21 R) präzisiert das BSG die eine Bedarfsprüfung indizierende Wortfolge „soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist“.

a) Zutreffend prüft das BSG zunächst, ob die Voraussetzungen einer Ermächtigung nach § 118 Abs. 1 S. 1 SGB V vorliegen (Entscheidungsgründe B. 1. a). Dies verneinend nimmt es § 118 Abs. 4 SGB V in den Blick (Entscheidungsgründe B. 1. b). Ausgehend von einem den Zulassungsgremien eingeräumten eingeschränkten Beurteilungsspielraum definiert das BSG zunächst die der Bedarfsprüfung zugrunde zu legenden Kriterien und befasst sich anschlie-

ßend damit, ob und inwieweit die Entscheidung des Beklagten vom ihm eingeräumten Beurteilungsspielraum gedeckt ist.

b) Systematisch ist hinsichtlich des Beurteilungsspielraums wie folgt zu unterscheiden:

aa) Bei der Konkretisierung und Anwendung der für die Entscheidung über den Ermächtigungsantrag maßgeblichen Tatbestandsmerkmale steht den Zulassungsgremien ein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum zu (hierzu Gründe B. 4. a; s. auch BSG, Urt. v. 28. 6. 2017 – B 6 KA 28/16 R –, MedR 2018, 437 ff. <qualifikationsbezogener Sonderbedarf>). Einen Beurteilungsspielraum haben die Zulassungsgremien zum einen bei der Bewertung, Gewichtung und Abwägung der ermittelten Tatsachen, zum anderen – und vor allem – bei der schlussfolgernden Bewertung, ob und inwieweit der Versorgungsbedarf bereits durch das Leistungsangebot der zugelassenen Ärzte gedeckt ist oder ob noch ein Versorgungsbedarf besteht (grundlegend BSG, Urt. v. 8. 10. 2010 – B 6 KA 36/09 R –, MedR 2012, 216 ff.). Einen Beurteilungsspielraum haben sie hingegen nicht bei der Frage, wie weit sie ihre Ermittlungen erstrecken. Deren Umfang ist durch § 21 SGB X vorgegeben. Die Ermittlung des Sachverhalts muss das nach pflichtgemäßem Ermessen erforderliche Maß ausschöpfen, d. h. sich so weit erstrecken, wie sich Ermittlungen als erforderlich aufdrängen (BSG, Urt. v. 17. 3. 2021 – B 6 KA 2/20 R –, MedR 2021, 1105 ff.; Urt. v. 28. 6. 2017 – B 6 KA 28/16 R –, MedR 2018, 437 ff.). Eine weitere Restriktion folgt daraus, dass der Beurteilungsspielraum rechtlichen Grenzen unterliegt (hierzu BSG, Urt. v. 19. 7. 2006 – B 6 KA 14/05 R –, MedR 2007, 127 ff.). Werden diese Rechtsmaßstäbe verkannt, ist die betreffende Entscheidung aufzuheben.

bb) Das bedeutet: Zunächst müssen die Rechtsmaßstäbe bestimmt werden. Der Norminhalt ist begrifflich zu definieren. Worte transportieren Bedeutungen. Diese sind mittels Auslegung zu fixieren. Ausgehend hiervon sind die rechtlichen Grenzen zu bestimmen. Anschließend ist der hieran zu messende entscheidungserhebliche Sachverhalt zu ermitteln. Im letzten Schritt des Erkenntnisprozesses ist zu gewichten, abzuwägen und schließlich zu entscheiden.

Beide Urteile v. 29. 6. 2022 folgen dem. Insbesondere die Frage danach, in welchem Umfang der Sachverhalt im Zusammenhang mit Antragsverfahren nach § 118 Abs. 4 SGB V aufzuklären und welche Rechtsmaßstäbe anzuwenden sind, hat das BSG beschäftigt. Exemplarisch sei dies anhand der Entscheidung Az. B 6 KA 3/21 R dargestellt. Das BSG bestimmt zunächst die „konkreten Kriterien“ für Versorgungsbedarfsprüfung nach § 118 Abs. 4 SGB V (Gründe B. 3.). Anschließend befasst es sich mit dem Verhältnis von Sachaufklärungs- und Mitwirkungspflicht (Gründe B. 4.), skizziert sodann die rechtlichen Grenzen des Beurteilungsspielraums („Weitergehende Einschränkungen ... ergeben ... sich nicht.“; hierzu Gründe C. 2. b) und bestätigt im Ergebnis die angefochtene Entscheidung des Beklagten.

c) Im Weiteren hat das BSG sich zunächst damit befasst, die Wortfolge „soweit (...) die Ermächtigung notwendig ist, um eine Versorgung nach Maßgabe der Absätze 1 und 2 sicherzustellen“ zu konkretisieren, mithin der von den Zulassungsgremien durchzuführenden Bedarfsprüfung hinlänglich Konturen zu geben.

aa) Ein Bedarf folgt denklogisch aus der Differenz zwischen Sein und Sollen. Das verlangt zwei zu fixierende Messpunkte. Hinsichtlich des Versorgungsbedarfs ist das zum einen die einzugrenzende geographisch-räumliche Situation und zum anderen die zu definierende Versicherungengruppe. Streitfallbezogen macht das BSG als Bezugsobjekt der Bedarfsprüfung die Gruppe der Versicherten aus, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf die ambulante Behandlung durch psychiatrische Krankenhäuser oder durch selbstständige