

## L 7 KA 30/16

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
7

1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 22 KA 404/15  
Datum  
09.03.2016

2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 7 KA 30/16  
Datum  
28.11.2018

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Will ein im hausärztlichen Versorgungsbereich zugelassener Facharzt für Innere Medizin mit einem Schwerpunktgebiet (hier: Rheumatologie) in den fachärztlichen Versorgungsbereich wechseln, dürfen bei der Frage, ob hierdurch eine Verbesserung der Versorgung zu erwarten ist, die von ihm bislang erbrachten Leistungen im Schwerpunktgebiet nicht berücksichtigt werden.

2. Zu den weiteren Voraussetzungen für einen Wechsel des Versorgungsbereichs.

Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 9. März 2016 und der Beschluss des Beklagten vom 10. Dezember 2014 geändert. Der Beklagte wird verpflichtet, den Wechsel des Klägers von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie mit der Maßgabe zu genehmigen, dass nur die ärztlichen Leistungen abrechnungsfähig sind, die im Zusammenhang mit der Behandlung rheumatologischer Erkrankungen stehen. Der Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst tragen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Umwandlung seiner hausärztlichen in eine fachärztliche Zulassung.

Der Kläger, der seit dem 1. April 2012 im B Stadtteil Zmit vollem Versorgungsauftrag an der vertragsärztlichen Versorgung – hausärztlicher Versorgungsbereich – teilnimmt und seit 1991 die Bezeichnung "Arzt für Innere Medizin" mit der Teilgebietsbezeichnung "Rheumatologie" führen darf, beantragte Ende August 2013 die Umwandlung seiner hausärztlichen in eine fachärztlich rheumatologische Zulassung, weil er fast ausschließlich Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen behandle und auch im aktuellen Quartal aufgrund des Todes bzw. des Ausscheidens zweier rheumatologischer Kollegen in B-Keinen enormen Anstieg rheumatologischer Patienten zu verzeichnen habe. Seine Fallzahl war von 534 im Quartal II/12 auf 1.285 im Quartal IV/13 angewachsen. Mit Beschluss vom 26. Februar 2014 lehnte der Zulassungsausschuss den Antrag des Klägers ab. Zur Begründung wies er darauf hin, dass einem Fachgruppenwechsel nach § 101 Abs. 5 Satz 6 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch (SGB V) Zulassungsbeschränkungen für die Fachgruppe der Fachinternisten entgegenstehe und [§ 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V](#) nur auf Fachärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung Anwendung finde.

Mit seinem hiergegen gerichteten Widerspruch berief sich der Kläger u.a. auf die Diagnosen der von ihm im Quartal II/14 behandelten 1.426 Patienten. Er behandle – so sein weiteres Vorbringen – ausschließlich Rheumapatienten – seit der Anstellung einer Kollegin im Juli 2014 nunmehr 1.800 Patienten pro Quartal →→, könne jedoch die diesbezüglich erbrachten Leistungen nicht abrechnen. Inzwischen biete er regelmäßig Samstag-Sprechstunden an. Die Wartezeiten für Rheumapatienten betrügen 6 bis 8 Wochen, durch das Angebot der Zusatzsprechstunden sei es ihm möglich, Termine innerhalb von 2 bis 4 Tagen zu vergeben. Der Berufungsausschuss veranlasste Stellungnahmen des Berufsverbands der Internistischen Rheumatologen in B vom 15. Juli 2014, der Rheumakommission der Beigeladenen zu 1) (Kassenärztlichen Vereinigung) vom 14. August 2014, der Deutschen Rheuma-Liga vom 19. August 2014, mehrere Stellungnahmen der Beigeladenen zu 1) selbst und befragte 31 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte aus dem Bereich der internistischen Rheumatologie.

Mit Beschluss vom 10. Dezember 2014 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück und führte zur Begründung aus: Zu Unrecht habe der Zulassungsausschuss außer Acht gelassen, dass auch bei Zulassungsbeschränkungen ausnahmsweise eine Zulassung möglich sei, wenn die Voraussetzungen für einen Sonderbedarf gegeben seien. Das Landessozialgericht (LSG) B-Brandenburg habe im Oktober des Jahres 2013 in zwei Entscheidungen festgestellt, dass die Voraussetzungen für die Zulassung eines Rheumatologen im Rahmen des qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs in B gegeben seien. Daraus könne der Kläger jedoch keine Rechte für sich ableiten. Zwar hätten die Ermittlungen ergeben, dass sich an der Bedarfssituation für Rheumatologen in B seit Oktober 2013 nichts Wesentliches geändert haben

dürfte, weil von den 20 Ärzten, die sich auf die o.g. Nachfrage geäußert hätten, 12 einen weiteren Zulassungsbedarf von 10 bis 30 weiteren Rheumatologen gesehen hätten. Der Berufsverband der Internistischen Rheumatologen bzw. die Deutsche Rheuma-Liga hätten in ihren Stellungnahmen eine durchschnittliche Wartezeit von 7 (bzw. 3) Monaten für eine Erstbehandlung angegeben, zugleich aber betont, dass der durch die Zulassung weiterer internistischer Rheumatologen entstandene bzw. bestehende Honorarkonflikt von ihm – dem Beklagten – nicht gelöst werden könne. Gleichwohl könne ein Wechsel des Klägers in die fachärztliche Versorgung nicht gestattet werden, weil die Versorgung der Patienten hierdurch nicht entscheidend verbessert würde. Dass der Kläger als hausärztlicher Rheumatologe gegenüber seinen fachärztlichen Kollegen benachteiligt sei, bedinge keine schlechtere Versorgung der rheumatologischen Patienten. Die ausnahmsweise Besetzung eines Vertragsarztsitzes sei daher nicht "unerlässlich" i.S.v. § 36 Abs. 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Zur Begründung seiner am 10. März 2015 erhobenen Klage hat der Kläger vorgebracht: Da er vor seiner vertragsärztlichen Zulassung viele Jahre in der Rheumaklinik B-W tätig gewesen sei, suchten ihn viele seiner damaligen Patienten in seiner heutigen Praxis auf, sodass er weit überwiegend Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formkreis behandle. Er erbringe im Wesentlichen ärztliche Leistungen aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich, könne diese jedoch nur aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich (Kapitel III.a. Ziff. 3 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes – EBM) abrechnen. Soweit der Beklagte auf eine fehlende Verbesserung in der Versorgungssituation abstelle, erscheine dieses Ergebnis absurd, denn es führe dazu, dass jeder andere Arzt bzw. Rheumatologe zugelassen werden könne, nur er – der Kläger – nicht. Dies verletze das Gleichbehandlungsgebot aus [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#). Die in § 37 Abs. 3 Bedarfsplanungs-RL erwähnten Leistungen seien dem EBM und den dort genannten Gebührenpositionen der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung (Kap. 13.3.8) zu entnehmen. Diese Leistungen erbringe er im Einzelnen gerade nicht, obwohl die von ihm im Rahmen der hausärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen ihnen durchaus entsprächen. Dass durch eine weitere Zulassung bei der kleinen Arztgruppe der internistischen Rheumatologen Honorareinbußen entstünden, würde zutreffen, sei jedoch kein im Gesetz bzw. in der Bedarfsplanungs-RL genannter Gesichtspunkt. Wenn finanzielle Erwägungen eine Rolle spielen sollten, müssten sie auch auf seine Situation bezogen einfließen. Unter Zugrundelegung des vom Beklagten anerkannten Versorgungsbedarfs bestehe für diesen kein weiterer Beurteilungs- oder Ermessensspielraum. Im Übrigen hätte der Beklagte seinen Anspruch auch auf der Grundlage von [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) prüfen müssen. Nach Auffassung des BSG (Urteil vom 28. August 2013 – [B 6 KA 36/12 R](#) –, Rn. 25) entspreche es der Lebenserfahrung, dass ein Arzt Leistungen, die er nicht vergütet erhalte, auch nicht erbringe. Dementsprechend behandle er zwar fast ausschließlich Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen, erbringe aber keine den Versorgungsbedarf abdeckenden fachärztlichen Leistungen nach dem EBM. Gegebenenfalls außerhalb der Zulassung erbrachte Leistungen könne sich die Beigeladene zu 1) im Rahmen ihres Zulassungsauftrages nicht zurechnen. Einen fachärztlichen Rheumatologen-Sitz hätte er mangels Ausschreibung nicht erwerben können. Ihm sei es bei der Aufnahme der hausärztlichen Tätigkeit zunächst darum gegangen, überhaupt in freier Praxis tätig werden zu können.

Mit Urteil vom 9. März 2016 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Da im Planungsbereich für die Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten Zulassungsbeschränkungen angeordnet seien, sei ein Wechsel von der hausärztlichen in die fachinternistische Versorgung gem. § 38 i.V.m. einer entsprechenden Anwendung von § 36 Bedarfsplanungs-RL nur genehmigungsfähig, wenn die Voraussetzungen für eine sog. Sonderbedarfszulassung vorlägen. Dies habe der Beklagte zu Recht verneint. Zutreffend sei er vom Fortbestehen eines sog. qualitativen Sonderbedarfs ausgegangen, weil er in Anknüpfung an die o.g. Urteile des LSG B-Brandenburg aus den durchgeführten weiteren Ermittlungen den Schluss gezogen habe, dass im Hinblick auf den Versorgungsbereich der internistischen Rheumatologie keine wesentliche Veränderung eingetreten sei. Der Beklagte habe zwar nicht berücksichtigt, dass sich die Entscheidungen des LSG B-Brandenburg auf die Bedarfssituation im Januar 2011 bezogen und ihr noch die Bedarfsplanungs-RL i.d.F. von Februar 2007 zugrunde gelegen habe. Soweit die Beigeladene zu 1) indes das Fehlen von Feststellungen nach § 36 Abs. 4 Bedarfsplanungs-RL bemängelt, obliege es nicht dem Gericht, die erforderlichen Ermittlungen nachzuholen, da es sonst unzulässig in die dem Beklagten eingeräumte Beurteilungsermächtigung eingreifen würde. Dies könne jedoch dahinstehen, da selbst bei einem bis zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung der Kammer noch fortbestehenden Sonderbedarf die erforderliche Versorgungsverbesserung nicht gegeben sei. Im Rahmen der Sonderbedarfsprüfung dürfe eine tatsächliche Verbesserung der Versorgung gefordert werden, weil anderenfalls der begehrte Fachgruppenwechsel nicht "unerlässlich" sei. Im Übrigen diene eine Sonderbedarfszulassung ihrem Wesen nach auch dem Ziel, im Einzelfall vorliegende Versorgungsdefizite zu beheben. Sowohl das LSG B-Brandenburg in seinen o.g. Urteilen als auch der Berufsverband der Internistischen Rheumatologen in B in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2014 hätten für die Bedarfsermittlung auch die Leistungen der hausärztlichen Internisten mit dem Schwerpunkt Rheumatologie einbezogen. Ein Mangel in der Versorgungsqualität durch die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten sei nicht mitgeteilt worden. Der Verweis des Klägers auf [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#) verfange nicht, weil er sich in Kenntnis seiner Schwerpunktorientierung für die hausärztliche Versorgung entschieden und somit selbst den Grund dafür gelegt habe, durch einen Fachgruppenwechsel nicht zu einer (weiteren) Verbesserung der rheumatologischen Versorgung beizutragen. Angesichts dessen komme es nicht mehr darauf an, dass der Beklagte auch fehlerhafte Betrachtungen angestellt habe, die seine Entscheidung jedoch nicht maßgeblich trügen. So sei der Verweis auf eine sich weiter verschärfende Honorarsituation bei der Fachgruppe der internistisch tätigen Rheumatologen in Folge der Zulassung weiterer Ärzte nicht geeignet, einem festgestellten Sonderbedarf entgegengehalten zu werden. Auf mögliche Honorarverwerfungen müsse die Beigeladene zu 1) im Rahmen der Honorarverteilung reagieren. Im Übrigen diene das Instrument der Sonderbedarfszulassung auch umgekehrt nicht dazu, Vergütungsdefizite zwischen den Versorgungsbereichen ohne gleichzeitige Versorgungsverbesserung auszugleichen. Auf [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) könne sich der Kläger nicht berufen, weil der Beklagte hierzu keine Entscheidung getroffen habe und der Kläger erstmals im Klageverfahren geltend gemacht habe, seinen Anspruch als Minus auch im Hinblick auf diese Vorschrift zu verstehen.

Gegen dieses ihm am 31. März 2016 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung des Klägers vom 26. April 2016, zu deren Begründung er vorträgt: Der gewählte Vertragsarztsitz solle in B-Z beibehalten werden. Dass das LSG im Jahr 2013 bei der Bedarfsermittlung auch hausärztliche Internisten einbezogen habe, dürfte fehlerhaft gewesen sein. Ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf bestehe nicht nur in B, sondern bundesweit, wie der Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 23. Juli 2018 zeige. Ihm könne, weil ein Arztsitz als Rheumatologe nirgends ausgeschrieben (gewesen) sei, kaum entgegengehalten werden, es habe ihm im Sinne der Berufswahl freigestanden, einen hausärztlichen Sitz zu erwerben. Wenn nach der Rechtsprechung des BSG eine bestehende Zulassung einer Bewerbung um eine andere Zulassung – auch im Rahmen von Sonderbedarf – nicht entgegenstehe, könne dies auch nicht im Rahmen eines Fachgebietswechsels nach § 38 Bedarfsplanungs-RL der Fall sein. Es sei gleichheitswidrig, ihn von der Teilnahme an der fachärztlichen vertragsärztlichen Versorgung auszuschließen, die im Rahmen einer möglichen Sonderbedarfszulassung allen anderen Fachärzten mit Schwerpunkt "internistische Rheumatologie" offen stehe. Seine – des Klägers – ärztlichen Bemühungen bei rheumatologischen Patienten richteten sich an seiner fachärztlichen Qualifikation aus, so dass er den Patienten die Behandlung zu Teil werden lasse, die sie benötigten. Die Qualität der rheumatologischen Versorgung müsse allerdings auf Dauer gesehen leiden, wenn eben

diese Versorgung nicht leistungsgemäß vergütet werde. Die Behauptung des Beklagten, er – der Kläger – wolle den bisher übernommenen Versorgungsauftrag nicht wahrnehmen und tue dies auch nicht, sei eine Unterstellung. Selbstverständlich erbringe er im Rahmen seines Versorgungsauftrages hausärztliche Leistungen, werde jedoch hauptsächlich von den Patienten mit rheumatologischen Haupterkrankungen in Anspruch genommen. Es sei seitens der Beigeladenen zu 1) widersinnig, ihm das Führen seiner Schwerpunktbezeichnung zu untersagen, sich aber seiner hausärztlichen Leistungen als Versorgungsbeitrag im Schwerpunktbereich zuzurechnen. Er wolle entsprechend seiner Qualifikation an der Versorgung teilnehmen und in diesem Zusammenhang selbstverständlich auch – wie alle zugelassenen Fachärzte auch – die daraus resultierenden "monetären" Vorteile wahrnehmen. Er rechne allein Leistungsziffern aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich und arztgruppenübergreifende Leistungsziffern des EBM ab, jedoch keine Gebührenordnungsposition der Rheumatologie. In seinem Antrag auf Wechsel in die fachärztliche internistische Versorgung sei auch der Antrag auf eine entsprechende befristete Regelung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) als Minus enthalten gewesen. Ebenso wie das Gericht nach [§ 123 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) sei auch der Beklagte nicht an die Fassung der Anträge gebunden gewesen, so dass er über sein Begehren unter jedem rechtlichen Gesichtspunkt hätte entscheiden müssen. In den Monaten Oktober und November 2018 habe er – so sein Vorbringen in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat – gemeinsam mit den beiden in Teilzeit bei ihm angestellten, ebenfalls auf Rheumatologie spezialisierten Ärztinnen bereits 2.554 Versicherte behandelt. Der Anteil der Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen betrage quasi 100 %.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 9. März 2016 und den Beschluss des Beklagten vom 10. Dezember 2014 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, seinen Wechsel von der hausärztlichen in die fachärztliche Versorgung als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie mit der Maßgabe zu genehmigen, dass auf der Grundlage von § 36 Abs. 6 der Bedarfsplanungsrichtlinie nur die ärztlichen Leistungen abrechnungsfähig sind, die im Zusammenhang mit der Behandlung rheumatologischer Erkrankungen stehen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und trägt ergänzend vor: Der Kläger wolle den Eindruck erwecken, er könne als Hausarzt rheumatologische Patienten nicht adäquat versorgen. Nach Kenntnis seiner – des Beklagten – sachverständigen Mitglieder könne aber auch ein Hausarzt auf dem Gebiet der Rheumatologie adäquate Leistungen für seine Patienten erbringen, die er allerdings nach anderen EBM-Ziffern abrechnen müsse als Fachärzte. Nur um die damit verbundenen Mindereinnahmen könne es dem Kläger gehen. Die reinen finanziellen Erwägungen hätte der Kläger vor dem Erwerb der hausärztlichen Praxis ohne weiteres anstellen können und stattdessen den Erwerb einer fachärztlichen internistischen Praxis ins Auge fassen müssen. Der Erwerb einer solchen Praxis hätte ihn ungefähr das Zehnfache gekostet und im Anschluss daran auch eine höhere Bewertung seiner ärztlichen Leistungen gerechtfertigt.

Die Beigeladenen stellen keine Anträge.

Die Beigeladene zu 1) trägt vor, der Kläger habe kein subjektives öffentliches Recht auf Wechsel seines Zulassungsfachgebietes. Der Versorgungsbedarf sei subjektiv nicht aus Sicht des Patienten festzustellen, sondern an objektiven Kriterien zu messen. Solange Patienten nicht auf eine ausreichend große Anzahl von Ärzten träfen, sei das Systemversagen der Bedarfsplanung durch die Zuerkennung von Sonderbedarfszulassungen auszugleichen.

Die übrigen Beteiligten äußern sich nicht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet. Das Urteil des Sozialgerichts ist aufzuheben. Der Beklagte ist verpflichtet, dem Kläger den Wechsel in den fachärztlichen Versorgungsbereich als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie zu genehmigen.

I. Der Senat kann offen lassen, ob [§ 101 Abs. 5 Satz 6 SGB V](#) als Rechtsgrundlage in Frage kommt. [§ 101 Abs. 5 SGB V](#) lautet:

Hausärzte (§ 73 Abs. 1a) bilden ab dem 1. Januar 2001 mit Ausnahme der Kinderärzte eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2; Absatz 4 bleibt unberührt. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 1995 zu ermitteln. Die Verhältniszahlen für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten sind zum Stand vom 31. Dezember 1995 neu zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum 31. März 2000 zu beschließen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Abs. 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2000 zu treffen. Ein Wechsel für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung in die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung ist nur dann zulässig, wenn dafür keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind.

[§ 101 Abs. 5 SGB V](#) wurde durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz vom 22. Dezember 1999 ([BGBl. I, S. 2626](#)) mit Wirkung zum 1. Januar 2000 in das SGB V aufgenommen und hat(te) die Bildung der neuen planungsrechtlichen Arztgruppe der Hausärzte zum Gegenstand. Die in Satz 6 enthaltene Regelung sollte zunächst in § 24 Abs. 3 der Zulassungsverordnung-Ärzte (Ärzte-ZV) eingefügt werden ([BT-Drs. 14/1245, S. 123](#)) und gelangte erst durch Beschlussempfehlung des Vermittlungsausschusses ([BT-Drs. 12/2369, S. 12](#)) in [§ 101 SGB V](#). Die Neuregelung ist die Konsequenz daraus, dass der bereits im geltenden Recht bestehende Gliederungsauftrag des [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) durch die Gesundheits-Reform 2000 nun auch in [§ 101 Abs. 5 SGB V](#) bedarfsplanungsrechtlich umgesetzt wird. Sie hat zur Folge, dass ein uneingeschränktes Wechseln von der fachärztlichen zur hausärztlichen Versorgung oder umgekehrt für die Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung nur noch beim Fehlen von Zulassungsbeschränkungen möglich ist ([BT-Drs. 14/1245, S. 123](#)). Im Ergebnis wird der Wechsel vom fachärztlichen zum hausärztlichen Versorgungsbereich und umgekehrt zulassungsrechtlich einem Fachgebietswechsel gleichgestellt ([BT-Drs. 14/1977, S. 190](#); jurisPK/Pawlita, § 101 Rn. 62 m.w.N.). Allerdings ist der Kläger als Facharzt für Innere Medizin mit

Schwerpunktbezeichnung anerkannt, sodass der Wortlaut von [§ 101 Abs. 5 Satz 6 SGB V](#) ihn nicht erfasst. In Frage käme allenfalls eine analoge Anwendung der Regelung bzw. ihre teleologische Reduktion auf Fachärzte für Innere Medizin, für deren Zulassung zum hausärztlichen Versorgungsbereich die Schwerpunktbezeichnung ohne Bedeutung ist.

Unabhängig von der Auslegung von [§ 101 Abs. 5 Satz 6 SGB V](#) ist dieser Vorschrift – ebenso wie den sonstigen Regelungen des SGB V – jedoch kein Anhaltspunkt zu entnehmen, dass ein Wechsel zwischen haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich grundsätzlich ausgeschlossen sein soll. Auch wenn das BSG allein mit Blick auf [§ 73a Abs. 1](#) Sätze 3 bis [5 SGB V](#) (und daher möglicherweise missverständlich) meint, mit diesen Regelungen habe der Gesetzgeber die Zuordnung zur haus- oder fachärztlichen Versorgung umfassend und abschließend geregelt (BSG, Urteil vom 28. Oktober 2009 – [B 6 KA 22/08 R](#) –, juris, Rn. 14), entspricht es allgemeiner Meinung, dass ein solcher Wechsel, ggf. unter Beachtung von Zulassungsbeschränkungen, grundsätzlich möglich sein soll (SG Berlin, Urteil vom 10. August 2011 – [S 71 KA 92/11](#) –, juris; Pawlita, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3.A., § 101 Rn. 114f; Zeller/Zalewski, in: Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, Stand Juli 2018, [§ 101 SGB V](#), C 101-23), wobei als Rechtsgrundlage hierfür teilweise § 24 Abs. 6 Ärzte-ZV analog genannt wird (Sozialgericht Marburg, Beschluss vom 19. Juli 2007 – L [12 KA 287/07](#) ER –, juris; Ladurner, Ärzte-ZV Zahnärzte-ZV, § 24 Ärzte-ZV Rn. 91 m.w.N.), aber auch [§ 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V](#) in Erwägung gezogen wird (in diese Richtung Klückmann, in: Hauck/Noftz, SGB, Stand: 05/13, § 73 SGB V, Rn. 11, mit dem zutreffenden Argument, dass Internisten "ohne Schwerpunktbezeichnung" im Sinne der Vorschrift auch Internisten sind, welche zwar auf Grund einer entsprechenden Weiterbildung das Recht erworben haben, eine Schwerpunktbezeichnung der Inneren Medizin zu führen, aber auf dieses Recht – etwa wegen Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung – verzichten).

Diese Unbestimmtheit im Hinblick auf die parlamentsgesetzliche Rechtsgrundlage wäre zwar schwer vereinbar mit der Rechtsprechung des BSG, wonach bei Betätigungen im Rahmen des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) sich aus dem Gesetz selbst ergeben müsse, unter welchen Voraussetzungen die Genehmigung erteilt bzw. versagt werde (so BSG, Urteil vom 03. August 2016 – [B 6 KA 31/15 R](#) –, juris, für die Verlegung des Praxissitzes unter Berufung auf [BVerfGE 20, 150](#) (Sammlungsgesetz)). Dies kann indes auf sich beruhen, da nach der hier gefundenen Lösung [Art. 12 Abs. 1 GG](#) genügt wird.

II. Ein Wechsel des Fachgebiets ist jedenfalls unter den Voraussetzungen von § 38 Bedarfsplanungs-RL (in der seit dem 1. Januar 2013 unveränderten, hier maßgeblichen Fassung) zulässig. Danach gilt:

Die Bestimmungen in § 36 gelten entsprechend, wenn der Zulassungsausschuss bei für eine Arztgruppe angeordneten Zulassungsbeschränkungen über den Antrag eines zugelassenen Vertragsarztes zu entscheiden hat, das Gebiet, für welches er zugelassen ist, in ein Gebiet zu ändern, für das Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden sind.

Die in Bezug genommene Vorschrift des § 36 Bedarfsplanungs-RL lautet in der seit dem 4. Juli 2013 geltenden Fassung:

§ 36 Zulassungstatbestände für lokalen und qualifikationsbezogenen Sonderbedarf

(1) 1Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss dem Zulassungsantrag eines Arztes der betreffenden Arztgruppe auf Sonderbedarf nach Prüfung entsprechen, wenn die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind und die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztes unerlässlich ist, um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten und dabei einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken. 2Sonderbedarf ist als zusätzlicher Versorgungsbedarf für eine lokale Versorgungssituation oder als qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf festzustellen ([§ 101 Absatz 1 Nummer 3 SGB V](#)). 3Die Feststellung dieses Sonderbedarfs bedeutet die ausnahmsweise Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztes in einem Planungsbereich trotz Zulassungsbeschränkungen.

(2) Die Zulassung aufgrund eines lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs ist an den Ort der Niederlassung gebunden.

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

(4) 1Der Zulassungsausschuss hat bei der Ermittlung aller entscheidungsrelevanten Tatsachen eine umfassende Ermittlungspflicht. 2Die Feststellung soll der Zulassungsausschuss auch unter Zuhilfenahme von geografischen Informationen, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden, treffen. 3Ein lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf setzt voraus, dass aufgrund von durch den Zulassungsausschuss festzustellenden Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs (z.B. in Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geografische Besonderheiten, Verkehrsanbindung, Verteilung der niedergelassenen Ärzte), ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und aufgrund dessen Versorgungsdefizite bestehen. 4Bei der Beurteilung ist den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 Rechnung zu tragen.

(5) 1Die Sonderbedarfszulassung setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. 2Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.

(6) Die Zulassung wegen qualifikationsbezogenem Sonderbedarf hat mit der Maßgabe zu erfolgen, dass für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, abrechnungsfähig sind.

(7) 1Nachfolgebesetzung nach [§ 103 Absatz 4 SGB V](#) bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellungen mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden. 2Die Regelungen in § 103 Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz (Nachbesetzung durch privilegierte Personenkreise) und Satz 8 (Entschädigung) SGB V finden keine Anwendung.

(8) Die Deckung des Sonderbedarfs kann auch durch Anstellung eines weiteren Arztes in der Vertragsarztpraxis des antragstellenden

Vertragsarztes unter Angabe der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erfolgen.

(9) 1Bei der Prüfung auf Sonderbedarf nach Absatz 3 bleibt eine mögliche stationäre Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht. 2Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen bleiben unberührt.

Darüber hinaus ist auch § 37 Bedarfsplanungs-RL ("Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände") in der seit dem 4. Juli 2013 geltenden Fassung anzuwenden. Dass auf diese Vorschrift in § 38 Bedarfsplanungs-RL nicht verwiesen wird, beruht auf einem redaktionellen Versehen: seit der Neufassung der Bedarfsplanungs-RL zum 1. Januar 2013 ist der Fachgebietenwechsel nicht mehr in § 26, sondern in § 38 verortet. Die bisher (allein) in § 24 verankerten Voraussetzungen für eine Sonderbedarfszulassung wurden mit der Neuregelung auf § 36 und § 37 verteilt; hierbei wurde die Erweiterung des Verweises in § 38 offenkundig versäumt. § 37 Bedarfsplanungs-RL regelt:

#### § 37 Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände

(1) Die Anerkennung eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs erfordert a) die Prüfung und Feststellung einer bestimmten Qualifikation nach Absatz 2 und b) die Prüfung und Feststellung eines entsprechenden besonderen Versorgungsbedarfs in einer Region durch den Zulassungsausschuss.

(2) 1Eine besondere Qualifikation im Sinne von Absatz 1 ist anzunehmen, wie sie durch den Inhalt des Schwerpunktes, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung beschrieben ist. 2Auch eine Zusatzweiterbildung oder eine Zusatzbezeichnung kann einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf begründen, wenn sie den vorgenannten Qualifikationen vom zeitlichen und qualitativen Umfang her gleichsteht. 3Ein besonderer qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß §§ 11 bis 14 mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst. 4Die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist dabei einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt. 5Eine Zusatzqualifikation und Abrechnungsmöglichkeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird dem gleichgestellt.

(3) Voraussetzung für eine ausnahmsweise Zulassung ist, dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen und dass der Arzt die für den besonderen Versorgungsbedarf erforderlichen Qualifikationen durch die entsprechende Facharztbezeichnung sowie die besondere Arztbezeichnung oder Qualifikation (die Subspezialisierung muss Leistungen beinhalten, die die gesamte Breite des spezialisierten Versorgungsbereichs ausfüllen) nachweist. [ ]

Hieran gemessen erweisen sich das Urteil des Sozialgerichts und der Beschluss des Beklagten im Ergebnis als fehlerhaft.

1. Die Ausführungen des Sozialgerichts sind aus Sicht des Senats zwar weitgehend zutreffend, sodass auf sie verwiesen werden kann ([§ 153 Abs. 4 SGG](#)). Dies gilt insbesondere für den gerichtlichen Prüfungsmaßstab, den bestehenden Versorgungsmangel im Bereich der Rheumatologie, das für jede Sonderbedarfszulassung bestehende Erfordernis der Versorgungsverbesserung und die Tatsache, dass vergütungsrechtliche Aspekte weder das Anliegen des Klägers stützen noch dem begehrten Bereichswechsel entgegenstehen können.

In Abweichung der vom Sozialgericht geäußerten Bedenken bezweifelt der Senat aber nicht, dass ein Versorgungsmangel im Bereich der Rheumatologie besteht. Umstände, die eine gegenüber den Feststellungen des Senats in seinen o.g. Urteilen vom 23. Oktober 2013 ([L 7 KA 123/11](#) und [L 7 KA 86/12](#), jeweils juris) abweichende Beurteilung rechtfertigen könnten, sind weder vorgetragen noch anderweitig ersichtlich. Die Stellungnahme des Berufsverbands der Internistischen Rheumatologen in Berlin vom 15. Juli 2014 belegt vielmehr einen unveränderten Versorgungsmangel. Danach reduzierte sich die Zahl der Leistungserbringer im Jahre 2013 um drei, während sich die Patientenzahlen und der Therapieaufwand, somit der Behandlungsbedarf insgesamt erhöhten. Die Stellungnahme der Deutschen Rheumaliga vom 19. August 2014 bekräftigt diesen Befund. Diese Einschätzung der Versorgungslage wird ferner – worauf die Klägerseite mit Recht hinweist – gestützt durch den im Oktober 2018 als Kabinettsvorlage veröffentlichten "Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)", der die geplante Änderung von [§ 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) damit begründet, dass "in einzelnen Versorgungsbereichen [ ] ganz offensichtlich in besonderem Maße Versorgungs- und Terminalschwierigkeiten bestehen", u.a. im Bereich der Rheumatologie ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3/Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/T/Kabinettsvorlage\\_Gesetzesentwurf\\_TSVG.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/T/Kabinettsvorlage_Gesetzesentwurf_TSVG.pdf), S. 141).

2. Darüber hinaus – und dies ist streitentscheidend – folgt der Senat der Rechtsauffassung des Sozialgerichts nicht, soweit dieses eine Verbesserung der Versorgung durch den vom Kläger erstrebten Versorgungsbereichswechsel verneint hat. Eine solche Verbesserung stellt der Senat aufgrund folgender Umstände und Überlegungen fest:

a. Der Beklagte verkennt, dass die Behandlung von Versicherten mit rheumatischen Leiden im hausärztlichen und im fachärztlichen Bereich nicht identisch ist. Zum einen ist der Kreis der abrechnungsfähigen Leistungen unterschiedlich (hierzu aa.), zum anderen ist trotz des klägerischen Vorbringens von einer spezialisierten und somit "höherwertigen" Behandlung im fachärztlichen Bereich auszugehen (hierzu bb.).

aa. An der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte dürfen – neben den auch Teilnehmern an der fachärztlichen Versorgung offen stehenden arztgruppenübergreifenden allgemeinen Gebührenordnungspositionen (GOP) nach Teil II des EBM sowie den arztgruppenübergreifenden, bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähigen GOP nach Teil IV des EBM – nur die arztgruppenspezifischen GOP des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach Teil III.a Kapitel 3.2 abrechnen. An der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte dürfen im Bereich der Rheumatologie demgegenüber – neben den o.g. Leistungen der Teile II und IV des EBM – nur GOP der Kapitel 13.2 ("Gebührenordnungspositionen der allgemeinen internistischen Grundversorgung") und 13.3.8 ("Gebührenordnungspositionen der Rheumatologie" innerhalb der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung) abrechnen. Zu letzterem zählen neben den drei (vom Patientenalter abhängigen) Grundpauschalen (GOP 13690 – 13692) und mehreren Zuschlägen (GOP 13694 – 13697) die Zusatzpauschalen für die Behandlung besonderer Indikationen (GOP 13700) sowie für "rheumatologische

Funktionsdiagnostik bzw. rheumatologisches Assessment mittels Untersuchungsinventaren" (GOP 13701).

bb. Diese Unterschiede sind von Bedeutung, obwohl es dem Kläger nicht verwehrt ist, die in Kapitel 13.3.8 EBM genannten fachärztlichen Leistungen zu erbringen (der EBM versagt ihm lediglich die Abrechnung dieser Leistungen). Denn es entspricht der Lebenserfahrung, dass ein Arzt Leistungen, die er nicht vergütet erhält, auch nicht erbringen wird, sofern er die Erbringung beeinflussen kann. Ein Abrechnungsausschluss wirkt zwangsläufig auf die Erbringung der Leistungen ein (BSG, Urteil vom 28. August 2013 - [B 6 KA 36/12 R](#) -, juris). Es ist daher zu erwarten, dass der Kläger die dem fachärztlichen Abrechnungsbereich zugeordneten rheumatologischen Leistungen in verstärktem Umfang oder gar erstmalig erbringen wird. Darin liegt eine Verbesserung der Versorgung, weil diese Leistungen von einem zusätzlichen Arzt angeboten und erbracht werden.

b. Bei der Prüfung, ob durch den Wechsel des Versorgungsbereichs eine Verbesserung der Versorgung zu erwarten ist, darf die bisherige Leistungserbringung durch den Kläger nicht berücksichtigt werden. Die bisherige Praxis des Beklagten führt zu gleichheitswidrigen Ergebnissen. Denn würde der Kläger seine Praxis ohne vertragsärztliche Zulassung führen und wäre somit nur privatärztlich tätig, wäre seine bisherige Leistungserbringung bei der Frage nach einer Versorgungsverbesserung unbeachtlich. Aufgrund des bestehenden Versorgungsmangels müsste ihm dann eine Sonderbedarfszulassung erteilt werden. Allein die Tatsache, dass der Kläger bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, benachteiligt ihn gegenüber bislang rein privatärztlich tätigen Rheumatologen. Dies ist vor dem Hintergrund des in [Art. 3 GG](#) verankerten Gleichbehandlungsgebots und der gleichzeitig in den Blick zu nehmenden Berufsausübungsfreiheit ([Art. 12 GG](#)) nicht zu rechtfertigen.

c. Die vom Beklagten und vom Sozialgericht vertretene Rechtsauffassung hätte zur Folge, dass der Anwendungsbereich von § 38 Bedarfsplanungs-RL erheblich eingeschränkt wäre. Die auch im Falle des Klägers einschlägige Konstellation eines Arztes, der trotz einer dem fachärztlichen Bereich angehörenden Facharztanerkennung im hausärztlichen Bereich tätig ist, würde von § 38 Bedarfsplanungs-RL de facto nicht mehr erfasst, weil bei lebensnaher Betrachtung ein solcher Arzt regelmäßig in verstärktem Maße wegen Leistungen auf dem Gebiet seiner Facharztanerkennung aufgesucht und dort auch tätig wird (das Vorbringen des Klägers zum Anteil seiner an rheumatischen Erkrankungen leidenden Patientinnen und Patienten belegt dies anschaulich). Diesem Arzt könnte stets entgegen gehalten werden, dass durch einen Bereichswechsel keine Verbesserung der Versorgung einträte. § 38 Bedarfsplanungs-RL wäre dann "nur noch" auf Ärzte mit mehreren Facharztanerkennungen und dem Wunsch nach einem Bereichswechsel anwendbar.

d. Schließlich würde die vom Beklagten und vom Sozialgericht vertretene Auffassung dazu führen, dass Ärzte, die sich bei ihrer erstmaligen Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung – warum auch immer – für den "falschen" Versorgungsbereich entschlossen haben, dauerhaft an diese Entscheidung gebunden wären. Dem lässt sich nur rechtlich entgegen halten, dass es dem Kläger freistehe, sich auf einen ausgeschriebenen Facharztsitz zu bewerben. Angesichts der bestehenden Zulassungsbeschränkungen bei fachärztlich tätigen Internisten und im Hinblick auf einen Versorgungsgrad von 258,6 %, bezogen auf B insgesamt (vgl. Bedarfsplan 2013 für den Zulassungsbezirk B (ergänzt mit Wirkung vom 30.09.2015), S. 18; veröffentlicht unter <https://www.kvb.de/20praxis/10zulassung/55bedarfsplan/bedarfsplan2013.erg.pdf>), bzw. einen auf die Verwaltungsbezirke bezogenen Versorgungsgrad zwischen 155,7 % in Treptow-Köpenick und 330 % in Mitte ("Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung - Fortschreibung gemäß Protokollnotiz zum Letter of Intent (LOI)" durch das Gemeinsame Landesgremium nach [§ 90a SGB V](#), Stand: 01.07.2017; veröffentlicht unter [https://www.b.de/sen/gesundheits/themen/ambulante-versorgung/landesgremium/Ambulante\\_Bedarfsplanung](https://www.b.de/sen/gesundheits/themen/ambulante-versorgung/landesgremium/Ambulante_Bedarfsplanung)) kann der Kläger einen fachinternistischen Arztsitz faktisch nur im Wege der Nachbesetzung erlangen. Der damit verbundene Praxiskauf aber ist für internistische Rheumatologen, die zur Leistungserbringung typischerweise mit einer vergleichsweise "schlanken" Praxisausstattung auskommen (anders als etwa die wesentlich stärker apparateabhängige Behandlung in den internistischen Schwerpunktbereichen Nephrologie, Gastroenterologie, Pneumologie, Kardiologie oder Hämatologie/Onkologie) und innerhalb der fachärztlich tätigen Internisten im Zulassungsbezirk der Beigeladenen zu 1) das geringste Honorar erzielen (vgl. deren Honorarbericht I/18, veröffentlicht unter [www.kvb.de/20praxis/30abrechnung\\_honorar/honorarbericht\\_2018\\_q\\_1.pdf](http://www.kvb.de/20praxis/30abrechnung_honorar/honorarbericht_2018_q_1.pdf)) nur dann finanziell attraktiv, wenn auch der praxisabgebende Vertragsarzt den Schwerpunkt Rheumatologie aufweist. Vor diesem Hintergrund ist es im Übrigen äußerst unwahrscheinlich, dass der o.g. Versorgungsmangel in diesem Bereich durch fachärztlich tätige Internisten mit dem Schwerpunkt Rheumatologie beseitigt werden kann.

e. Die Rechtsauffassung des Beklagten überzeugt auch deshalb nicht, weil sie nicht zu einer Befriedigung des auch von ihm angenommenen Versorgungsmangels im Bereich der internistischen Rheumatologie beiträgt, sondern ihr durch eine zu restriktive Auslegung der einschlägigen normativen Vorgaben eher entgegensteht. Der beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung und den beigeladenen Krankenkassen(-verbände) als Trägerorganisationen des Beklagten obliegt jedoch gemäß [§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gemeinsam die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Berlin. Der daraus resultierenden Pflicht, erkannte Versorgungsmängel mit den hierzu vorgesehenen Instrumenten weitest möglich zu beseitigen, sind sie im hier betroffenen Bereich der internistischen Rheumatologie bislang nicht im erforderlichen Umfang nachgekommen.

f. Unberechtigt ist der Einwand des Beklagten, durch einen Wechsel des Versorgungsbereichs erlange die klägerische Praxis eine erhebliche Wertsteigerung. Denn dies ist nach den normativen Vorgaben für einen Wechsel des Versorgungsbereichs ohne jede Bedeutung. Darüber hinaus dürfte eine solche Wertsteigerung – die im übrigen vom Beklagten nur behauptet, aber in keiner Weise belegt wurde – nicht nur unwesentlich von Umständen abhängen, auf die der Kläger keinerlei Einfluss hat, wie etwa das Honorargefüge im Bereich der Beigeladenen zu 1), die nicht nach Schwerpunkten differenzierende Zulassungspraxis im fachärztlichen Bereich oder der Patientenzulauf infolge der Schließung anderer rheumatologischer Praxen.

3. Liegen die Voraussetzungen für einen Wechsel des Versorgungsbereichs vor, hat der Kläger einen Rechtsanspruch auf eine diesbezügliche Genehmigung.

Beim Wechsel des Versorgungsbereichs – wegen der engen rechtlichen Verknüpfung mit der Zulassung ein statusrelevanter Verwaltungsakt – handelt es sich ebenso wie bei der Verlegung des Praxissitzes (BSG, Urteil vom 03. August 2016 - [B 6 KA 31/15 R](#) -, juris) oder der Führung einer Zweigpraxis (§ 24 Abs. 3 Satz 5 und 6 Ärzte-ZV; BSG, Urteil vom 05. Juni 2013 - [B 6 KA 29/12 R](#) -, juris) um ein generell zulässiges, dem grundrechtlichen Schutz der Berufsfreiheit durch [Art. 12 Abs. 1 GG](#) unterfallendes Verhalten (so auch SG Marburg a.a.O.), das lediglich im Hinblick auf übergeordnete schützenswerte Rechtspositionen einer präventiven Kontrolle unterzogen werden soll. Das erfordert eine Überprüfung des beantragten Wechsels anhand der Bedarfsplanung und der Versorgungslage. Ergeben sich insofern keine Bedenken, ist der

durch [Art. 12 Abs. 1 GG](#) geschützten Wahl des Versorgungsbereichs durch den Vertragsarzt zu entsprechen. Für Ermessenserwägungen ist hier, wie bei anderen statusrelevanten Entscheidungen, regelmäßig kein Raum (vgl. BSG, Urteil vom 03. August 2016 – [B 6 KA 31/15 R](#) –, juris, m.w.N.).

4. Die erteilte Genehmigung ist auf die Abrechnung solcher Leistungen zu beschränken, die im Zusammenhang mit der Behandlung rheumatologischer Erkrankungen stehen. Denn § 38 Bedarfsplanungs-RL verweist umfassend auf § 36 (und konkludent auch § 37) Bedarfsplanungs-RL ("Die Bestimmungen in § 36 gelten entsprechend"). Die Verweisung erfasst demnach auch die in § 36 und § 37 Bedarfsplanungs-RL genannten Rechtsfolgen. Dementsprechend hat nach § 36 Abs. 6 Bedarfsplanungs-RL die Zulassung wegen qualifikationsbezogenem Sonderbedarf mit der Maßgabe zu erfolgen, dass für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, abrechnungsfähig sind. Bei einem Wechsel des Versorgungsbereichs gilt dies ebenso.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#), [§ 162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung ([§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2019-02-11