

S 38 KA 971/16

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG München (FSB)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

38

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 38 KA 971/16

Datum

24.01.2018

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die in § 26 Abs. 4 Nr. 3 Bedarfsplanungsrichtlinie genannten Auswahlkriterien sind ebenfalls wie die in [§ 103 Abs. 4 S. 5 SGB V](#) genannten nicht abschließend, zumal den Zulassungsgremien ein pflichtgemäßes Ermessen eingeräumt ist (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2013, Az [B 6 KA 19/12 R](#)).

2. Aus der Formulierung „bestmögliche Versorgung der Versicherten“ in § 26 Abs. 4 Nr. 3 sechster Spiegelstrich Bedarfs-Planungsrichtlinie ergibt sich, dass auch für die spezialisierte fachärztliche Versorgung trotz der Großräumigkeit des Planungsbereichs (§ 13 Abs. 1 Nr. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie = Raumordnungsregion) zumindest indirekt eine möglichst flächendeckende und wohnortnahe Versorgung bei gleichmäßiger Verteilung der Vertragsarztsitze anzustreben ist (vgl. SG Marburg, Urteil vom 16.03.2016, Az [S 12 KA 170/15](#)). Die Geltung einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung führt aber nicht dazu, dass „exzentrische“ Lagen besonders berücksichtigt werden müssten.

3. Eine sonstige Beschäftigung steht einer vertragsärztlichen Tätigkeit nunmehr dann entgegen, wenn sie zur Ungeeignetheit der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit im Sinne von § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV führt. Bei der Begrifflichkeit „Ungeeignetheit“ handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der einzelfallbezogen auszulegen ist. In diesem Zusammenhang wird zu differenzieren sein zwischen den jeweiligen Fachgebieten. Daneben wird es auch auf die berufliche Stellung im Rahmen der sonstigen Beschäftigung ankommen.

I. Der Bescheid des Beklagten vom 10.11.2016 (Az.) wird insoweit aufgehoben, als Herr Dr. C. zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen und der Widerspruch des Klägers zurückgewiesen worden ist.

II. Der Beklagte wird verurteilt, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

III. Der Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Klage richtet sich gegen den Beschluss des Berufungsausschusses vom 06.10.2016 nach Entsperrung für e i n e n Vertragsarztsitz (Radiologie) durch den Landesausschuss (Beschluss vom 10.06.2013). Der Beigeladene zu 8 wurde als für den Vertragsarztsitz in C-Stadt , Planungsbereich Raumordnungsregion Oberland zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen (Bedarfsplanungsfaktor 1,0). Dagegen wurden die Anträge der übrigen Bewerber, MVZ E-Stadt , Dr. F. (C-Stadt) und der des Klägers (G-Stadt)) zurückgewiesen. Vorausgegangen waren der Beschluss des Zulassungsausschusses vom 23.10.2013 (Beschluss zu Gunsten des Bewerbers Dr. C.= Beigeladener zu 8.). Dem folgte der Antrag des Beigeladenen zu 8 auf Sofortvollzug, der mit Beschluss des Sozialgerichts München vom 10.03.2014 (Aktenzeichen S 38 KA 130/14 ER) abgelehnt wurde. Mit Beschluss des Beklagten vom 26.06.2014 hob dieser die Entscheidung des Zulassungsausschusses vom 23.10.2013 auf und ließ den Bewerber Dr. F. zur vertragsärztlichen Tätigkeit zu. Die Anträge der übrigen Bewerber wurden abgelehnt, weshalb diese Klagen zum Sozialgericht München einlegten. Hierüber wurde mit Urteilen vom 27.04.2016 (Az. [S 38 KA 1388/14](#), [S 38 KA 1381/14](#) und [S 38 KA 1377/14](#)) entschieden. Im Ergebnis vertrat das Sozialgericht München die Auffassung, die Auswahlentscheidung sei insgesamt neu zu treffen. In dem nachfolgenden, nunmehr angefochtenen Beschluss des Beklagten vom 06.10.2016 kam dieser zur Auffassung, die berufliche Eignung, das Approbationsalter und die Dauer der ärztlichen Tätigkeit sei bei allen Bewerbern gleichermaßen zu bewerten. Der Gesichtspunkt der Versorgungskontinuität spreche für Frau Dr. H. (MVZ E-Stadt) und Herrn Dr. F. (C-Stadt). Maßgeblich komme es aber unter dem Gesichtspunkt einer gleichmäßigen Versorgung der Patienten auf den Standort an. Hier sei festzustellen, dass der Standort G-Stadt am schlechtesten erreichbar sei und nur für eine geringe Anzahl von Patienten eine Verbesserung darstelle. Insgesamt sei daher der Standort G-Stadt nicht geeignet. Der Beigeladene zu 8 (Standort C-Stadt) habe glaubhaft versichert, es gebe eine Vielzahl von

Anrufen von Patienten, die an ihn herangetreten seien und bei denen Kassenkostenerstattung bei den Krankenkassen beantragt worden sei. Andererseits spreche für den Kläger der Gesichtspunkt der Behandlung von am T-See ansässigen Patienten zur Abklärung. Der Kläger sei programmverantwortlicher Arzt (PVA) für die Screening-Einheit J. Diesem Gesichtspunkt der Verbesserung der Versorgung stünden Erreichbarkeitsdefizite für Patienten aus dem Norden der Screening-Einheit gegenüber. Insgesamt sei am ehesten von einem Bedarf im Landkreis K-Stadt auszugehen. Hinzu komme auch die gute verkehrsmäßige Anbindung. Der Beigeladene zu 8 sei deshalb der geeignetste Bewerber. Mit Beschluss vom 13.03.2017 (Az. [S 38 KA 47/17 ER](#)) wurde der Antrag des Beigeladenen zu 8 auf Anordnung der sofortigen Vollziehung abgelehnt. Die dagegen eingelegte Beschwerde zum Bayerischen Landessozialgericht (Az.) wurde zurückgewiesen. Das Bayerische Landessozialgericht hob hervor, wesentlicher Gesichtspunkt bei der Auswahlentscheidung sei die Standortfrage. Ferner wurde zur Aussage des Beklagten, am Standort C-Stadt gebe es eine Vielzahl von Anrufen von Patienten, die darauf verweisen würden, dass ein zeitnaher Termin für radiologische Leistungen im ambulanten Bereich nicht verfügbar sei und insoweit auf Kostenerstattungen verwiesen würden, angemerkt, es sei als offen zu bezeichnen, ob eine derartige Aussage ohne weiteren Beleg maßgeblich für die Beurteilung der Standortfrage sein könne. Zum Kriterium "PVA" bei dem Kläger als maßgeblich für die Auswahlentscheidung wurde ausgeführt, auch dies sei zumindest als offen zu bezeichnen. In der Klagebegründung vom 17.03.2017 und weiteren Schriftsätzen bemängelte der Prozessbevollmächtigte des Klägers die seines Erachtens nicht ausreichende Sachverhaltsaufklärung. So seien die Anzahl der Kostenerstattungsfälle in C-Stadt und die dort bestehenden Wartezeiten nicht festgestellt worden. Ferner sei für die Bedarfsdeckung in C-Stadt die Filialpraxis in K-Stadt zu berücksichtigen. Dort gebe es massive tatsächlich und real vorhandene Kapazitäten mit 2.500 Fällen/Quartal. Mit der Filiale seien auch Mehrbehandlungen ohne weiteres möglich. Für den Standort G-Stadt spreche, dass die Region westlich und südlich des T-Sees radiologisch bisher nicht erschlossen sei. Bestehende Praxen seien vergleichsweise nur schlecht erreichbar. Zu berücksichtigen sei ferner, dass es am T-See viele Inhaber von Zweitwohnsitzen und Tagestouristen gebe. Insofern sei auch der Tourismusaspekt am T-See zu berücksichtigen. Was den Tourismus im Landkreis K-Stadt betreffe, handle es sich zwar auch um eine Tourismusregion, jedoch sei nicht auf den Landkreis K-Stadt, sondern auf C-Stadt abzustellen. Das Einzugsgebiet von I-Stadt sei wesentlich größer, was Gästeankünfte und Übernachtungen betreffe. Aufgrund der Feststellungen zum Tourismusschwerpunkt im Landkreis L-Stadt spreche die sogenannte "exzentrische" Lage von I-Stadt gerade für diesen Praxisstandort. Auch sei das von ihm angebotene Mammographie-Screening zu berücksichtigen. Denn es sei von einer deutlichen Verbesserung des Mammographie-Screenings im Landkreis L-Stadt auszugehen. Es handle sich um ein Alleinstellungsmerkmal. Für die Patientinnen sei es sehr beschwerlich und unzumutbar, zur Abklärungsdiagnostik die Praxen in M-Stadt und N-Stadt aufzusuchen. O-Stadt sei gerade kein Abklärungsstandort, weil die in §§ 22 Abs. 5, 31 Abs. 2 der Anlage 9.2 zum Bundesmantelvertrag genannten besonderen Voraussetzungen für einen Abklärungsstandort dort nicht gegeben seien. In diesem Zusammenhang sei darauf hinzuweisen, dass das Fraunhofer-Institut dringend die Einrichtung eines Abklärungsstandortes im Landkreis L-Stadt empfohlen habe. Anders als vom Berufungsausschuss befürchtet, seien durch die Tätigkeit des Klägers in G-Stadt für andere Patientinnen keine Erreichbarkeitsdefizite zu erkennen. Denn es gebe, wie bereits mitgeteilt, einen zweiten "PVA", nämlich in der Person von Dr. P. In seiner Klageerwiderung und den nachfolgenden Äußerungen ging der Beklagte zunächst auf den Gesichtspunkt "Tourismus" ein. Dabei wurde die Auffassung vertreten, in K-Stadt gebe es mehr Übernachtungsgäste und auch mehr Tagesgäste. Auch sei die Sachaufklärung im Zusammenhang mit der Einlassung des Beigeladenen zu 8. nicht zu beanstanden. Im Landkreis L-Stadt seien zwei Radiologen mit jeweils einem vollen Vertragsarztsitz niedergelassen. Die Praxis in Q-Stadt sei verkehrsmäßig in der Mitte des relevanten Verkehrsnetzes verortet. Nach Auffassung des Beklagten (Schreiben vom 07.10.2017) spreche für den Kläger zwar dessen besondere Qualifikation auf dem Gebiet der Mammographie-Untersuchungen. Bei 6.000 Screening-Untersuchungen pro Zeiteinheit und 3-8 % für ein nachlaufendes Gespräch sei von einer Patientenzahl von 180-480 auszugehen. Auch nach dem Vortrag des Klägers gebe es lediglich 400 anreisende Versicherte jährlich aus dem Landkreis L-Stadt zur Abklärungsdiagnostik. Diesen Patienten werde ein erheblicher Reiseaufwand zugemutet. Es handle sich aber um eine relativ geringe Patientenzahl, so dass dem keine streitentscheidende Bedeutung beizumessen sei. Der Kläger müsse zumindest konkretisieren, ob der Standort M-Stadt oder N-Stadt von den Patienten wahrgenommen werde und ob es wegen der erforderlichen Anreise zu Vorbehalten gegenüber dem Screening-Programm gekommen sei. Diesbezüglich fehle jeglicher Vortrag. Nach Darstellung des Beklagten (Schreiben vom 20.11.2017) sind im Quartal 1/2017 in der Filialpraxis in K-Stadt 2.287 Fälle behandelt worden, bei denen "umschichtig/parallel" neun Radiologen tätig gewesen seien. Dies sei bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urteil vom 08.10.2010, Az. [B 6 KA 36/09 R](#)). Im Schriftsatz vom 28.12.2017 bezeichnete der Berufungsausschuss die Tätigkeit der Münchner Radiologen als "elastisch-nachfragebezogen", die den erheblichen Arbeitsanfall in der Filiale praktisch zu bewältigen sich in der Lage gesehen hätten. Angemerkt wurde ferner, die Erwägung "Bedarf in C-Stadt " gerade wegen Patienten mit anschließenden Kostenerstattungsverfahren bei deren "eigenen" gesetzlichen Krankenkassen" habe sich angesichts der sich laufend weiter entwickelten Faktenlage als wenig tragfähig erwiesen. Die Krankenkassen hätten hierzu überhaupt nichts bestätigt. Dies spreche wortlos für sich, allerdings nicht für den Beigeladenen. Für den Prozessbevollmächtigten des Beigeladenen zu 8 ist die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes im Hinblick auf das Kriterium der bestmöglichen Versorgung der Patienten von wesentlicher Bedeutung. Zum Standort C-Stadt wurde ausgeführt, der Landkreis K-Stadt sei insgesamt homogen, die Entfernung zwischen C-Stadt und K-Stadt betrage zwar nur 24,6 km , jedoch sei je nach Verkehrssituation die Fahrzeit unverhältnismäßig lange, teilweise 2 Stunden. Dagegen sei die radiologische Versorgung in den Gemeinden im T-Seer Tal ausgezeichnet; und dies ohne Staufallen. So betrage die Fahrtstrecke von R-Stadt nach Q-Stadt nur 8,6 km. Die radiologischen Praxen seien ohne weiteres mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. Hinzuweisen sei ferner auf einen signifikant erhöhten Anteil an alten Patienten in K-Stadt mit einer höheren Nachfrage nach radiologischen Leistungen (Positionspapier "Lokale Entwicklungsstrategie Landkreis K-Stadt 2020 für Leader 2014-2020). Außerdem sei die Standortfrage durch den Beklagten ausreichend geprüft worden. Der Landkreis L-Stadt sei mit radiologischen Praxen gut ausgestattet. Nach Auffassung des Prozessbevollmächtigten des Beigeladenen zu 8 komme der PVA-Eigenschaft des Klägers keine entscheidungserhebliche Bedeutung zu. Im Übrigen versorge der Kläger Patientinnen über eine Kooperationseinheit mit den Radiologen Professor Dr. T. u.a. in O-Stadt. Fraglich sei außerdem, ob die Reduzierung der Tätigkeit als ärztlicher Leiter im MVZ M-Stadt auf 10 Stunden/Woche dem Kläger erlaube, ortsfern eine Praxis zu führen. Im Übrigen sei der Kläger seit 19.05.2017 Honorarkonsul der Republik U. mit Sitz in B-Stadt. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass die gerichtliche Überprüfung darauf beschränkt sei, ob der Beklagte sein Ermessen fehlerhaft ausgeübt habe und der Kläger durch den Ermessensfehler beschwert sei (BSG, Urteil vom 20.03.2013, Az. [B 6 KA 19/12 R](#)).

In der mündlichen Verhandlung am 24.01.2018 stellte der Prozessbevollmächtigte des Klägers den Antrag aus dem Schriftsatz vom 17.03.2017.

Der Vertreter des Beklagten beantragte, die Klage abzuweisen.

Der Vertreter des Beigeladenen zu 8 stellte den Antrag aus dem Schriftsatz vom 09.05.2017.

Die Vertreterin der Beigeladenen zu 1 stellte keinen Antrag.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung war die Beklagtenakte, die Klageakten aus den Verfahren unter den Az. [S 38 KA 1388/14](#), [S 38 KA 1381/14](#) und [S 38 KA 1377/14](#) sowie die Antragsakte aus dem Verfahren unter dem Az. [S 38 KA 47/17 ER](#). Im Übrigen wird auf die Schriftsätze der Beteiligten, sowie auf die Sitzungsniederschrift vom 24.01.2018 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zum Sozialgericht München eingelegte Klage ist zulässig und erweist sich auch als begründet. Die Entscheidung des Berufungsausschusses (Sitzung vom 06.10.2016) ist als rechtswidrig anzusehen und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Gegenstand des Verfahrens ist nicht die Frage der Nachbesetzung eines frei gewordenen Vertragsarztsitzes in einem übersorgten, gesperrten Gebiet nach [§ 103 Abs. 4 SGB V](#), sondern die Besetzung eines freien Vertragsarztsitzes nach Teilentsperrung durch den Landesausschuss im Rahmen einer Auswahlentscheidung unter mehreren Bewerbern (Kläger und Beigeladener zu 8). Nachdem den Zulassungsgremien ein Entscheidungsspielraum eröffnet ist, ist die gerichtliche Rechtskontrolle beschränkt (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2013 ; Az. [B 6 KA 19/12 R](#); LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 20.07.2007, Az. [L 5 KA 3384/06 ER-B](#)). Konkret reduziert sich die gerichtliche Überprüfung darauf, ob die Behörde von einem vollständigen und richtigen Sachverhalt ausgegangen ist, die rechtlichen Grenzen ihres Ermessensspielraums eingehalten wurden und von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat. "Eine danach rechtsfehlerfreie Auswahlentscheidung muss das Gericht hinnehmen; es ist nicht befugt, an Stelle der Zulassungsinstanzen eine eigene Auswahlentscheidung zu treffen."

Rechtsgrundlage für die Auswahlentscheidung des Beklagten ist § 26 Abs. 4 Nr. 3 Bedarfsplanungsrichtlinie, nicht aber [§ 103 Abs. 4 S. 5 SGB V](#), da diese Vorschrift nur bei einer Auswahlentscheidung zur Praxisnachbesetzung in übersorgten, gesperrten Gebieten gilt (vgl. SG Nürnberg, Urteil vom 25.01.2017, Az. [S 1 KA 4/16](#)). Die in § 26 Abs. 4 Nr. 3 Bedarfsplanungsrichtlinie genannten Auswahlkriterien sind ebenfalls wie die in [§ 103 Abs. 4 S. 5 SGB V](#) genannten nicht abschließend, zumal den Zulassungsgremien ein pflichtgemäßes Ermessen eingeräumt ist (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2013, Az. [B 6 KA 19/12 R](#)). Auswahlkriterien sind die berufliche Eignung, die Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit, das Approbationsalter, die Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. [§ 103 Abs. 5 S. 1 SGB V](#), die bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes und die Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (siehe z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit, Feststellungen nach § 35). Der Beklagte hat, wie bereits vom Bayerischen Landessozialgericht in seiner Beschwerdeentscheidung vom 2. November 2017 (Az.) angedeutet, den Sachverhalt nicht ausreichend ermittelt, was sich zwangsläufig auf die Auswahlentscheidung auswirken musste. Nach Entsperrung durch den Landesausschuss war vom Beklagten zunächst über die Anträge von vier Bewerbern für den freigewordenen Vertragsarztsitz im Bereich "Radiologie" (e i n voller Versorgungsauftrag) zu entscheiden. In der erneuten Entscheidung des Berufungsausschusses nach den rechtskräftigen Urteilen des Sozialgerichts München vom 27.04.2016 (Az. [S 38 KA 1377/14](#), [S 38 KA 1388/14](#) und [S 38 KA 1381/14](#)) hatte sich der Berufungsausschuss erneut mit dem Widersprüchen der Bewerber zu befassen. Von den drei abgelehnten Bewerbern hat lediglich der Kläger Klage zum Sozialgericht München einlegen lassen. Somit reduziert sich im streitgegenständlichen Verfahren die zu überprüfende Auswahlentscheidung auf die Frage, ob dem Kläger der Vertragsarztsitz zuzusprechen ist oder dem Beigeladenen zu 8. Wie das Bayerische Landessozialgericht in seinem Beschluss vom 2. November 2017 (Az.) im Zusammenhang mit dem Antrag des Beigeladenen zu 8 auf Anordnung des Sofortvollzugs ausgeführt hat, mit dem die vorausgegangene Entscheidung des Sozialgerichts München vom 13.03.2017 (Az. [S 38 KA 47/17 ER](#)) bestätigt wurde, konnte eine offensichtliche Rechtmäßigkeit, aber auch eine offensichtliche Rechtswidrigkeit der Entscheidung des Berufungsausschusses jedenfalls im summarischen Verfahrens nicht festgestellt werden. Es wurde die Auffassung vertreten, der Ausgang des Hauptsacheverfahrens sei offen, weshalb der Antrag auf Anordnung des Sofortvollzugs abzulehnen sei. Allerdings hat das Bayerische Landessozialgericht verschiedene Punkte angesprochen, die seines Erachtens auch für den Ausgang des Hauptsacheverfahrens von Bedeutung sein könnten. Das Gericht hat hervorgehoben, wesentlicher Gesichtspunkt der Auswahlentscheidung sei zunächst die Standortfrage. In dem Zusammenhang wurde ausgeführt, es sei zumindest als offen zu bezeichnen, ob die Aussage des Beklagten, am Standort C-Stadt gebe es eine Vielzahl von Anrufen von Patienten, die darauf hinweisen würden, dass ein zeitnaher Termin für radiologische Leistungen im ambulanten Bereich nicht verfügbar sei und insoweit die Patienten auf Kostenerstattungen verwiesen würden, ohne weiteren Beleg maßgeblich für die Beurteilung der Standortfrage sein könne. Ferner hat es die Meinung vertreten, eine hypothetisch mögliche Bedarfsdeckung durch Ermächtigungen sei nicht in die Auswahlentscheidung einzubeziehen. Auch sei es für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit des streitgegenständlichen Bescheides vom 06.10.2016 unmaßgeblich, dass später eine Teil-Entsperrung in Höhe von 0,5 mit der Folge der Zulassung des Dr. S. in Q-Stadt stattfand. Dagegen sei es zumindest offen, das Alleinstellungsmerkmal "PVA" des Beigeladenen im Beschwerdeverfahren, hier des Klägers nochmals als maßgeblich für die Auswahlentscheidung "hervorzuheben". Zudem werde im Hauptsacheverfahren zu klären sein, ob - unabhängig von Haftungsfragen - eine Tätigkeit des Beschwerdeführers, hier des Beigeladenen zu 8 im Umfang von 15 Wochenstunden in der BG Unfallklinik C-Stadt einer Vollzulassung entgegenstehe, zumal das SG selbst nur einen Tätigkeitsumfang von maximal 13 Wochenstunden neben einer Vollzulassung für zulässig angesehen habe. Auch das Sozialgericht München sieht in der Standortfrage ein wesentliches Kriterium für die zu treffende Auswahlentscheidung. Es geht um die Standorte C-Stadt (Standort des Beigeladenen zu 8) und G-Stadt (Standort des Klägers). Nach § 13 Abs. 1 Nr. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie gehört die Arztgruppe der Radiologen zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung. Planungsbereich ist nach § 13 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Expressis verbis ist zwar eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung für den Bereich Radiologie nicht vorgesehen. In § 26 Abs. 4 Nr. 3 sechster Spiegelstrich Bedarfsplanungs-Richtlinie wird jedoch als eines der Auswahlkriterien, die auch für die spezialisierte fachärztliche Versorgung gelten, die "bestmögliche Versorgung der Versicherten" genannt. Aus der Formulierung "bestmögliche Versorgung der Versicherten" in § 26 Abs. 4 Nr. 3 sechster Spiegelstrich Bedarfs-Planungsrichtlinie ergibt sich, dass auch für die spezialisierte fachärztliche Versorgung trotz der Großräumigkeit des Planungsbereichs (§ 13 Abs. 1 Nr. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie = Raumordnungsregion) zumindest indirekt eine möglichst flächendeckende und wohnortnahe Versorgung bei gleichmäßiger Verteilung der Vertragsarztsitze anzustreben ist (vgl. SG Marburg, Urteil vom 16.03.2016, Az. [S 12 KA 170/15](#)).

Somit ist auch bei einer solchen Auswahlentscheidung ein Bedarf seitens der Zulassungsgremien zu ermitteln; d.h. die regionalen Besonderheiten und Gegebenheiten, insbesondere der Bedarf im Einzugsbereich der avisierten Praxisstandorte, Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geographische Besonderheiten und Verkehrsanbindung der avisierten Praxisstandorte, bereits vorhandene Vertragsarztsitze mit ihren Standorten, aber auch etwaige Standorte von Filialpraxen. Zwar ist hier nach Auffassung des Gerichts keine so exakte Bedarfsprüfung wie beispielsweise bei einer Sonderbedarfszulassung nach §§ 36, 27 Bedarfsplanungsrichtlinie durch Befragung von Ärzten

und Objektivierung der subjektiven Angaben zwingend erforderlich. Es genügt vielmehr eine allgemeine, jedoch nachvollziehbare Einschätzung des Bedarfs an radiologischen Leistungen, verbunden mit einer Gegenüberstellung des Bedarfs an den einzelnen avisierten Standorten. Dies ist bislang durch die Zulassungsgremien noch nicht ausreichend geschehen und wird deshalb nachzuholen sein.

Der avisierte Standort des Klägers (G-Stadt im Landkreis L-Stadt) ist davon geprägt, dass im Hinblick auf die Grenzlage zu Österreich zumindest nach einer Seite hin das Hinterland fehlt und insofern der Standort als "exzentrisch" anzusehen ist, was die Klägerseite als Kriterium ansieht, das gerade für den klägerischen Standort spreche. Grds. sind "exzentrische Lagen" nicht als geeignete Standorte für einen Vertragsarztsitz anzusehen. Nur ausnahmsweise können diese im Rahmen eines lokalen Sonderbedarfs nach § 36 Bedarfsplanungs-Richtlinie Berücksichtigung finden. Ein solcher Fall liegt hier jedoch nicht vor. Vielmehr ist bei einer Auswahlentscheidung zwischen mehreren Bewerbern nach Teilentsperrung für ein Fachgebiet, dessen Planungsbereich die Raumordnungsregion ist, auf die gleichmäßige Verteilung der Vertragsarztsitze zu achten, wie sich auch aus § 26 Abs. 4 Nr. 3 sechster Spiegelstrich Bedarfsplanungs-Richtlinie ableiten lässt. Die Geltung einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung führt nicht dazu, dass "exzentrische" Lagen besonders berücksichtigt werden müssten. Denn eine "exzentrische Lage" eines Vertragsarztsitzes wäre kaum zu vereinbaren mit der gleichmäßigen Verteilung der Vertragsarztsitze in einem großräumigen Planungsbereich, auf den für die spezielle fachärztliche Versorgung abzustellen ist. Insofern kann dem Kläger aus der "exzentrischen Lage" des von ihm gewählten Praxisstandortes in G-Stadt kein Vorteil gegenüber anderen Bewerbern, die einen weniger "exzentrischen Standort" als Praxisstandort anstreben, erwachsen.

Dagegen ist der vom Beigeladenen zu 8 avisierte Standort C-Stadt nach allen Himmelsrichtungen offen, wenn man von dem noch bestehenden "Nadelöhr" in V-Stadt/W-Stadt absieht, und deshalb grundsätzlich günstiger zu beurteilen. Der Bedarf an radiologischen Leistungen ergibt sich zunächst aus der Zahl der einheimischen Bevölkerung (mit 86.588 Einwohnern im Landkreis K-Stadt und mit 95.971 Einwohnern im Landkreis L-Stadt). Dabei stellt sich nach den Statistiken des Bayerischen Landesamtes die demographische Lage im Landkreis K-Stadt in der Tat ungünstiger dar als im Landkreis L-Stadt (K-Stadt: 28,1 % der Einwohner älter als 65 Jahre; L-Stadt: 22,5 % der Einwohner älter als 65 Jahre; beides Stand 31.12.2016), woraus sich eine größere Nachfrage nach radiologischen Leistungen ergeben könnte. Andererseits sind die Bevölkerungszahlen nicht identisch (ca. 10.000 Einwohner weniger im Landkreis K-Stadt), so dass damit die demographischen Unterschiede keine entscheidungserhebliche Rolle spielen dürften. Hinzu kommt aber in Tourismusgebieten, zu denen beide Standorte gehören, auch der Umfang des Tourismusaufkommens, insbesondere Zahl der Übernachtungen, da Tagestouristen, abgesehen von Notfällen keine Nachfrage nach radiologischen Leistungen auslösen dürften. Zwar dürfte das Tourismusaufkommen im Landkreis K-Stadt insgesamt höher sein, als im Landkreis L-Stadt. Dabei wäre es durchaus sachgemäß, nicht auf den Landkreis K-Stadt insgesamt, sondern auf das gesamte Tourismusaufkommen in C-Stadt und Umgebung abzustellen, zumal die Entfernung von über 20 km zwischen C-Stadt und K-Stadt, deren regionale Unterschiede und die bekannte Engstelle in V-Stadt/W-Stadt nach Autobahnende dazu beitragen, dass de facto von zwei Tourismuszentren mit unterschiedlicher Frequenz gesprochen werden kann. Was den Standort G-Stadt betrifft, wäre es zumindest ebenfalls nicht inkonsequent, auch hier nicht das Tourismusaufkommen im Landkreis L-Stadt zur Gänze einzubeziehen, sondern im Hinblick auf die regionalen Gegebenheiten ausschließlich den Fremdenverkehr in den Gemeinden rund um den T-See zu berücksichtigen. Der Umstand, dass sich beide avisierte Standorte in Tourismusgebieten befinden, ist vom Beklagten ebenfalls noch nicht ausreichend gewürdigt worden.

Für die Standortfrage mitentscheidend ist schließlich der Aspekt der bereits vorhandenen radiologischen Versorgung und deren Lage zu den avisierten Standorten C-Stadt und G-Stadt. Hier ist zunächst festzustellen, dass in beiden Landkreisen eine radiologische Versorgung besteht. Im Landkreis L-Stadt sind zwei Radiologen mit jeweils vollen Versorgungsaufträgen vertragsärztlich zugelassen. Im Landkreis K-Stadt existiert eine Filialpraxis einer Münchner Praxis. Im angefochtenen Bescheid des Beklagten wird die Auffassung vertreten, nachdem im gesamten Landkreis K-Stadt eine Filiale in K-Stadt mit einer angestellten Radiologin (Anrechnungsfaktor 1,0) betrieben werde, sehe der Berufungsausschuss für einen weiteren Vertragsarztsitz im Landkreis K-Stadt eher einen Bedarf als für einen weiteren Vertragsarztsitz im Landkreis L-Stadt, die mit Radiologen gut versorgt sei. Entgegen der Darstellung des Beklagten, die wohl auf die Informationen der Beigeladenen zu 1 zurückgeht, handelt es sich aber nicht lediglich um eine dort vollzeitig tätige angestellte Ärztin und gelegentlich dorthin kommende Berufsträger vom Hauptstandort B-Stadt. Denn aus der Abrechnung für das Quartal 1/2017, die in anderem Zusammenhang vorgelegt wurde, ergibt sich, dass von der Münchner BAG, bestehend aus 12 Radiologen, "umschichtig/parallel 9 Radiologen" tätig gewesen sind. Der Beklagte selbst spricht von einer "elastisch-nachfragebezogen" Tätigkeit der in der Filialpraxis tätigen Radiologen. Damit war es möglich, beispielsweise im Quartal 1/2017 2.287 Fälle zu behandeln bzw. zu untersuchen. Dadurch wird eine gewisse Flexibilität deutlich, die allerdings limitiert ist durch die apparative Ausstattung (einfaches Vorhandensein von MRT und CT in der Filialpraxis) und auch personell (zusätzliche Tätigkeiten der BAG-Mitglieder im Rotkreuzklinikum B-Stadt und Krankenhaus Martha-Maria München). Die hohe Anzahl an Fällen entspricht in etwa der von zwei durchschnittlichen radiologischen Vertragsarztsitzen, so dass zwischen den Standorten, was die Zahl der faktisch zur Verfügung stehenden Ärzte betrifft, kaum Unterschiede erkennbar sind.

In dem Zusammenhang wäre schließlich die Erreichbarkeit, d.h. die verkehrsmäßige Anbindung der bereits vorhandenen radiologischen Standorte zu würdigen, wobei nicht einfach auf die Entfernungskilometer abzustellen sein wird, sondern auch die benötigte Fahrtzeit bei normaler Verkehrslage heranzuziehen wäre. Bei dem in den Tourismusgebieten generell guten Verkehrsnetz, das an beiden Standorten vorliegen dürfte, dürften sich allerdings weder für den einen, noch für den anderen Standort entscheidungserhebliche Vorteile ergeben.

Für den Standort C-Stadt könnte sprechen, wenn die Behauptung des Beigeladenen zu 8 zu objektivieren wäre, wonach dort ein zeitnahe Termin für radiologische Leistungen im ambulanten Bereich nicht verfügbar sei und die Patienten insoweit auf Kostenerstattungen verwiesen würden. Das Bayerische Landessozialgericht (Az.) hat in dem Zusammenhang angemerkt, es sei als offen zu bezeichnen, ob eine derartige Aussage ohne weiteren Beleg maßgeblich für die Beurteilung der Standortfrage sein könne. Der Beklagte hat diesem Aspekt hinsichtlich der Standortfrage und letztendlich für die Auswahl der Bewerber entscheidungserhebliche Bedeutung beigemessen, wie sich daraus ergibt, dass er sich die Angaben des Beigeladenen zu eigen macht und sie als "glaubhaft" bezeichnet. In diesem Fall genügt es nach Auffassung des Sozialgerichts nicht, die Angaben des Beigeladenen zu 8, betreffend die Nachfrage nach radiologischen Leistungen, die im Kostenerstattungsverfahren erbracht worden sein sollen, ungeprüft zu übernehmen. Hier hätte sich eine Nachfrage bei den Krankenkassen über Kostenerstattungsverfahren und Wartezeiten aufdrängen müssen, was sicherlich auch keinen unverhältnismäßigen Aufwand bedeutet hätte. Selbst der Beklagte hat im Rahmen des Klageverfahrens zumindest in seinen letzten Schriftsätzen sein Argument als wenig tragfähig bezeichnet (vgl. Schriftsatz vom 28.12.2017).

Für den Kläger könnte seine PVA-Tätigkeit (Tätigkeit als programmverantwortlicher Arzt im Screening-Verfahren) sprechen, über die der

Beigeladene zu 8 nicht verfügt. Es handelt sich um einen besonderen Versorgungsauftrag (Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV) als Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Screening bedeutet, dass allen Frauen zwischen 50 und 69 in zweijährigem Abstand eine Mammographie angeboten wird (§ 10 Abs. 1 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen = Krebsfrüherkennungs-Richtlinie). Ziel ist die Sicherung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (Abschnitt A Besonderer Versorgungsauftrag § 1 S. 1), insbesondere eine deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit. Als Schritte der Versorgungskette werden die Einladung und Information der Frauen, Erstellung und Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen, ggf. notwendige Abklärungsdiagnostik und Überleitung in die Therapie genannt (§ 9 Abs. 2 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie). Die Tätigkeit des Klägers als programmverantwortlicher Arzt stellt insofern ein Alleinstellungsmerkmal dar, als der Beigeladene zu 8 hierüber nicht verfügt. Dagegen kann nicht eingewandt werden, es werde bei Zulassung des Klägers am Standort G-Stadt zu Erreichbarkeitsdefiziten für Patienten im Norden der Screening-Einheit kommen. Denn, wie der Kläger ausgeführt hat, gibt es in der Person von Dr. P. einen weiteren programmverantwortlichen Arzt, der im MVZ des Klägers in M-Stadt tätig ist. Insofern ist nicht zu besorgen, dass in einer anderen Region der zu versorgenden Screening-Einheit Erreichbarkeitsdefizite für Patientinnen entstehen.

Der Standort G-Stadt könnte zumindest partielle Vorteile für Patientinnen aus dem T-Seer Tal mit sich bringen. Dabei ist allerdings anzumerken, dass auch ohne Zulassung des Klägers am Standort G-Stadt und Praxisgründung Erstbefundungen im Rahmen der Screening-Einheit durch den Kläger als programmverantwortlichen Arzt möglich und hierfür Erreichbarkeitsdefizite nicht erkennbar sind. Denn - soweit bekannt - verfügt der Kläger über eine mobile Einheit, mit der auch eine Erstbefundung vor Ort im T-Seer Tal durchgeführt werden kann; anders aber für die Patientinnen, bei denen die Befundung zu Auffälligkeiten geführt hat und die zu einer diagnostischen Abklärung (Ultraschalluntersuchung, erneutes Röntgen, Biopsie) nach § 10 Abs. 1 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie eingeladen werden. Die Durchführung wird dann nicht mehr in der mobilen Einheit, sondern stationär in einer Praxis erfolgen. Es handelt sich aber lediglich um 30 Frauen von 1.000 (Anlage IVb Krebskennungs-Richtlinie). Auch wenn es auffällt, dass im Landkreis L-Stadt die "Abbrecherquote" (Abklärung) von mehr als 60 % vergleichsweise sehr hoch ist und das Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik die Hypothese aufstellt, es nehme die "Abbrecherquote" tendenziell zu, wenn die Entfernung zum Abklärungsstandort größer werde (Schreiben des Fraunhofer ITWM vom 13.06.2017) und es wünschenswert wäre, dass Frauen in diesem Fall im Rahmen der Versorgungskette des Mammographie-Screenings weiter diagnostiziert und weiter behandelt werden, ist davon auszugehen, dass ein Teil dieser Frauen aus unterschiedlichen Gründen die Versorgungskette verlassen. Sie suchen andere Ärzte, bei denen sie sich bereits in Behandlung befinden oder, die sie neu auswählen, zur weitergehenden Abklärung und gegebenenfalls Behandlung auf und dies unabhängig von der Entfernung. Für diese Gruppe von Frauen spielt es daher keine Rolle, wenn der Standort der Abklärung im Rahmen des Mammographie-Screenings nicht ortsnahe ist. Ferner ist zu vermuten, dass Frauen, bei denen sich eine auffällige Befundung ergibt, grundsätzlich auch bereit sind, längere Wege zur abschließenden Abklärung in Kauf zu nehmen. Insgesamt wird es daher kaum möglich sein, eine Kausalität zwischen Standort und "Abbrecherquote" nachzuweisen.

Bei einer Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen von mindestens 5.000 Frauen innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten, wie Sie zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung zur Erstellung und Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen nach Abschnitt E § 24 Abs. 3d der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erforderlich ist, ist daher maximal bei 350 Patientinnen eine Abklärungsdiagnostik notwendig. Insofern relativiert sich das Alleinstellungsmerkmal programmverantwortlicher Arzt durch die geringe Anzahl der potenziell am Standort G-Stadt zu versorgenden Patienten.

Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass die Tätigkeit des Klägers als programmverantwortlicher Arzt Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist (§ 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV), die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Vordergrund steht und in regelmäßigen Abständen (30 Monate) eine Rezertifizierung (§ 37 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV; § 22 Abs. 3 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie) notwendig ist. Ferner erfährt die Tätigkeit des Klägers als programmverantwortlicher Arzt dadurch auch überregionale Bedeutung, dass Statistiken erstellt und die Daten bundesweit ausgewertet werden (Anlage 9.2 BMV-/EKV IV. 1. und IV.2. Evaluation).

Sollte die Rezertifizierung deshalb in Frage stehen und deshalb die Ziele der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (§ 9 Abs. 2) gefährdet werden, weil die Voraussetzungen für eine Rezertifizierung aufgrund des fehlenden Standortes G-Stadt (z.B. Nichterreichen der notwendigen Patientenzahl) nicht erfüllt werden können - eine solche Kausalität wird allerdings schwerlich nachzuweisen sein - hätte der Aspekt des Alleinstellungsmerkmals programmverantwortlicher Arzt einen höheren Stellenwert im Rahmen der zu treffenden Auswahlentscheidung. Derartiges ist aber von der Klägerseite bisher nicht konkret vorgetragen, geschweige denn nachgewiesen worden.

Die Chefarztstätigkeit des Beigeladenen zu 8 im Umfang von 15 Stunden, wie vorgesehen, steht nach Auffassung des Gerichts einer Zulassung mit einem vollen Versorgungsauftrag im Bereich der Radiologie nicht mehr entgegen. Bis zur Änderung des § 20 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV durch das GKV-VStG zum 01.01.2012 hat das Bundessozialgericht neben einer Vollzulassung eine sonstige Beschäftigung im Umfang von 13 Wochenstunden zugelassen ([BSGE 89, 134, 143](#) = [SozR 3-5520 § 20 Nr. 3](#) S 28). Nunmehr wird unter Hinweis auf die Änderung des § 20 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV, insbesondere unter Hinweis auf die Gesetzesbegründung ([BT-Drucks 17/6906](#), 104) von einer "festen zeitlichen Grenze" Abstand genommen. Insofern gilt die Zeitgrenze von 13 Wochenstunden bei Vollzulassung nicht mehr. Eine sonstige Beschäftigung steht einer vertragsärztlichen Tätigkeit nunmehr dann entgegen, wenn sie zur Ungeeignetheit der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit im Sinne von § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV führt. Bei der Begrifflichkeit "Ungeeignetheit" handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der einzelfallbezogen auszulegen ist. In diesem Zusammenhang wird zunächst zu differenzieren sein zwischen den jeweiligen Fachgebieten. Handelt es sich um Leistungen, in denen hauptsächlich zum Beispiel Befundungen ohne gleichzeitige Anwesenheit der Patienten erfolgen, wird ein großzügiger Maßstab anzulegen sein. Daneben wird es auch auf die berufliche Stellung im Rahmen der sonstigen Beschäftigung ankommen. Während ein subalternen Arzt allein tarifvertraglich nicht über die 40- Stundenwoche hinauskommen dürfte, wird bei einer leitenden Tätigkeit, wie dies bei einem Chefarzt der Fall ist, angesichts der Leitungsfunktion und der damit verbundenen Verantwortlichkeit ein größerer Einsatz erwartet, der generell über die 40- Stundenwoche hinausgeht. Diesen zusätzlichen zeitlichen Umfang veranschlagt das Gericht mit 20 %. Dies gilt auch für einen Chefarzt, der zwar nach dem Dienstvertrag nur reduziert arbeitet, jedoch seine berufliche Stellung als Chefarzt beibehält. Wenn also wie hier von einer Reduzierung auf 15 Wochenstunden die Rede ist, wird de facto von einem darüber hinausgehenden Tätigkeitsumfang auszugehen sein. Einer Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages wird daher jedenfalls ein Tätigkeitsumfang von annähernd 20-Wochenstunden in der sonstigen Beschäftigung entgegenstehen. Nachdem hier eine Reduzierung auf 15 Wochenstunden geplant ist, erscheint selbst bei einer darüber hinaus liegenden Wochenstundenzahl (insgesamt 15 Wochenstunden zuzüglich 3 Wochenstunden = 18 Wochenstunden) aufgrund der nach wie vor

bestehenden Leitungsfunktion dieser Tätigkeitsumfang als Chefarzt noch mit der gleichzeitigen vertragsärztlichen Zulassung in Einklang zu stehen.

Auch der Kläger übt als Leiter des MVZ M-Stadt und als programmverantwortlicher Arzt (PVA) sonstige Beschäftigungen aus, die einer Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Eignung i.S.d. § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV entgegenstehen könnten. Außerdem ist er seit 19.05.2017 Honorarkonsul der Republik U. mit Sitz in B-Stadt. Nach dem Internet-Auftritt der MVZ A. GmbH ist der Kläger zwar ärztlicher Leiter des MVZ und zugleich Geschäftsführer. Daneben ist seine Ehefrau, die auch als Ärztin im MVZ tätig ist, ebenfalls Geschäftsführerin. Insofern ist eine Vertretung sichergestellt, so dass eine ständige bzw. eine einer Zulassung entgegenstehende Präsenz des Klägers im MVZ M-Stadt nicht erforderlich ist. Ebenfalls ist eine Vertretung des Klägers in seiner Tätigkeit als PVA gewährleistet, indem Herr P. als weiterer PVA für die Screening-Einheit J. zur Verfügung steht. Was die Tätigkeit des Klägers als Honorarkonsul der Republik U. mit Sitz in B-Stadt betrifft, so sind dessen Aufgaben in Art. 5 des "Wiener Übereinkommens über konsularische Beziehungen (WÜK)" festgelegt. Im Vordergrund stehen der Schutz der Interessen des Entsendestaates und seiner Angehörigen sowie die Förderung der Entwicklung der Beziehungen auf dem Gebiet des Handels, der Wirtschaft, des Fremdenverkehrs, der Kultur und der Wissenschaft. Bei der Republik U. handelt es sich um einen kleinen Staat, so dass die Aufgaben des Honorarkonsuls unter Berücksichtigung der Tätigkeit konsularischer Mitarbeiter vom Umfang her und zeitlich zumindest nicht als besonders anspruchsvoll anzusehen sind. Jedenfalls wird die Tätigkeit als Honorarkonsul für sich genommen einer vertragsärztlichen Tätigkeit nicht entgegenstehen. Was die angegebenen ärztlichen Leistungen betrifft, so hat sich der Berufungsausschuss zwar im Wesentlichen mit den von Beigeladenen zu 8 und einem der Bewerber angegebenen ärztlichen Leistungen auseinandergesetzt. Eine Gegenüberstellung der Leistungen des Beigeladenen zu 8 mit denen des Klägers fand nicht statt, zumal für den Beschwerdeausschuss hierzu auch keine Veranlassung bestand, weil es in erster Linie auf den Standort ankam. Ungeachtet dessen wird es rechtlich nicht zu beanstanden sein, die angebotenen ärztlichen Leistungen der übrig gebliebenen zwei Bewerber, in etwa gleichzusetzen. Denn beide sind - wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten, was auf den jeweiligen beruflichen Werdegang zurückzuführen ist - in der Lage, das ganze Spektrum der Radiologie abzubilden und zu erbringen. Der Altersunterschied beim Kläger und dem Beigeladenen zu 8 unter dem Aspekt der Versorgungskontinuität dürfte im Rahmen der Auswahlentscheidung, wie auch vom Bayerischen Landessozialgericht in seiner Beschwerdeentscheidung angedeutet, keine Rolle spielen, zumal dieser mit zwei Jahren nur minimal ist. Hinzu kommt, dass es nach Auffassung des Bundessozialgerichts "unter Berücksichtigung der an die Kontinuität des Praxisbetriebs zu stellenden Anforderungen sowie im Interesse der Eindämmung eines Zulassungshandels" sachgerecht ist, "den Fortführungswillen auf einen Zeitraum von fünf Jahren - gerechnet ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit durch den Nachfolger - zu beziehen (vgl. BSG, Urteil vom 11.12.2013, Az. [B 6 KA 49/12 R](#)). Bei beiden Bewerbern, sowohl beim Kläger als auch beim Beigeladenen zu 8 ist davon auszugehen, dass diese mehr als fünf Jahre als Vertragsärzte zur Verfügung stehen. Insofern ist von einer Versorgungskontinuität im Falle der Zulassung jedes der beiden Bewerber auszugehen.

Im Ergebnis wird es daher bei der Auswahlentscheidung darauf ankommen, wie die jeweiligen Standorte, C-Stadt und G-Stadt unter Versorgungsgesichtspunkten zu bewerten sind und wie das Alleinstellungsmerkmal des Klägers in seiner Eigenschaft als programmverantwortlicher Arzt gewichtet wird, ob der letzte Aspekt geeignet und entscheidungserheblich ist, die an sich ungünstigere Randlage des Standorts des Klägers (G-Stadt) und einen etwaig höheren Bedarf in C-Stadt nicht nur auszugleichen, sondern zu überlagern. Aus den genannten Gründen war zu entscheiden, wie geschehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2018-04-18