

S 12 KA 282/09

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 282/09

Datum
17.03.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine „qualifizierte Versorgungsverbesserung“ i.S. des § 24 Ärzte-ZV (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2009 - [B 6 KA 42/08 R](#) – juris) liegt nicht bereits dann vor, wenn die gleichen Leistungen – hier: spezielle gynäkologische Leistungen gemäß [§ 121a SGB V](#) - am Standort der Zweigpraxis von einem anderen Leistungserbringer bei freien Kapazitäten ebf. angeboten werden. Der Umstand, dass Versicherte aus dem Ort der Zweigpraxis die Praxis am Vertragsarztsitz aufsuchen, begründet keinen Anspruch auf Genehmigung der Zweigpraxis.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die Gerichtskosten und die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Beklagten zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Genehmigung einer Zweigpraxis in LP. bei einem Praxissitz in A-Stadt.

Der Kläger ist ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit Praxissitz in A-Stadt. Er wurde als Nachfolger einer Gemeinschaftspraxis mit Beschluss des Zulassungsausschusses A-Stadt vom 07.02.2007 zur vertragsärztlichen Tätigkeit mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Im MVZ arbeiten vier Gynäkologen und zwei Laboratoriumsmediziner. Neben allgemeinen gynäkologischen und laboratoriumsspezifischen ärztlichen Leistungen werden insbesondere auch die speziellen gynäkologischen Leistungen gemäß [§ 121a SGB V](#) erbracht. Dem Kläger wurde die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen mittels In-vitro-Fertilisation oder Gamete-Intra-Follopian-Transfer nach [§ 121a SGB V](#) erteilt.

Der Kläger beantragte am 10.10.2007 die Genehmigung zur Gründung einer KV-bereichsübergreifenden Zweigpraxis gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV. Zur Begründung führte er aus, er erbringe die medizinischen Leistungen überwiegend in A-Stadt. Darüber hinaus würden spezielle medizinische Leistungen auch in der ausgelagerten Praxisstätte in der gynäkologischen Tagesklinik in LP. angeboten werden. Neben Patienten aus der Region A-Stadt würden insbesondere auch Patienten aus der Region LP-Stadt und LP Land behandelt werden. Diese Behandlung laufe in enger Kooperation mit den dort niedergelassenen Gynäkologen. Bei einer Zweigpraxis in LP. seien die Anfahrzeiten erheblich geringer und werde die Kooperation mit den Gynäkologen verbessert. Die vier Gynäkologen würden ihre überwiegende Tätigkeit, mindestens im Umfang von 30 Wochenstunden, in A-Stadt ausüben. Die Zweigpraxis werde im rotierenden System von allen vier Ärzten mit maximal 10 Stunden in der Woche betrieben werden. Die KV X., Bezirksstelle A-Stadt, habe mit Schreiben vom 30.07.2007 bestätigt, dass gegen die Errichtung der Zweigpraxis keine Bedenken bestünden. Die Sprechzeiten seien dienstags und donnerstags, jeweils von 8 bis 13 Uhr, geplant. Die Entfernung zwischen den beiden Standorten betrage 24 km. In der Nebenbetriebsstätte sollten insbesondere die spezielle Versorgung der Patienten während der Behandlung der In-vitro-Fertilisation sowie der erforderlichen Vor- und Nachsorge erfolgen, wobei die speziellen Leistungen der Insemination und die Punktionen an der Hauptbetriebsstätte in A-Stadt erbracht werden solle. Sie überreiche eine Liste der niedergelassenen Gynäkologen in LP-Stadt und LP-Land, die dokumentiere, dass auch die niedergelassenen Gynäkologen in der Zweigpraxis eine Versorgungsverbesserung sähen. Sie zeige auch, dass tatsächlich sogar ein Bedarf bestehe.

Die Beigeladene zu 1) wies unter Datum vom 10.01.2008 auf die Überversorgung des Planungsbereichs "LP-Stadt" in Höhe von 131,76 % für Gynäkologen hin. Nach Prüfung der versorgungsrelevanten Kriterien sei von einer guten gynäkologischen Versorgung in LP. auszugehen. Seit dem 01.07.2006 sei das MVZ für Reproduktionsmedizin mit drei angestellten Gynäkologen sowie einem Laborarzt vertragsärztlich tätig. Die dort angestellten Gynäkologen verfügten über entsprechende Genehmigungen zur Durchführung von IVF-Behandlungen. Nach Angaben des MVZ gäbe es freie Kapazitäten. Termine würden nach Anmeldung sofort bis innerhalb einer Woche vergeben werden. Nach Angaben des

MVZ führe die Zulassung weiterer Behandler zu einem Rückgang des Gesamtvolumens der Behandlungszyklen pro Zentrum, wobei jedoch ein statistischer Zusammenhang zwischen steigender Anzahl von Behandlungszyklen und der Erfolgsquote erzielter Schwangerschaften bestehe. Die Entfernung zwischen den beiden Standorten des Klägers betrage mindestens 50 km. Die Landesärztekammer Q. habe nach ihrem Kenntnisstand noch nicht die erforderliche Genehmigung nach [§ 121a SGB V](#) erteilt. Sie empfehle daher die Antragsablehnung.

Die Landesärztekammer Q. teilte dem Zulassungsausschuss unter Datum vom 15.02.2008 mit, sie stehe dem Antrag ablehnend gegenüber, weil nicht erkennbar werde, dass die Versorgung in LP. verbessert werde und gleichzeitig die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten in A-Stadt sichergestellt sei. Für die Erbringung von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen bestehe in LP. kein weiterer Bedarf. Es existiere eine von ihr genehmigte IVF-Einrichtung. Angesichts eher rückläufiger Behandlungszahlen sei auch künftig nicht von einer Unterversorgung auszugehen. Nach der dargelegten Behandlungsplanung wären die Patienten nach wie vor gehalten, zur Behandlung nach A-Stadt zu reisen. Lediglich eine Vor- und Nachbehandlung solle in LP. stattfinden. Die Entfernung zwischen beiden Standorten betrage ca. 55 km. Eine Notfallversorgung für den Standort LP. sei nicht dargelegt worden. Eine Arbeitsgruppe – wie sie von der Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion gefordert werde – sei für LP. bislang nicht vorgestellt worden. Allein das Rotieren der Fachärzte werde für ein sach- und fachgerechtes Erbringen reproduktionsmedizinischer Maßnahmen nicht für ausreichend gehalten. Eine ausreichende Vertreterregelung sei ebenfalls nicht dargelegt worden.

Die KV X. teilte unter Datum vom 18.02.2008 mit, aus ihrer Sicht werde die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Sitzes der Klägerin durch die beabsichtigte Zweigpraxis nicht beeinträchtigt. Sie könne auch nicht die Rechtsauffassung der Beigeladenen zu 1) nachvollziehen, da eine Prüfung unter Sicherstellungsaspekten nicht zu erfolgen habe.

Der Zulassungsausschuss A-Stadt für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit teilte unter Datum vom 07.02.2008 mit, es bestünden keine Bedenken gegen die Errichtung der Zweigpraxis in LP ... Er teile nicht die Bedenken der Beigeladenen zu 1). Durch zusätzliche Angebote werde die Versorgung der Versicherten i. d. R. immer verbessert. Auf Freivalenzen komme es nicht an. Dies liege im wirtschaftlichen Risikobereich der Ärzte. Bei einer Entfernung von ca. 50 km sei mit dem ICE der andere Standort in 22 Minuten erreichbar. In der Zweigpraxis müsse nicht das gesamte Spektrum angeboten werden.

Hierzu nahm die Landesärztekammer Q. nochmals mit Schreiben vom 25.02.2008 unter Aufrechterhaltung ihres bisherigen Standpunktes Stellung.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen lehnte mit Beschluss vom 26.02.2008 den Antrag des Klägers ab. Er führte u. a. aus, in gesperrten Planungsbereich mit einer Überversorgung in Höhe von 131,76 % und freien Valenzen im beantragten IVF-Bereich in einem bereits ansässigen MVZ stehe eine weitere vertragsärztliche Tätigkeit grundsätzlich im Widerspruch zu den Zielen des Bedarfsplanungsrechtes und könne deshalb nicht als Verbesserung der Versorgung angesehen werden. Eine Ausnahme aufgrund lokalen quantitativen oder qualitativen Versorgungsbedarfs komme nicht in Betracht. Das in LP. tätige MVZ erbringe alle erforderlichen Maßnahmen der modernen Reproduktionsmedizin. Bei einer Entfernung von ca. 50 km sei auch die Versorgung in Notfällen nicht sichergestellt. Der Kläger habe auch keine Genehmigung der Landesärztekammer Q. ...

Hiergegen legte der Kläger am 03.07.2008 Widerspruch ein. Er trug vor, die Genehmigungsvoraussetzungen könnten sich nicht an der Bedarfsplanung orientieren. Der Begriff "Verbesserung der Versorgung" könne nicht im Sinne der bedarfsgerechten Versorgung des [§ 70 SGB V](#) verstanden werden. Eine restriktive Auslegung sei nicht zulässig. Eine Verbesserung der Versorgung liege schon dann vor, wenn durch einen zusätzlichen Leistungserbringer für den Versicherten die Auswahl an Vertragsärzten steige. Von 45 niedergelassenen Praxen hätten 30 der Praxen bestätigt, dass eine Versorgungsverbesserung stattfinde. Er habe auch eine überdurchschnittliche Schwangerschaftsrate von 35 % bei 563 IVF/ICSI-Punktionen erreicht. Bei 218 durchgeführten Kryotransferen im Jahr 2007 habe sich die Schwangerschaftsrate auf einen überdurchschnittlichen Prozentsatz in Höhe von 25 % belaufen. Die Auffassung des Zulassungsausschusses bedeute einen wettbewerbsrechtlichen Schutz des bereits zugelassenen MVZ. Auf eine Genehmigung der Landesärztekammer Q. komme es nicht an, da er seinen Sitz in X. habe. Maßgeblich sei daher die bereits erteilte Genehmigung der Ärztekammer X. ...

Die Beigeladene zu 1) wies unter Datum vom 11.09.2008 nochmals auf ihre Bedarfsanalyse hin.

Auf Anfrage des Beklagten führte der Kläger unter Datum vom 08.12.2008 zu der konkreten Patientenzahl sowie Quote der erfolgreich durchgeführten IVF-Behandlungen innerhalb eines Jahres, zur Patientenstruktur nach Wohnorten und zu bestehenden Wartezeiten aus. Von den 385 in den Quartalen I – III/08 behandelten Patienten seien insgesamt 162, also 42 %, aus dem Einzugsgebiet der Beigeladenen zu 1) gekommen. Damit liege, insbesondere in LP., eine Versorgungslücke vor. Zur Vor- und Nachbetreuung verweise sie auf die von ihr mit eingereichte Genehmigung nach [§ 121a SGB V](#) des niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung vom 23.05.2007. Bei der Ärztekammer Q. habe sie ferner auch eine Genehmigung nach [§ 121a SGB V](#) beantragt.

Die zwischenzeitlich vom Beklagten beteiligte MVZ für Reproduktionsmedizin am Klinikum LP. GmbH, LP., nahm unter Datum vom 05.01.2009 und 12.02.2009 sowie 05.03.2009 Stellung zum Widerspruchsverfahren. Die Landesärztekammer Q., die zwischenzeitlich ebenfalls beteiligt worden war, legte unter Datum vom 06.03.2009 nochmals dar, dass ihrer Ansicht nach eine Genehmigung nach [§ 121a](#) durch sie erteilt werden müsse. Ferner sah sie weiterhin keine Versorgungsverbesserung.

Die Beigeladene zu 1) legte unter Datum vom 09.03.2009 dar, dass an dem MVZ in LP. zwei Frauenärzte in Vollzeit vertragsärztlich tätig seien. Die Durchschnittsfallzahl der Gynäkologen, die über eine entsprechende Genehmigung zur Durchführung von IVF Behandlungen verfügten, läge bei etwas über 900 Fällen pro Quartal. Die Fallzahlen des MVZ in LP. hätten sich seit seiner Gründung im Jahr 2006 kontinuierlich von 57 auf über 500 Fällen erhöht. Nach Auskunft des ärztlichen Leiters verfüge das MVZ jedoch noch immer über freie Kapazitäten, was angesichts der bisher erreichten Fallzahlen von ca. 500 gegenüber dem Fallzahldurchschnitt der Vergleichsfachgruppe (Frauenärzte mit dem Schwerpunkt Reproduktionsmedizin) auch nachvollziehbar sei. Die Gesamtanzahl der nach Ziffer 08560 durchgeführten In-vitro-Fertilisationen mit anschließendem Embryo-Transfer habe in Q. im Quartal III/08 bei 402 gelegen. In den sieben hessischen Zentren würde somit pro Zentrum durchschnittlich 57 IVF-Behandlungen nach Ziffer 08560 durchgeführt werden. Mit 30 durchgeführten IVF-Behandlungen nach Ziffer 08560 sei das Zentrum in LP. unterdurchschnittlich. Insofern sei auch unter Berücksichtigung dieser IVF-Frequenz davon auszugehen, dass die Kapazitäten in LP. noch nicht vollständig ausgelastet seien und ein zusätzlicher Bedarf

auch durch deren Kapazität abgedeckt werden könne.

Der Beklagte wies mit Beschluss vom 11.03.2009, ausgefertigt am 09.04.2009 und dem Kläger am 11.04.2009 zugestellt, den Widerspruch als unbegründet zurück. In den Beschlussgründen führte er aus, er gehe davon aus, dass der Kläger eine Genehmigung der Landesärztekammer Q. nach [§ 121a SGB V](#) benötige. Hierauf komme es jedoch nicht an, da Voraussetzung hierfür die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sei. Aus diesem Grund sei zunächst über die Erteilung einer Ermächtigung zur Einrichtung einer Zweigpraxis zu entscheiden, die ggf. mit dem Vorbehalt einer weiteren Genehmigung gem. [§ 121a SGB V](#) zu versehen wäre. Nach der Stellungnahme des Zulassungsausschusses A-Stadt/X. sei von einer ordnungsgemäßen Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes auszugehen. Es komme deshalb nur noch auf die Prüfung der Verbesserung der Versorgung an. Hierzu gäbe es unterschiedliche Rechtsauffassungen. Welcher Auffassung letztlich zu folgen sei, könne dahin gestellt bleiben, da auch nach den mehr vermittelnden Auffassungen eine Genehmigung nicht in Betracht komme. Auf die Frage der Überversorgung komme es im Hinblick auf die Spezialität der strittigen Leistungen nicht an. Es sei mithin zu prüfen, ob unter Zugrundelegung einer an Bedarfsplanung zu rechtlichen Grundsätzen angelehnten Betrachtung im Planungsbereich LP. Anlass zu Erteilung einer Ermächtigung bzw. einer Sonderbedarfszulassung im Bereich reproduktionsmedizinischer Leistungen gegeben sei. Nach der Stellungnahme der Beigeladenen zu 1) vom 09.03.2009 sei die Auslastung des MVZ LP. unterdurchschnittlich, was auch hinreichend durch entsprechende Zahlen objektiviert worden sei. Eine Bedarfssituation im Sinne des Bedarfsplanungsrechts sei deshalb zu verneinen. Zu berücksichtigen sei ferner, dass es sich bei reproduktionsmedizinischen Leistungen um sehr spezielle Leistungen handele, bei denen den Versicherten auch größere Entfernungen zuzumuten seien. Es bestehe auch eine unmittelbare Relation zwischen der Zahl der durchgeführten Behandlungen und der Erfolgsquote. Eine Verminderung der Leistungen eines einzelnen Leistungserbringers würde insofern zu einer Verschlechterung der Versorgung führen.

Hiergegen hat der Kläger am 11.05.2009 die Klage erhoben.

Ergänzend zu seinem Vorbringen im Verwaltungsverfahren trägt der Kläger vor, zu berücksichtigen sei sein besonderes Patientenlientel. Bei einem Ehepaar, das sich seit Jahren seinen Kinderwunsch nicht habe erfüllen können, seien aufwendige und zeitintensive Verfahren und mehrmalige Vorstellungen für Voruntersuchungen erforderlich, die bereits für sich genommen sehr viel Zeit in Anspruch nähmen. Sie müssten ein- bis zweimal die Woche zu Behandlungen nach A-Stadt fahren. Zu der großen psychischen Anspannung kämen dann noch die Fahrzeiten hinzu. Es handele sich um eine sehr persönliche und psychisch sehr belastende Behandlung. Dem MVZ LP. sei lediglich eine persönliche Genehmigung für Frau Dr. C. zuerkannt worden. Demgegenüber habe er eine Genehmigung selbst, nicht bezogen auf einen einzelnen Arzt. Frau Dr. C. soll auch im fraglichen Zeitraum nicht hauptberuflich tätig gewesen sein, sondern auf Mallorca. Die in LP. bestehende Versorgungslücke könne das MVZ LP. nicht ausfüllen. Bis Ende 2008 seien im MVZ LP. zwei Gynäkologen mit der Genehmigung zur Erbringung der Leistungen gem. [§ 121a SGB V](#) und einer Stundenzahl von je 20 Stunden, mithin insgesamt 40 Stunden tätig gewesen. Ab dem 01.01.2009 seien hingegen dort zwei Fachärzte in Vollzeit tätig, mit insgesamt 80 Stunden. Dies beweise, dass die Genehmigungsvoraussetzungen jedenfalls bis zur ersten mündlichen Verhandlung von der Beklagten am 17.09.2009 vorgelegen hätten, die Beigeladene zu 1) und die Landesärztekammer Q. jedoch trotz der vorliegenden Voraussetzungen durch unrichtige Angaben, auch gegenüber dem Beklagten die Genehmigung hätten verhindern wollen. Soweit das MVZ LP. nur insgesamt 500 Patienten bei Durchschnittsfallzahlen von 900 Patienten pro Quartal versorge, sei nicht nachvollziehbar, dass der Zulassungsausschuss Hessen und die Ärztekammer Q. dann die Anstellungsgenehmigung der Ärzte im MVZ LP. ausgeweitet hätten. Nicht berücksichtigt worden sei, dass das MVZ LP. auch Patienten aus anderen Planungsbereichen versorge. Bei der Bedarfsermittlung müssten daher auch diese Randbereiche berücksichtigt werden. Die Voraussetzungen für die Genehmigung einer Zweigpraxis hätten durch die Gesetzesänderung durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz erleichtert werden sollen. Sowohl bei der Ermächtigungsgenehmigung als auch bei der Sonderbedarfszulassung komme es auf Versorgungslücken im Sinne der Sicherstellung an. Bei der Genehmigung für Zweigpraxen sei dies nicht der Fall. Es komme nicht auf eine Versorgungslücke an. Vielmehr sei allein auf die Versorgung der Versicherten im Allgemeinen abzustellen, d. h., ob eine Versorgung unabhängig von der Sicherstellungs- und Bedarfsplanungsrichtlinien der Versicherten durch die niedergelassenen Ärzte vor Ort gewährleistet werde. Bewertungsmaßstab müssten hier für Wartezeiten, Anfahrtszeiten der Patienten, effiziente Versorgung, Betreuung der Patienten durch die niedergelassenen Fachärzte, fachidentische und fachübergreifende Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten am Ort der Zweigpraxis der Patienten sein. Nicht entscheidend sei daher, "ob" generell eine Versorgung der Patienten sichergestellt werden könne, sondern vielmehr das "wie" der Versorgung der Patienten. Er habe bereits mit Antragsstellung nicht nur auf die Versorgungslücke, sondern auch auf die langen Wartezeiten und die gute fachübergreifende Zusammenarbeit mit den niedergelassenen gynäkologischen Fachärzten sowie die kürzeren Anfahrtszeiten hingewiesen. Außer dem MVZ LP. biete im Übrigen kein weiterer Leistungserbringer die "Kinderwunschleistungen" an, so dass von keiner Überversorgung im Bereich der Endokrinologie- und Reproduktionsmedizin gesprochen werden könne. Die Rechtswidrigkeit des angefochtenen Beschlusses folge bereits aus der fehlerhaften Beiladung. Der Beklagte stelle auch fehlerhaft auf Gesichtspunkte der Bedarfsplanung ab. Soweit der Beklagte von einer Gleichwertigkeit der Leistungen ausgehe, sei eine Verbesserung der Versorgung festzustellen. Auch das Bundessozialgericht teile nunmehr den Liberalisierungsaspekt.

Der Kläger beantragt,
unter Aufhebung des Beschlusses des Beklagten vom 11.03.2009 ihn unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seinen Widerspruch neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er trägt vor, auch der neue Vortrag im Rahmen des Klageverfahrens, sei nicht geeignet, die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 34 Abs. 3 Ärzte-ZV zu belegen. Es treffe die Behauptung des Klägers nicht zu, eine Ausweitung der Kapazitäten am MVZ LP. hinsichtlich der Besetzung mit Gynäkologen sei erst zum 01.01.2009 genehmigt worden. Im Übrigen sei es für dieses Verfahren irrelevant, zu welchem Zeitpunkt beim konkurrierenden MVZ eine Aufstockung der Facharztkapazität vorgenommen worden sei, solange diese vor der letzten mündlichen Verhandlung vor dem Beklagten bzw. dem Sozialgericht erfolgt sei. Zum Zeitpunkt seines Beschlusses seien jedenfalls unstreitig beim MVZ LP. zwei Gynäkologen mit einer Genehmigung gem. [§ 121a SGB V](#) tätig gewesen. Maßgeblich komme es da auf die jetzige Versorgungssituation an. Unter Wiederholung seiner Ausführungen zum Begriff der Verbesserung der Versorgung im angefochtenen Beschluss ist der Beklagte weiterhin der Auffassung, die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV lägen nicht vor.

Die Beigeladenen zu 1) bis 7) beantragen,
die Klage abzuweisen.

Die Beigeladene zu 1) führt aus, es sei unerheblich, ob Frau Dr. C. in Mallorca tätig gewesen sei, da sie zum Zeitpunkt der Entscheidung des Beklagten gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses vom 24.06.2008 das Angestelltenverhältnis mit dem MVZ in LP. bereits zum 30.06.2008 beendet habe. Nach nochmaliger Überprüfung könne mitgeteilt werden, dass zwei am MVZ für Reproduktionsmedizin am Klinikum LP. in Vollzeit (40 Stunden pro Woche) angestellte Frauenärzte, Herr. Dr. med. D. und Herr Dr. med. E., über eine von der Landesärztekammer erteilte Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gem. [§ 121a SGB V](#) verfügten. Im Übrigen schließe sie sich den Ausführungen des Beklagten an.

Die übrigen Beigeladenen haben sich schriftsätzlich zum Verfahren nicht geäußert. Die Beigeladene zu 8) hat auch keinen Antrag gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer Vertreterin der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie einer Vertreterin der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)). Sie konnte dies trotz Ausbleibens des Beigeladenen zu 8) tun, weil dieser ordnungsgemäß geladen wurde.

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet. Der Beschluss des Beklagten vom 11.03.2009 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seines Widerspruchs unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Der Beschluss des Beklagten vom 11.03.2009 ist rechtmäßig.

Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt (Vertragsarztsitz). Der Vertragsarzt muss am Vertragsarztsitz seine Sprechstunde halten. Er hat seine Wohnung so zu wählen, dass er für die zahnärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht. Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit

1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. Sofern die weiteren Orte im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung liegen, in der der Vertragsarzt Mitglied ist, hat er bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf vorherige Genehmigung durch seine Kassenärztliche Vereinigung (§ 24 Abs. 1, 2 und 3 Satz 1 u. 2 Ärzte-ZV i.d.F. d. VÄndG).

Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Es fehlt an einer Versorgungsverbesserung. Die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort wird nicht verbessert.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, erfordert im Gegensatz zu Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen die Erteilung der Zweigpraxisgenehmigung nicht zwingend das Bestehen einer ausgleichsbedürftigen Versorgungslücke, sondern lediglich eine "Verbesserung" der Versorgung. Unabhängig davon, was konkret unter einer "Verbesserung" der Versorgung zu verstehen ist, ist dieser Begriff jedenfalls nicht in dem Sinne auszulegen, dass er eine - den Anforderungen an Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen vergleichbare - Bedarfsprüfung erfordert. Außer Zweifel steht allein, dass die Genehmigung einer Zweigpraxis im Falle von Unterversorgung stets eine Verbesserung darstellt. In überversorgten Planungsbereichen gilt, dass ungeachtet der damit verbundenen Erweiterung der Möglichkeiten der Arztwahl nicht bereits das bloße Hinzutreten eines weiteren Behandlers eine Verbesserung der Versorgung darstellt; dies folgt bereits daraus, dass es andernfalls der einschränkenden Voraussetzung "Verbesserung" nicht bedurft hätte. Es ist im Übrigen nicht Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der Zulassungsgremien, die Versorgung der Versicherten in der Weise zu optimieren, dass sie in jedem Ort bzw. Ortsteil die Auswahl zwischen mindestens zwei am Ort praktizierenden Vertragsärzten haben; auch ein entsprechender Anspruch der Versicherten besteht ungeachtet der in [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) verbrieften Arztwahlfreiheit nicht. Auch das mit der Tätigkeit weiterer Leistungserbringer verbundene erhöhte Leistungsangebot stellt per se noch keine Verbesserung dar, sofern die betroffenen Leistungen bereits am Ort angeboten werden. Erforderlich, aber auch ausreichend ist es vielmehr, dass das bestehende Leistungsangebot zum Vorteil für die Versicherten in qualitativer - unter bestimmten Umständen aber auch in quantitativer - Hinsicht erweitert wird. Dem entspricht jedenfalls im Kern die in Rechtsprechung und Schrifttum vertretene Auffassung, welche eine Verbesserung ("wenigstens") dann als gegeben ansieht, wenn eine "Bedarfslücke" besteht, die zwar nicht unbedingt geschlossen werden muss, die aber nachhaltig eine durch Angebot oder Erreichbarkeit veränderte und im Sinne der vertragsärztlichen Versorgung verbesserte Versorgungssituation. Allerdings erweckt diese Auffassung durch das Abstellen auf eine "Bedarfslücke" den - unzutreffenden - Eindruck, dass Bedarfsplanungsgesichtspunkte zu berücksichtigen sind; sachgerecht ist es, den Begriff "Bedarfslücke" durch den Begriff "qualifizierte Versorgungsverbesserung" zu ersetzen. Bei der Prüfung einer Versorgungsverbesserung ist - anders als bei der Bedarfsplanung - nicht auf den Planungsbereich abzustellen, sondern auf den "weiteren Ort", an dem die Zweigpraxis betrieben werden soll. Eine Versorgungsverbesserung dürfte in erster Linie bei einer qualitativen Veränderung des Leistungsangebots gegeben sein. Dies ist etwa dann der Fall, wenn der in der Zweigpraxis tätige Vertragsarzt im Vergleich zu den bereits vor Ort tätigen Ärzten über andere Abrechnungsgenehmigungen nach [§ 135 Abs 2 SGB V](#) verfügt oder ein differenzierteres Leistungsspektrum anbietet; ebenso kommt dies in Betracht, wenn er eine besondere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anbietet, die etwa besonders schonend ist oder bessere Diagnoseergebnisse liefert. Unter gewissen Umständen kann sich auch eine lediglich quantitative Erweiterung des bestehenden Versorgungsangebots als Verbesserung im Sinne des § 24 Abs 3 Ärzte-ZV darstellen. Dies kommt insbesondere dann in Betracht, wenn durch das erhöhte Leistungsangebot Wartezeiten verringert werden, die - etwa wegen einer ungleichmäßigen Verteilung der Leistungserbringer im Planungsbereich - bei den bereits vor Ort niedergelassenen Ärzten bestehen. Als Versorgungsverbesserung können auch besondere organisatorische Maßnahmen angesehen werden, wie etwa das Angebot von Abend- und Wochenendsprechstunden. Im Einzelfall - allerdings wohl nur bei größeren "weiteren Orten" im Sinne des § 24 Abs 3 Ärzte-ZV - kann dies auch im Falle einer besseren Erreichbarkeit des Filialarztes. Letztlich wird auch bei diesen "quantitativen" Veränderungen - jedenfalls aus Sicht der Patienten - die Qualität der Versorgung verbessert. Welches Ausmaß die Verbesserungen haben müssen, ob ihnen also ein

gewisses Gewicht zukommen muss, etwa Wartezeiten deutlich reduziert werden müssen, lässt sich nicht abstrakt abschließend beurteilen. Sicherlich reichen weder minimale, für die Versicherten kaum spürbare ("kosmetische") Veränderungen, noch dürfen umgekehrt die Anforderungen so hoch gespannt werden, dass der beabsichtigte Zweck einer Förderung der Filialtätigkeit verfehlt würde; dies wäre der Fall, wenn die an eine Zweigpraxisgenehmigung gestellten Anforderungen denen der "Erforderlichkeit" nach altem Rechtszustand entsprächen. Innerhalb dieser Grenzen unterfällt die Entscheidung letztlich dem Beurteilungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Zulassungsgremien (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2009 - [B 6 KA 42/08 R](#) - juris Rdnr. - 35 und 47 bis 54).

Ausgehend von diesen Grundsätzen liegt keine Versorgungsverbesserung vor. Die von dem Kläger angebotenen Leistungen werden im Planungsbereich und im Einzugsbereich der Stadt LP. in ausreichendem Maße erbracht. Der Beklagte weist in seinem Beschluss darauf hin, dass die Auslastung des MVZ LP. unterdurchschnittlich sei, was auch hinreichend durch entsprechende Zahlen objektiviert worden sei. Damit hat der Beklagte seinen Beurteilungsspielraum nicht überschritten. Der Beklagte hat damit auch nicht fehlerhaft auf Gesichtspunkte der Bedarfsplanung abgestellt. Im Übrigen sind auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts solche Gesichtspunkte nicht unbeachtlich. Aus der Gleichwertigkeit der Leistungen des Klägers und des MVZ LP. folgt allein keine Verbesserung der Versorgung. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass gleich qualifizierte Leistungserbringer die Leistungen auch in gleicher Qualität erbringen. Der Kläger hat aber nicht dargelegt, dass er andere Leistungen als das MVZ LP. erbringen will oder über ein spezifisches Versorgungskonzept verfügen würde. Er macht letztlich lediglich geltend, dass die Patienten, die ihn aufsuchen wollten, bei einer Zweigpraxis kürzere Wege hätten. Hieraus folgt aber noch keine Versorgungsverbesserung, solange diese Leistungen am Sitz der geplanten Zweigpraxis bereits von einem anderen Leistungserbringer angeboten werden. Es ist die Entscheidung des Versicherten, ob er im Rahmen seiner freien Arztwahl weitere Wege in Kauf nimmt. Hieraus kann nicht gefolgert werden, dass seinerseits der Leistungserbringer berechtigt wäre, eine Zweigpraxis am Wohnsitz dieser Versicherten zu eröffnen. Das Bundessozialgericht hat, wie bereits ausgeführt, ausdrücklich klargestellt, dass die mit einer Zweigpraxis verbundene Erweiterung der Möglichkeiten der Arztwahl nicht bereits eine Verbesserung der Versorgung darstellt. Es ist im Übrigen, so das Bundessozialgericht ausdrücklich weiter, nicht Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der Zulassungsgremien, die Versorgung der Versicherten in der Weise zu optimieren, dass sie in jedem Ort bzw. Ortsteil die Auswahl zwischen mindestens zwei am Ort praktizierenden Vertragsärzten haben; auch ein entsprechender Anspruch der Versicherten besteht ungeachtet der in [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) verbrieften Arztwahlfreiheit nicht.

Es ist nicht Sinn und Zweck der durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eingeführten Möglichkeit der Errichtung einer Zweigpraxis, u. a. die Flexibilisierung der ärztlichen Tätigkeit und gerade auch die Einführung von Wettbewerbsmöglichkeiten zu eröffnen. Nach der Begründung des Gesetzentwurfs zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz soll die durch den 107. Deutschen Ärztetag 2004 vorgenommene Lockerung der Bindung des Arztes an seinen Vertragsarztsitz nur soweit nachvollzogen werden, als dies mit der "spezifischen Pflicht eines Vertragsarztes, die vertragsärztliche Versorgung an seinem Vertragsarztsitz zu gewährleisten (vgl. [§ 95 Abs. 1 Satz 4 und Absatz 3 SGB V](#) i. V. m. den Regelungen zur regionalen Bedarfsplanung), vereinbar" ist. (vgl. [BT-Drs. 16/2474, S. 29](#)). Aus Sicht des Gesetzgebers zeichnete sich in den letzten Jahren immer deutlicher ab, dass insbesondere in den neuen Ländern in bestimmten Regionen (Planungsbereichen) oder Teilen hiervon kurz- und mittelfristig die Gefahr regionaler Versorgungslücken besteht, zu deren Behebung die bisherigen Instrumente des Vertragsarztrechts (Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung, von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen gemeinsam finanzierte Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Planungsbereichen) ergänzt werden müssten. Deshalb seien neben der (durch den u. a. 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen erfolgten) Flexibilisierung und Liberalisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung sowohl auf der individuellen Arzebene zielgebundene Erleichterungen notwendig. In diesem Zusammenhang nennt die Gesetzesbegründung ausdrücklich die Zweigpraxen (vgl. [BT-Drs. 16/2474, S. 15](#)). Soweit damit auch eine Liberalisierung des Vertragsarztrechts intendiert worden sein sollte (vgl. zur Problematik Wenner, GesR 2009, S. 505 ff., 506 f.), hat sich dies nur sehr begrenzt im Wortlaut des [§ 24 Ärzte-ZV](#) niedergeschlagen. Mit dem Tatbestandsmerkmal der Versorgungsverbesserung ("dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert") stellt der Gesetzgeber ausschließlich auf Versorgungsgesichtspunkte ab, also ausschließlich auf quantitative und/oder qualitative Aspekte der Versorgung der Versicherten und damit nicht primär auf verbesserte "Marktchancen" des einzelnen Vertragsarztes, sondern allenfalls sekundär für den Fall, dass eine Versorgungslücke vorliegen sollte bzw. nach der Terminologie des Bundessozialgerichts eine "qualifizierte Versorgungsverbesserung" (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 10.02.2009 - [S 12 KA 824/09](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris).

Die Rechtswidrigkeit des angefochtenen Beschlusses folgt auch nicht bereits aus der von dem Kläger als fehlerhaft gerügten Beiladung. Die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 28.10.2009 betrifft nur die Frage einer Drittanfechtung (sog. passive Konkurrentenklage). Hiervon zu trennen ist die Frage der Beteiligung. Eine einfache Beteiligung ist schon dann möglich, wenn die rechtlichen Interessen durch den Ausgang des Verfahrens berührt werden können ([§ 12 Abs. 2 Satz 1 SGB X](#)). Insofern konnte der Beklagte auch das MVZ A-Stadt beteiligen. Selbst wenn man von einer Rechtswidrigkeit der Beteiligung ausginge, folgt hieraus nicht die Fehlerhaftigkeit des Beschlusses und kann insbesondere nicht deshalb die Aufhebung beansprucht werden ([§ 42 Satz 1 SGB X](#)).

Von daher war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2010-07-05