

S 12 KA 170/15

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 170/15

Datum

16.03.2016

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Eine Auswahlentscheidung nach partieller Öffnung eines Planungsbereichs hat auch die räumliche Verteilung der Ärzte der Fachgruppe innerhalb einer Raumordnungsregion zu berücksichtigen.
 2. Die Ermessensausübung muss berücksichtigen, ob nicht bestehende Ermächtigungen durch eine Zulassung ganz oder teilweise abgebaut werden können und ob deren Umfang nicht gerade auf einen Bedarf am geplanten Sitz eines Bewerbers hindeutet.
 3. Wird für die Auswahlentscheidung wesentlich auf das Verhalten eines offenen MRT abgestellt, reicht der Hinweis auf 46 Kostenerstattungsanträge im Quartal bzw. von 6,2 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe Radiologie in Bezug auf einen hälftigen Versorgungsauftrag nicht aus.
1. Unter Aufhebung des Beschlusses vom 04.03.2015 wird der Beklagte verurteilt, über den Widerspruch der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.
 2. Der Beklagte hat die Gerichtskosten und die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer aktiven Konkurrentenklage um die Vergabe eines hälftigen Vertragsarztsitzes für einen Radiologen/eine Radiologin in der Raumordnungsregion Mittelhessen nach partieller Öffnung.

Die 1968 geb. und jetzt 48-jährige Klägerin ist seit 09.10.1996 approbiert und seit 22.10.2003 Fachärztin für Diagnostische Radiologie. Seit Dezember 2007 ist sie berechtigt, die Schwerpunktbezeichnung Kinderradiologie zu führen. Nach ihrer Facharztanerkennung arbeitete sie bis Oktober 2005 im Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der A-Uni, anschließend bis Oktober 2007 als Oberärztin in der Kinderradiologie der Universität C-Stadt und seitdem als Oberärztin der XA. Klinik A Stadt, seit 01.07.2013 dort als komm. Leiterin der Radiologie, seit 01.04.2014 als Teamchefärztin. Sie ist zur vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31.12.2006 ermächtigt. Der 1947 geb. und jetzt 68-jährige Beigeladene zu 8) ist seit 01.03.1978 approbiert und seit 27.01.1984 Facharzt für Radiologie.

Nach partieller Öffnung der Raumordnungsregion Mittelhessen für einen Vertragsarztsitz für einen Radiologen/eine Radiologin bewarben sich die Klägerin und 11 weitere Ärzte für einen vollen Vertragsarztsitz.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gab mit Beschluss vom 05.11.2013 dem Antrag des Beigeladenen zu 8) auf hälftige Zulassung und des Dr. E. auf Aufhebung der Beschränkung der Zulassung statt und lehnte die übrigen Anträge ab.

Hiergegen legte die Klägerin am 12.12.2013 Widerspruch ein, des Weiteren die Ärzte Dr. F. und Dr. G. Zur Begründung trug die Klägerin vor, sie widerspreche nicht der halben Zulassung für Herrn Dr. E. Aufgrund ihrer Schwerpunktkompetenz Kinderradiologie einerseits und der zur regionalen Sicherstellung vorrangigen Versorgung des Ostkreises C-Stadt und der angrenzenden Bereiche A-Kreis und B-Kreis andererseits hätte ihr die halbe Zulassung zugesprochen werden müssen. Der Schwerpunkt Kinderradiologie sei für spezielle Untersuchungen der traumatologisch erkrankten Kinderpatienten von hohem Nutzen. Mit Recht werde bei Herrn Dr. E. auf das für die Bevölkerung der L-Region notwendige Versorgungsangebot verwiesen. Damit vergleichbar sei die Situation im Ostkreis C-Stadt und den angrenzenden Regionen des A-Kreis und B-Kreis. Auch hier bestehe eindeutig regionaler Versorgungsbedarf. Deshalb seien auch turnusgemäß Chefärzte der Radiologie am Klinikum A-Stadt mit einer umfänglichen Ermächtigung ausgestattet worden. Auch wenn der Beigeladene zu 8) über ein offenes MRT

verfüge, so bleibe doch festzustellen, dass die Stadt C-Stadt mit ihrem Einzugsbereich bestens versorgt sei. Für eine weitere halbe Zulassung im Stadtgebiet C-Stadt bestehe daher keine Notwendigkeit. Bereits seit mehreren Jahren stehe das offene MRT zur Verfügung und sei die Versorgung gewährleistet. Ergänzend verweise sie auf ihr bereits eingereichtes Konzept.

Der Beigeladene zu 8) trug mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 28.03.2014 vor, er weise die gleiche fachliche Befähigung wie die Klägerin auf. Darüber hinaus sei er als Facharzt für Radiologie im Gegensatz zur Klägerin auch zur therapeutischen Radiologie, namentlich auch unter dem Gesichtspunkt der Strahlenheilkunde, befähigt. Die Klägerin werde ihre Tätigkeit im Krankenhaus nicht aufgeben, weshalb zu erwarten sei, dass die erforderliche Trennung zwischen vertragsärztlicher und stationärer Tätigkeit nicht vollzogen werde. Es fehle der Klägerin an einer freien Praxis. Für die Klägerin komme vorrangig eine Ermächtigung in Betracht. Es bestünden weder hinsichtlich des Leistungsspektrums noch in gerätetechnischer Hinsicht entscheidungsrelevante Unterschiede gegenüber dem Angebot der Klägerin. Die Versorgung mit einem offenen MRT sei nicht bereits gewährleistet. Er verfüge zurzeit über keine Zulassung oder Ermächtigung, diese Leistungen würden bislang rein privatärztlich erbracht und sollten zukünftig vertragsärztlich angeboten werden. Das Einzugsgebiet seiner Praxis für Angstpatienten, Übergewichtige, Körperbehinderte und Kinder habe einen Radius von etwa 60 bis 80 km. Auf den Standort C-Stadt oder A-Stadt komme es daher nicht an. C-Stadt sei jedoch verkehrstechnisch günstiger angebunden.

Die Klägerin trug mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 04.04.2014 weiter vor, die längere Berufsausübung des Beigeladenen zu 8) sei nach der Rechtsprechung nicht zu berücksichtigen. Mit der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie sei das Kriterium der Versorgungsgesichtspunkte aufgenommen worden. Hierunter falle die Kontinuität der Patientenversorgung. Aufgrund ihres Alters biete sie die Gewähr für eine länger andauernde kontinuierliche Patientenversorgung. Eine Überschreitung der durchschnittlichen Fallzahlen der Fachgruppe könne keinen Versorgungsbedarf begründen. Patienten wären ggf. weiter zu verweisen. Patienten aus C-Stadt sei es durchaus zumutbar, eine Entfernung von 14 km nach A-Stadt auf sich zu nehmen. Eine gleichzeitige Anstellung in Teilzeit in einem Krankenhaus sei mit einer vertragsärztlichen Tätigkeit vereinbar.

Der Beklagte wies mit Beschluss vom 09.04.2014, der Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 09.05.2014 zugestellt, alle Widersprüche zurück und ordnete die sofortige Vollziehung der vertragsärztlichen Zulassung des Dr. C. und der Aufhebung der Beschränkung der vertragsärztlichen Zulassung des Dr. E. an. Zur Begründung führte er aus, das Auswahlverfahren, dass vor dem Zulassungsausschuss bereits stattgefunden habe, sei nochmals zu wiederholen. Als Folge der Einlegung des Widerspruchs sei eine umfassende Überprüfung der Entscheidung des Zulassungsausschusses hinsichtlich der Bewerberauswahl vorzunehmen. Hierbei seien grundsätzlich auch diejenigen Bewerber mit einzubeziehen, deren Zulassungsantrag abgelehnt worden sei und die selbst keinen Widerspruch eingelegt hätten. Eine partielle Bestandskraft hinsichtlich dieser Ablehnungen sei auch ohne die Einlegung eines eigenen Widerspruchs dieser Bewerber nicht eingetreten, da nicht ausgeschlossen werden könne, dass diese Bewerber die Entscheidung des Zulassungsausschusses zu Gunsten der von diesem positiv beschiedenen Bewerber akzeptieren können, nicht aber eine Entscheidung zu Gunsten anderer Beteiligten, die ihrerseits Widerspruch eingelegt hätten. Allerdings sei zu beachten, dass die Bewerber aus dem erstinstanzlichen Verwaltungsverfahren im Widerspruchsverfahren zum Teil zwar keinen Verzicht auf ihre Bewerbung erklärt hätten, andererseits aber diese Bewerbung nicht aktiv weiter betrieben hätten. Im Rahmen der anstehenden Ermessensentscheidung sei sodann von der Aktenlage auszugehen und zu berücksichtigen, dass ein aktives Weiterbetreiben der Bewerbung nicht erfolgt sei. Nach Maßgabe dieser Überlegungen seien in die engere Auswahl die beiden Ärzte mit einzubeziehen, zu deren Gunsten sich der Zulassungsausschuss entschieden habe, ferner die drei Widerspruchsführer sowie Dr. H., Dr. I. und Dr. J., die zwar keinen förmlichen Widerspruch eingelegt hätten, jedoch ihre Bewerbung auch in der zweiten Verwaltungsinstanz aktiv betrieben hätten. Für alle in die engere Wahl einzubeziehenden Ärzte sei festzustellen, dass sie auch auf der Grundlage der "harten" Eignungskriterien Approbationsalter und Dauer der ärztlichen Tätigkeit grundsätzlich als geeignet anzusehen seien. Herr Dr. C., Frau Dr. A. seien seit Juli 2013, Herr Dr. J., Herr Dr. E. seit August 2013 in die Warteliste eingetragen. Den Eintragungen in die Warteliste könne daher keine entscheidende Bedeutung beigemessen werden. Auch hinsichtlich der spezifischen Zusatzqualifikationen könnten bei allen Beteiligten keine signifikanten Unterschiede ausgemacht werden. Soweit bei der Klägerin eine Qualifikation als Kinderradiologin vorliege, sei diese zwar in die Abwägung mit einzubeziehen, eine ausschlaggebende Bedeutung könne hier jedoch nicht beigemessen werden, da der neue radiologische Sitz unter dem Aspekt der radiologischen Gesamtversorgung beschaffen worden sei. Soweit von einzelnen Widerspruchsführern bzw. Beteiligten auf die hohe Auslastung ihrer Praxen abgestellt worden sei, könne dieses Kriterium zwar im Rahmen der Ermessensentscheidung mit berücksichtigt werden, eine ausschlaggebende Bedeutung komme dem aber nicht zu, da die Schaffung des neuen radiologischen Sitzes nicht in erster Linie den Zweck habe, bestehende Praxen zu entlasten, sondern die Versorgungsstruktur für die Bevölkerung zu verbessern. Überlastungen einzelner Praxen könne auch in der Weise begegnet werden, dass ein erhöhtes Patientenaufkommen an einen anderen, weniger ausgelasteten Radiologen verwiesen werde. Damit sei im Rahmen der Auswahlentscheidung letztendlich auf die jeweilige Praxiskonzeption und die Standortwahl abzustellen. Am Standort E-Stadt sei unter Versorgungsaspekten ein wesentlich erhöhter Bedarf festzustellen, insbesondere für den Bereich des ländlichen Raums, für welche die Stadt E-Stadt die Funktion eines Oberzentrums habe. Hierzu gehöre insbesondere der Bereich des hessischen Westerwaldes. Die Praxis des Dr. E. liege deutlich über dem Fachgruppenschnitt, dessen Überlastung könne auch nicht durch Weiterverweisung an andere radiologischen Praxen abgemildert werden, da solche in diesem Bereich nicht zur Verfügung stünden. Herr Dr. C. biete ein offenes MRT an, es handle sich hierbei um das einzige Gerät dieser Art, das im Bundesland Hessen im ambulanten Bereich für die vertragsärztliche Versorgung herangezogen werden könne. Da bereits aufgrund der Zahlen der AOK Hessen die dargestellte Hochrechnung ergebe, dass im Bereich der kassenärztlichen Versorgung mit mindestens 1.000 Fällen pro Jahr zu rechnen sei, in denen seitens der gesetzlichen Krankenkassen der Einsatz eines offenen MRT für erforderlich gehalten werde, bestehe ein Bedarf, der bislang außerhalb von Hessen abgefangen worden sei. Hiergegen könne auch nicht eingewandt werden, dass zwischenzeitlich moderne MRT mit größeren Querschnittsöffnungen in den Praxen der Widerspruchsführer genutzt würden, in denen grundsätzlich auch die Behandlung von Angstpatienten möglich sei. Erfahrungsgemäß suchten Patienten erst gar nicht die Möglichkeit der Behandlung in einem konventionellen MRT, auch wenn diese ggf. objektiv ohne weiteres möglich wäre. Damit habe die Praxis des Dr. C. ein Alleinstellungsmerkmal in der Weise, dass ein offenes MRT zur Verfügung gestellt werde. Herr Dr. C., der zum Zeitpunkt der Entscheidung das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet habe, beabsichtige nach eigenen Angaben, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, solange es ihm gesundheitlich möglich sei. Nach eigenen Angaben befinde er sich in gutem gesundheitlichen Zustand. Sein Alter könne ihm grundsätzlich nicht entgegen gehalten werden. Dr. C. habe auch deutlich gemacht, dass im Rahmen entsprechender Kooperationen die vollständige Erbringung des radiologischen Spektrums gewährleistet werde.

Hiergegen hatte die Klägerin erstmals am 02.06.2014 die Klage erhoben. Sie war weiterhin der Auffassung, aufgrund ihres Alters biete sie deutlich mehr die (prognostische) Gewähr für eine länger andauernde kontinuierliche Patientenversorgung als der erheblich ältere Beigeladene zu 8). Die langjährige vertragsärztliche Tätigkeit des Beigeladenen zu 8) zeige, dass er sich bereits eine Existenzgrundlage

habe schaffen können, welche Neuzugänge zum vertragsärztlichen System noch nicht hätten. Insbesondere sei aber eine Zulassung mit einem Alleinstellungsmerkmal an apparativer Ausstattung nicht zu begründen. Bei der Vergabe der Zulassungen gehe es um den lokalen Versorgungsbedarf des Planungsbereichs. Für eine besondere Spezialisierung käme allenfalls eine Sonderbedarfszulassung oder eine Ermächtigung in Betracht. Widersprüchlich sei die Zurückweisung ihrer zusätzlichen Qualifikation als Kinderradiologin mit der Betonung, dass der neue radiologische Sitz unter dem Aspekt der Gesamtversorgung gesehen werde, da der Beklagte hinsichtlich der Auswahl des Beigeladenen zu 8) dann auf dessen Spezialausstattung "offenes MRT" stütze, dies, obwohl sich der angegebene Mangel auf den ganzen Raum Hessen beziehen soll. Damit werde auch die Versorgungssituation im Planungsbereich vernachlässigt. Trotz Anordnung des Sofortvollzugs sei der Beigeladene zu 8) jedenfalls im Zeitpunkt der Anordnung nicht in der Lage gewesen, seine Tätigkeit aufzunehmen. Nach seinem aktuellen Internetauftritt betreibe er weiterhin eine Privatpraxis. Sollte er den ihm erteilten Versorgungsauftrag nicht erfüllen, wäre ihm schon aus diesem Grund die Zulassung wieder zu entziehen. Auch bei einer Zulassung müsse der Wille bestehen, eine Praxis zu führen. Der Sinn und Zweck der Verhinderung der Kommerzialisierung von Vertragsarztsitzen sei auch dem Zulassungsverfahren nach der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen immanent, sodass dieselben Anforderungen bei der Auswahlentscheidung gelten würden. Auch in diesem Verfahren sei eine Missbrauchskontrolle geboten. Nach der Verkündung des Sofortvollzugs hätte der Beigeladene zu 8) seine Tätigkeit spätestens am 09.07.2014 aufnehmen müssen. Ausweislich des Konzepts des Beigeladenen zu 8) soll seine Praxis auch vertragsärztlich auf die Erbringung und Durchführung von Leistungen am offenen MRT besonders ausgerichtet sein. Neben MRT und CT sollen die übrigen Leistungen von dritten Ärzten erbracht werden. Eine Gerätekooperation mit einem digitalen Röntgengerät und einer Durchleuchtungseinheit werden nur pauschal benannt.

Der Beklagte wies auf seinen Beurteilungsspielraum hin, der nur eingeschränkt gerichtlich überprüfbar sei. Er habe die Qualifikation der Klägerin als Kinderradiologin gesehen, aber nicht als durchschlagend bewertet. Das Interesse der Krankenkassen an einer Versorgung mit offenen MRT-Untersuchungen habe in seine Abwägung einfließen dürfen. Dadurch werde objektiv eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten herbeigeführt. Mit der Zulassung sei die einzige ambulante vertragsärztliche Versorgungsmöglichkeit in Hessen geschaffen worden. Der Aspekt der Kontinuität der Versorgung spiele bei Radiologen eine weitaus geringere Rolle als bei Arztgruppen, die beispielsweise in der kontinuierlichen Versorgung von chronisch kranken Patienten tätig seien. Mit der Begrenzung der Berücksichtigung einer fachärztlichen Tätigkeit bis zum Zeitraum von fünf Jahren sei auch die Wertung verbunden, dass ein Horizont von fünf Jahren als sachgerecht anzusehen sei. Jüngere Bewerber dürften nicht grundsätzlich einen Vorrang vor älteren Bewerbern haben, weil sie automatisch die Gewähr für eine prognostisch längere vertragsärztliche Tätigkeit böten. Soweit der Beigeladene zu 8) nie mehr seine vertragsärztliche Tätigkeit aufnehmen wolle, erledige sich diesbezüglich eine weitere Ermittlung. Aufgrund des Nichteintritts der Bestandskraft der Zulassung bestehe auch keine Verpflichtung zur Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit. Die Anordnung des Sofortvollzugs ermögliche lediglich die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Die Beigeladene zu 1) war der Auffassung, Leistungen mit einem offenen MRT könnten bei ihr als genehmigungspflichtige Leistungen nach Erhalt der Genehmigung abgerechnet werden. Eine besondere Abrechnungsziffer bestehe nicht. Es handele sich um keine neue Leistung, sondern um die gleiche Leistung, welche mittels eines offenen MRT schlicht komfortabler angeboten werde. Es gebe in Hessen weitere Praxen mit einem offenen MRT, die etwa zur Hälfte auch eine Genehmigung für ihr Gerät erhalten hätten. Allerdings hätten alle Praxen nach einer gewissen Zeit wieder auf die Genehmigung verzichtet, da diese Leistung durch die Abrechnung der "normalen" EBM-Ziffer für MRT nicht kostendeckend erbracht werden könne. Insofern stehe es dem Arzt frei, auf seine Genehmigung zu verzichten und die Leistungen nur noch privatärztlich anzubieten. Die Vorhaltung eines Geräts sei daher nicht besonders berücksichtigungsfähig.

Der Beigeladene zu 8) folgte den Ausführungen des Beklagten. Er war weiterhin der Auffassung, als Facharzt für Radiologie eine erheblich weitere Qualifikation zu haben. Für die Klägerin folge aus dem Schwerpunkt, dass sie insb. in diesem tätig sein müsse, was zu einer erheblichen Beschränkung in der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit führe. Sein Alter könne ihm nicht entgegen gehalten werden, da er sich im guten gesundheitlichen Zustand befinde und er beabsichtige, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Er biete das vollständige radiologische Spektrum an, was er im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor dem Beklagten näher erläutert habe. Zutreffend weise der Beklagte darauf hin, dass er der einzige Arzt in Hessen sei, der offene MRT-Untersuchungen anbiete. Es handele sich auch um eine vertragsärztliche Leistung. Das von ihm betriebene Gerät erfülle die Voraussetzungen der Kernspintomographievereinbarung. Sein Gerät trage sich bereits bisher im Rahmen seiner Privatpraxis, weshalb die Unterstellung, er werde aus Kostengründen auf die Genehmigung wieder verzichten, den tatsächlichen Gegebenheiten widerspreche. Er beabsichtige, die vertragsärztliche Tätigkeit zum 01.10.2014 aufzunehmen.

In der mündlichen Verhandlung am 26.11.2014 schlossen die Beteiligten auf Anraten des Gerichts einen Vergleich, wonach sich der Beklagte unter Aufhebung seines angefochtenen Beschlusses, soweit in diesem eine Zulassung des zu 8) beigeladenen Dr. C. ausgesprochen worden war, zur Neubescheidung des Widerspruchs der Klägerin verpflichtete.

Die Beigeladene zu 1) legte unter Datum vom 09.02.2015 eine Versorgungsanalyse vor. Danach bestand im Dezember 2014 eine Überversorgung von 117,98 %. Die Beigeladene zu 1) führte aus, die Raumordnungsregion Mittelhessen habe derzeit 1.023.150 Einwohner (Stand: xx.xx.xxxx), Es seien 32 Radiologen mit 24,5 Versorgungsaufträgen niedergelassen. Auf einen Radiologen kämen 41.761 Patienten. Im Einzelnen verteilten sich die Leistungserbringer wie folgt:

Kreis Anzahl an Radiologen Versorgungsaufträge Einwohner im Landkreis Verhältnis Einwohner zu radiolog. Leistungserbringern
A-Kreis 2 1,0 106.383 106.383
Landkreis C Stadt 10 6,5 253.820 39.049
C-Kreis 6 5,5 169.964 30.902
Landkreis D Kreis 5 5,0 241.656 48.331
E-Kreis 9 6,5 251.327 38.665

Beide Vertragsarztsitze lägen im Landkreis C-Stadt, 14,6 km bzw. ca. 20 Minuten mit dem PKW entfernt. Der Beigeladene zu 8) habe seine Tätigkeit noch nicht aufgenommen, weshalb eine Abrechnungsanalyse nicht möglich sei. Die Klägerin habe im Quartal III/14 im Rahmen ihrer Ermächtigung überwiegend Patienten aus dem Landkreis C-Stadt behandelt, insb. aus F-Stadt, G-Stadt, A-Stadt und H-Stadt. Vereinzelt sei sie auch von Patienten aus dem B-Kreis sowie A-Kreis aufgesucht worden. Der Standort der Klägerin biete für den östlichen Landkreis C-Stadt eine schnellere Erreichbarkeit, für den südlichen Teil bestünden keine Unterschiede. Patienten aus dem A-Kreis könnten wegen der

geringen Anzahl vernachlässigt werden. A-Stadt sei durch verschiedene Buslinien und die Bahnlinie C-Stadt-I-Stadt an den ÖPNV angebunden. Die Stadt C-Stadt verfüge über zahlreiche Buslinien, die in den A-Kreis reichten. Der geplante Sitz des Beigeladenen zu 8) sei zudem in 6 Minuten vom Bahnhof C-Stadt zu erreichen, der geplante Sitz der Klägerin sei vom Bahnhof nur mit einem Buspendelverkehr zu erreichen. Es gebe insgesamt 12 ermächtigte Radiologen, davon 6 in J-Stadt., 2 in E Stadt, 1 in C-Stadt, 1 in K-Stadt sowie neben der Klägerin einen weiteren in A-Stadt. Die Klägerin habe in den Quartalen IV/13 bis II/14 durchschnittlich 600 Fälle abgerechnet und ihre quartalsbezogene Fallgrenze vollständig ausgeschöpft.

Die Beigeladenen zu 2) bis 7) trugen unter Datum vom 12. und 27.02.2015 vor, es sei eine große Anzahl von Kostenübernahmeanträgen für privatärztlich geplante offene MRTs eingereicht worden, da diese Leistung bisher von Vertragsärzten nicht als Kassenleistung erbracht werde. Sie unterstützten daher die Zulassung des Beigeladenen zu 8) zumindest für einen hälftigen Versorgungsauftrag. Die Klägerin wies unter Datum vom 11. und 27.02.2015 nochmals insb. auf die Vorzüge ihres geplanten Standorts hin. Auf eine Spezialisierung im Rahmen der MRT-Leistungen dürfe nicht abgestellt werden, zudem handele es sich um 84 Leistungen pro Quartal. Zudem würde nahezu 50 % des Versorgungsbedarfs anderen Planungsbereichen zugutekommen. Bei einer Zulassung werde sie ihre Funktion einer Teamchefärztin aufgeben und die Arbeitszeit auf 20 Wochenstunden reduzieren. Die Praxis werde organisatorisch, rechtlich und wirtschaftlich vom Krankenhausbetrieb getrennt sein. Der Beigeladene zu 8) wies unter Datum vom 18. und 26.02.2015 darauf hin, das von ihm betriebene Gerät werde nicht mehr gebaut, weshalb er dauerhaft der einzige Leistungserbringer bleiben werde. Es bestünden Anhaltspunkte für die Vermutung, dass die Klägerin nicht gewährleisten könne, ihre Tätigkeit in freier Praxis ausüben zu können. Die organisatorische, rechtliche und wirtschaftliche Trennung vom Krankenhausbetrieb werde nicht erläutert. Sein Standort sei nicht schlechter als der der Klägerin, vielmehr mit öffentlichen Verkehrsmitteln besser zu erreichen.

Der Beklagte wies mit Beschluss vom 04.03.2015, der Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 09.05.2014 zugestellt, den Widerspruch der Klägerin erneut zurück. Zur Begründung führte er aus, beide Bewerber seien, auch unter der Einbeziehung spezifischer Zusatzqualifikationen, gleich geeignet. Für den östlichen Bereich des Planungsbereichs sei eine Unterversorgung bisher nicht festgestellt worden. Der geplante Standort der Klägerin sei nur für Patienten aus dem östlichen Teil des Planungsbereichs etwas günstiger, während der geplante Standort des Beigeladenen zu 8) infrastrukturell weitaus günstiger liege. Die Klägerin behandle bisher vor allem Patienten aus der unmittelbaren Umgebung, ein Schwerpunkt für den östlichen Teil des Planungsbereichs sei nicht erkennbar. Hinsichtlich des Standorts bestünden somit keine entscheidenden Unterschiede. Hinsichtlich der besseren verkehrlichen Anbindung bestünden leichte Vorteile für den geplanten Standort des Beigeladenen zu 8). Beide Bewerber seien auch in der Lage, das vollständige radiologische Spektrum anzubieten. Den Ausschlag für den Beigeladenen zu 8) gebe dessen offener MRT, wobei nur der im Planungsbereich anfallende Bedarf zu berücksichtigen sei. Im Planungsbereich wohnten ca. 1/6 der Einwohner von Hessen (6.045.425 Einwohner). Bezogen auf 1.121 Kostenübernahmeanträge im Jahr in Hessen für eine Untersuchung am offenen MRT entfielen 185 Fälle jährlich auf den Planungsbereich.

Hiergegen hat die Klägerin am 27.04.2015 erneut die Klage erhoben. Sie ist weiterhin der Auffassung, der Beigeladene zu 8) sei nicht in der Lage, das gesamte Leistungsspektrum zu erbringen. Er biete keine Leistungen nach Kap. 33 EBM (Sonographie) und keine Mammographien an. Es handele sich um Standardleistungen der Radiologie. Der Beklagte habe sich die Kooperationsverträge nicht vorlegen lassen. Zweifel bestünden, ob er alle Leistungen mit dem offenen MRT erbringen könne. Insofern habe bereits die Beigeladene zu 1) darauf hingewiesen, dass dies nicht kostendeckend sei. Aufgrund der großen Tunnelöffnung von 70 cm könne sie mit ihrem MRT-Gerät auch adipöse und klaustrophobische Patienten behandeln. Der Beklagte berücksichtige nicht hinreichend, dass in C-Stadt selbst bereits 10 Radiologen mit 6,5 Versorgungsaufträgen niedergelassen seien. Der Fachgebietsschwerpunkt sei Tatbestandsmerkmal des § 26 Abs. 4 Nr. 3 BedarfspRL. Eine Ermächtigung sei nicht zu berücksichtigen. Der Beklagte umgehe eine Abwägung ihres Fachgebietsschwerpunkts mit dem von ihm hervorgehobenen Vorteil des Beigeladenen zu 8). Hinsichtlich der Barrierefreiheit sei die geplante Praxis des Beigeladenen zu 8) nachteilig, da die Geräte an verschiedenen Orten stünden. Dem Beigeladenen zu 8) gehe es letztlich um eine bessere Verkaufsoption seiner Praxis. Die bestehenden Ermächtigungen reichten als Nachweis für einen Bedarf aus.

Die Klägerin beantragt,
unter Aufhebung des Beschlusses vom 04.03.2015 den Beklagten zu verurteilen, über ihren Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er verweist auf seine Ausführungen im angefochtenen Bescheid und trägt ergänzend vor, der Beigeladene zu 8) habe hinreichend versichert, das gesamte Spektrum der Radiologie zu erbringen. Ein Vertragsarzt sei auch nicht verpflichtet, das gesamte Spektrum tatsächlich zu erbringen. Entscheidend seien die Leistungen, welche für die Versorgung von besonderer Relevanz seien. Ob ein offenes MRT wirtschaftlich betrieben werden könne, könnten weder er noch die Klägerin beurteilen. Letztlich gehe es auch um das Gesamtkonzept. Dessen Wirtschaftlichkeit sei im Regelfall von ihm nicht zu prüfen. Er habe auf die Vorteile des Standorts C-Stadt verwiesen, was im Übrigen von seinem Beurteilungsspielraum umfasst werde. Rechtlich werde der Fachgebietsschwerpunkt nur neben anderen Kriterien genannt, ohne vorrangig zu sein. Er könne bestehende Ermächtigungen berücksichtigen. Im Übrigen würde eine Ermächtigung von 200 Fällen pro Quartal eine Sonderbedarfszulassung nicht rechtfertigen. Dies gelte auch für das Kriterium einer Barrierefreiheit. Es unterfalle seinem Beurteilungsspielraum, ob er der Versorgung mit Leistungen am offenen MRT den Vorrang gebe. Die Frage der wirtschaftlichen Interessen des Beigeladenen zu 8) sei für das Bedarfsplanungsrecht ohne Bedeutung. Für die Aufnahme einer Bedingung, Leistungen mit dem offenen MRT-Gerät zu erbringen, fehle es an einer Rechtsgrundlage.

Die Beigeladene zu 1) geht weiterhin davon aus, das Vorhalten eines offenen MRT-Geräts könne nur berücksichtigt werden, wenn sich der Beigeladene zu 8) verpflichte, auf seine Genehmigung zur Erbringung derartiger Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht zu verzichten. Sie rege an, dies als Bedingung in die Zulassung aufzunehmen. Die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe Radiologie (pro Vertragsarztsitz) habe in den Quartalen I bis IV/14 1.610, 1.454, 1.532 bzw. 1.464 Fälle betragen. Die Klägerin habe in diesem Zeitraum aufgrund der Ermächtigung im Durchschnitt pro Quartal neben der Obergrenze von 600 Fällen nochmals 500 Fälle zusätzlich abgerechnet, die aber abgesetzt worden seien. Der ermächtigte Radiologe in A-Stadt habe in den Quartalen I bis IV/14 209, 206, 185 bzw. 249 Fälle abgerechnet, der ermächtigte Radiologe in C-Stadt 15, 13, 14 bzw. 9 Fälle.

Der Beigeladene zu 8) hat keinen Antrag gestellt. Er schließt sich den Ausführungen des Beklagten unter Wiederholung seines bisherigen Vortrags an. Weiter trägt er vor, er werde ab dem Quartal I/16 eine fachärztliche Mitarbeiterin beschäftigen. Soweit die Zulassung bestandskräftig werde, solle ein Job-Sharing-Verhältnis zur Anstellung mit der Perspektive einer künftigen Praxisübernahme begründet werden. Für eine Bedingung fehle es an einer Rechtsgrundlage.

Die übrigen Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt und sich zur Sache schriftsätzlich nicht geäußert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 28.04.2015 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte sowie weiter beigezogenen Verfahrensakte zum Az.: S 12 KA 280/14, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen 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 des Ausbleibens eines Vertreters der Beigeladenen zu 7) tun, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist ([§ 110 Abs. 1 SGG](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insb. form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist auch begründet. Der angefochtene Beschluss vom 04.03.2015 ist rechtswidrig. Er war daher aufzuheben. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Neubescheidung ihres Widerspruchs unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Der Klage war daher stattzugeben.

Rechtsgrundlage für Entscheidungen der Zulassungsgremien über Anträge auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung in einem bislang übertensorgten Planungsbereich sind [§ 95 Abs. 2](#) i.V.m. [§ 103 Abs. 3 SGB V](#) sowie die konkretisierenden Bestimmungen des § 16b Ärzte-ZV und des § 26 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT vom 31.12.2012 B7, zuletzt geändert am 20.08.2015, hier anzuwenden in der Fassung mit der letzten Änderung vom v. 18.12.2014, wobei sämtliche Änderungen nicht § 26 BedarfspIRL betreffen.

Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arztregister nachweist ([§ 95 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen fest, ob eine Überversorgung vorliegt. Wenn dies der Fall ist, hat der Landesausschuss nach den Vorschriften der Zulassungsverordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Zulassungsbeschränkungen anzuordnen ([§ 103 Abs. 1 SGB V](#)). Die Zulassungsbeschränkungen sind aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für eine Überversorgung entfallen sind ([§ 103 Abs. 3 SGB V](#)).

Der Landesausschuss hat von Amts wegen zu prüfen, ob in einem Planungsbereich eine ärztliche Überversorgung vorliegt. Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. Hierbei sind die in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vorgesehenen Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zu berücksichtigen (§ 16b Abs. 1 Ärzte-ZV). Stellt der Landesausschuss fest, dass eine Überversorgung vorliegt, so hat er mit verbindlicher Wirkung für einen oder mehrere Zulassungsausschüsse nach Maßgabe des [§ 103 Abs. 2 SGB V](#) Zulassungsbeschränkungen anzuordnen (§ 16b Abs. 2 Ärzte-ZV). Entfallen die Voraussetzungen, so hat der Landesausschuss mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse die Zulassungsbeschränkungen unverzüglich aufzuheben (§ 16b Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV). Die Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen ist in den für amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehenen Blättern zu veröffentlichen (§ 16b Abs. 4 Ärzte-ZV). Kommt der Landesausschuss nach einer erstmaligen Feststellung von Überversorgung aufgrund der weiteren Entwicklung und seiner Prüfung zu der Folgerung, dass Überversorgung nicht mehr besteht, so ist der Aufhebungsbeschluss hinsichtlich der Zulassungsbeschränkungen mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten ist (§ 26 Abs. 1 Satz 1 BedarfspIRL).

Über den Antrag befindet der Zulassungsausschuss durch Beschluss. Wegen Zulassungsbeschränkungen kann ein Antrag nur dann abgelehnt werden, wenn diese bereits bei Antragstellung angeordnet waren (§ 19 Abs. 1 Ärzte-ZV). Nur dann, wenn bei Antragstellung die Anordnung der Zulassungsbeschränkung angeordnet war, kann, von besonderen Konstellationen abgesehen, die hier nicht vorliegen, die Zulassung verweigert werden (vgl. BSG, Urt. v. 17.10.2007 - [B 6 KA 45/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 103 Nr. 4](#) = [GesR 2008, 308](#) = USK 2007-91, juris Rdnr. 10 u. 19).

Die Veröffentlichung der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen ist nicht Voraussetzung für ihre Wirksamkeit. Der für die Wirksamkeit von Zulassungsbeschränkungen maßgebliche Zeitpunkt ist derjenige der Anordnung seitens des Landesausschusses und nicht der Tag ihrer Veröffentlichung in den Publikationsorganen der Kassenärztlichen Vereinigung (vgl. BSG, Urt. v. 02.10.1996 [6 RKa 52/95](#) - [BSGE 79, 152](#) = [SozR 3-2500 § 103 Nr.1](#); LSG Bayern, Urt. v. 16.02.2005 - [L 12 KA 436/04](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

Ausgehend hiervon sieht sich der Beklagte an die zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Teilentsperrung zu Recht gebunden. Allerdings ist der entsprechende Beschluss des Landesausschusses von den Gerichten im Klageverfahren zu überprüfen. Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Vorgaben des Landesausschusses sind nicht ersichtlich und werden von den Beteiligten nicht vorgebracht.

Nach § 26 Abs. 4 Nr. 3 BedarfspIRL entscheidet der Zulassungsausschuss bzw. der Bekl. nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen unter mehreren Bewerbern nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,

- Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß [§ 103 Absatz 5 Satz 1 SGB V](#),
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (siehe z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit, Feststellungen nach § 35).

Nach der Begründung des GBA ergeben sich Änderungen zur vorherigen Bedarfsplanungs-Richtlinie (§ 23 BedarfsplRL a.F. war seinerzeit auf Grundlage von BSG, Urt. v. 23.02.2005 - [B 6 KA 81/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 103 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 181](#) = [MedR 2005, 666](#) = [GesR 2005, 450](#) = USK 2005-113, juris Rdnr. 29 ff. geändert worden) im Absatz 4, Nr. 3, vorletzter und letzter Spiegelstrich. Bei der Auswahl bei mehreren Bewerbern kann der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen neben den bislang definierten Kriterien seine Entscheidung auch von Versorgungsgesichtspunkten abhängig machen. Hierzu gehören beispielsweise der geeignete Fachgebietsschwerpunkt bzw. auch Ausstattungsmerkmale der Praxis im Hinblick auf die Barrierefreiheit der Einrichtung. Bei der Bewertung der für die Versorgung erforderlichen Fachgebietsschwerpunkte können auch solche ermächtigten Ärzte einbezogen werden, die in der Bedarfsplanung berücksichtigt sind. Im Hinblick auf die Prospektivität der Bedarfsplanung eines Planungsbereiches sollen Möglichkeiten der Befristung von Zulassungen nach § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV geprüft werden (vgl. Tragende Gründe, S. 17 f., [www.gb-a.de](#)).

Es ist auch grundsätzlich die räumliche Verteilung der Ärzte der Fachgruppe im Planungsbereich zu berücksichtigen. Dies wird von den in § 26 BedarfsplRL genannten Kriterien nunmehr ausdrücklich vorgegeben. Das Kriterium "bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes" nimmt gerade das Konzept der wohnortnahen Versorgung auch hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung auf. Gleiches gilt für den Hinweis auf die Kriterien einer Sonderbedarfszulassung (§ 35 BedarfsplRL). Eine ungleiche Verteilung würde wiederum einen weiteren Bedarf für eine Sonderbedarfszulassung hervorrufen. Der Gesetzgeber hat mit dem Absehen von einheitlichen Planungsbereichen den Gemeinsamen Bundesausschuss ermächtigt, mit der Schaffung größerer oder kleinerer Planungsbereiche als den Landkreisen Vorgaben für eine Umsetzung des Konzepts der wohnortnahen Versorgung zu machen. Insb. mit der Zuordnung der spezialisierten fachärztlichen Versorgung und der gesonderten fachärztlichen Versorgung zu größeren Planungsbereichen (§§ 7, 13 Abs. 3 und 14 Abs. 3 BedarfsplRL) werden den Versicherten grundsätzlich längere Wege als zuvor zugemutet und wird einer Versorgung in städtischen Zentren Vorschub geleistet. Dennoch hat der Gesetzgeber das Konzept der wohnortnahen Versorgung nicht aufgegeben bzw. steht spätestens seit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) v. 22.12.2011, [BGBl I 2011, 2983](#) die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Zentrum gesetzgeberischer Bemühungen (vgl. [BT-Drs. 17/6906, S. 1 ff.](#), 42 u. 72 f.). Hieran knüpfen die Regelungen in den genannten §§ 26 Abs. 4 Nr. 3 und 36 BedarfsplRL an. Insofern darf die Verteilung der Vertragsarztsitze auch in größeren Planungsbereichen nicht außer Acht gelassen werden.

Ausgehend von diesen rechtlichen Vorgaben hätte der Beklagte den Bedarf in der Umgebung des von der Klägerin geplanten Vertragsarztsitzes ermitteln müssen. Die Beigeladene zu 1) hat in ihrer Versorgungsanalyse vom 09.02.2015 dargelegt, dass die Klägerin im Rahmen ihrer Ermächtigung überwiegend Patienten aus dem Landkreis C Stadt behandelt, insb. aus F-Stadt, G-Stadt, A-Stadt und H-Stadt. Insofern ist die grundsätzliche Annahme des Beklagten, Patienten aus dem A-Kreis würden, soweit nicht die Versorgung von den im Landkreis niedergelassenen Radiologen erfolgt, überwiegend vom Standort C-Stadt aus versorgt werden, nicht zu beanstanden. Der Beklagte hat aber nicht weiter ermittelt, in welchem Umfang sich aufgrund der erteilten Ermächtigungen ein Bedarf im Bereich A-Stadt und Umgebung ergibt. So hat die Klägerin aufgrund ihrer Ermächtigung nicht nur die nach der Ermächtigung möglichen 600 Behandlungsfälle im Quartal abgerechnet, sondern darüber hinaus - unabhängig von der Zulässigkeit dieses Leistungsverhaltens - durchschnittlich weitere 500 Behandlungsfälle, im Quartal also 1.100 Behandlungsfälle. Hinzu kommen weitere 200 Behandlungsfälle im Quartal, die von dem ermächtigten Kinderradiologen behandelt werden. Aufgrund der Ermächtigung geht der Zulassungsausschuss von einem Bedarf von 800 Behandlungsfällen im Quartal aus, wobei der tatsächliche Bedarf konstant bei ca. 1.300 Behandlungsfällen liegt. Nach Auskunft der Beigeladenen zu 1) liegt die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe Radiologie in den Quartalen I bis IV/14 bei ca. 1.500 Patienten im Quartal. Von daher erreichen die von den beiden Ermächtigungen versorgten Patienten annähernd den Umfang von 87 % der durchschnittlichen Fallzahl eines niedergelassenen Radiologen. Dieser Bedarf wird verifiziert durch die Bevölkerungszahlen der Gemeinden, aus denen die im Rahmen der Ermächtigung der Klägerin versorgten Patienten herkommen:

Gemeinde Einwohnerzahl
F-Stadt 9.606
G-Stadt 12.360
A-Stadt 13.133
H-Stadt 13.576
Gesamt 48.675

Angaben nach Hessisches Statistisches Landesamt, Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden, Januar xxxx, Angaben für die Bevölkerung am 30.06.xxxx

Die Einwohnerzahl von 48.675 entspricht nahezu der Verhältniszahl (ein Arzt je Anzahl Einwohner) für Radiologen von 49.095 nach § 13 Abs. 4 BedarfsplRL.

Ferner leidet der angefochtene Beschluss an einem Abwägungsfehler im Rahmen der Ermessensausübung, der z.T. auch dem Ermittlungsdefizit geschuldet sein dürfte. Zwar kommt dem Beklagten im Rahmen seiner Ermessensausübung nach § 26 Abs. 4 Nr. 3 BedarfsplRL (vgl. BSG, Urt. v. 19.10.2011 - [B 6 KA 20/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 103 Nr. 10](#) = [MedR 2012, 540](#) = USK 2011-173, juris Rdnr. 22) hinsichtlich des Versorgungsbedarfs und damit auch hinsichtlich vorrangiger Versorgungsgesichtspunkte und der regionalen Verteilung ein Ermessensspielraum zu. Der Beklagte hat sich aber nicht damit auseinandergesetzt, ob nicht die bestehenden Ermächtigungen nicht durch eine Zulassung der Klägerin ganz oder teilweise abgebaut werden können und ob deren Umfang nicht gerade auf einen Bedarf am geplanten Sitz der Klägerin hindeutet. Soweit der Schwerpunkt Kinderradiologie als wenig gewichtig bzw. unbeachtlich angesehen wird, weil die Radiologen auch diese Leistungen erbringen könnten, widerspricht dem die Erteilung einer Ermächtigung eines Kinderradiologen. Im Hinblick auf eine gleichmäßige Verteilung der Vertragsarztsitze im Planungsbereich bedürfte es auch einer besonderen Begründung, sollten die Versicherten aus den gegenwärtig insb. von der Klägerin im Rahmen ihrer Ermächtigung versorgten Gemeinden auf den Standort C-Stadt verwiesen werden, auch wenn es sich noch um zumutbare Entfernungen handelt.

Des Weiteren erschließt sich nicht die Bedeutung der offenen MRT-Fälle. Der Beklagte geht von 1.121 Kostenübernahmeanträgen im Jahr in Hessen für eine Untersuchung am offenen MRT aus, wovon 185 Fälle jährlich auf den Planungsbereich entfielen. Hieraus ergibt sich ein Bedarf von durchschnittlich 46,25 Behandlungsfällen im Quartal bzw. von 3,1 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe Radiologie bzw. von 6,2 % der durchschnittlichen Fallzahl in Bezug auf einen hälftigen Versorgungsauftrag. Der Umfang und die Berechtigung der Kostenübernahmeanträge werden nicht näher dargelegt. Insofern steht grundsätzlich eine Versorgung mit einem MRT zur Verfügung, so dass nicht ohne weiteres bereits aufgrund der Antragstellung von einem Anspruch auf Versorgung mit einem offenen MRT ausgegangen werden kann. Die Möglichkeit, besondere Patientengruppen mittels offenem MRT behandeln zu können, ist keine fachliche Spezialisierung, sondern eine apparative Modernisierung. Weder benötigen die Ärzte eine besonders vereinbarte Qualifikation zur Abrechnung einer mittels offenem MRT durchgeführten Behandlung noch ist die Diagnostik im EBM gesondert ausgewiesen. Das offene MRT ist eine Behandlungsvariante, die für die Patienten, insbesondere diejenigen mit klaustrophobischen Einschränkungen, schonender und komfortabler ist (vgl. SG Magdeburg, Urte. v. 18.09.2013 - [S 1 KA 36/10](#) - juris Rdnr. 61). Hinzu kommt, dass die Klägerin vorträgt, sie könne aufgrund der großen Tunnelöffnung von 70 cm mit ihrem MRT-Gerät auch adipöse und klaustrophobische Patienten behandeln. Insofern wäre ggf. darzulegen, inwiefern nicht alle oder wenigstens ein Teil der Fallgruppe der 1.121 Kostenübernahmeanträge mit einem solchen Gerät behandelt werden können. Nach Kenntnis der mit einer Hausärztin besetzten Kammer können zudem die meisten klaustrophobischen Patienten mittels einer Sedierung, bei der im Regelfall die Anwesenheit eines Facharztes für Anästhesie nicht erforderlich ist, in den üblichen Geräten untersucht werden. Der Beschluss des Beklagten ist ferner insoweit widersprüchlich, als in Bezug auf den Schwerpunkt der Kinderradiologie auf die Schaffung des radiologischen Sitzes unter dem Aspekt der radiologischen Gesamtversorgung abgestellt wird, andererseits aber eine ganz spezielle Leistungserbringung für ausschlaggebend gehalten wird.

Im Übrigen war der Beschluss aber nicht zu beanstanden.

Die Kriterien Approbationsalter und Dauer der ärztlichen Tätigkeit hat das BSG auf fünf Jahre beschränkt (vgl. BSG, Urte. v. 08.12.2010 - [B 6 KA 36/09 R](#) - [BSGE 107, 147](#) = SozR 4-2500 § 101 Nr. 9, juris Rdnr. 39), wobei es für die Dauer der ärztlichen Tätigkeit auf die Zeit nach Abschluss der Weiterbildung ankommt (vgl. BSG, Urte. v. 20.03.2013 [B 6 KA 19/12 R](#) - SozR 4-2500 § 103 Nr. 12 = [GesR 2013, 594](#) = [MedR 2013, 814](#) = Breith 2014, 106 = [ArztR 2014, 95](#)). Zutreffend geht der Beklagte insoweit davon aus, dass diesbezüglich keine Unterschiede zwischen den beteiligten Ärzten bestehen.

Die Ausführungen zum Alter des Beigeladenen zu 8) sind nicht zu beanstanden.

Das BSG hat bzgl. einer Auswahlentscheidung darauf hingewiesen, dass bei einer Bewerberkonkurrenz mit einem 55-jährigem Bewerber Anlass zu der Prüfung bestehe, ob ein schon 65 Jahre alter Arzt tatsächlich noch langfristig an der Versorgung der Versicherten teilnehmen wolle (vgl. BSG, Urte. v. 19.10.2011 - [B 6 KA 20/11 R](#) - SozR 4-2500 § 103 Nr. 10 = [MedR 2012, 540](#) = USK 2011-173, juris Rdnr. 28). Unter Berücksichtigung der an die Kontinuität des Praxisbetriebs zu stellenden Anforderungen sowie im Interesse der Eindämmung eines Zulassungshandels hält es das BSG für sachgerecht, den Fortführungswillen auf einen Zeitraum von fünf Jahren - gerechnet ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit durch den Nachfolger - zu beziehen, unabhängig vom jeweiligen Fachgebiet. Im Ausgangsfall gab das BSG der Vorinstanz auf, Feststellungen zum Fortführungswillen nachzuholen; die 1939 geb. und sich im Ruhestand befindende Klägerin hatte vorgetragen, nach ihrem Ausscheiden aus einer Einrichtung nach [§ 311 SGB V](#) allein wegen der seinerzeitigen 55-Jahres-Zugangsgrenze bzw. 68-Jahre-Altersgrenze keine vertragsärztliche Tätigkeit aufgenommen zu haben (vgl. BSG, Urte. v. 11.12.2013 - [B 6 KA 49/12 R](#) - SozR 4-2500 § 103 Nr. 13 = [NZS 2014, 352](#) = [GesR 2014, 290](#) = [ZMGR 2014, 202](#), juris Rdnr. 56 ff.). Dies zur Praxisnachfolge nach [§ 103 Abs. 4 SGB V](#) ergangenen Ausführungen können generell auf eine Bewerberauswahl angewandt werden.

Der Beklagte hat den Beigeladenen zu 8) entsprechend befragt. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Beigeladene zu 8) nicht wenigstens fünf Jahre die vertragsärztliche Tätigkeit ausüben will und kann, sind nicht ersichtlich. Hinsichtlich einer evtl. bisher nicht erfolgten Tätigkeitsaufnahme hat der Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass es bisher an einer Bestandskraft der Zulassung fehlt.

Eine besondere Befähigung aufgrund unterschiedlicher Facharztbezeichnungen besteht nicht, soweit die Facharztbezeichnungen in einer bedarfsplanungsrechtlichen Fachgruppe zusammengefasst werden. Nach [§ 13 Abs. 2 Nr. 4 BedarfspIRL](#) gehören zur Arztgruppe der Radiologen die Fachärzte für Radiologie, die Fachärzte für Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik, die Fachärzte für Radiologische Diagnostik sowie die Fachärzte für Diagnostische Radiologie.

Nach allem war der Klage stattzugeben.

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

Die außergerichtlichen Kosten eines Beigeladenen sind nur erstattungsfähig, wenn sie das Gericht aus Billigkeit der unterliegenden Partei oder der Staatskasse auferlegt ([§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 162 Abs. 3 VwGO](#)). Von dieser Möglichkeit ist Gebrauch zu machen, wenn der Beigeladene erfolgreich Anträge gestellt hat, wenn er allein oder mit anderen Beteiligten gesiegt hat oder das Verfahren wesentlich gefördert hat (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 11. Aufl. 2015, [§ 197a](#), Rdnr. 29). Zu berücksichtigen ist, ob der Beigeladene sich während des Verfahrens geäußert und auch Anträge gestellt hat (vgl. BSG, Urte. v. 14.11.2002 - [B 13 RJ 19/01 R](#) - [SozR 3-5795 § 10d Nr. 1](#), juris Rdnr. 44).

Der Beigeladene zu 8) hat in der mündlichen Verhandlung keinen Klageantrag gestellt. Von daher war er nicht mit Kosten zu belasten, hat er aber seine eigenen Kosten zu tragen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-04-13