

## L 5 KA 5180/15

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 5 KA 4936/13  
Datum  
12.11.2015  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KA 5180/15  
Datum  
01.02.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 12.11.2015 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird endgültig auf 15.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Genehmigung einer Zweigpraxis zur Durchführung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 34311 (CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule), 34320 (CT-Untersuchung des Gesichtsschädels) und 34350 (CT-Untersuchung der Extremitäten und/oder deren Teilen) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) an einem Spect-CT (Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie-Computertomographie).

Der Kläger nimmt als Facharzt für Radiologie in örtlicher Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit Sitz in K. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Gemeinsam mit dem in Ü. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Nuklearmedizin S. (im Folgenden S.) betrieb er außerdem für Privatpatienten eine Apparategemeinschaft in Ü. mit einem Spect-CT. Während des Klageverfahrens wurde das Spect-CT am Standort Ü. abgebaut, S. verließ die Praxis und ist nunmehr in B. vertragsärztlich tätig.

Am 16.04.2013 beantragte der Kläger auf einem ihm von der Beklagten übersandten Formular bei der Beklagten die Genehmigung einer Zweigpraxis gemäß § 24 Abs. 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zur Durchführung von CT-Untersuchungen nach den GOP 34311, 34320, 34350 und 34330 (CT Herz/Thoraxorgane) EBM in der in Ü. geführten Apparategemeinschaft mittels Spect-CT ab 01.06. oder 01.07.2013. Dabei verwies er auf eine deutliche Verbesserung der Diagnostik gegenüber einer einfachen Spect-Untersuchung an einer einfachen Gammakamera und einer anderweitigen CT-Untersuchung. Das Spect-CT biete deutliche Vorteile bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen, Polyarthrosen und Knochenmetastasen und nehme bei der nicht-invasiven Herzdiagnostik bei koronaren Herzerkrankungen eine immer wichtigere Stellung ein. Mit dem neu entwickelten Gerät werde der liegende und positionierte Patient ohne Lageänderung zunächst nuklearmedizinisch mit der Gammakamera untersucht, unmittelbar nachfolgend werde ein CT in der CT-Röhre angefertigt. Danach würden die nuklearmedizinischen Aufnahmen mit den CT-Bildern fusioniert. Da S. als Facharzt für Nuklearmedizin nur die Spect-Untersuchung beurteilen und abrechnen dürfe, müsse auch er, als Radiologe anwesend sein, um die CT-Untersuchungen durchzuführen und zu befunden. Eine solch innovative Technik werde im Umkreis bisher nur an den Universitätskliniken F., T. und U. angeboten. Die Kosten für die Anschaffung des Geräts beliefen sich auf ca. 500.000 EUR, die hälftig von ihm und S. getragen worden seien. Das Leistungsspektrum am Sitz in K. bleibe auch mit der Zweigstelle in Ü. im vollen bisherigen Umfang erhalten. Mit Schreiben vom 21.05.2013 erklärte der Kläger unter Bezugnahme auf eine Rücksprache mit der in Ü. niedergelassenen Fachärztin für Diagnostische Radiologie Dr. K. (im Folgenden Dr. K.) die Rücknahme seines Antrags bezogen auf die GOP 34330 EBM.

Mit Bescheid vom 13.06.2013 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Zur Begründung führte sie aus, durch die Zweigpraxis trete eine Verbesserung der Versorgung im Sinne des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV nicht ein. Ü. habe 22.459 Einwohner. Ausgehend vom Ort der geplanten Zweigpraxis sei seit dem Quartal 4/2012 in ca. 300 m Entfernung eine Fachärztin für Diagnostische Radiologie (Dr. K.) niedergelassen, die die beantragten Leistungen vor Ort durchführe und nach eigenem Bekunden noch freie Kapazitäten habe.

Hiergegen erhob der Kläger am 19.06.2013 Widerspruch. Er wies über sein bisheriges Vorbringen hinaus darauf hin, dass das Spect-CT eine wissenschaftlich ausführlich belegte neue Methode darstelle, die signifikante Vorteile gegenüber den herkömmlichen Methoden (alleiniges

CT und alleiniges Spect) habe. Die neue Methode entspreche nicht dem bereits vorhandenen Leistungsspektrum von Dr. K., da diese nur ein normales CT verwende. Um die nuklearmedizinische Versorgung im Raum Ü. nach dem Ruhestand von Dr. R. (Vorgänger von Dr. K.) aufrechterhalten zu können, habe eine kurzfristige Investitionsentscheidung getroffen werden müssen, damit sich der Nuklearmediziner S. zu einer Niederlassung habe entscheiden können. Zuvor hätten sie bei der Beklagten nachgefragt und von dort die mündliche Auskunft erhalten, dass bei einer Verbesserung der Versorgung durch die neue Technik und bei Einverständnis von Dr. K eine Genehmigung nach geltendem Recht normalerweise zu erteilen sei. Eine schriftliche Aussage hierzu habe man nicht geben wollen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 09.08.2013 (Beschluss vom 30.07.2013) wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV sei die Tätigkeit an einem weiteren Tätigkeitsort nur zulässig, wenn und soweit die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort verbessert werde und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt werde. Erforderlich sei, dass das bestehende Leistungsangebot zum Vorteil für die Versicherten in qualitativer - unter bestimmten Umständen aber auch in quantitativer - Hinsicht erweitert werde. Hier bestehe in räumlicher Nähe zur geplanten Zweigpraxis (300 m Entfernung) eine Praxis für Diagnostische Radiologie. Diese Praxis, die das vom Kläger beantragte Leistungsspektrum erbringe, habe ihr, der Beklagten, gegenüber angeben, noch freie Kapazitäten vorzuweisen. Bei der Kombination von Spect und CT handele es sich um eine Methode, die vom Grundsatz her die differenzialdiagnostische Abklärung eines auffälligen Befundes im Spect durch eine weiterführende Untersuchung mittels CT darstelle, die bisher zeitversetzt erfolge. Insofern handele es sich bei der durchgeführten Untersuchung des Spect-CT's um eine neuartige Methode und nicht um eine im EBM abgebildete Leistung. S. besitze keine Genehmigung zur Durchführung von CT-Untersuchungen. Diese dürfe ausschließlich der Kläger als Facharzt für Radiologie durchführen. Die Abrechnung eines Untersuchungsganges mittels kombinierten Ansatzes der GOP des Abschnitts 17.3 des EBM 2011 und der beantragten GOP des Abschnitts 34.3 EBM sei auf Basis des aktuell gültigen EBM nicht möglich, da die Kombination der GOPen innerhalb eines Untersuchungsverfahrens im EBM bisher nicht abgebildet sei. Die Kombination der Spect-Untersuchung mit einem CT wäre, soweit es sich um eine medizinisch notwendige, dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft entsprechende Untersuchung handele, aktuell allenfalls auf dem Wege der Kostenerstattung zu erbringen. Da somit eine Trennung beider Leistungen wie bisher weiter erfolgen müsse, könne die differenzialdiagnostische Abklärung auffälliger Spect-Untersuchungen durch eine weiterführende CT-Leistung von der nahegelegenen Praxis für Diagnostische Radiologie, die noch freie Kapazitäten besitze, durchgeführt werden. Solange die kombinierte Leistung noch nicht im EBM abgebildet sei, könne eine Abrechnung der Leistungen in der Zweigpraxis nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen. Vor diesem Hintergrund sei die Genehmigung einer Zweigpraxis nicht möglich.

Hiergegen erhob der Kläger am 26.08.2013 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Er beehrte zunächst weiterhin die Genehmigung einer Zweigpraxis. Er vertiefte sein bisheriges Vorbringen und wies erneut auf die verbesserte bildgebende Diagnostik durch die Fusion der nuklearmedizinischen mit den radiologischen Bildern hin, was insbesondere bei der Myocard- und Knochenszintigraphie einen erheblichen Vorteil darstelle. Eine Versorgungsverbesserung sei im Falle des beabsichtigten Leistungsspektrums, nämlich der kombinierten Diagnostik zwischen radiologischen und nuklearmedizinischen Bildgebungsmethoden, eindeutig der Fall. Der Patient erhalte in einem einzigen, kombinierten Untersuchungstermin ohne Umlagerung im einheitlichen Untersuchungsgerät eine erheblich über die bisherigen Untersuchungsmethoden hinausgehende Diagnostik. Dies verkürze den diagnostischen Prozess und verbessere auch die diagnostische Sicherheit jeweils ganz erheblich. Für die im Spect-CT erfolgende kombinierte Untersuchungsabfolge sei es notwendig, dass sowohl der Nuklearmediziner als auch der Radiologe anwesend seien, um die diagnostischen Ergebnisse ordnungsgemäß beurteilen zu können. Zu berücksichtigen sei auch, dass die von ihm angebotene Behandlungsform bundesweit bislang annähernd nur im stationären Bereich, insbesondere in Universitätskliniken der Maximalversorgung angeboten werde, wohingegen im ambulanten Bereich außer ihm nur noch drei Praxen eine derartige Behandlung anbieten würden. Eine Verbesserung im Sinne von § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV sei somit eindeutig gegeben. Die Argumente der Beklagten lägen neben der Sache. Sie verquicke in unzulässiger Weise Fragen der Abrechnungsziffern im EBM mit der Frage der Versorgungsverbesserung im Sinne der Ärzte-ZV. Unzutreffend sei insoweit die These der Beklagten, wonach die radiologische Diagnostik neben der nuklearmedizinischen Diagnostik nicht abrechnungsfähig sei, weil der EBM keine entsprechende Kombinationsziffer vorhalte. Seine, des Klägers, diagnostischen Leistungen seien gerade nicht Gegenstand einer Kombinationsziffer, sondern neben den nuklearmedizinischen Diagnostiken als eigene diagnostische Leistung abrechenbar. Im Zuständigkeitsbereich der KV N. könnten in einer vergleichbaren Praxiskonstellation die nuklearmedizinischen GOP neben den radiologischen GOP selbstverständlich abgerechnet werden. Darüber hinaus verkenne die Beklagte, dass es bei der Frage der Verbesserung der Patientenversorgung nicht in erster Linie auf eine Abrechnungsfähigkeit ankomme. Ob durch das Angebotsspektrum die Patientenversorgung verbessert werde, habe mit der Abrechnung zunächst nichts zu tun. Die Frage der Abrechnungsfähigkeit sei eine Folgefrage. Dr. K. habe auch bestätigt, dass sie zu einer zeitnahen Durchführung der beantragten Untersuchungen nicht in der Lage sei. Auf Nachfrage des SG legte der Kläger das Schreiben der KBV vom 10.04.2014 vor. Darin beantwortet diese die Frage des Klägers nach der Berechnungsfähigkeit des Spect-CT dahingehend, dass das Spect-CT derzeit anhand der Kombination der nuklearmedizinischen Leistungen gemäß den GOPen 17362 EBM (Zuschlag für ein Einkopf-Spect) und 17363 EBM (Zuschlag für ein Zwei- oder Mehrkopf-Spect) und der radiologischen Leistung gemäß Abschnitt 34.3 EBM (CT) berechnet werde. Insofern sei das Spect-CT die Kombination zweier EBM-Leistungen, die bisher an verschiedenen Geräten sequentiell erbracht worden seien. Bezüglich Kalkulation und Bewertung entspreche das Spect-CT nicht der Kombination zweier der o.g. GOPen.

Nach Abbau des Spect-CT und dem Weggang von S. mit damit einhergehender Auflösung der Apparategemeinschaft in Ü. änderte der Kläger die erhobene Verpflichtungsklage in eine Fortsetzungsfeststellungsklage. Sein Feststellungsinteresse ergebe sich daraus, dass er gegenüber der Beklagten aufgrund rechtswidriger Auskünfte und der rechtswidrigen Versagung der beantragten Genehmigung einer Zweigpraxis Schadensersatzansprüche geltend machen werde. Außerdem diene der Rechtsstreit auch der Vorbereitung möglicher zukünftiger Neugründungen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Die Frage einer Versorgungsverbesserung könne nur an Hand des derzeit gültigen GKV-Leistungskatalogs, der sich im Wesentlichen auch aus den EBM-Ziffern zusammensetze, getroffen werden. Die vom Kläger dargestellte kombinierte Diagnostik habe bislang keine Aufnahme in den EBM gefunden. Die Kombileistung stelle sich als Leistung außerhalb des GKV-Leistungskatalogs dar. Im Übrigen bestehe in räumlicher Nähe zur geplanten Zweigpraxis bereits eine Praxis für Diagnostische Radiologie, die noch über freie Kapazitäten verfüge. Ergänzend nahm die Beklagte auf Urteile des SG vom 21.10.2010 (S 11 KA 6599/08) und 19.05.2011 ([S 10 KA 4395/09](#)) Bezug. Danach seien Leistungen, die eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung überschritten, grundsätzlich nicht als qualitätsverbessernd anzusehen und begründeten daher keinen Anspruch auf Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte. Auch die seitens des Klägers beabsichtigte Leistungserbringung sprengte den Rahmen einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung.

Auf Nachfrage des SG wegen freier Kapazitäten für die Durchführung von Leistungen nach den GOP 34311, 34320 und 34350 EBM teilte Dr. K. dem SG am 22.01.2015 mit, dass ihre Praxis derzeit in der Regel voll ausgelastet sei. Sie habe immer mal wieder die üblichen Wartezeiten.

Abschließend nahm die Beklagte dahingehend Stellung, dass die angedachte "kombinierte Untersuchungsabfolge" unter Beteiligung sowohl eines Nuklearmediziners als auch eines Radiologen und unter Einsatz des Spect-CT eine unzulässige Berufsausübung darstelle. Die hierzu erforderliche (Teil-)Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) zwischen dem Kläger und S. gebe es nicht. Dass es sich um eine gemeinsame Patientenbehandlung handele, dokumentiere der Kläger mehrfach. Die KBV habe sich nur zu der grundsätzlichen Abrechnungsfähigkeit nach dem EBM geäußert. Der Kläger entgegnete hierauf, er habe der Beklagten die geplante Kooperation mitgeteilt und diese habe ihm hierauf die Antragsunterlagen zur Beantragung der streitgegenständlichen Zweigpraxis übersandt. Die Sachbearbeiterin der Beklagten habe bestätigt, dass die geplante Kooperation in der Form der Gründung einer Zweigpraxis erfolgen müsse und zulässig sei. Dies ergebe sich auch aufgrund des Ablaufs der Untersuchung.

Mit Urteil vom 12.11.2015 wies das SG die Klage ab. Die Klage sei als Fortsetzungsfeststellungsklage zulässig. Der Kläger habe das berechnete Interesse an der begehrten Feststellung dargetan, indem er ein Feststellungsinteresse wegen der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen gegenüber der Beklagten geltend gemacht habe. Die Klage sei jedoch unbegründet. Im Anschluss an ein erledigtes Verpflichtungsbegehren sei eine Fortsetzungsfeststellungsklage nur dann begründet, wenn die Verwaltung den abgelehnten Verwaltungsakt hätte erlassen müssen; es genüge in Fällen dieser Art insbesondere nicht, dass die von der Verwaltung aufgeführten Gründe die Ablehnung nicht tragen würden. Stehe die abgelehnte Regelung im Ermessen der Verwaltung, setze die Begründetheit der Klage voraus, dass der Kläger anderweitig zu bescheiden gewesen wäre. Dies erfordere, dass alle gesetzlichen Voraussetzungen für die abgelehnte Regelung vorliegen müssten und dass die Verwaltung ihr Ermessen nicht oder in rechtlich zu beanstandender Weise ausgeübt hätte. Diese Grundsätze seien auf den vorliegenden Fall einer im Beurteilungsspielraum der Beklagten stehenden Entscheidung zu übertragen. Zutreffend habe die Beklagte geltend gemacht, dass die vom Kläger ursprünglich begehrte Genehmigung einer Zweigpraxis auf Erbringung von Leistungen nach den GOPen 34311, 34320 und 34350 EBM in Ü. zunächst vorausgesetzt hätte, dass es sich dabei tatsächlich um eine von dem Kläger betriebene Zweigpraxis und nicht etwa um eine mit dem in Ü. niedergelassenen Facharzt für Nuklearmedizin S. betriebene Teil-BAG handeln sollte. Ansonsten hätte es der vorherigen - hier weder beantragten noch vorliegenden - Genehmigung des Zulassungsausschusses bedurft. Regelungen zu der nach den Angaben des Klägers beabsichtigten Apparategemeinschaft fänden sich in § 15 Abs. 3 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä). Danach könnten sich Vertragsärzte bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung mit der Maßgabe zusammenschließen, dass die ärztlichen Untersuchungsleistungen nach fachlicher Weisung durch einen der beteiligten Ärzte persönlich in seiner Praxis oder in einer gemeinsamen Einrichtung durch einen gemeinschaftlich beschäftigten angestellten Arzt nach § 32b Ärzte-ZV erbracht würden. Die Leistungen seien persönliche Leistungen des jeweils anweisenden Arztes, der an der Leistungsgemeinschaft beteiligt sei. Die Frage, ob eine derartige Leistungserbringergemeinschaft eine (Teil-)BAG sei, also ein gemeinsames ärztliches Zusammenwirken erfordere, oder ob sie eine bloße Organisationsgemeinschaft sei, werde in der Literatur kontrovers diskutiert. Für die Qualifizierung als (Teil-)BAG spreche der Wortlaut des § 15 Abs. 3 BMV-Ä, wo in Satz 1 von gemeinschaftlicher Leistungserbringung und gemeinschaftlicher Beschäftigung angestellter Ärzte die Rede sei. Für eine Qualifizierung als (Teil-)BAG spreche nach Überzeugung der Kammer im vorliegenden Fall zudem die konkret geplante Kooperation des Klägers mit S. Diese sei, wie sich aus den Darstellungen des Klägers ergebe, nicht allein auf die gemeinsame Nutzung eines Geräts angelegt gewesen. Vielmehr habe die Diagnostik mittels des Spect-CT die Zusammenarbeit beider Ärzte erfordert, auch wenn nach Angaben des Klägers eine getrennte Abrechnung habe erfolgen sollen. Nach den eigenen Angaben des Klägers sei es für die im Spect-CT erfolgende kombinierte Untersuchungsabfolge notwendig, dass sowohl der Nuklearmediziner als auch der Radiologe anwesend seien, um die diagnostischen Ergebnisse ordnungsgemäß beurteilen zu können. Auch der vom Kläger herausgestellte Vorteil der Untersuchung, nämlich der deckungsgleichen Übereinanderlagerung der Bilder, mache nur bei einer Zusammenarbeit der Ärzte bei der Befundung der Bilder Sinn. Weiter habe der Kläger dargelegt, dass der Patient in einem einzigen, kombinierten Untersuchungstermin ohne Umlagerung im einheitlichen Untersuchungsgerät eine erheblich über die bisherigen Untersuchungsmethoden hinausgehende Diagnostik erhalte. Damit habe sich die geplante Zusammenarbeit des Klägers mit S. jedenfalls im Außenverhältnis so dargestellt, wie dies für eine BAG typisch sei. Der Patient habe in einem Untersuchungsgang durch beide Ärzte behandelt werden sollen. Einen hohen Anteil von Patienten, an deren Behandlung beide Ärzte einer Praxisgemeinschaft beteiligt seien, habe das BSG als Indiz für eine missbräuchliche Nutzung dieser Kooperationsform angesehen (BSG, Urteil vom 22.03.2006 - [B 6 KA 76/04 R](#) -; Beschlüsse vom 05.11.2008 - [B 6 KA 17/07 B](#) -, vom 08.12.2010 - [B 6 KA 46/10 B](#) - und vom 11.05.2011 - [B 6 KA 1/11 B](#) -, alle in juris). Ein hoher gemeinsamer Patientenanteil spreche stets dafür, dass die Rechtsform der Praxisgemeinschaft im Praxisalltag nicht transparent realisiert werde (BSG, Beschluss vom 11.05.2011 - [B 6 KA 1/11 B](#) - in juris), sondern tatsächlich die für eine Gemeinschaftspraxis kennzeichnende Ausübung der ärztlichen Tätigkeit stattfinde (BSG, Urteil vom 22.03.2006 - [B 6 KA 76/04 R](#) - und Beschluss vom 06.02.2013 - [B 6 KA 43/12 B](#) - beide in juris). Bei hoher Patientenidentität müsse das Patientenaufkommen koordiniert werden, was wiederum die für die Gemeinschaftspraxis typische einheitliche Praxisorganisation erfordere. Dies gelte vorliegend umso mehr, als im Falle der Untersuchung mittels des Spect-CT hätte gewährleistet sein müssen, dass S. und der weiterhin in der örtlichen BAG mit Sitz in K. vertragsärztlich tätig gewesene Kläger, gleichzeitig in der Praxis anwesend seien und die zur kombinierten Untersuchung eines Patienten erforderlichen zeitlichen Kapazitäten gehabt hätten. Insgesamt sei nach Auffassung der Kammer vorliegend deshalb die Leistungserbringergemeinschaft als (Teil-)BAG zu bewerten. Unabhängig davon sei die Kammer der Auffassung, dass der Kläger auch im Übrigen nicht anderweitig zu bescheiden gewesen sei. Bei der für die Genehmigung einer Zweigpraxis nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV zu treffenden Entscheidung habe die Behörde einen Beurteilungsspielraum, der nur eingeschränkt gerichtlich nachprüfbar sei. Eine "Verbesserung der Versorgung" im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Ärzte-ZV durch die Genehmigung einer Zweigpraxis sei nach der Rechtsprechung des BSG im Falle von Unterversorgung stets als Versorgungsverbesserung anzusehen, während andererseits in ausreichend versorgten Gebieten das bloße Hinzutreten eines weiteren Behandlers noch keine Verbesserung der Versorgung darstelle, wie sich bereits unmittelbar aus dem Wortlaut des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV erlobe. Erforderlich, aber auch ausreichend sei, dass das bestehende Leistungsangebot an dem weiteren Ort, an dem die Zweigpraxis betrieben werden solle, zum Vorteil für die Versicherten in qualitativer - unter bestimmten Voraussetzungen aber auch in quantitativer - Hinsicht erweitert werde. Eine qualitative Versorgungsverbesserung könne dann gegeben sein, wenn der in der Zweigpraxis tätige Vertragsarzt im Vergleich zu den bereits vor Ort tätigen Ärzten über eine andere qualifikationsgebundene Genehmigung nach [§ 135 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) verfüge, ein differenziertes Leistungsspektrum anbiete oder wenn er eine besondere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anbiete, die z.B. besonders schonend sei oder bessere Diagnoseergebnisse liefere (BSG, Urteil vom 09.02.2011 - [B 6 KA 49/09 R](#) -, in juris). Ausgehend hiervon habe die Beklagte den Sachverhalt weder unzureichend aufgeklärt noch im Ergebnis nicht vertretbare Schlussfolgerungen gezogen. Hinsichtlich der Versorgung mit CT-Leistungen in Ü. habe die Beklagte berücksichtigt, dass vor Ort bereits in räumlicher Nähe (300 m Entfernung) zur

geplanten Zweigpraxis eine Praxis für Diagnostische Radiologie bestehe. Die Beklagte sei nach Befragung von Dr. K. mit dem Ergebnis, dass "immer mal wieder die üblichen Wartezeiten bestünden" nach Überzeugung der Kammer in nicht zu beanstandender Weise davon ausgegangen, dass eine Unterversorgung vor Ort in Ü. nicht bestehe, vielmehr durch Dr. K. eine ausreichende Versorgung der Versicherten vorliege. Dies habe Dr. K. auch der Kammer gegenüber bestätigt. Nach Überzeugung der Kammer sei auch nicht zu beanstanden, dass die Beklagte in qualitativer Hinsicht eine Verbesserung der Versorgung verneint habe. Auch wenn man von einer Abrechnungsmöglichkeit ausgehe, stelle die geplante Leistungserbringung keine relevante Versorgungsverbesserung dar. Die Kammer schließe sich insoweit der Auffassung der 11. Kammer des SG im Urteil vom 21.10.2010 (S 11 KA 6599/08) an. Diese habe ausgeführt, dass Inhalt des vertragsärztlichen Versorgungsauftrags die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten nach Maßgabe der Bestimmung des [§ 73 Abs. 2 SGB V](#) sei. Dementsprechend habe sich auch die Prüfung, welches Leistungsspektrum ein Vertragsarzt anbiete bzw. ob sich hieraus im Einzelfall eine qualifizierte Verbesserung der Versorgung der Versicherten am weiteren Ort ergebe, daran zu messen, was Gegenstand und Inhalt der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten sei, nämlich eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Gesetze zu gewährleisten. Leistungen, die dieses Spektrum überschritten und über eine solche "ausreichende" Versorgung hinaus - bzw. in Richtung einer Optimalversorgung gingen - könnten - ausgehend von dem genannten Beurteilungsmaßstab - (gleichwohl) grundsätzlich nicht als qualitätsverbessernd im Sinne von § 24 Abs. 3 Nr. 1 Ärzte-ZV angesehen werden. Sie begründeten daher keinen Anspruch auf Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte. Bei der vom Kläger geplanten Leistungserbringung in der Zweigpraxis mittels Spect-CT in Zusammenarbeit mit S. handele es sich um eine die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten übersteigende Leistung. Würden sich bei der Untersuchung eines Versicherten mittels Spect Befunde, die eine weitergehende Untersuchung mittels CT erforderlich machten, ergeben, könne diese zweckmäßig und wirtschaftlich ohne ein Kombinationsgerät erbracht werden. Die für die Versicherten insoweit entstehende Wartezeit zwischen den Untersuchungen sei im Regelfall mit einer ausreichenden Versorgung der Versicherten vereinbar. Gleiches gelte für den vom Kläger hervorgehobenen Vorteil überlappender Bildgebung im Rahmen der Diagnostik. In den großen Kliniken würden derartige Kombinationsgeräte vorgehalten, sodass Versicherte bei der entsprechenden Indikation dort behandelt werden könnten. Dass die Versicherten grundsätzlich im Regelfall darüber hinaus auch direkt vor Ort mit einer derartigen nach eigener Darstellung des Klägers aufwändigen Untersuchung wirtschaftlich und zweckmäßig zu versorgen wären, vermöge die Kammer nicht zu erkennen. Soweit sich der Kläger darauf berufe, dass die Beklagte zum Zeitpunkt der Beantragung der Auffassung gewesen sei, dass die Durchführung der geplanten Leistungen im Wege der Zweigpraxis zu beantragen und zulässig sei, könne er hieraus keinen Anspruch auf Genehmigung der Zweigpraxis herleiten. Dies wäre nur dann der Fall, wenn eine schriftliche Zusicherung der Beklagten vorgelegen hätte. Eine solche sei nicht ersichtlich und auch nicht in Aussicht gestellt worden.

Gegen das dem Kläger am 23.11.2015 zugestellte Urteil richtet sich dessen Berufung vom 15.12.2015. Zur Begründung führt er aus, er habe der Beklagten 2012 schriftlich die geplante Kooperation dargestellt und um Übersendung der hierfür erforderlichen Antragsunterlagen gebeten, worauf ihm die Beklagte die Antragsunterlagen zur Genehmigung der Zweigpraxis übersandt habe. Sowohl die Beklagte als auch das SG seien zunächst davon ausgegangen, dass die geplante Kooperation zwischen ihm und S. in der Form einer Apparategemeinschaft mit seiner Zweigpraxis zulässig sei. Streitig sei ausschließlich die Frage gewesen, ob die geplante Zweigpraxis zu der für die Zulässigkeit erforderlichen Verbesserung der Patientenversorgung führe. Letzteres sei hier der Fall. Insoweit wiederholt und vertieft der Kläger insbesondere mit Blick auf die Koronardiagnostik seine Ausführungen dazu, dass die Zweigpraxis zu einer ganz erheblichen Verbesserung der Patientenversorgung geführt hätte. Die Untersuchung sei in der kombinierten Anwendung wesentlich zeitgünstiger und durch die nicht notwendige zweimalige Untersuchung auch wesentlich genauer. Bei der Untersuchung mittels Spect-CT handele es sich auch nicht um eine Optimalversorgung. Zu verweisen sei insoweit auf die Stellungnahme der KBV vom 10.04.2014. Die in der Zweigpraxis geplanten Leistungen seien auch abrechnungsfähig. Dies ergebe sich ebenfalls aus dem Bestätigungsschreiben der KBV vom 10.04.2014. Im Übrigen habe er substantiiert vorgetragen und unter Beweis gestellt, dass von Dr. K. die von ihm in der Zweigpraxis beabsichtigten Leistungen nicht - und nicht innerhalb regelmäßiger Behandlungszeiten - erbracht würden. In anderen KV-Bezirken werde die Untersuchung im Spect-CT auch als abrechnungsfähig anerkannt. Die Spect-CT-Untersuchung sei auch nicht teurer als die herkömmliche Untersuchung. Der wesentliche Vorteil für den Patienten liege in der wesentlich besseren Diagnostik durch den passgenauen Abgleich zwischen nuklearmedizinischer und radiologischer Diagnostik sowie dem Vorteil, dass eine notwendige CT-Untersuchung ohne zeitliche Verzögerung und ohne Neuausrichtung des Patienten durchgeführt werden könne. Die Untersuchung sei auch unter Berücksichtigung der für eine Apparategemeinschaft notwendigen zeitlichen und personellen Trennung möglich. Darüber hinaus habe S. bei der Beantragung zur Großgerätenutzung des Spect-CT bereits auf die beabsichtigte und geplante kombinierte Diagnostik hingewiesen. Die Beklagte habe den Betrieb des Geräts auch genehmigt. Im Sinne der Selbstbindung der Verwaltung wäre es in diesem Zusammenhang notwendig gewesen, S. darauf hinzuweisen, dass - nach der Rechtsauffassung der Beklagten - der Betrieb des Spect-CT mangels Abrechnungsfähigkeit der radiologischen Diagnostik gar nicht wirtschaftlich möglich sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 12.11.2015 aufzuheben und festzustellen, dass der Bescheid der Beklagten vom 13.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.08.2013 rechtswidrig war und die Beklagte verpflichtet gewesen ist, ihm eine Genehmigung zur Führung einer Zweigpraxis zur Erbringung von Leistungen nach den GOP 34311, 34320, 34350 EBM in den Praxisräumen in Ü., M -B -S zu erteilen, hilfsweise festzustellen, dass die genannten Bescheide der Beklagten rechtswidrig waren und sie verpflichtet gewesen ist, über seinen Antrag auf Erteilung der genannten Zweigpraxisgenehmigung erneut (rechtsfehlerfrei) zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für rechtmäßig. Die Zweigpraxisgenehmigung sei schon deshalb zu versagen gewesen, weil die erforderliche Genehmigung der Zusammenarbeit als (Teil-)BAG durch den Zulassungsausschuss nicht vorgelegen habe. Abgesehen davon sei die Spect-CT-Untersuchung als Optimalversorgung einzuordnen, die nicht zwingend im Rahmen der Regelversorgung in den Arztpraxen vorzuhalten sei. Eine Behandlung in den entsprechenden Kliniken sei ausreichend. Auch eine quantitative Versorgungsverbesserung habe das SG unter Verweis auf die von ihr angeführte Praxis von Dr. K. in räumlicher Nähe zur geplanten Zweigpraxis zu Recht verneint, da diese noch über freie Kapazitäten verfüge und insoweit die auch bei anderen Praxen bestehenden üblichen Wartezeiten bestünden. Auch aus der Genehmigung zur Großgerätenutzung gegenüber S. könne der Kläger keine Ansprüche im Hinblick auf eine Zweigpraxisgenehmigung ableiten, da sie, die Beklagte, insoweit dem Kläger gegenüber keinerlei (schriftliche) Zusicherung erteilt habe.

Die Beigeladenen haben sich nicht geäußert und keinen Antrag gestellt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten des SG, der Beklagten und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte sowie form- und fristgerecht (vgl. [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]) eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig.

Der Senat hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Psychotherapeuten entschieden, da es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#)).

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Senat nimmt auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug ([§ 153 Abs. 1 und 2 SGG](#)). Ergänzend ist anzumerken:

Das SG ist zu Recht davon ausgegangen, dass der Kläger sein ursprünglich im Wege der Anfechtungs- und Verpflichtungsklage verfolgtes Zulassungsbegehren in der Form einer Fortsetzungsfeststellungsklage im Sinne des [§ 131 Abs. 1 Satz 3 SGG](#) weiter verfolgen kann (BSG, Urteil vom 28.09.2005 - [B 6 KA 73/04 R](#) -, in juris). Der ablehnende Bescheid hat sich mit dem Weggang von S. und dem damit einhergehenden Abbau des Spect-CT am Standort Ü. auf andere Weise im Sinne des [§ 39 Abs. 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erledigt. Das gem. [§ 131 Abs. 1 Satz 3 SGG](#) erforderliche Feststellungsinteresse für die damit allein noch in Betracht kommende Fortsetzungsfeststellungsklage ist zur Durchsetzung von Folgeansprüchen, insbesondere Schadensersatzansprüchen, und wegen der hinreichend bestimmten konkreten Gefahr, dass die Beklagte einen weiteren Antrag des Klägers auf Genehmigung einer Zweigpraxis zur Durchführung von CT-Untersuchungen mithilfe eines Spect-CT's erneut ablehnen würde, gegeben (vgl. auch Senatsurteil vom 24.02.2016 - [L 5 KA 1783/13](#) -, in juris).

Die Fortsetzungsfeststellungsklage ist jedoch nicht begründet. Wie das SG unter Bezugnahme auf das Urteil des BSG vom 25.10.1989 - [7 RAr 148/88](#) -, in juris ausgeführt hat, setzt die Begründetheit der Fortsetzungsfeststellungsklage im Anschluss an ein erledigtes Verpflichtungsbegehren voraus, dass die Verwaltung den abgelehnten Verwaltungsakt erlassen oder bei (offenem) Verwaltungsermessen oder Bestehen eines Beurteilungsspielraums über den - rechtswidrig abgelehnten - Antrag des Klägers erneut - rechtsfehlerfrei - entscheiden musste. Beides war hier nicht der Fall. Die Beklagte musste dem Kläger die beantragte Zweigpraxisgenehmigung nicht erteilen.

Rechtsgrundlage für die Erteilung einer Zweigpraxisgenehmigung ist [§ 24 Abs. 3 Satz 1 und 2 Ärzte-ZV](#). Diese Regelung, die ihre gesetzliche Grundlage in [§ 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V](#) hat, setzt voraus, dass, (a) die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort verbessert und (b) die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird (mit geringfügiger Modifizierung durch Einfügung eines zweiten Halbsatzes in [§ 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 Ärzte-ZV](#) durch Art. 9 Nr. 8 Buchst. b aa des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vom 22.12.2011, [BGBl I 2983](#) ff., 3017: "Geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes sind unbeachtlich, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgehoben werden"). Nach Satz 5 und 6 der Vorschrift hat der Arzt bei Vorliegen der Voraussetzungen des Satzes 1 Anspruch auf Genehmigung des Betriebs der Zweigpraxis durch seine KV bzw. im Fall einer Zweigpraxis in einem anderen KV-Bezirk Anspruch auf eine Ermächtigung durch den dortigen Zulassungsausschuss. Wird die Zweigpraxis im Rahmen einer BAG, d.h. wenn eine gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit vorliegt, ausgeübt, bedarf es darüber hinaus auch noch der für eine BAG erforderlichen Genehmigung dieser Kooperationsform durch den zuständigen Zulassungsausschuss gemäß [§ 33 Ärzte-ZV](#).

Unter Berücksichtigung dieser rechtlichen Vorgaben musste die Beklagte - wobei der Senat offen lässt, ob es sich bei der geplanten Kooperation um eine BAG handelte und es deshalb zusätzlich der Genehmigung durch den zuständigen Zulassungsausschuss bedurfte hätte, was zur Folge haben könnte, dass zunächst über diese Genehmigung und erst danach über den Betrieb der Zweigpraxis zu entscheiden gewesen wäre (vgl. BSG, Urteil vom 05.06.2013 - [B 6 KA 29/12 R](#) -, in juris) - über den Genehmigungsantrag des Klägers nicht erneut - rechtsfehlerfrei - entscheiden (hierzu a). Dem Kläger ist die Erteilung der begehrten Zweigpraxisgenehmigung auch nicht zugesichert worden ([§ 34 SGB X](#); hierzu b).

a) Das BSG hat in seinem Urteil vom 16.12.2015 ([B 6 KA 37/14 R](#) -, in juris) bezüglich der Zweigpraxisermächtigung zum wiederholten Mal ausgeführt, dass den Zulassungsgremien ebenso wie den KVen im Rahmen der von ihnen zu erteilenden Genehmigung nach [§ 24 Abs. 3 Satz 5 Ärzte-ZV](#) bei der Beurteilung, ob die Genehmigung bzw. die Ermächtigung zu einer Verbesserung bzw. Beeinträchtigung der Versorgung führen würde, ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zusteht. Bzgl. der "Verbesserung der Versorgung" im Sinne des [§ 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Ärzte-ZV](#) hat das BSG in diesem Urteil noch einmal klargestellt, dass das bloße Hinzutreten eines weiteren Behandlers - ungeachtet der damit verbundenen Erweiterung der Möglichkeiten der Arztwahl - noch keine Versorgungsverbesserung darstellt. Gesichtspunkte der Bedarfsplanung im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie spielen keine Rolle. Auch der Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Tragfähigkeit der Praxis findet bei der Genehmigung bzw. Ermächtigung von Zweigpraxen keine Berücksichtigung, weil sich hierfür keine Stütze im Wortlaut des [§ 24 Abs. 3 Ärzte-ZV](#) findet und die Zweigpraxis im Übrigen auch wirtschaftlich betrachtet - nur einen "Annex" zur Hauptpraxis darstellt. Erforderlich, aber auch ausreichend, ist, dass das bestehende Leistungsangebot an dem "weiteren Ort" an dem die Zweigpraxis betrieben werden soll, zum Vorteil für die Versicherten in qualitativer - unter bestimmten Umständen auch in quantitativer - Hinsicht erweitert wird. Eine qualitative Versorgungsverbesserung kann etwa dann gegeben sein, wenn der in der Zweigpraxis tätige Vertragsarzt im Vergleich zu den bereits vor Ort tätigen Ärzten über andere qualifikationsgebundene Genehmigungen nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) verfügt, ein differenzierteres Leistungsspektrum anbietet oder wenn er eine besondere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anwenden könnte, die etwa besonders schonend ist oder besondere Diagnoseergebnisse liefert.

Nach diesen Maßstäben kann die Wertung der Beklagten, dass die Genehmigung der Zweigpraxis nicht zu einer Versorgungsverbesserung führe, nicht beanstandet werden. CT-Leistungen werden in Ü. von Dr. K, die ihre Praxis nur 300 Meter von der Zweigpraxis entfernt betreibt, angeboten. Diese verfügt nach ihrer eigenen Auskunft dem SG aber auch der Beklagten gegenüber über ausreichende Kapazitäten zur Versorgung der Versicherten. Immer mal wieder übliche Wartezeiten ändern hieran nichts. Die Durchführung einer CT-Untersuchung führt damit dem Grunde nach nicht zu einer qualitativen Versorgungsverbesserung. Darauf, wie viele Patienten die Zweigpraxis des Klägers nutzen würden, kommt es nicht an. Nicht maßgeblich ist das Bestehen eines "Bedarfs". Die Annahme einer Versorgungsverbesserung setzt

nicht voraus, dass die Zweigpraxis erforderlich ist. Auch Bedarfsplanungsgesichtspunkte spielen keine Rolle, ausschlaggebend ist allein die Frage, ob die Versorgung "verbessert" wird. Die lediglich geringfügige Verkürzung von Wartezeiten durch Hinzutreten eines weiteren Behandlers stellt eine unbeachtliche Verbesserung der Versorgung dar (BSG, Urteil vom 16.12.2015, - [B 6 KA 37/14 R](#) -, in juris).

Eine Versorgungsverbesserung ergibt sich auch nicht unter dem Aspekt, dass der Kläger und S. die gemeinsame Untersuchung im Spect-CT anbieten wollten. Ob es sich um eine Verbesserung der Versorgung handelt, ist bezüglich des Leistungsspektrums daran zu messen, ob die gesetzlich Versicherten Anspruch auf die besondere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode haben. Nach [§ 27 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u.a. die ärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 3 SGB V](#)) durch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechnete Behandler ([§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Der Anspruch auf Krankenbehandlung umfasst jedoch nur solche Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen ([§§ 2 Abs. 1 und 12 Abs. 1 SGB V](#)). Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur dann der Fall, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i.V.m. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) wird hierbei nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen, durch diese Richtlinien wird vielmehr auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt. Die Krankenkassen sind deshalb nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapie nach eigener Einschätzung der Versicherten oder der behandelnden Ärzte positiv verlaufen ist oder einzelne Ärzte die Therapie befürwortet haben (BSG, Urteil vom 03.07.2012, - [B 1 KR 6/11 R](#) -, in juris). "Neu" ist eine Methode, wenn sie nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im EBM enthalten ist (BSG, Urteil vom 05.05.2009, - [B 1 KR 15/08 R](#) -, in juris m.w.N.). Dies war hier der Fall. Geplant und beabsichtigt war insoweit nicht die getrennte und unabhängige Untersuchung der Versicherten im Spect-CT erst durch S. und sodann durch den Kläger oder umgekehrt. Vielmehr sollte an einem Versicherten durch beide Ärzte gemeinsam die Untersuchung an diesem Gerät durchgeführt werden. Nur so wäre der vom Kläger dargestellte signifikante Vorteil der neuen Technik gegenüber den alten Methoden mit den zeitlich auseinanderfallenden Untersuchungen zum Tragen gekommen. Die gemeinschaftliche Behandlung der Versicherten durch die Untersuchung mittels des von S. und dem Kläger gemeinsam angeschafften Spect-CT ist im EBM indessen - wie sich auch aus dem Schreiben der KBV vom 10.04.2014 ergibt - nicht abgebildet. Bezüglich der gemeinsamen Behandlung der Versicherten im Spect-CT durch den Kläger und S. fehlt es unter Berücksichtigung dieser rechtlichen Grundlagen an der nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erforderlichen befürwortenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses; sie liegt außerhalb des vertragsärztlichen Spektrums. Eine Verbesserung, die außerhalb des vertragsärztlichen Spektrums liegt, dient freilich nicht der Versorgungsverbesserung, denn hierauf haben die Versicherten keinen Anspruch. Ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist die Versorgung der Versicherten mit einer Untersuchung mittels CT bzw. eine nuklearmedizinische Untersuchung. Darüber hinaus bedarf es nicht der gleichzeitigen Untersuchung mittels CT und nuklearmedizinisch. Der Kläger beschreibt im Übrigen auch vorrangig Vorteile bei der Befundung auf dem Gebiet der Koronarangiographie. Hierbei handelt es sich jedoch um ein Untersuchungs- und Behandlungsgebiet, welches der Kläger überhaupt nicht (mehr) beantragt hat. Beantragt wurde die CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule, des Gesichtsschädels und der Extremitäten und/oder deren Teilen. Der Antrag bzgl. eines CT Herz/Thoraxorgane wurde wieder zurückgenommen. Vorteile im Bereich der beantragten Untersuchungsgebiete hat der Kläger nicht explizit dargelegt. Solche sind auch für den Senat nicht ersichtlich. Es ist insoweit ausreichend, dass zunächst die nuklearmedizinische Untersuchung durchgeführt wird und im Anschluss daran die CT-Untersuchung in der Praxis von Dr. K ... Etwas anderes ergibt sich auch nicht unter dem Aspekt einer zwischen den Untersuchungen liegenden Wartezeit. Auch bei Bestehen von Wartezeiten zwischen den beiden Untersuchungen handelt es sich noch um eine ausreichende Versorgung. Sollte im Ausnahmefall tatsächlich die gemeinsame Untersuchung erforderlich sein, besteht die Möglichkeit der Versorgung der Versicherten in den Universitätskliniken U., F. und T., in denen die Möglichkeit für solche Untersuchungen vorgehalten werden. Etwas anderes lässt sich insoweit auch nicht aus der Stellungnahme der KBV vom 10.04.2014 ableiten. In dieser Stellungnahme wird - wie bereits dargelegt - lediglich ausgeführt, dass die nuklearmedizinischen Leistungen gem. den GOPen 17362 und 17363 EBM und die radiologische Leistung gem. Abschnitt 34.3 EBM berechnet wird. Es wird damit nur eine Aussage zur Abrechnungsfähigkeit getroffen, nicht jedoch dazu, ob es sich insoweit um eine nicht geschuldete Optimalversorgung handelt. Hierfür gibt die Stellungnahme des KBV nichts her.

b) Die Beklagte hat sich zur Erteilung der Zweigpraxisgenehmigung auch nicht unter dem Aspekt einer Zusicherung gemäß [§ 34 SGB X](#) verpflichtet. Die Beklagte hat dem Kläger gegenüber keine schriftliche Zusicherung dahingehend, dass die Zweigpraxis genehmigt wird, erteilt. Dies erfolgte auch nicht durch Übersendung der Formulare für die beantragte Genehmigung einer Zweigpraxis. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aufgrund der Genehmigung der Großgerätenutzung an S ... Abgesehen davon, dass es sich insoweit nicht um eine Zusicherung an den Kläger handelt, hat die Beklagte damit nur den Betrieb des Geräts genehmigt und nicht die Erteilung einer Zweigpraxisgenehmigung zugesichert.

Einen Anspruch kann der Kläger auch nicht unter dem Aspekt des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches herleiten, wobei dahingestellt bleiben kann, ob die Erteilung der Zweigpraxisgenehmigung Rechtsfolge des Herstellungsanspruches sein könnte. Eine (allgemeine) Betreuungspflicht ist im Vertragsarztrecht weder gesetzlich anerkannt noch richterrechtlich vorgesehen. Die in den [§§ 13 bis 15](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) normierten speziellen Auskunfts- und Beratungspflichten sind im Vertragsarztrecht nicht anwendbar, da die Beklagte, die Kassenärztliche Vereinigung, kein Leistungsträger im Sinne von [§ 12 SGB I](#) ist. Demzufolge kann an Kontakte vor Übersendung des Formulars und durch das Übersenden des Formulars keine weitere Rechtsfolge geknüpft werden. Ein Anspruch kann auch nicht aus einer schuldhaften Pflichtverletzung eines Mitarbeiters der Beklagten hergeleitet werden. Das Mitgliedschaftsverhältnis des Klägers bei der Beklagten ([§ 77 Abs. 3 SGB V](#)) ist kein öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis, das in analoger Anwendung der Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches einen Erfüllungs- oder Schadensersatzanspruch begründen könnte. Verwaltungsrechtliche Schuldverhältnisse sind öffentlich-rechtliche Rechtsbeziehungen zwischen der Verwaltung und dem Bürger, die nach Struktur und Gegenstand den bürgerlich-rechtlichen Schuldverhältnissen vergleichbar sind, insbesondere bei Leistungs- und Benutzungsverhältnissen im Bereich der Daseinsvorsorge, bei der Geschäftsführung ohne Auftrag oder der öffentlichen Verwahrung (beschlagnehmter Sachen). Das Mitgliedschaftsverhältnis des Klägers bei der Beklagten wird dem gegenüber durch die gesetzlichen Regelungen der [§§ 72 ff. SGB V](#), die darauf basierenden Normverträge (Gesamtverträge, [§ 83 SGB V](#)) und Richtlinien ([§ 92 SGB V](#)) sowie die Satzung der Beklagten, die gem. [§ 81 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) die Rechte und Pflichten der Mitglieder regelt, umfassend und abschließend definiert. Eine Vergleichbarkeit mit bürgerlich-rechtlichen Schuldverhältnissen besteht nicht. Das Mitgliedschaftsverhältnis des Klägers zur KV stellt vielmehr ein verwaltungsrechtliches

Dauerrechtsverhältnis dar, das in erster Linie durch das Statusrecht der jeweiligen Körperschaft, d. h. die Satzung der Beklagten, und die Normen des SGB V geprägt wird. Es schließt eine analoge Anwendung der zivilrechtlichen Vorschriften über einen Schadensersatz wegen Pflichtverletzung ([§§ 280, 311](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)) wegen der strukturellen Unterschiede zum bürgerlich-rechtlichen Schuldverhältnis aus (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 20.10.2013, - [L 12 KA 66/12](#) -, in juris). Eine Falschberatung könnte zudem allenfalls "Amtshaftungsansprüche" auslösen, die vor den ordentlichen Gerichten geltend zu machen wären.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 2](#), 3, [162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-02-16