L 1 KA 8/09

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

1
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 11 KA 46/08

Datum
27.01.2009
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen

L 1 KA 8/09
Datum
24.06.2009

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Das Vertragsarztrecht bestimmt nicht, dass ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) nur an höchstens zwei weiteren Orten - neben dem Vertragsarztsitz - seine Tätigkeit ausüben darf.

2. Die Regelung des § 17 Abs. 2 Satz 1 BO der Sächsischen Landesärztekammer (entspricht § 17 Abs. 2 Satz 1 MBO-Ä: \"Ärztinnen und Ärzten ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein:\") gilt nicht unmittelbar für das MVZ. Sie gilt auch nicht entsprechend im Vertragsarztrecht. Diese Regelung gilt nur für den einzelnen Arzt, unabhängig davon ob er in eigener Praxis tätig oder abhängig beschäftigt ist und unabhängig davon in welchem rechtlichen Rahmen er gegebenenfalls gemeinsam mit anderen Ärzten seine Tätigkeit ausübt.

I. Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dresden vom 27. Januar 2009 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut über die Anträge der Klägerin auf Genehmigung von Nebenbetriebsstätten an den Standorten X Straße ... und Y Straße in D. zu entscheiden hat.

II. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 30.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Genehmigung von Nebenbetriebsstätten.

Die Klägerin, eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts, betreibt ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ). Dieses ist mit Vertragsarztsitz Z Straße. in D. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Nebenbetriebsstätten sind ihr für die Standorte A in A. sowie B Straße. in D. und waren ihr für den Standort C Straße. in D. genehmigt.

Am 24.05.2007, 13.08.2007, 04.09.2007 und 25.10.2007 beantragte die Klägerin die Genehmigung zweier weiterer Nebenbetriebsstätten an den Standorten X Straße. und Y Straße in D. sowie die Verlegung der Nebenbetriebsstätte C Straße. in D. an den Standort F Straße in D. ... Mit Bescheid vom 07.11.2007 genehmigte die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) die Verlegung der Nebenbetriebsstätte und lehnte die Genehmigung weiterer Nebenbetriebsstätten ab. Den gegen die Ablehnung gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 04.03.2008 zurück. Entsprechend § 24 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), § 15a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in Verbindung mit § 17 Berufsordnung (BO) der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) sei es dem MVZ ge-stattet, über die Betriebsstätte hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Zwar träfen weder die Ärzte-ZV noch der BMV-Ä konkrete Aussagen zu der Anzahl möglicher Nebenbetriebsstätten. Diese Vorgaben fänden sich jedoch in § 17 Abs. 2 BO und seien auch auf ein MVZ anzuwenden.

Die Klägerin hat am 13.03.2008 beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage erhoben. Sie hat vorgebracht, § 17 Abs. 2 BO gelte nur für Ärzte, nicht aber für ein MVZ. Auch der ärztliche Leiter eines MVZ übe als solcher keine ärztliche Tätigkeit aus, sondern nehme ausschließlich Verwaltungsaufgaben wahr.

Das SG hat eine Auskunft der SLÄK vom 14.08.2008 eingeholt und - nach Erörterung des Rechtsstreits am 21.11.2008 - mit

Gerichtsbescheid vom 27.01.2009 der Klage stattgegeben. Die Beklagte habe die beantragte Genehmigung zweier weiterer Nebenbetriebsstätten zu Unrecht abgelehnt. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006 ([BGBl. I S. 3439](#)) habe mit der Neufassung des § 24 Ärzte-ZV die durch den 107. Deutschen Ärztetag 2004 in der Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO) vorgenommene Lockerung der Bindung des Arztes an seinen Vertragsarztsitz nachvollzogen. Mit der Neufassung des § 17 Abs. 2 MBO sei es den Ärzten gestattet worden, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein, sofern sie Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit trafen. Diese berufsrechtliche Änderung sei in § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV in der Weise umgesetzt worden, dass dem Vertragsarzt ermöglicht werde, neben der Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz an weiteren Orten tätig zu sein, wenn dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessere und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht gefährde; ein bestimmte Höchstzahl der weiteren Orte gebe das Vertragsarztrecht anders als die MBO nicht vor. Entgegen der von der Beklagten vertretenen Auffassung sei die von der Klägerin begehrte vertragsärztliche Tätigkeit an zwei weiteren Nebenbetriebsstätten, also mit insgesamt fünf Nebenbetriebsstätten, nicht unzulässig. Die Möglichkeit einer grundsätzlich unbegrenzten Anzahl von Nebenbetriebsstätten sei nicht schon Folge der vertragsärztlichen Regelungen, die eine zahlenmäßige Beschränkung nicht vorsähen. Auch soweit der Gesetzgeber die Anzahl nicht habe beschränken wollen, sei dies nicht erheblich, weil die berufsrechtlichen Regelungen, die eine Beschränkung auf zwei weitere Tätigkeitsorte vorsähen, zu beachten seien. Die mit § 17 Abs. 2 BO angeordnete Beschränkung gelte indessen für ein MVZ nicht. § 17 Abs. 2 BO knüpfe an die Person des Arztes an. Der Teilnahmestatus des MVZ werde strukturell nicht in § 17 Abs. 2 BO abgebildet. Vom MVZ als Teilnahmestatus seien die beruflichen Kooperationsformen zu unterscheiden, die in den §§ 18 bis 23d BO eine eigenständige Regelung gefunden hätten. Die Beschränkung des § 17 Abs. 2 BO greife erst, wenn die Person eines Arztes, etwa des ärztlichen Leiters des MVZ, an mehr als zwei weiteren Orten ärztlich tätig sein wolle. Stelle sich demnach die wegen der Zahl der Nebenbetriebsstätten abgelehnte Genehmigung als rechtswidrig dar, habe die Beklagte über die Anträge der Klägerin unter Prüfung der Voraussetzungen des § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV (Verbesserung der Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten, keine Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz) erneut zu entscheiden, wobei für den einzelnen Arzt die Beschränkung des § 17 Abs. 2 BO gelte.

Hiergegen richtet sich die Beklagte mit ihrer am 24.02.2009 eingelegten Berufung. Sie macht geltend, für ein MVZ seien die berufsrechtlichen Vorgaben des § 17 Abs. 2 BO entsprechend anzuwenden.

Die Beklagte beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dresden vom 27. Januar 2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

§ 17 Abs. 2 BO sei auf ein MVZ weder unmittelbar noch entsprechend anwendbar. Für eine Regelungslücke bestünden keine Anhaltspunkte, zumal die SLÄK nur Regelungsgewalt für approbierte Ärzte besitze.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die in den Gerichtsakten enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist unbegründet. Zu Recht hat das SG die Beklagte zur erneuten Entscheidung über den Antrag der Klägerin auf Genehmigung zweier weiterer Nebenbetriebsstätten verpflichtet.

1. Rechtsgrundlage für die Genehmigung von Nebenbetriebsstätten eines MVZ ist § 24 Abs. 3, § 1 Abs. 3 Nr. 2 Ärzte-ZV in Verbindung mit § 15a BMV-Ä/§ 15a Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä).

Die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgt nach § 24 Abs. 1 Ärzte-ZV für einen bestimmten Vertragsarztsitz als Ort der Niederlassung; dies gilt gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 2 Ärzte-ZV auch für ein MVZ. Dabei ist unter Vertragsarztsitz der genaue Ort der Praxis zu verstehen, der durch die Anschrift gekennzeichnet ist (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 31.05.2006 - [B 6 KA 7/05 R - SozR 4-5520 § 24 Nr. 2](#) Rn. 11; Urteil vom 10.05.2000 - [B 6 KA 67/98 R - BSGE 86, 121, 122 = SozR 3-5520 § 24 Nr. 4](#)). Grundsätzlich darf die vertragsärztliche Tätigkeit nur am Vertragsarztsitz ausgeübt werden. Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes sind jedoch seit langem in gewissem Umfang zulässig. Bis zum Inkrafttreten des VÄndG war unter bestimmten Umständen die Führung einer Zweigpraxis oder die Unterhaltung ausgelagerter Praxisräume möglich (näher dazu Engelmann, MedR 2002, 561 ff.; ders., GesR 2004, 113 ff.). Nachdem die auch im ärztlichen Berufsrecht bestehende Bindung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit an einen bestimmten Ort mit Neufassung des § 17 Abs. 2 MBO durch den 107. Deutschen Ärztetag 2004 gelockert worden war, erfolgte im Vertragsarztrecht eine Liberalisierung durch das VÄndG mit Änderungen des § 24 Ärzte-ZV.

Nunmehr sind nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten zulässig, wenn und soweit 1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und 2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. Die Tätigkeit an den weiteren Orten setzt, sofern sie im Bezirk der KÄV des Vertragsarztsitzes liegen, eine Genehmigung durch diese KÄV und, sofern sie im Bezirk einer anderen KÄV liegen, eine Ermächtigung durch den für diesen Bezirk zuständigen Zulassungsausschuss voraus (§ 24 Abs. 3 Satz 2 und 3 Ärzte-ZV). Lediglich anzeigebedürftig ist die Unterhaltung ausgelagerter Praxisräume (§ 24 Abs. 5 Ärzte-ZV). Weitere Regelungen enthalten die Bundesmantelverträge (vgl. § 24 Abs. 4 Satz 2 Ärzte-ZV). In diesen finden sich nicht nur Definitionen von Betriebsstätte (Vertragsarztsitz), Nebenbetriebsstätte (weiterer Tätigkeitsort) und ausgelagerter Praxisstätte (§ 1a Nr. 20-22 BMV-Ä/EKV-Ä), sondern auch nähere Regelungen zur vertragsärztlichen Tätigkeit an weiteren Orten (§§ 15a ff. BMV-Ä/EKV-Ä). Hierzu zählt auch die Bestimmung des § 17 Abs. 1a BMV-Ä/§ 13 Abs. 7a EKV-Ä, wonach der Vertragsarzt seinen Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen hat, dass er an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht (Satz 1), und in allen Fällen der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an weiteren Orten die Tätigkeiten am Vertragsarztsitz die Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes insgesamt überwiegen müssen (Satz 2); dies gilt auch für ein MVZ mit der Maßgabe, dass bei ihnen die Mindestzeiten insgesamt unabhängig von der Zahl der beschäftigten Ärzte anzuwenden sind (Sätze 4 und 5).

Demnach legen weder die Bundesmantelverträge noch die Ärzte-ZV eine bestimmte Höchstzahl der Nebenbetriebsstätten fest. Das Gleiche gilt für das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), das die Regelung dieser Fragen dem Ordnungsgeber überantwortet ([§ 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V](#)). Die Bundesmantelverträge stellen lediglich Beschränkungen in zeitlicher Hinsicht auf (§ 17 Abs. 1a BMV-Ä/§ 13 Abs. 7a EKV-Ä), die im Ergebnis zu einer Limitierung der Zahl der Nebenbetriebsstätten führen (vgl. Pawlita in: jurisPK-SGB V, § 95 Rn. 232). Dagegen legt das ärztliche Berufsrecht in § 17 Abs. 2 BO eine Höchstzahl fest; nach dieser Bestimmung ist es dem Arzt (nur) gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein (Satz 1); ferner hat der Arzt Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten an jedem Ort seiner Tätigkeiten zu treffen (Satz 2).

2. § 17 Abs. 2 BO führt – entgegen der Auffassung der Beklagten – nicht dazu, dass einem MVZ nur zwei Nebenbetriebsstätten genehmigt werden dürfen.

a) Es kann offen bleiben, ob dem bereits entgegensteht, dass das Vertragsarztrecht in § 1 Abs. 3 Nr. 2, § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV, § 15a Abs. 1 bis 3, § 17 Abs. 1a BMV-Ä, § 15a Abs. 1 bis 3, § 13 Abs. 7a EKV-Ä insoweit eine abschließende Regelung enthält. Die vorgenannten Bestimmungen, insbesondere § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV, enthalten weder ihrem Wortlaut noch ihrer Systematik nach einen Vorbehalt für das ärztliche Berufsrecht. Insbesondere ergibt sich dieser nicht daraus, dass nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 Ärzte-ZV die "ordnungsgemäße" Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht beeinträchtigt werden darf.

Wie der Blick auf die Entstehungsgeschichte zeigt, war das Fehlen eines Verweises auf das Berufsrecht durchaus beabsichtigt. In der Begründung zum Entwurf des VÄndG, durch das § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV seine gegenwärtige Fassung erhielt, hat die Bundesregierung ausgeführt ([BT-Drucks. 16/2474, S. 16](#)): "Die neue (Muster-)Berufsordnung Ärzte (MBO-Ä) erfüllt derzeit die ihr zugeordnete Funktion, durch Empfehlung an die Ärztekammern als Normgeber der Berufsordnungen eine Simultannormgebung auf dem Gebiet des allgemeinen Berufsrechts zu gewährleisten, nicht in ausreichendem Maße; in zahlreichen Ärztekammern besteht noch Uneinigkeit, insbesondere über die Umsetzung des neuen § 19 Abs. 2 MBO-Ä, der die Anstellung fachgebietsfremder Ärzte vorsieht. Deshalb ist es zur Transformation von Regelungen der MBO-Ä ins Vertragsarztrecht nicht zweckmäßig, wie bisher in Form einer dynamischen Verweisung auf "landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung" zu verweisen (vgl. § 33 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zur Gemeinschaftspraxis und ähnlich § 15a Abs. 2 der Bundesmantelverträge für die vertragsärztliche Versorgung zur ausgelagerten Praxisstätte). Die entsprechenden Tatbestände werden daher zwar – grundsätzlich – inhaltlich gleichlautend, aber eigenständig ausformuliert. Darüber hinaus ist es zur Herstellung effizienter und auch medizinisch sinnvoller Versorgungsstrukturen in einigen Bereichen notwendig, im Vertragsarztrecht über die im ärztlichen Berufsrecht erfolgte Liberalisierung hinauszugehen. So wird z. B. die Tätigkeit eines Vertragsarztes an mehr als zwei weiteren Orten, die Anstellung fachgebietsfremder Ärzte ohne Verknüpfung mit einem nur gemeinsam durchzuführenden Behandlungsauftrag, die Möglichkeit, Berufsausübungsgemeinschaften nicht nur mit anderen ärztlichen, sondern auch anderen heilkundlichen Leistungserbringern einzugehen, zugelassen – unter Fortgeltung der weiterhin bestehenden Pflicht zur ausreichenden Präsenz des Vertragsarztes an seinem Vertragsarztsitz sowie zur Leitung und Überwachung der Tätigkeit seiner angestellten Ärzte." Ferner hat die Bundesregierung die Neufassung des § 24 Ärzte-ZV folgendermaßen begründet ([BT-Drucks. 16/2474, S. 29 f.](#)): "Die neuen Absätze 3 und 4 vollziehen für den Vertragsarzt die durch den 107. Deutschen Ärztetag 2004 in § 17 Abs. 2 MBO-Ä vorgenommene Lockerung der Bindung des Arztes an seinen Vertragsarztsitz nach, soweit dies mit der spezifischen Pflicht eines Vertragsarztes, die vertragsärztliche Versorgung an seinem Vertragsarztsitz zu gewährleisten (vgl. [§ 95 Abs. 1 Satz 4 und Absatz 3 SGB V](#) i. V. m. den Regelungen zur regionalen Bedarfsplanung), vereinbar ist ... Die berufsrechtliche Neuregelung in § 17 Abs. 2 MBO-Ä gestattet es den Ärzten, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein, sofern sie Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeit treffen. Diese berufsrechtliche Änderung wird in Absatz 3 in der Weise umgesetzt, dass dem Vertragsarzt ermöglicht wird, neben der Tätigkeit an seinem Vertragsarztsitz an weiteren Orten tätig zu sein, wenn diese die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz nicht gefährdet; eine bestimmte Höchstzahl der weiteren Orte gibt das Vertragsarztrecht, anders als die MBO-Ä, nicht vor (Satz 1) ..." Angesichts dessen hat der Bundesrat beantragt, in § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV nach dem Wort "sind" die Wörter "im Rahmen der landesrechtlichen Vorschriften über die Berufsausübung der Ärzte oder Psychotherapeuten" einzufügen, und dies folgendermaßen begründet ([BT-Drucks. 16/2474, S. 38](#)): "... Der Vorrang des landesrechtlichen Berufsausübungsrechts der betroffenen Heilberufe muss ausdrücklich gewahrt bleiben. Der Zugang zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung ist nach herrschender Meinung und gefestigter Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kein Zugang zu einem eigenständigen Beruf, sondern nur eine Ausübungsform beispielsweise des einheitlichen Arztberufs. Das Recht der heilberuflichen Berufsausübung zu regeln, ist ausschließlich den Ländern vorbehalten, die die Ausgestaltung im Detail den Kammern dieser Heilberufe durch autonome Satzung (Berufsordnungen) übertragen haben. Der Bund ist schon nach dem verfassungsrechtlichen Gebot der Bundestreue gehalten, diese Kompetenzverteilung bei der Normsetzung ausdrücklich zu respektieren. Er kann sich dabei schon gar nicht – wie in der Begründung des Gesetzentwurfs ausgeführt – auf bloße Zweckmäßigkeitserwägungen berufen. Im Übrigen gilt es, einem durch Unterlassen der gebotenen Bezugnahme auf die vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften über die einschlägige Berufsausübung (wie bisher in § 33 Abs. 2 Satz 4 Ärzte-ZV) erzeugten falschen Rechtsschein und dessen Verfestigung entgegenzuwirken." Die Bundesregierung hat diesen Änderungsvorschlag abgelehnt ([BT-Drucks. 16/2474](#)): "Den im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen lässt sich mit hinreichender Deutlichkeit entnehmen, dass sie ausschließlich Aussagen zur vertragsärztlichen Zulässigkeit treffen und evtl. berufsrechtliche Zulässigkeitshindernisse unberührt lassen." Aus dieser Gegenäußerung der Bundesregierung lässt sich nicht der Schluss ziehen, dass damit nun doch ein Vorrang des Berufsrechts gelten solle (so auch Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, § 20 Rn. 59). Vielmehr ergibt sich das Gegenteil aus der mit dem VÄndG erfolgten Streichung des Verweises auf das ärztliche Berufsrecht in § 33 Abs. 2 Satz 4 Ärzte-ZV. Bis zum Inkrafttreten des VÄndG war in § 33 Abs. 2 Satz 4 Ärzte-ZV bestimmt, dass die Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis nur versagt werden darf, wenn die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird oder landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung entgegenstehen (näher dazu: BSG, Urteil vom 16.07.2003 - [B 6 KA 34/02 R](#) - [SozR 4-5520 § 33 Nr. 2 Rn. 12 ff.](#)). Einen derartigen Verweis auf das Berufsrecht enthält § 33 Ärzte-ZV nach seiner Neufassung durch das VÄndG nicht mehr. Angesichts dessen ist für ein Vorrang des Berufsrechts im Rahmen des § 24 Ärzte-ZV ebenso wenig Platz wie im Rahmen des § 33 Ärzte-ZV (vgl. Schallen, Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten, 5. Aufl., Rn. 1161; Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, § 20 Rn. 59; anderer Ansicht Orłowski/Halbe/Karch, Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, 2. Aufl., S. 59).

Zu einem anderen Ergebnis führt auch nicht die Bestimmung des [§ 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V](#), wonach die Zulassungsverordnungen Vorschriften enthalten müssen über die Voraussetzungen, unter denen "nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes" die Vertragsärzte angestellte Ärzte, Assistenten und Vertreter in der vertragsärztlichen Versorgung beschäftigen dürfen oder die

vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten ausüben können. Abgesehen davon, dass § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV nicht durch den Verordnungsgeber neu gefasst wurde, folgt aus dieser Bezugnahme auf die "Grundsätze der Ausübung eines freien Berufes" in [§ 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V](#) nicht, dass die Zulassungsverordnung auf das jeweils geltende Berufsrecht verweisen muss.

b) Eine abschließende Regelung durch das Vertragsarztrecht dürfte nicht gegen die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern verstoßen. Aus [Art. 74 Abs. 1 Nr. 12](#) Grundgesetz (GG) ergibt sich eine umfassende Zuständigkeit des Bundes für das Vertragsarztrecht. Die Rechtsetzungskompetenz, die der Bund aufgrund [Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG](#) für die gesamte Sozialversicherung und damit auch für die gesetzliche Krankenversicherung hat, schließt die Befugnis ein, die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten zu regeln. Demgegenüber steht die Regelung des allgemeinen ärztlichen Berufsrechts – mit Ausnahme der Zulassung zum Arztberuf, hinsichtlich derer eine Rechtsetzungskompetenz des Bundes besteht ([Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG](#)) – allein den Ländern zu. Das allein landesrechtlich geregelte Berufsrecht betrifft die Berufstätigkeit des Arztes allgemein, unabhängig davon, ob dieser ausschließlich privatärztlich oder auch vertragsärztlich tätig ist. Hiervon zu unterscheiden ist die Einbindung des Arztes in das System der vertragsärztlichen Versorgung. Aus der Rechtsetzungskompetenz des Bundes für das Krankenversicherungsrecht ergibt sich die Befugnis, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Tätigkeit festzulegen. Dabei kann der Bund nicht nur den Zugang der Leistungserbringer zu dem Versorgungssystem regeln (vgl. Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschluss vom 20.03.2001 - [1 BvR 491/96](#) - [BVerfGE 103, 172](#) = [SozR 3-5520 § 25 Nr. 4](#)), sondern auch die Versorgungsstrukturen in Bezug auf die vertragsärztliche Tätigkeit normieren und nicht zuletzt Qualitätsanforderungen festlegen, die an die Erbringung ärztlicher Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stellen sind, selbst wenn sie vom ärztlichen Berufsrecht abweichen (vgl. BSG, Urteil vom 09.04.2008 - [B 6 KA 40/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 87 Nr. 16](#) Rn. 27; s.a. BVerfG, Urteil vom 27.10.1998 - [1 BvR 2306/96](#) u.a. - [BVerfGE 98, 265](#), 303 – anderer Ansicht: Pawlita in: [jurisPK-SGB V § 95 Rn. 129](#), nach dem das Vertragsarztrecht das ärztliche Berufsrecht nur ergänzen, nicht aber verdrängen darf). Entscheidend ist, dass die sich aus dem Vertragsarztrecht ergebenden Einschränkungen des ärztlichen Berufsrechts so eng mit der Leistungserbringung im System der gesetzlichen Krankenversicherung verknüpft sind, dass sie sich als notwendige Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des Versorgungssystems erweisen (Engelmann, [MedR 2002, 561, 572](#); ders., [GesR 2004, 113, 117](#); noch weiter gehend: Quaas/Zuck, [Medizinrecht, § 16 Rn. 9 f.](#)). Unter diesen Voraussetzungen stellt die auf [Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG](#) beruhende Kompetenz des Bundes zur Regelung des Vertragsarztrechts gegenüber der Gesetzgebungszuständigkeit der Länder für eine Regelung der allgemeinen Berufsausübung des Arztes eine speziellere Kompetenzzuweisung dar, die gegenüber der generellen den Vorrang hat (so zum ärztlichen Bereitschafts- und Notfalldienst Bundesverwaltungsgericht [BVerwG], Urteil vom 09.06.1982 - [3 C 21/81](#) - [BVerwGE 65, 362](#), 365; s.a. BVerwG, Urteil vom 23.06.1995 - [8 C 14/93](#) - [BVerwGE 99, 10](#), 12). Hinsichtlich der Aufgliederung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung, die das BSG als von [Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG](#) gedeckt angesehen hat (Urteil vom 18.06.1997 - [6 RKa 58/96](#) - [BSGE 80, 256](#), 259 f. = [SozR 3-2500 § 73 Nr. 1](#)), hat das BVerfG eine Verfassungsbeschwerde mit der Begründung nicht zur Entscheidung angenommen, die für die Kompetenzwidrigkeit aufgeführten Argumente berücksichtigten nicht die selbständige Bedeutung der Sozialversicherung, in der eigenständige Regelungen auf der Grundlage ihres Auftrages jederzeit möglich seien (BVerfG, Kammerbeschluss vom 17.06.1999 - [1 BvR 2507/97](#) - [SozR 3-2500 § 73 Nr. 3](#) S. 16; dahingehend auch BVerfG, Urteil vom 27.10.1998 - [1 BvR 2306/96](#) u.a. - [BVerfGE 98, 265](#), 303). Vor diesem Hintergrund spricht viel dafür, dass die Rechtsetzungskompetenz für das Vertragsarztrecht es auch gestattet, abweichend vom Berufsrecht keine Höchstzahlen für Nebenbetriebsstätten vorzusehen, wenn – wie hier in [§ 17 Abs. 1a BMV-Ä/§ 13 Abs. 7a EKV-Ä](#) – vergleichbare Limitierungen vorgesehen sind (anderer Ansicht: Pawlita in: [jurisPK-SGB V § 95 Rn. 232](#)).

c) Dies kann aber letztlich offen bleiben. Selbst wenn vertragsarztrechtlich nicht mehr erlaubt sein sollte, als berufsrechtlich erlaubt ist (so Pawlita in: [jurisPK-SGB V § 95 Rn. 232](#) – dagegen Wenner, [Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, § 20 Rn. 59](#), wonach nicht berufsrechtswidrig sein kann, was das Vertragsarztrecht gestattet, soweit allein die vertragsarztrechtliche Tätigkeit betroffen ist), führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Der von der Klägerin geltend gemachte Anspruch geht nicht über [§ 17 Abs. 2 Satz 1 BO](#) hinaus. Sie will die bei ihr beschäftigten Ärzte nicht an mehr als zwei weiteren Orten neben dem Praxissitz einsetzen.

Die Höchstzahlbestimmung des [§ 17 Abs. 2 Satz 1 BO](#) beansprucht nicht für ein MVZ, sondern lediglich für die darin tätigen Ärzte Geltung. Dies folgt bereits unmittelbar aus dem Wortlaut des [§ 17 Abs. 2 Satz 1 BO](#). Danach ist dem "Arzt" gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Unter "Arzt" im Sinne des [§ 17 Abs. 2 Satz 1 BO](#) ist nur eine als Arzt approbierte natürliche Person zu verstehen. Hiervon geht auch die SLÄK aus, die in ihren Hinweisen und Erläuterungen zur Neufassung des [§ 17 BO](#) (<http://www.slaek.de/10ordnung/pdf/hinwkoop.pdf>) ausführlich: "Die zahlenmäßige Begrenzung auf zwei weitere Orte soll dazu beitragen, eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten an jedem Ort sicherzustellen. Da die Regelung an die Person anknüpft, kann auch jeder Arzt einer Berufsausübungsgemeinschaft an bis zu zwei weiteren Orten tätig sein."

Das MVZ findet dagegen in [§ 17 Abs. 2 BO](#) keine Erwähnung. Dies ist mit Bedacht geschehen. Die BO beschränkt sich darauf, die Berufspflichten der Mitglieder der SLÄK zu konkretisieren. Mitglied der SLÄK können nur natürliche Personen sein, die als Arzt approbiert sind (vgl. [§ 2 Sächsisches Heilberufekammergesetz \[SächsHKaG\]](#) in der Fassung des Gesetzes vom 10.11.2005, [SächsGVBl. S. 277](#)). Aufgabe der SLÄK ist es, die beruflichen Pflichten ihrer Mitglieder näher zu regeln und deren Einhaltung zu überwachen ([§ 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, § 16 Abs. 3, § 17 Abs. 1 und 2 SächsHKaG](#)). Dementsprechend ist es kein Versehen, wenn die BO als Adressat der in ihr geregelten Pflichten nur die "Ärzte" nennt. Vielmehr entspricht allein dies der Regelungskompetenz der SLÄK.

In der BO wird auch an anderer Stelle der Begriff "MVZ" nicht erwähnt. Ein MVZ stellt allenfalls dann eine Form der beruflichen Kooperation selbständig tätiger Ärzte dar, für die die [§§ 18 f., 23a ff. BO](#) Regelungen enthalten, wenn die fortbestehenden Zulassungen mehrerer teilnehmender Vertragsärzte durch die Zulassung des MVZ überlagert ist (zur Problematik: Pawlita in: [jurisPK-SGB V, § 95 Rn. 56, 73](#)). Nur in diesem Falle könnte [§ 18 Abs. 3 Satz 3 BO](#) zur Anwendung kommen, der für eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxissitzen lediglich verlangt, dass an dem jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist. Allerdings wäre auch dann Adressat dieser Berufspflicht nicht die Berufsausübungsgemeinschaft als solche, sondern jeder einzelne der in ihr zusammengeschlossenen Ärzte.

Werden – wie hier – im MVZ ärztliche Leistungen durch angestellte Ärzte erbracht, beansprucht [§ 17 Abs. 2 BO](#) auch für diese Ärzte Geltung. Denn [§ 17 Abs. 1 BO](#), der die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern an die Niederlassung in einer Praxis bindet, verlangt keine "eigene" Praxis. Dementsprechend muss die darin enthaltene Bindung der ärztlichen Tätigkeit an einen Praxissitz ebenso wie die auf zwei weitere Orte begrenzte Ausnahme, die [§ 17 Abs. 2 BO](#) hiervon macht, auch auf angestellte Ärzte anwendbar sein. Dies ergibt sich auch aus [§ 23 Abs. 1 BO](#), wonach die Regeln der BO auch für Ärzte gelten, die ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines

privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses ausüben. Daraus dass § 17 Abs. 2 BO für alle im MVZ tätigen Ärzte Geltung beansprucht, lässt sich aber nicht ableiten, dass das MVZ selbst nur an zwei weiteren Orten tätig sein darf.

§ 17 Abs. 2 BO ist – anders als die Beklagte meint – auf ein MVZ selbst auch nicht entsprechend anwendbar. Die BO enthält insoweit schon keine Regelungslücke. Da ein MVZ als ärztlich geleitete Einrichtung (vgl. [§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) nicht Mitglied der SLÄK sein kann, unterliegt ihre Tätigkeit als solche nicht der Regelungskompetenz der SLÄK. Träger beruflicher Pflichten, die in der BO näher geregelt werden können (§ 16 Abs. 3, § 17 Abs. 1 und 2 SächsHKaG), kann eine MVZ nicht sein, weil es sich dabei immer um Berufspflichten der Mitglieder der SLÄK, die ihren (ärztlichen) Beruf ausüben, handeln muss (vgl. § 16 Abs. 2 Halbs. 1 und Abs. 3 Satz 1 SächsHKaG). Die analoge Anwendung des § 17 Abs. 2 BO auf das MVZ lässt sich auch nicht aus Bestimmungen des Vertragsarztrechts ableiten, die für das MVZ die entsprechende Geltung der Bestimmungen anordnen, die sich auf Ärzte beziehen ([§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), § 1 Abs. 3 Ärzte-ZV, § 1 Abs. 6 BMV-Ä/§ 1 Abs. 8 EKV-Ä). Denn diese Bestimmungen gelten nur für das Vertragsarztrecht. Etwas anderes ergibt sich nicht daraus, dass sowohl beim Vertragsarzt als auch beim MVZ die Zulassung für den Ort der Niederlassung (Vertragsarztsitz) erfolgt ([§ 95 Abs. 1 Satz 7 SGB V](#)). Hieraus lässt sich nicht schließen, dass die Bestimmung des § 17 Abs. 1 BO samt der dazu in § 17 Abs. 2 BO gemachten Ausnahme nicht nur für den darin ausdrücklich genannten Arzt, sondern auch für das nicht erwähnte MVZ zu gelten hat. Ein derartiger Rückschluss aus [§ 95 Abs. 1 Satz 7 SGB V](#) lässt sich mit der beschränkten Regelungskompetenz der SLÄK nicht vereinbaren. Zudem steht ihm § 16 Abs. 4 Satz 6 und 7 SächsHKaG entgegen, wonach die Bestimmungen des Vertragsarztrechts zum MVZ durch die Regelung der Berufspflichten in der BO unberührt bleiben.

Die Höchstzahlbestimmung des § 17 Abs. 2 Satz 1 BO beschränkt die Zahl der Nebenbetriebsstätten eines MVZ auch nicht deshalb, weil die für ein MVZ erforderliche ärztliche Leitung ([§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) eine ärztliche Tätigkeit im Sinne dieser berufsrechtlichen Bestimmung darstellt. Die Klägerin hat zu Recht darauf hingewiesen, dass unter "ärztlicher Tätigkeit" die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung Arzt (§ 2 Abs. 5 Bundesärzteordnung) und unter "Ausübung der Heilkunde" jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird (§ 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz), zu verstehen ist. So verstanden entspricht die "ärztliche Tätigkeit" der "ärztlichen Behandlung" im Sinne des [§ 28 Abs. 1 SGB V](#). Mit der von [§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) für das MVZ verlangten "ärztlichen Leitung" ist eine "ärztliche Tätigkeit" im vorbenannten Sinne nicht verbunden.

Bis zur Änderung des [§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) durch Art. 6 Nr. 16 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 30.05.2008 ([BGBl. I S. 874](#)) konnten neben Ärzten nur ärztlich geleitete Einrichtungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Bei der "ärztlich geleiteten Einrichtung" handelte es sich bis zur Einfügung der Regelungen über das MVZ durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 ([BGBl. I S. 2190](#)) um einen Oberbegriff für Hochschulambulanzen ([§ 117 SGB V](#)), psychiatrische Institutsambulanzen ([§ 118 SGB V](#)), sozialpädiatrische Zentren ([§ 119 SGB V](#)) und fortbestehende Einrichtungen des DDR-Gesundheitswesens ([§ 311 Abs. 2 SGB V](#)). Was unter der geforderten "ärztlichen Leitung" zu verstehen war, geht aus [§ 119 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) und [§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) hervor, wonach die Einrichtung (bei den Hochschulambulanzen und psychiatrische Institutsambulanzen das diese betreibende Krankenhaus) fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung zu stehen hat. Demnach muss sich die ärztliche Leitung zum einen auf die Einrichtung als Ganzes beziehen und wird zum anderen nur in fachlich-medizinischer Hinsicht verlangt. Zudem ergibt sich aus [§ 107 SGB V](#), dass zwischen leitungsbezogenen Anforderungen und der fachlichen Verantwortung für die zu erbringenden Leistungen zu unterscheiden ist (näher dazu BSG, Urteil vom 22.04.2009 – [B 3 P 14/07 R](#) – juris Rn. 12 ff.; s.a. Wahl in: jurisPK-SGB V, § 107 Rn. 22, 27, 45): Während das Erfordernis der ärztlichen Leitung in [§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) auf die Einrichtung als Ganzes abstellt und verlangt, dass die Organisation der gesamten Betriebsabläufe in fachlich-medizinischer Hinsicht ärztlich gesteuert werden, bezieht sich das Merkmal der ärztlichen Verantwortung in [§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) auf die konkrete Behandlung im Einzelfall. Dementsprechend wurde das Erfordernis der ärztlichen Leitung in [§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gestrichen, als mit der Neufassung des [§ 119b SGB V](#) auch stationäre Pflegeeinrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen in die vertragsärztliche Versorgung einbezogen wurden, obwohl diese als Ganzes regelmäßig nicht ärztlich geleitet sind (vgl. [BT-Druck. 16/7439, S. 98](#)).

Mit dem ärztlichen Leitungsvorbehalt, der beim MVZ nach [§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) weiterhin besteht, soll sichergestellt werden, dass in fachlich-medizinischer Hinsicht die Organisation der Betriebsabläufe des MVZ ärztlich gesteuert werden. Wie [§ 95 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) zeigt, muss die ärztliche Leitung nicht notwendig durch eine einzelne Person erfolgen. Entscheidend ist nur, dass in der Leitung des MVZ als Ganzem Ärzte allein für die fachlich-medizinischen Aufgaben zuständig sind. Diese ärztliche Leitung muss in fachlich-medizinischen Fragen von Gesellschaftern und Geschäftsführung des MVZ weisungsunabhängig sein (Pawlita in: jurisPK-SGB V § 95 Rn. 81). Insoweit korrespondiert der ärztliche Leitungsvorbehalt mit dem Berufsrecht, nach dem der Arzt hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen darf (§ 2 Abs. 4 BO). Sind die leitungsbezogenen Anforderungen von der fachlichen Verantwortung für die zu erbringenden Leistungen zu unterscheiden, hat der ärztliche Leiter eines MVZ die unmittelbare persönliche Verantwortung für jede konkrete Behandlung im Einzelfall zu tragen. Die ärztliche Leitung des MVZ ist nicht als persönliche Leitung der Arztpraxis im Sinne des § 1a Nr. 25 BMV-Ä/EKV-Ä zu verstehen, die Voraussetzungen erfordert, nach denen bei in der Arztpraxis beschäftigten und angestellten Ärzten im Hinblick auf deren Zahl, Tätigkeitsumfang und Tätigkeitsinhalt sichergestellt ist, dass der Praxisinhaber den Versorgungsauftrag im notwendigen Umfang auch persönlich erfüllt und dafür die Verantwortung trägt. Vielmehr stellt das Erfordernis der ärztlichen Leitung in [§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) auf die Einrichtung als Ganzes abstellt und verlangt allein eine ärztliche Steuerung der Organisation der gesamten Betriebsabläufe in fachlich-medizinischer Hinsicht. Eine ärztliche Behandlungstätigkeit im konkreten Einzelfall, wie sie § 17 Abs. 2 BO im Auge hat, ist damit nicht verbunden.

3. Die Berufung der Beklagte hat auch nicht deshalb Erfolg, weil die beantragte Genehmigung von vornherein zu versagen wäre.

a) Nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Ärzte-ZV sind vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten zulässig, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert.

Ob und inwieweit hierbei Gesichtspunkte der Bedarfsplanung zu berücksichtigen sind, ist umstritten. Wortlaut und Entstehungsgeschichte sprechen dafür, dass mit der durch das VÄndG zum 01.01.2007 erfolgten Änderung des § 24 Ärzte-ZV die Filialtätigkeit erleichtert werden sollte. Nach der Rechtslage unter dem bis zum 31.12.2006 geltenden § 15a Abs. 1 BMV-Ä/EKV-Ä hing die Genehmigung einer Zweigpraxis davon ab, dass diese zur Sicherung einer ausreichenden Versorgung erforderlich war. Demgegenüber genügt nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Ärzte-ZV eine Verbesserung der Versorgung. Damit scheiden Sicherstellungsanforderungen im Sinne des [§ 116 Satz 2 SGB V](#) aus. Auch ein

Bezug zur Bedarfsplanung im Sinne der §§ 99 ff. SGB V ist § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Arzt-ZV nicht unmittelbar entnehmen. Allerdings ist unverkennbar, dass mit der Genehmigung von Nebenbetriebsstätten die Bedarfsplanung teilweise unterlaufen werden kann (Dahm/Ratzel in: MedR 2006, 555, 563). Ausgehend hiervon wird vertreten, in einem gesperrten Planungsbereich stehe eine weitere vertragsärztliche Tätigkeit grundsätzlich im Widerspruch zu den Zielen des Bedarfsplanungsrechts und könne deshalb keine Verbesserung der Versorgung darstellen; eine Ausnahme sei unter Berücksichtigung von § 24 Satz Buchst. a und b Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte nur entweder bei lokalem quantitativen Versorgungsbedarf in Teilen eines Planungsbereichs oder bei besonderem qualitativem Versorgungsbedarf möglich (Schallen, Ärzte-ZV, § 24 Rn. 648 ff.). Auch wird vertreten, dass eine Verbesserung der Versorgung eine Bedarfslücke voraussetze, die zwar nicht unbedingt geschlossen werden müsse, die aber nachhaltig eine durch Angebot oder Erreichbarkeit veränderte und im Sinne der vertragsärztlichen Versorgung verbesserte Versorgungssituation herbeiführe (Pawlita in: jurisPK-SGB V, § 95 Rn. 236). Dem wird entgegengehalten, selbst eine solche nur abgeschwächte Bedarfsprüfung sei mit dem Willen des Gesetzgebers nicht vereinbar, der eine Bedarfsprüfung gerade habe ausschließen wollen; eine Verbesserung der Versorgung sei daher bereits dann gegeben, wenn Fahrt- und/oder Wartezeiten verkürzt oder neue Leistungen durch besondere Qualifikationen bzw. entsprechende medizinisch-technische Ausstattungen vor Ort erbracht werden könnten (Orlowski/Halbe/Karch, Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, S. 34 f, 98; Wollersheim, GesR 2008, 281, 282).

Sicher wird die Versorgung am weiteren Orten dann verbessert, wenn in dem betreffenden Planungsbereich eine bedarfsplanungsrechtliche Unterversorgung vorliegt (Pawlita in: jurisPK-SGB V, § 95 Rn. 238). Der Senat neigt zu der Auffassung, dass in gesperrten Bereichen grundsätzlich auch bedarfsplanungsrechtliche Gesichtspunkte für die Frage relevant sind, ob die Nebenbetriebsstätte zu einer Versorgungsverbesserung beiträgt (so auch Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10.12.2008 - [L 11 KA 47/08](#) - juris Rn. 52).

Selbst wenn Gesichtspunkte der Bedarfsplanung zu berücksichtigen sind, scheidet die Genehmigung der Nebenbetriebsstätten im vorliegenden Fall nicht von vornherein aus. Soweit in den Nebenbetriebsstätten hausärztliche Leistungen erbracht werden sollen, ergibt sich dies bereits daraus, dass der Planungsbereich D. -Stadt für Hausärzte nicht gesperrt ist (Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.04.2009, KVS-Mitteilungen 5/2009 S. III, IV). Soweit am Standort Y Straße radiologische Leistungen erbracht werden sollen, steht der Genehmigung der Nebenbetriebsstätte nicht entgegen, dass der Planungsbereich D. -Stadt für Radiologen gesperrt ist (Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.04.2009, KVS-Mitteilungen 5/2009 S. III, IV). Denn insoweit ist zu berücksichtigen, dass für den Standort Y Straße eine Praxisnachfolge nach [§ 103 Abs. 4a SGB V](#) erfolgt ist und aufgrund des in diesem Rahmen ergangenen Beschlusses der Zulassungsgremien ein Versorgungsauftrag besteht, an den eine KÄV gebunden ist, die daher den Versorgungsbedarf bei der Prüfung des § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Ärzte-ZV nicht verneinen darf (SG Marburg, Urteil vom 16.07.2008 - [S 12 KA 45/08](#) - juris Rn. 48 f.).

b) Nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Ärzte-ZV setzt die Genehmigung von Nebenbetriebsstätten voraus, dass dadurch die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. In diesem Rahmen sind auch die Limitierungen zu berücksichtigen, die sich aus § 17 Abs. 1a BMV-Ä/§ 13 Abs. 7a EKV-Ä ergeben.

Für die in § 17 Abs. 1a Satz 1 und 4 BMV-Ä/§ 13 Abs. 7a Satz 1 und 4 EKV-Ä geforderte Mindestpräsenz von 20 Wochensprechstunden am Vertragsarztsitz genügt, dass diese durch einen Arzt des MVZ erfüllt werden. Dies ist nach den Angaben der Klägerin im Verwaltungsverfahren der Fall.

Zudem muss nach § 17 Abs. 1a Satz 3 bis 5 BMV-Ä/§ 13 Abs. 7a Satz 3 bis 5 EKV-Ä auch in einem MVZ die Gesamtarbeitszeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen (Pawlita in: jurisPK § 95 Rn. 213 f. und 248). Auch dies trifft hier nach den Angaben der Klägerin im Verwaltungsverfahren zu. Danach werden am Vertragsarztsitz 102,5 Wochensprechstunden erbracht und sind an den Nebenbetriebsstätten – einschließlich der streitigen – 101,5 Wochensprechstunden geplant. Dies genügt gerade noch den Anforderungen von § 17 Abs. 1a Satz 3 bis 5 BMV-Ä/§ 13 Abs. 7a Satz 3 bis 5 EKV-Ä.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

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

Die Festsetzung des Streitwerts ergibt sich aus [§ 47 Abs. 1](#) und 2, [§ 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz und entspricht demjenigen im erstinstanzlichen Verfahren.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2009-09-07