

L 1 B 786/08 KA-ER

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

1

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 11 KA 535/08 ER

Datum

20.10.2008

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 B 786/08 KA-ER

Datum

30.07.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Leitsätze

Verwertbarkeit der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) bei der Entscheidung der Zulassungsgremien über die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung

1. Die Zulassungsgremien dürfen sich in einem Vergleich zur Erteilung der Zulassung als Vertragsarzt verpflichten.
 2. Beim Abschluss eines Vergleichs über eine Sonderbedarfszulassung halten die Zulassungsgremien den ihnen Beurteilungsspielraum ein, wenn die getroffene Regelung in den feststehenden Tatsachen eine tragfähige Grundlage hat und aus dem Kontext des Vertragsschlusses die dafür maßgeblichen Erwägungen mit hinreichender Deutlichkeit hervorgehen.
 3. Die Zulassungsgremien dürfen bei ihren Bedarfsermittlungen die Feststellungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) verwerten.
- I. Auf die Beschwerde des Antragstellers wird der Beschluss des Sozialgerichts Dresden vom 20. Oktober 2008 aufgehoben und die sofortige Vollziehung der durch den Beschluss des Antragsgegners vom 09. Juli 2008 erteilten Sonderbedarfszulassung bis zum Abschluss des gegen diesen Beschluss gerichteten Hauptsacheverfahrens angeordnet.
- II. Der Antragsgegner trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.
- III. Der Streitwert wird für das Beschwerdeverfahren auf 32.500,00 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Im Streit steht die Anordnung der sofortigen Vollziehung einer erteilten Sonderbedarfszulassung.

Der Antragsteller ist Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologie. Er beantragte mit Schreiben vom 05.01.2007 eine Sonderbedarfszulassung für die fachärztliche Erbringung gastroenterologischer Leistungen in Gemeinschaftspraxis mit dem bereits zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologie Dr. H1. Der Zulassungsausschuss Ärzte Dresden lehnte den Antrag mit Beschluss vom 26.02.2007 ab. Den hiergegen gerichteten Widerspruch des Antragstellers wies der Antragsgegner mit Beschluss vom 23.05.2007, ausgefertigt am 30.07.2007, zurück. Angesichts der Versorgungssituation komme eine Sonderbedarfszulassung weder auf der Basis eines weiteren besonderen Versorgungsbedarfs an gastroenterologischen Leistungen noch vor dem Hintergrund eines lokalen Versorgungsbedarfs in Betracht.

Gegen diesen Beschluss erhob der Antragsteller am 31.08.2007 beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage (Az. S 18 KA 1454/07). Seit der ausschließlichen Erbringung durch Fachärzte seien im Planungsbereich die Gastroskopien und Koloskopien rückläufig, womit ein Mangel an gastroenterologischen Leistungen deutlich werde. Unerheblich sei, ob aufgrund der Punktmengenbegrenzung im Honorarverteilungsmaßstab Leistungen nur noch in vermindertem Umfang erbracht würden. Für einen jährlichen Leistungsbedarf von 4.742 Gastroskopien, 474 kurativen Koloskopien und 1.271 totalen Koloskopien reichten die drei vorhandenen Leistungserbringer nicht aus. Bei einem Gesamtaufwand von 5.551,5 Stunden für diese Leistungen müsste jeder dieser drei Ärzte dafür 1.850 Stunden im Jahr erbringen. Angesichts der bei den Psychotherapeuten angenommenen Belastungsgrenze von 1.548 Stunden Arbeitszeit im Jahr müsse von einer Überlastung der gastroenterologischen Leistungserbringer ausgegangen werden.

Mit Beschluss vom 10.09.2007 ließ der Zulassungsausschuss Ärzte Dresden den Antragsteller auf der Grundlage von [§ 101 Abs. 1 Nr. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. §§ 23a ff. Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte (Bedarfsplanungs-RL-Ärzte) im Wege des Job-Sharing als Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologe mit Leistungsbeschränkung in Gemeinschaftspraxis mit Dr. H1 in G. zur vertragsärztlichen Versorgung zu.

Nachdem der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit Beschluss vom 29.01.2008 gemäß [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) im Umkreis von 30 km um die Stadt G. einen lokalen Versorgungsbedarf für Leistungen des Schwerpunktes Gastroenterologie in Höhe einer 0,5 Stelle für die Dauer von zwei Jahren festgestellt hatte, beantragte der Antragsteller unter dem 20.02.2008 die Übernahme des festgestellten lokalen Versorgungsbedarfs mit einem halben Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis mit Dr. H1 jedoch ohne Job-Sharing. Der Zulassungsausschuss Ärzte Dresden lehnte den Antrag mit Beschluss vom 03.03.2008 ab. Aus der Feststellung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ergebe sich kein frei werdender Vertragsarztsitz, sondern lediglich eine mögliche Punktmengenausweitung zur zeitlich begrenzten Deckung eines lokalen Versorgungsbedarfs. Zudem komme eine Erhöhung der Punktmenge nur bei angestellten Ärzten mit Leistungsbeschränkung ([§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#)) in Betracht, nicht aber bei einer Job-Sharing-Gemeinschaftspraxis ([§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#)).

Der Antragsteller legte Widerspruch ein und wies in dem beim SG geführten Klageverfahren (Az. S 18 KA 1457/07) auf den Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen hin. Das SG schlug den Beteiligten folgenden Vergleich über eine Teilzulassung vor: "1. Der Beklagte lässt den Kläger mit Wirkung ab dem auf das Zustandekommen des Vergleichs folgenden Monat als Facharzt für Innere Medizin für Leistungen des Schwerpunktes Gastroenterologie mit Sitz in G. zur vertragsärztlichen Versorgung zu. 2. Der Kläger beschränkt ab dem Zeitpunkt der Zulassung seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrags einer vollzeitig ausgeübten Tätigkeit. 3. Das Recht des Klägers, bei Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen für eine Vollzulassung die Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrags zu beantragen, bleibt unberührt. 4. Mit dem Wirksamwerden des Vergleichs erklären der Kläger und der Beklagte die Klage (Az. S 18 KA 1457/07) gegen den Beschluss des Beklagten vom 30.07.2007 und den Widerspruch gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses Ärzte vom 03.03.2008 für erledigt. 5. Die Kosten des Verfahrens (Az. S 18 KA 1457/07) trägt der Kläger."

Dem Vergleichsvorschlag stimmte der Antragsteller am 04.06.2008 und der Antragsgegner am 16.06.2008 zu. Die beigelegene Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) lehnte den Vergleichsvorschlag ab, weil die darin vorgesehene Regelung der Gesetzeslage widerspreche.

Mit Beschluss vom 09.07.2008, ausgefertigt am 28.08.2008, ließ der Antragsgegner den Antragsteller mit Wirkung vom 09.07.2008 unter Beschränkung des Versorgungsauftrags auf die Hälfte des Versorgungsauftrags einer vollzeitig ausgeübten Tätigkeit als Facharzt für Innere Medizin für Leistungen des Schwerpunktes Gastroenterologie in G. zur gemeinschaftlichen vertragsärztlichen Tätigkeit mit Dr. H1 zu und hob seinen Beschluss vom 30.07.2007 sowie den Beschluss des Zulassungsausschusses Ärzte Dresden vom 03.03.2008 auf. Der Antragsteller sei aufgrund des im Verfahren S 18 KA 1454/04 geschlossenen Vergleichs zuzulassen. Seine – des Antragsgegners – Zustimmung zu dem Vergleichsvorschlag des SG habe maßgeblich auf der Überlegung beruht, der Begründung seines Beschlusses vom 30.07.2007 hinsichtlich eines fehlenden Bedarfs für gastroenterologische Leistungen sei durch den Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.01.2008 der Boden entzogen worden. Gemäß [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) obliege den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf bestehe. Dieser Bedarf sei zweifelsohne festgestellt worden. Der Ansicht der beigelegenen KÄV, es handle sich bei der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs nicht um eine Möglichkeit der Besetzung eines Vertragsarztsitzes, sondern um eine mögliche Punktmengenausweitung zur zeitlich begrenzten Deckung des Versorgungsbedarfs, könne er nicht folgen. Zum einen werde in der einschlägigen Regelung nicht darüber befunden, auf welche Weise der zusätzlich festgestellte Bedarf abgedeckt werden solle, zum anderen verstieße die Auffassung, dass ein Bedarf nur durch angestellte Ärzte gedeckt werden könne, gegen den Grundsatz des Vorrangs der niedergelassenen Ärzte. Die Anordnung der sofortigen Vollziehung sei weder im öffentlichen noch im privaten Interesse geboten gewesen. Die Aufnahme der Tätigkeit durch den Antragsteller werde mit großer Wahrscheinlichkeit durch das Abwarten des Endes eines eventuellen Rechtsstreits nicht vereitelt, da er bereits zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei.

Die beigelegene KÄV erhob am 23.07.2008 beim SG Klage mit dem Ziel der Aufhebung des zwischen Antragsteller und Antragsgegner geschlossenen Vergleichs (Az. S 11 KA 445/08). Durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sei kein lokaler Sonderbedarf im Umfang eines halben Vertragsarztsitzes festgestellt worden. Dies wäre rechtlich auch nicht zulässig gewesen, da eine solche Feststellung nach dem Bedarfsplanungsrecht allein den Zulassungsgremien obliege. Zudem setze eine Sonderbedarfszulassung einen dauerhaften Versorgungsbedarf voraus. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen habe aber einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nur auf zwei Jahre befristet festgestellt. Daher handle es sich bei seiner Feststellung lediglich um eine mögliche Punktmengenausweitung zur zeitlich begrenzten Deckung eines Versorgungsbedarfs.

Am 12.08.2008 hat der Antragsteller beim SG die hier streitige Anordnung der sofortigen Vollziehung der mit Beschluss des Antragsgegners vom 09.07.2008 erteilten Sonderbedarfszulassung beantragt (Az. [S 11 KA 535/08 ER](#)). Die beigelegene KÄV hat am 06.10.2008 mit der Klage den Beschluss des Antragsgegners vom 09.07.2008 angefochten (Az. S 11 KA 836/08).

Der Antragsteller hat im Eilverfahren (Az. [S 11 KA 535/08 ER](#)) geltend gemacht, ihm sei aufgrund des Vergleichs zu Recht eine Zulassung erteilt worden. Seines Erachtens bestehe ein Sonderbedarf nicht nur im Umfang eines halben, sondern eines vollen Vertragsarztsitzes. Auf jeden Fall beweise der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.01.2008 aber einen Sonderbedarf im Umfang eines halben Vertragsarztsitzes. [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) enthalte keine Aussage dazu, durch wen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf abgedeckt werden könne. Dies sei sowohl durch angestellte als auch durch niedergelassene Ärzte möglich. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#), der lediglich für angestellte Ärzte eine Ausnahme von der Leistungsbegrenzung vorsehe. Das Fehlen einer entsprechenden Regelung in [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) erkläre sich damit, dass ein Arzt, der sich auf einem gemäß [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) frei werdenden Vertragsarztsitz niederlasse und mit einem anderen Arzt eine Gemeinschaftspraxis eingehe, keine Job-Sharing-Praxis begründe. Die Anordnung der sofortigen Vollziehung sei in seinem – des Antragstellers – überwiegender Interesse geboten. Ohne Budgeterweiterung mache weder für ihn noch für Dr. H1 eine Ausweitung der Behandlungszeiten Sinn. Es stelle einen klaren Rechtsbruch dar, wenn die beigelegene KÄV Dr. H1 m bei seiner – des Antragstellers – Anstellung ein höheres Punktmengenvolumen gewähren würde, der bestehenden Job-Sharing-Praxis jedoch nicht. Angesichts der vorliegenden Versorgungslücke bestehe auch ein öffentliches Interesse an der sofortigen Vollziehung.

Der Antragsgegner hat vorgebracht, er habe die sofortige Vollziehung seines Beschlusses nicht angeordnet, weil der Antragsteller bereits im Wege des Job-Sharing an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehme. Aufgrund dieser Tätigkeit bestehe keine konkrete Gefahr, dass er sich kurzfristig beruflich umorientiere und damit für die Versorgung der Versicherten im Planungsbereich nicht mehr weiter zur Verfügung stehe.

Die beigeordnete KÄV hat die Auffassung vertreten, die Anordnung der sofortigen Vollziehung eines rechtswidrigen Verwaltungsaktes könne nicht im öffentlichen Interesse liegen.

Mit Beschluss vom 20.10.2008 hat das SG den Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung abgelehnt. Die von der beigeordneten KÄV gegen den Beschluss des Antragsgegners vom 09.07.2008 erhobene Anfechtungsklage sei offensichtlich begründet. Die dem Antragsteller erteilte Sonderbedarfszulassung mit hälftigem Vertragsarztsitz in Gemeinschaftspraxis mit Dr. H1 könne keinen Bestand haben. Die Anfechtungsbefugnis der beigeordneten KÄV sei nicht mit dem im Verfahren S 18 KA 1454/07 geschlossenen Vergleich entfallen. Dieser Vergleich sei zwar auch ohne ihre Zustimmung wirksam geworden. Daraus folge aber nicht, dass sie ihn endgültig gegen sich gelten lassen müsste. Die vom Antragsgegner in Ausführung des Vergleichs erfolgte Teilzulassung des Antragstellers sei offensichtlich rechtswidrig. Die Feststellung des Antragsgegners, im Planungsbereich sei ein dauerhafter Versorgungsbedarf an gastroenterologischen Leistungen gegeben, sei mit den Anforderungen an die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung nicht vereinbar und halte sich nicht im Rahmen der Beurteilungsermächtigung. Die Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.01.2008, auf den der Antragsgegner abgestellt habe, sei nicht geeignet, einen besonderen Versorgungsbedarf für eine Sonderbedarfszulassung nachzuweisen. Diese auf der Grundlage des [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) erfolgte Feststellung ermögliche lediglich die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen. Umfang und Bedeutung des mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2005 (BGBl. I S. 3439) eingeführten [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) ergäben sich aus den Gesetzesmaterialien. Mit Blick auf die gesetzgeberische Intention sei nicht zweifelhaft, dass allein mit der Bezugnahme auf die Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine Sonderbedarfszulassung nicht zu begründen sei. Auch die dessen Beschluss vom 29.01.2008 zugrunde liegenden Überlegungen könnten einen lokalen Versorgungsbedarf nicht begründen. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen habe zur Feststellung eines lokalen Versorgungsbedarfs für Leistungen der Gastroenterologie in einer Tabelle die Einwohner je gastrokopierenden Arzt, die Einwohner je kurativ koloskopierenden Arzt und die Einwohner ab 55 Jahren je präventiv koloskopierenden Arzt verschiedener Regionen miteinander verglichen und auf der Grundlage einer Übersichtstabelle festgestellt, dass der schlechteste Wert im 30 km-Radius um G. zu finden sei, was auf ein Versorgungsproblem hindeute. Diese Art der Versorgungsbedarfsermittlung sei schon deshalb nicht tragfähig, weil bei der Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß [§ 101 Abs. 1 Nr. 3a SGB V](#) festzulegenden Kriterien noch nicht vorgelegen hätten. Aber auch mit den vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit Beschluss vom 13.03.2008 in § 34a Bedarfsplanungs-RL-Ärzte festgelegten Kriterien sei die Bedarfsermittlung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nicht vereinbar. Im Übrigen sei die erteilte Zulassung mit dem Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen auch deshalb nicht zu begründen, weil der Antragsteller in der Stadt G. zugelassen worden sei, die in der vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zugrunde gelegten Tabelle die besten Werte aufweise. Letztlich sei die Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen aus einem weiteren - maßgeblichen - Grund nicht geeignet, die dem Antragsteller erteilte Sonderbedarfszulassung zu rechtfertigen. Diese Zulassung setze voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheine (§ 24 Abs. 1 Satz 2 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte). Da bei nur vorübergehendem Versorgungsbedarf von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen sei (§ 24 Abs. 1 Satz 3 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte), die typischerweise auf zwei Jahre befristet erteilt werde, müsse ein dauerhafter Bedarf mehr als zwei Jahre bestehen. Daher könne der auf zwei Jahre befristete Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine unbefristete Sonderbedarfszulassung nicht rechtfertigen. Mit Blick auf die befristete Feststellung eines zusätzlichen lokalen Sonderbedarfs sei schließlich erklärbar, dass und warum eine solche Feststellung keine Ausnahme von der Leistungsbegrenzung beim Job-Sharing zu begründen vermöge. Die Erstreckung der Ausnahme von der Leistungsbegrenzung für angestellte Ärzte nach [§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) sei vom Gesetzgeber nicht in Betracht gezogen worden. Dies dürfte dem Gedanken geschuldet sein, dass Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung nur für die Dauer des lokalen Versorgungsdefizits möglich seien und einen Anreiz zur Anstellung von Ärzten schaffen sollten. Angestellte Ärzte könnten hierfür befristet eingestellt bzw. ihnen könnte nach Aufhebung der Leistungserweiterung gekündigt werden. Demgegenüber sei die Gestaltung gesellschaftsrechtlicher Verhältnisse eher auf Dauer angelegt.

Der Antragsteller verfolgt mit seiner am 24.11.2008 eingelegten Beschwerde sein Begehren weiter. Der Antragsgegner habe sich zur Begründung seines Bescheides nicht auf den Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.01.2008 gestützt, sondern ausschließlich auf den im Verfahren S 18 KA 1454/07 geschlossenen Vergleich. In diesem Vergleich habe sich der Antragsgegner nicht zur Neubescheidung, sondern zur Zulassung verpflichtet. Es habe daher für ihn bei Erlass des Zulassungsbescheides keinerlei Entscheidungsspielraum mehr bestanden. Die Ausführungen des Antragsgegners im Bescheid hätten lediglich der Erläuterung der Gründe gedient, die ihn zum Abschluss des Vergleichs bewogen hätten. Der Vergleich sei nicht unwirksam. Den Zulassungsgremien stünden beim Abschluss von Vergleichen dieselben Ermessens- und Beurteilungsspielräume zu wie bei Erlass eines entsprechenden Verwaltungsakts. Daher wäre hier der Vergleich nur dann anfechtbar, wenn er unter keinem denkbaren tatsächlichen oder rechtlichen Gesichtspunkt rechtmäßig wäre. Dagegen könne ein Begründungsmangel nicht zu seiner Rechtswidrigkeit führen. In Vergleichen werde lediglich das Ergebnis festgehalten, nicht aber die Gedanken und Erwägungen, die zu ihrem Abschluss geführt hätten. Dem Zweck von Vergleichen, das Verfahren zu erleichtern, widerspräche es, wenn sie genauso umfangreich begründet werden müssten wie Bescheide. Deshalb habe sich die Überprüfung der Rechtmäßigkeit von Vergleichen darauf zu beschränken, ob mit dem Inhalt der getroffenen Regelung die den Zulassungsgremien eingeräumten Beurteilungs- und Ermessensspielräume überschritten worden seien. Dies wäre hier nur dann der Fall, wenn der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.01.2008 rechtswidrig wäre und es auch aus sonstigen Gründen unverträglich wäre, einen nicht gedeckten lokalen oder qualitativen Versorgungsbedarf im Umfang einer halben vertragsärztlichen Zulassung anzunehmen. Dies treffe nicht zu. Er - der Antragsteller - habe bereits im Verfahren S 18 KA 1454/07 umfassend dargestellt, dass im Versorgungsbezirk eine mangelhafte Versorgung mit gastroenterologischen Leistungen bestehe. Demnach bestehe ein besonderer Versorgungsbedarf, der sogar eine Vollzulassung rechtfertige, und sei es zumindest nicht unverträglich, ein Versorgungsdefizit im Umfang eines halben Vertragsarztsitzes anzunehmen. Zudem sei der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen rechtmäßig, zumindest aber nicht nichtig. Bei dem Beschluss handele es sich um einen Verwaltungsakt, dessen Adressat die Zulassungsgremien, die KÄV und die Krankenkassen seien. Von diesen habe, soweit bekannt, keiner den Beschluss angefochten. Das SG habe aus den Gesetzesmaterialien zu [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) die falschen Schlüsse gezogen. Es habe keineswegs ausgeschlossen werden sollen, dass ein bestehender lokaler Sonderbedarf durch niedergelassene Ärzte gedeckt werde. Vielmehr stelle die Niederlassung nach wie vor die Regelform der Versorgung dar. Für die niedergelassenen Ärzte habe es keiner Gesetzesänderung bedurft, weil sich diese schon aufgrund

der bisherigen Bestimmungen bei Bestehen eines lokalen Sonderbedarfs hätten niederlassen dürfen. Es treffe zwar zu, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen seine Entscheidung zu einem Zeitpunkt getroffen habe, als es die näheren Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses noch nicht gegeben habe. Seine Feststellung sei aber leicht nachvollziehbar. Wenn die Morbidität mit gastroenterologischen Leistungen annähernd gleich verteilt sei, sollten auch die Leistungserbringer gleichmäßig verteilt sein. Die Stadt G. sei für die Deckung des lokalen Sonderbedarfs besonders günstig, weil auf sie die gesamte Infrastruktur in der Region zugeschnitten sei. Der bestehende Sonderbedarf sei auch dauerhaft. Die Unterversorgung bestehe bereits seit Anfang 2003, seitdem die hausärztlich tätigen Ärzte keine gastrokopischen und koloskopischen Leistungen mehr erbringen dürften. Es sei nicht ersichtlich, wie sich an dieser Mangelversorgung in absehbarer Zeit etwas ändern sollte.

Der Antragsteller beantragt, den Beschluss des Sozialgerichts Dresden vom 20. Oktober 2008 aufzuheben und die sofortige Vollziehung der durch den Beschluss des Berufungsausschusses mit Beschluss vom 09. Juli 2008 erteilten Sonderbedarfszulassung anzuordnen.

Der Antragsgegner beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen.

Er verweise nicht auf den angefochtenen Beschluss des SG, sondern auf seinen Beschluss vom 09.07.2008.

Die Beigeladenen haben sich in der Sache nicht geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakten des Eilverfahrens (Az. [S 11 KA 535/08 ER](#); [L 1 B 786/08 KA-ER](#)) und der Hauptsacheverfahren (Az. S 18 KA 1454/07, S 11 KA 445/08 und S 11 KA 836/08) sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Antragsgegnerin ergänzend Bezug genommen.

II.

Die Beschwerde des Antragstellers ist begründet. Zu Unrecht hat das SG den auf Anordnung der sofortigen Vollziehung des Beschlusses des Antragsgegners vom 09.07.2008 gerichteten Eilantrag abgelehnt.

Gemäß [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann das Gericht der Hauptsache in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage aufschiebende Wirkung haben, auf Antrag die sofortige Vollziehung ganz oder teilweise anordnen.

Der Anfechtungsklage gegen eine Entscheidung des Berufungsausschusses, die wie ein Widerspruchsbescheid wirkt (vgl. [§ 97 Abs. 3 SGB V](#)), kommt nach [§ 86a Abs. 1 SGG](#) aufschiebende Wirkung zu (Keller in: Meyer-Ladewig, SGG, 9. Aufl. 2008, § 86a Rn. 23). Dies trifft hier für die Klage der beigeladenen KÄV, mit der sie den Beschluss des Antragsgegners vom 09.07.2008 anfecht, zu. Deren aufschiebende Wirkung entfielen, wenn der Antragsgegner die sofortige Vollziehung angeordnet hätte ([§ 97 Abs. 4 SGB V](#)). Dies war hier nicht der Fall.

Nach welchen Maßstäben das Gericht über die Anordnung der sofortigen Vollziehung zu entscheiden hat, ist in [§ 86b Abs. 1 SGG](#) nicht ausdrücklich geregelt. Der Rechtsschutz ist aber grundsätzlich unter den gleichen Voraussetzungen zu gewähren, die für die Verwaltung nach [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) gelten. Danach kann die sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten angeordnet werden. Bei der demnach gebotenen umfassenden Abwägung des Vollzugsinteresses mit dem Aussetzungsinteresse kommt den Erfolgsaussichten in der Hauptsache wesentliche Bedeutung zu. Ist der im Hauptsacheverfahren angefochtene Verwaltungsakt offensichtlich rechtswidrig, überwiegt das Aussetzungsinteresse. Lässt sich dagegen ohne Weiteres und in einer jeden vernünftigen Zweifel ausschließenden Weise erkennen, dass der im Hauptsacheverfahren angefochtene Verwaltungsakt rechtmäßig ist, ist ein überwiegendes Interesse an der sofortigen Vollziehung anzunehmen (Wehrhahn in: Breikreuz/Fichte, SGG, 2009, § 86b Rn. 45). Ist der Ausgang des Hauptsacheverfahrens offen, hat eine Abwägung der beteiligten Interessen unter Berücksichtigung des Grads der Erfolgsaussichten stattzufinden. Dabei gilt: Je wahrscheinlicher ein Erfolg in der Hauptsache ist, desto mehr Gewicht hat das Aussetzungsinteresse und umgekehrt (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig, SGG, § 86b Rn. 12f). Die Vollziehungsanordnung ist gerechtfertigt, wenn eine umfassende Abwägung aller öffentlichen und privaten Belange zum Ergebnis kommt, dass das Vollzugsinteresse überwiegt. Dabei ist auch zu berücksichtigen, wie schwerwiegend die Beeinträchtigung durch den sofortigen Vollzug bzw. die aufschiebende Wirkung gerade im grundrechtsrelevanten Bereich ist (vgl. Bundesverfassungsgericht, Kammerbeschluss vom 24.10.2003 - [1 BvR 1594/03](#) - [NJW 2003, 3618, 3619](#)).

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe ist die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Antragsgegners vom 09.07.2008 anzuordnen. Denn während die Erfolgsaussichten des Hauptsacheverfahrens, in dem die beigeladene KÄV diesen Beschluss anfecht, eher gering sind (1.), überwiegt bei der Abwägung der beteiligten Interessen das Vollzugsinteresse (2.).

1. Entgegen der vom SG vertretenen Auffassung ist der im Hauptsacheverfahren angefochtene Beschluss des Antragsgegners, mit dem dem Antragsteller eine Sonderbedarfszulassung erteilt wurde, nicht offensichtlich rechtswidrig. Vielmehr sprechen gute Gründe dafür, dass dieser Beschluss im Hauptsacheverfahren Bestand haben wird.

a) Rechtsgrundlage für eine Sonderbedarfszulassung sind [§ 95 Abs. 2](#) i.V.m. [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) sowie die konkretisierenden Regelungen in § 24 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte. Im Hinblick auf die vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Planungsbereich G., Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis für die Fachgruppe der Internisten wegen Überversorgung angeordneten Zulassungsbeschränkungen kann der Antragsteller dort nur wegen eines besonderen Versorgungsbedarfs zugelassen werden. Dazu ist in [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) bestimmt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in Richtlinien Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze beschließt, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind. Diese Ausnahme dient dem Ziel, auch im Einzelfall sicherzustellen, dass angeordnete Zulassungssperren nicht unverhältnismäßig - weil in der konkreten örtlichen Situation ein Versorgungsdefizit besteht - die Berufsausübung beschränken. Zugleich wird dem GBA die Aufgabe übertragen, nähere Vorgaben für diese Zulassungen zu normieren. Gegen diese Übertragung der Befugnis zur Normkonkretisierung bestehen keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken, zumal der Gesetzgeber Inhalt, Zweck und Ausmaß der Regelung präzise vorgegeben und damit die wesentlichen Fragen selbst entschieden hat (BSG, Urteil vom 05.11.2008 - [B 6 KA 56/07 R](#) - juris Rn. 14; Urteil vom 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242, 249](#) = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#); Urteil

vom 18.03.1998 - [B 6 KA 37/96 R](#) - [BSGE 82, 41](#), 47 f. = [SozR 3-2500 § 103 Nr. 2](#); Urteil vom 03.12.1997 - [6 RKa 64/96](#) - [BSGE 81, 207](#), 210 = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 2](#); Urteil vom 19.03.1997 - [6 RKa 43/96](#) - [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) S. 3).

Im vertragsärztlichen Bereich hat der GBA von diesem Normsetzungsauftrag mit den §§ 24 bis 26 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte Gebrauch gemacht. In § 24 Satz 1 Buchst. a bis e Bedarfsplanungs-RL-Ärzte hat er fünf Fallgruppen mit speziellen Sachverhalten umschrieben. Dies sind neben dem Fall eines lokalen Versorgungsbedarfs in Teilen eines Planungsbereichs aufgrund unzureichender Verteilung der an sich quantitativ ausreichend vorhandenen Vertragsarztsitze (§ 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungs-RL-Ärzte) vier Fallgestaltungen eines qualitativen Defizits an bestimmten ärztlichen Leistungen, welche konkret benannt oder unter Bezugnahme auf die Inhalte bestimmter Subspezialisierungsmöglichkeiten des ärztlichen Weiterbildungsrechts bezeichnet werden (§ 24 Satz 1 Buchst. b bis e Bedarfsplanungs-RL-Ärzte). In § 25 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte ist zusätzlich festgelegt, dass die Zulassung im Falle des § 24 Satz 1 Buchst. a und b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte an den Ort der Niederlassung gebunden ist und in den Fällen des § 24 Satz 1 Buchst. b bis d Bedarfsplanungs-RL-Ärzte mit der Maßgabe zu erfolgen hat, dass für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, für eine Übergangszeit von fünf Jahren abrechnungsfähig sind.

Bei der Klärung, ob ein besonderer Versorgungsbedarf im Sinne von [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) i.V.m. § 24 Satz 1 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte vorliegt, der die Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in dem betroffenen Versorgungsbereich unerlässlich macht, steht den Zulassungsgremien ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu (BSG, Urteil vom 05.11.2008 - [B 6 KA 56/07 R](#) - juris Rn. 16; Urteil vom 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#), 250 = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#); Urteil vom 19.03.1997 - [6 RKa 43/96](#) - [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) S. 4 f.). Die ortsnahen fachkundigen Zulassungsinstanzen können nämlich nur ungefähr entscheiden, ob und inwieweit die bereits niedergelassenen Ärzte eine qualitativ ausreichende Versorgung gewährleisten, da zur Beantwortung dieser Frage eine Vielzahl von Faktoren - unter anderem Zahl und Leistungsangebot der niedergelassenen und ermächtigten Ärzte, Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur, Umfang und räumliche Verteilung der Nachfrage aufgrund der vorhandenen Verkehrsverbindungen (BSG, Urteil vom 19.03.1997 - [6 RKa 43/96](#) - [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) S. 4; Beschluss vom 28.04.2004 - [B 6 KA 90/03 B](#) - juris Rn. 13) - in die Entscheidung einzubeziehen sind. Dies rechtfertigt es, den Zulassungsgremien einen Beurteilungsspielraum zuzugestehen und deren Entscheidung hinzunehmen, solange sie sich im Rahmen der Beurteilungsermächtigung hält. Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich daher - wie in ähnlichen Fällen der Bedarfsfeststellung - darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die durch Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" zu ermittelnden Grenzen eingehalten und ob die Subsumtionserwägungen so hinreichend in der Begründung der Entscheidung verdeutlicht wurden, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (BSG, Urteil vom 05.11.2008 - [B 6 KA 56/07 R](#) - juris Rn. 16; Urteil vom 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#), 250 f. = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#); Urteil vom 19.03.1997 - [6 RKa 43/96](#) - [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) S. 4 f.; s.a. BSG, Urteil vom 12.09.2001 - [B 6 KA 86/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 116 Nr. 23](#) S. 103; Urteil vom 25.11.1998 - [B 6 KA 81/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 97 Nr. 2](#) S. 6; Urteil vom 20.12.1995 - [6 RKa 55/94](#) - [BSGE 77, 188](#), 191 f. = [SozR 3-2500 § 75 Nr. 7](#)).

In der Rechtsprechung ist es geklärt, dass sich die Zulassungsgremien bei der Entscheidung über Sonderbedarfszulassungen ein möglichst genaues Bild der Versorgungslage im betroffenen Planungsbereich machen und ermitteln müssen, welche Leistungen in welchem Umfang zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) im Planungsbereich erforderlich sind, von den dort zugelassenen Ärzten aber nicht angeboten werden (BSG, Urteil vom 05.11.2008 - [B 6 KA 56/07 R](#) - juris Rn. 18). Die Ermittlungen haben sich mit Rücksicht auf [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) entsprechend der Zielrichtung von Sonderbedarfszulassungen grundsätzlich auf die gesamte Breite eines medizinischen Versorgungsbereichs und nicht nur auf einzelne spezielle Leistungen zu erstrecken (BSG, Urteil vom 19.03.1997 - [6 RKa 43/96](#) - [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) S. 6). Die Ermittlungen dürfen sich auf die gesamte jeweilige Gruppe der Gebietsärzte beziehen, die nach dem einschlägigen Weiterbildungsrecht befugt sind, die Leistungen eines streitigen Teilgebiets zu erbringen (BSG, Urteil vom 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#), 251 = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#)). Darüber hinaus kommt es bei der Fallgruppe des § 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte in erster Linie auf die tatsächliche Versorgungssituation in dem betreffenden Planungsbereich an, was nicht ausschließt, dass die Zulassungsgremien diesen Planungsbereich entsprechend § 12 Abs. 3 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (ÄrzteZV) im Falle von Subspezialisierungen einzelner Fachgebiete überschreiten und auch die an den untersuchten räumlichen Bereich angrenzenden Gebiete in ihre Überlegungen mit einbeziehen (BSG, Urteil vom 05.11.2008 - [B 6 KA 56/07 R](#) - juris Rn. 18; Urteil vom 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#), 251 = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#); Urteil vom 19.03.1997 - [6 RKa 43/96](#) - [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) S. 6).

Ferner ist es zur Ermittlung der Bedarfssituation sachgerecht und statthaft, die bereits niedergelassenen Ärzte nach ihrem Leistungsangebot und der Aufnahmekapazität ihrer Praxen zu befragen (BSG, Urteil vom 05.11.2008 - [B 6 KA 56/07 R](#) - juris Rn. 18; Urteil vom 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#), 251 = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#); Urteil vom 19.03.1997 - [6 RKa 43/96](#) - [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) S. 6). Die Ermittlung des entscheidungserheblichen Sachverhalts darf sich allerdings typischerweise nicht in Befragungen der im Einzugsbereich in dem Fachgebiet tätigen Vertragsärzte erschöpfen. Denn die Gefahr, dass die Äußerungen der befragten Ärzte in starkem Maße auf deren subjektive Einschätzungen beruhen und von deren individueller Interessenlage mit beeinflusst sein können, erfordert eine kritische Würdigung der Antworten durch die Zulassungsgremien. Die Aussagen der im Planungsbereich niedergelassenen Ärzte müssen sorgfältig ausgewertet, soweit möglich durch weitere Ermittlungen ergänzt und so objektiviert werden. Hierfür ist es erforderlich, etwa die Anzahlstatistiken der in Frage kommenden Vertragsärzte beizuziehen, um festzustellen, inwieweit im Bereich des streitigen Sonderbedarfs von diesen Ärzten Leistungen erbracht werden (BSG, Urteil vom 05.11.2008 - [B 6 KA 56/07 R](#) - juris Rn. 19; BSG, Urteil vom 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#), 251 f. = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#)). Der Ermittlung des Bedarfs dürfen auch die Feststellungen anderer Gremien, insbesondere des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, zugrunde gelegt werden (so zu den Angaben des Bedarfsplans: BSG, Urteil vom 25.11.1998 - [B 6 KA 81/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 97 Nr. 2](#) S. 6 f.; Urteil vom 14.07.1993 - [6 RKa 71/91](#) - [BSGE 73, 25](#), 29 = [SozR 3-2500 § 116 Nr. 4](#); Urteil vom 22.06.1994 - [6 RKa 46/93](#) - [SozR 3-2500 § 116 Nr. 10](#) S. 55 f.).

b) Im vorliegenden Fall ergeben sich Besonderheiten daraus, dass die dem Antragsteller erteilte Sonderbedarfszulassung auf einem Vergleich beruht, der von ihm während eines gerichtlichen Verfahrens zu dessen Erledigung mit dem Antragsgegner geschlossen wurde, dem aber die bereits damals beigelegene KÄV nicht zugestimmt hatte.

Dieser Vergleich ist nicht von vornherein unwirksam. Es handelt sich bei ihm um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag im Sinne der §§ 53 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Seine rechtliche Beurteilung hat nach Maßgabe dieser Vorschriften zu erfolgen. Grundsätzliche

Bedenken, Zulassungsstreitigkeiten durch einen Vergleichsvertrag zu erledigen, bestehen nicht. Dem steht nicht die Auffassung entgegen, wonach eine Zulassung zur medizinischen Versorgung der Versicherten nicht durch öffentlich-rechtlichen Vertrag erfolgen dürfe, weil die Entscheidung darüber durch Verwaltungsakt zu treffen sei (so BSG, Urteil vom 05.09.2006 - [B 2 U 8/05 R](#) - [BSGE 97, 47](#) = [SozR 4-2700 § 34 Nr. 1](#), jeweils Rn. 21 ff. für die Zulassung zum H-Arzt-Verfahren). Diese zum Unfallversicherungsrecht vertretene Auffassung, die sich auf das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung beruft, lässt sich schon nicht damit vereinbaren, dass das Krankenversicherungsrecht eine Zulassung durch Vertrag sehr wohl vorsieht (vgl. [§ 109 Abs. 4 Satz 1](#), [§ 111 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Die Auffassung überzeugt auch deshalb nicht, weil sie – entgegen [§ 53 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) – ein Vertragsformverbot im Sinne des [§ 53 Abs. 1 Satz 1 Halbs. 2 SGB X](#) bereits dann annimmt, wenn die Regelung eines Rechtsverhältnisses durch Verwaltungsakt vorgesehen ist, und nicht erst dann, wenn sich aus Sinn und Zweck des Gesetzes ergibt, dass ein Regelungsgegenstand aufgrund seiner besonderen Eigenart generell der vertraglichen Regelung entzogen sein soll (Kopp/Ramsauer, *Verwaltungsverfahrensgesetz*, 10. Aufl. 2007, § 54 Rn. 42 f.). Allerdings ist im vorliegenden Fall dem Antragsteller die Zulassung ohnehin nicht durch den Vergleichsvertrag erteilt worden. Vielmehr hat sich der Antragsgegner im Vergleich nur zur Erteilung der Zulassung verpflichtet, die dann durch Verwaltungsakt erfolgt ist.

Der zwischen Antragsteller und Antragsgegner geschlossene Vergleich ist nicht deshalb unwirksam, weil ihm die beigeladene KÄV nicht zugestimmt hat. Zwar wird nach [§ 57 Abs. 1 SGB X](#) ein öffentlich-rechtlicher Vertrag, der in Rechte eines Dritten eingreift, erst wirksam, wenn der Dritte schriftlich zustimmt. Ein Eingriff in Rechte Dritter im Sinne dieser Vorschrift liegt aber nur vor, wenn sich Vertragspartner zu einem Verhalten verpflichten, durch das subjektiv-öffentlich-rechtliche Rechte Dritter beeinträchtigt werden. Dritter im Sinne des [§ 57 Abs. 1 SGB X](#) kann allein ein Privatrechtssubjekt sein, nicht jedoch eine Körperschaft des öffentlichen Rechts oder eine Behörde der mittelbaren Staatsverwaltung (BSG, Urteil vom 28.04.2004 - [B 6 KA 8/03 R](#) - [BSGE 92, 283](#) = [SozR 4-2500 § 106 Nr. 5](#), jeweils Rn. 17; Engelmann in: von Wulffen, *SGB X*, 6. Aufl. 2008, § 57 Rn. 4 f.). Der Zulassungsbescheid ist auch kein Verwaltungsakt im Sinne des [§ 57 Abs. 2 SGB X](#), bei dessen Erlass nach einer Rechtsvorschrift die Genehmigung, die Zustimmung oder das Einvernehmen einer anderen Behörde – hier: der beigeladenen KÄV – erforderlich ist.

Allerdings folgt daraus nicht, dass die beigeladene KÄV den Vergleich endgültig gegen sich gelten lassen muss (vgl. BSG, Urteil vom 28.04.2004 - [B 6 KA 8/03 R](#) - [BSGE 92, 283](#) = [SozR 4-2500 § 106 Nr. 5](#), jeweils Rn. 20). Die KÄV, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (bis zum 30.06.2008: die Verbände der Ersatzkassen) sind Beteiligte in Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen. Das ergibt sich aus [§ 37 Abs. 2](#), [§ 45 Abs. 3 ÄrzteZV](#). Nichts anderes gilt im gerichtlichen Verfahren. Gegen Entscheidungen der Berufungsausschüsse können diese Institutionen Klage erheben. Sie sind deshalb auch in einem gerichtlichen Verfahren, das sich gegen eine Entscheidung des Berufungsausschusses richtet, notwendig beizuladen (vgl. BSG, Urteil vom 19.06.1996 - [6 RKa 26/95](#) - [SozR 3-2500 § 116 Nr. 14](#) S. 73 f.). Maßgeblich für die Rechtsmittelbefugnis der KÄV und der Krankenkassen (-Verbände) ist der Umstand, dass die Zulassungsgremien Entscheidungen treffen, die unmittelbare Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung haben und die Verpflichtung dieser Institutionen berühren können, für eine ordnungsgemäße Versorgung Sorge zu tragen (vgl. [§ 72 Abs. 1](#) und [2, § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Demgemäß sind diese Institutionen zur Anfechtung von Entscheidungen der Zulassungsgremien unabhängig von dem Nachweis eines konkreten rechtlichen Interesses im Einzelfall befugt (BSG, Urteil vom 09.06.1999 - [B 6 KA 76/97 R](#) - [SozR 3-5520 § 44 Nr. 1](#) S. 3). Beteiligtenstellung und Rechtsmittelbefugnis der KÄV und der Krankenkassen (-Verbände) schließen es aus, dass diese Institutionen Vergleiche, die ohne ihre Zustimmung geschlossen worden sind, gegen sich gelten lassen müssen (BSG, Urteil vom 28.04.2004 - [B 6 KA 8/03 R](#) - [BSGE 92, 283](#) = [SozR 4-2500 § 106 Nr. 5](#), jeweils Rn. 23).

KÄV und Krankenkassen (-Verbände) müssen danach zwar hinnehmen, dass die Zulassungsgremien mit den betroffenen Ärzten zunächst wirksam derartige Vergleiche schließen können. Sie sind aber nicht gehindert, die als materielles Ergebnis eines solchen Vergleichs ergehende Regelung gerichtlich daraufhin überprüfen zu lassen, ob die maßgeblichen rechtlichen Vorschriften beachtet worden sind (BSG, Urteil vom 28.04.2004 - [B 6 KA 8/03 R](#) - [BSGE 92, 283](#) = [SozR 4-2500 § 106 Nr. 5](#), jeweils Rn. 24 ff.). Die in dem Vergleich getroffene Regelung muss mit höherrangigem Recht vereinbar sein. Sie muss den Maßstäben genügen, die für Entscheidungen der Zulassungsgremien gelten, und insbesondere den ihnen zukommenden Beurteilungsspielraum einhalten (vgl. BSG, Urteil vom 28.04.2004 - [B 6 KA 8/03 R](#) - [BSGE 92, 283](#) = [SozR 4-2500 § 106 Nr. 5](#), jeweils Rn. 32).

Für die gerichtliche Kontrolle bestehen bei einem Vergleichsvertrag allerdings Besonderheiten. Wie bereits ausgeführt wurde (unter 1 a), steht den Zulassungsgremien bei der Klärung, ob ein besonderer Versorgungsbedarf vorliegt, ein Beurteilungsspielraum zu. Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich insoweit darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die durch Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" zu ermittelnden Grenzen eingehalten und ob die Subsumtionserwägungen so hinreichend in der Begründung der Entscheidung verdeutlicht wurden, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (siehe nur BSG, Urteil vom 05.11.2008 - [B 6 KA 56/07 R](#) - juris Rn. 16). Diese für Verwaltungsakte entwickelten Anforderungen können auf Vergleichsverträge nicht ohne Modifikation übertragen werden. Eine vollständige Aufklärung des Sachverhalts kann bei ihnen nicht gefordert werden, wenn nach [§ 54 Abs. 1 SGB X](#) ein Vergleich zur Beseitigung einer Ungewissheit über die Sachlage geschlossen werden darf. Selbst wenn sich die (Un-) Wirksamkeit von Vergleichsverträgen bei einer Drittanfechtung nicht allein nach [§ 58 Abs. 2 Nr. 3 SGB X](#) bestimmen sollte (unklar insoweit BSG, Urteil vom 28.04.2004 - [B 6 KA 8/03 R](#) - [BSGE 92, 283](#) = [SozR 4-2500 § 106 Nr. 5](#)), muss es doch möglich sein, einen Vergleich auch dann zu schließen, wenn der entscheidungserhebliche Sachverhalt noch weiter aufgeklärt werden könnte, sofern die getroffene Regelung in den feststehenden Tatsachen eine tragfähige Grundlage hat. Des Weiteren kann von einem Vergleich nicht eine Begründung gefordert werden, die die Erwägungen deutlich macht, die die Behörde zum Vertragsschluss bewogen haben. Denn zum einen gilt [§ 35 SGB X](#), an den die Pflicht zur Verdeutlichung der Subsumtionserwägungen anknüpft, für öffentlich-rechtliche Verträge nicht. Zum anderen widerspräche bei Vergleichsverträgen eine Begründungspflicht deren Zweck, aus Gründen der Verfahrensvereinfachung Ungewissheiten über die Sach- oder Rechtslage durch gegenseitiges Nachgeben zu beseitigen (vgl. [§ 54 Abs. 1 SGB X](#)). Die Wirksamkeit eines in Zulassungssachen geschlossenen Vergleichs kann daher nicht davon abhängen, dass im Vertragstext eine Begründung dafür gegeben wird, aus welchen Erwägungen die vertragsschließende Behörde von ihrer Beurteilungsermächtigung Gebrauch gemacht hat. Vielmehr muss es genügen, wenn diese Erwägungen mit hinreichender Deutlichkeit aus dem Kontext des Vertragsschlusses hervorgehen. Zudem muss es in Anlehnung an [§ 41 Abs. 2 SGB X](#) ausreichen, wenn eine Begründung für die im Vergleichsvertrag getroffene Regelung später gegeben wird.

c) Ausgehend von diesen Maßstäben spricht sehr viel dafür, dass im vorliegenden Fall die im Vergleich getroffene Regelung mit höherrangigem Recht vereinbar ist und deshalb die Klage der beigeladenen KÄV, die gegen den diesen Vergleich umsetzenden Beschluss des Antragsgegners vom 09.07.2008 gerichtet ist, erfolglos sein wird.

Dabei ist zu beachten, dass dem Antragsteller die Zulassung nicht schon durch den Vergleich erteilt worden ist. Vielmehr hat sich der Antragsgegner in dem Vergleich nur dazu verpflichtet, dem Antragsteller eine genau bezeichnete Zulassung zu erteilen. Der Wortlaut des Vergleichs ist insoweit zwar nicht eindeutig. So ist in seiner Ziffer 1. davon die Rede, dass der Antragsgegner den Antragsteller zur vertragsärztlichen Versorgung zulässt, was auch dahin verstanden werden könnte, dass die Zulassung durch den Vergleich selbst bewirkt werden soll. Doch sind Antragsteller und Antragsgegner beim Vergleichsschluss davon ausgegangen, dass der Vergleich der Ausführung durch einen Bescheid bedarf. Darauf weist die Ziffer 2. des Vergleichs hin, wenn darin das Recht des Antragstellers für unberührt erklärt wird, bei Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen für eine Vollzulassung die Aufhebung der Beschränkung des Versorgungsauftrags zu beantragen. Dieses durch den Vergleich nicht berührte, also nicht auf ihm, sondern auf dem Gesetz beruhende Recht, setzt aber voraus, dass ein Zulassungsbescheid ergangen ist.

In seinem zur Ausführung des Vergleichs ergangenen Beschluss vom 09.07.2008 hat der Antragsgegner dargelegt, dass seine Zustimmung zu dem Vergleichsvorschlag des SG maßgeblich auf der Überlegung beruht hat, der Begründung seines Beschlusses vom 30.07.2007 hinsichtlich eines fehlenden Bedarfs für gastroenterologische Leistungen sei durch den Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.01.2008 der Boden entzogen worden. Gemäß [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) obliege den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf bestehe; dieser Bedarf sei zweifelsohne festgestellt worden. In seiner weiteren Begründung setzt sich der Antragsgegner mit der von der beigeladenen KÄV vertretenen Rechtsauffassung auseinander, die Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen könne eine Sonderbedarfszulassung nicht rechtfertigen. Dieser Begründung lässt sich nicht entnehmen, dass der Antragsgegner dem Vorbringen des Antragstellers (teilweise) gefolgt wäre, wonach die Entwicklung der Erbringung gastroenterologischer Leistungen auf eine Versorgungslücke im gesamten Planungsbereich im Umfang einer vollen Vertragsarztstelle hinweise. Vielmehr war für den Antragsgegner der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ausschlaggebend und der darin festgestellte zusätzliche lokale Versorgungsbedarf im Umfang einer halben Vertragsarztstelle.

d) Die in dem Vergleich begründete Verpflichtung zum Erlass eines bestimmten Zulassungsbescheids ist nicht deshalb unwirksam, weil die Vorsitzende des Antragsgegners dem Vergleichsvorschlag des SG zugestimmt hat, ohne zuvor eine Entscheidung des gesamten Berufungsausschusses herbeigeführt zu haben. Zwar hat das BSG unlängst entschieden, dass die Kompetenzen des Vorsitzenden eines Berufungsausschusses detailliert in Gesetz und ÄrzteZV geregelt seien, weshalb dieser nicht allein über die Erstattung der Kosten im Vorverfahren ([§ 63 SGB X](#)) entscheiden dürfe (BSG, Urteil vom 06.05.2009 - [B 6 KA 7/08 R](#) - noch nicht veröffentlicht). Demnach müsste auch die Entscheidung über den Abschluss eines Vergleichsvertrages durch den gesamten Berufungsausschuss getroffen werden. Dies kann jedoch nicht für Vergleiche gelten, die in einem gerichtlichen Verfahren geschlossen werden. Denn nach [§ 71 Abs. 4 SGG](#) handelt für Entscheidungsgremien im Sinne von [§ 70 Nr. 4 SGG](#), zu denen auch der Berufungsausschuss gehört, der Vorsitzende. Zu den Prozesshandlungen, die für den Berufungsausschuss allein sein Vorsitzender wirksam vornehmen kann, gehört auch der Abschluss von Vergleichen, die aufgrund einer entsprechenden Erledigungserklärung zur Beendigung des gerichtlichen Verfahrens führen. Darüber hinaus hat im vorliegenden Fall der gesamte Berufungsausschuss den durch seine Vorsitzende geschlossenen Vergleich bestätigt, indem er dem Antragsteller mit Beschluss vom 09.07.2008 die vereinbarte Zulassung erteilt hat.

e) Entgegen der Auffassung des SG war der Antragsgegner berechtigt, bei seiner Entscheidung, dem Antragsteller in einem Vergleich eine Sonderbedarfszulassung zuzusagen, den auf [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) gestützten Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.01.2008 zu berücksichtigen.

Nach der durch das VÄndG eingeführten Vorschrift des [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) obliegt den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen nach Maßgabe der Richtlinien nach [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V](#) die Feststellung, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Im Gesetzestext findet die Feststellung nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) allein als Voraussetzung für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen nach [§ 105 Abs. 1 Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) Erwähnung. Lediglich auf den Inhalt dieser Feststellung nimmt [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#) Bezug, indem dort dem GBA aufgegeben wird, von der Leistungsbegrenzung bei der Anstellung von Ärzten in überversorgten Planungsbereichen Ausnahmen vorzusehen, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. In [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#), der Ermächtigungsgrundlage für die Regelung über die Sonderbedarfszulassung, fehlt dagegen jeglicher Bezug auf [§ 100 Abs. 3 SGB V](#).

In den Gesetzesmaterialien wird als Hintergrund der Regelung in [§ 100 Abs. 3](#), [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V](#) bezeichnet, es sei absehbar, dass es in ländlichen Gebieten, insbesondere der neuen Länder, zu Versorgungsengpässen kommen könne, für deren Behebung das bisherige Instrumentarium des Vertragsarztrechts ergänzt werden müsse ([BT-Drucks. 16/2474, S. 23](#)). So greife die durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl. I S. 2190](#)) in [§ 105 Abs. 1 Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) eingeführte Möglichkeit, Sicherstellungszuschläge an niederlassungswillige Ärzte zu zahlen, erst in den Fällen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in dem betreffenden Planungsbereich gemäß [§ 100 Abs. 1 SGB V](#) eine Unterversorgungsfeststellung getroffen habe. Dennoch bestehe gerade in den - wegen ihrer Anknüpfung an die Stadt- und Landkreise - oft sehr großen Planungsbereichen die Gefahr, dass auch in Planungsbereichen, die rechnerisch ausreichend versorgt seien, erhebliche Versorgungslücken existieren. Diese könnten etwa aufgrund schlechter infrastruktureller Anbindung begründet sein ([BT-Drucks. 16/2474, S. 23 f.](#)). Deshalb würden zur Ergänzung des bereits bestehenden Instruments der Sonderbedarfszulassung zur Deckung eines lokalen Versorgungsbedarfs (§ 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungs-RL-Ärzte) die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen verpflichtet ([BT-Drucks. 16/2474, S. 24](#)). Ein entsprechender Feststellungsbeschluss führe dazu, dass Sicherstellungszuschläge an Vertragsärzte gezahlt werden könnten ([BT-Drucks. 16/2474, S. 23](#)). Eine ähnliche Begründung, jedoch ohne Bezug zur Feststellung nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#), findet sich für die Neufassung des [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#): Es habe sich gezeigt, dass in einzelnen Planungsbereichen die auf einer den gesamten Planungsbereich bezogenen Betrachtung beruhenden örtlichen Verhältniszahlen die Versorgungssituation vor Ort nicht immer sachgerecht abbildeten. Dies gelte insbesondere für großräumige Landkreise. Aufgrund der ungleichen Verteilung der Ärzte auf den Planungsbereich sei - teilweise sogar in rechnerisch überversorgten Planungsbereichen - an einzelnen Orten eine Unterversorgungssituation gegeben. Die Neufassung sehe daher - ergänzend zu bereits bestehenden Möglichkeiten (z.B. Sonderbedarfszulassungen) - vor, dass der maßgebliche Umfang der Leistungsbegrenzung in Fällen lokaler Versorgungsdefizite erhöht werden könne ([BT-Drucks. 16/2474, S. 24](#)).

Demnach sollte mit der Neuregelung durch das VÄndG einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Gebieten

auch bei den Instrumenten Rechnung getragen werden, wo dies bis dahin nicht möglich war, nämlich bei den Sicherstellungszuschlägen und der Anstellung von Ärzten. Vorbild dafür war die Bestimmung des § 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungs-RL-Ärzte, die bereits damals bei einem nachweislichen lokalen Versorgungsbedarf in Teilen eines gesperrten Planungsbereichs eine Zulassung ermöglichte. Mehrfach wird in den Gesetzesmaterialien erwähnt, dass mit der Neuregelung in [§ 100 Abs. 3](#), [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a](#) und 5, [§ 105 Abs. 1 Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) das bereits bestehende Instrument der Sonderbedarfszulassung ergänzt werden sollte ([BT-Drucks. 16/2474, S. 23](#), 24 und 25). Bezeichnenderweise war ursprünglich beabsichtigt gewesen, die Ermächtigung des GBA zum Erlass näherer Vorgaben für die Feststellung nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) in [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) aufzunehmen (vgl. die Begründung zu [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) in [BT-Drucks. 16/2474, S. 23](#), die auf "Richtlinien nach § 101 Abs. 1 Nr. 3 zweiter Halbsatz" und auf die "entsprechende Änderung des § 101 Abs. 1 Nr. 3" verweist).

Dass der Gesetzgeber des VÄndG dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) aufgegeben hat, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Gebieten festzustellen, hängt mit der durch das GMG eingefügten Vorschrift des [§ 105 Abs. 1 Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) zusammen, die die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen davon abhängig machte, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach [§ 100 Abs. 1 SGB V](#) die Unterversorgung festgestellt hat. Die Vorschrift des [§ 105 Abs. 1 Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) knüpfte ihrerseits an [§ 100 Abs. 2 SGB V](#) an, wonach die Unterversorgungsfeststellung zur Anordnung von Zulassungsbeschränkungen führen kann, wenn sich durch Maßnahmen der KÄV – zu denen auch die Maßnahmen nach [§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gehören – und andere geeignete Maßnahmen die Unterversorgung nicht beheben lässt. Vor diesem Hintergrund war es nur folgerichtig, dass der Gesetzgeber des VÄndG die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen bei zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf von einer entsprechenden Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen abhängig gemacht hat.

Daraus lässt sich aber nicht ableiten, dass die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) bei der Sonderbedarfszulassung nach [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) i.V.m. § 24 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte unverwertbar wäre. Träfe dies zu, müsste dies auch für die Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung bei der Anstellung von Ärzten gelten, da [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#) gerade nicht auf die Feststellung nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) verweist. Dem kann nicht entgegengehalten werden, dass in [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#) wie in [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) von einem "zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf" die Rede ist, während § 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungs-RL-Ärzte von einem "nachweislichen lokalen Versorgungsbedarf" spricht. Denn ein sachlicher Unterschied besteht insoweit nicht und ist – wie die Gesetzesmaterialien zeigen – auch nicht beabsichtigt gewesen. Allenfalls hinsichtlich des räumlichen Bezugspunkts weichen beide Vorschriften voneinander ab: Während § 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungs-RL-Ärzte verlangt, dass der lokale Sonderbedarf in "Teilen eines großstädtischen Planungsbereichs oder eines großräumigen Landkreises" besteht, genügt nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) jeder Planungsbereich. Da aber für das Vorliegen eines "großstädtischen Planungsbereichs" oder eines "großräumigen Landkreises" entscheidend ist, ob wegen der Größe überhaupt lokale Versorgungsdefizite denkbar sind (Landessozialgericht [LSG] Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 11.02.2009 - L 11 KA 98/89 - juris Rn. 57; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13.11.2002 - [L 5 KA 1247/02](#) - juris Rn. 26), besteht auch insoweit kein sachlicher Unterschied.

Aus dem Umstand, dass [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) für die Sonderbedarfszulassung – wie auch [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#) für die Beschäftigung von Ärzten – nicht auf [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) verweist, lässt sich lediglich ableiten, dass das Gesetz die Verbindlichkeit der entsprechenden Feststellungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die Entscheidung der Zulassungsgremien über Zulassungen und Anstellungen nicht vorgeschrieben hat. Hierfür spricht auch die Vorschrift des [§ 100 Abs. 2 SGB V](#), die nicht bereits der Feststellung nach [§ 100 Abs. 1 SGB V](#), sondern erst den auf ihrer Grundlage angeordneten Zulassungsbeschränkungen verbindliche Wirkung gegenüber den Zulassungsgremien zuspricht. Für die Feststellung nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) enthält weder das Gesetz noch die Bedarfsplanungs-RL-Ärzte eine entsprechende Bestimmung. Für diese Feststellung lässt sich allein der Bezugnahme in [§ 105 Abs. 1 Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) entnehmen, dass ihr verbindliche Wirkung zukommen muss – und zwar für die Entscheidung der KÄV über die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen.

Aus dem Umstand, dass die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) gegenüber den Zulassungsgremien keine verbindliche Wirkung entfaltet, folgt aber nicht, dass diese Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und die Bedarfsermittlungen der Zulassungsgremien für Sonderbedarfszulassungen nach § 24 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte und für Ausnahmen von Leistungsbegrenzungen bei Anstellung von Ärzten nach [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#) unverbunden nebeneinander stehen müssten. Ganz im Gegenteil ist es, weil in all diesen Fällen unterschiedslos ein lokales Versorgungsdefizit gefordert wird, sachgerecht, wenn die Zulassungsgremien die Feststellungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bei ihren Bedarfsermittlungen berücksichtigen.

f) Der Verwertung des Beschlusses des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.01.2008 steht im vorliegenden Fall nicht entgegen, dass darin ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nicht im gesamten Fachgebiet der Inneren Medizin, sondern lediglich für Leistungen des Schwerpunktes Gastroenterologie festgestellt worden ist.

[§ 100 Abs. 3](#) und [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V](#) lässt nicht entnehmen, ob sich das lokale Versorgungsdefizit auf das gesamte Fachgebiet beziehen muss oder sich auch auf Teile des Fachgebiets beziehen kann. Auch die Bedarfsplanungs-RL-Ärzte ist unergiebig, da sie unspezifisch die Berücksichtigung des "Tätigkeitsgebiets" der Ärzte verlangt (§ 34a Abs. 6 Nr. 1 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte). Dagegen wird für die Sonderbedarfszulassung die Auffassung vertreten, dass der lokale Versorgungsbedarf nach § 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungs-RL-Ärzte am gesamten Spektrum des Fachgebiets zu ermitteln sei; dagegen komme es für den qualitativen Versorgungsbedarf nach § 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte auf den gesamten Planungsbereich an; demzufolge reiche eine Kumulation von lokaler und qualitativer Versorgungslücke nicht aus (SG Marburg, Urteil vom 10.09.2008 - [S 12 KA 49/08](#) - juris Rn. 38). Für diese Auffassung spricht, dass § 25 Abs. 1 Satz 1 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte bei der Sonderbedarfszulassung nach § 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungs-RL-Ärzte eine Beschränkung auf einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen nicht vorsieht. Ferner spricht für sie, dass es bereits nach dem Wortlaut des § 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte auf die tatsächliche Versorgungssituation in dem betreffenden Planungsbereich ankommt (BSG, Urteil vom 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#), 251 = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#)).

Auch wenn es der ursprünglichen Konzeption der Bedarfsplanungs-RL-Ärzte entsprochen haben mag, dass für eine Sonderbedarfszulassung eine Kumulation von lokalem und qualitativem Versorgungsdefizit nicht ausreicht, trifft dies nach der Neufassung des § 25 Abs. 1 Satz 1 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte durch den Beschluss des GBA vom 13.09.2007 (BANz. Nr. 239 vom 21.12.2007) nicht mehr uneingeschränkt zu. Seit Inkrafttreten dieses Beschlusses ist nicht mehr nur die Zulassung wegen lokalen Versorgungsbedarfs gemäß § 24 Satz 1 Buchst. a

Bedarfsplanungs-RL-Ärzte, sondern auch die Zulassung wegen qualitativen Sonderbedarfs gemäß § 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte an den Ort der Niederlassung gebunden. Aus den tragenden Gründen zu diesem Beschluss geht hervor, dass damit auch für die Zulassung wegen qualitativen Sonderbedarfs eine regionale Steuerung eingeführt werden sollte, um eine homogenere Verteilung der Behandlungsmöglichkeiten durch fachärztliche Spezialisten zu erreichen (<http://www.g-ba.de/downloads/40-268-421/2007-09-13-Bedarf-Sonderbedarf-TrG.pdf>). Die demnach auch bei qualitativem Sonderbedarf erwünschte regionale Steuerung setzt Feststellungen zum lokalen Versorgungsbedarf voraus. Die Kumulation lokaler und qualitativer Bedarfsaspekte ist nach der Neufassung des § 25 Abs. 1 Satz 1 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte zwar erst auf der Rechtsfolgenseite von Bedeutung. Dies muss aber genauso Rückwirkungen auf die Tatbestandsseite haben, wie der Umstand, dass § 25 Abs. 1 Satz 1 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte bei Sonderbedarfszulassungen nach § 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungs-RL-Ärzte Beschränkungen auf einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen nicht vorsieht.

Hinzu kommt, dass es zwar nach dem Wortlaut des § 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte in erster Linie auf die tatsächliche Versorgungssituation in jeweiligen Planungsbereich ankommt, dieser Planungsbereich aber im Falle von Subspezialisierungen einzelner Fachbereiche auch überschritten werden darf (BSG, Urteil vom 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#), 251 = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#); Urteil vom 19.03.1997 - [6 RKA 43/96](#) - [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) S 6.). Der Planungsbereich stellt demnach nicht zwingend die Bezugsregion für den qualitativen Versorgungsbedarf dar. Dies kann nicht nur für den Fall gelten, dass Gebiete in die Überlegungen einbezogen werden, die an den Planungsbereich angrenzen, sondern muss auch auf den Fall zutreffen, dass sich die Überlegungen auf Teile des Planungsbereichs beschränken. Auch insoweit muss gelten, dass den besonderen Bedarfssituationen, die sich aufgrund der regionalen Struktur eines Planungsbereiches ergeben, durch eine sachgemäße Ausübung des Beurteilungsspielraums bei der Prüfung der Bedarfslage Rechnung getragen werden kann und gegebenenfalls auch Rechnung zu tragen ist (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.1994 - [6 RKA 46/93](#) - [SozR 3-2500 § 116 Nr. 10](#) S. 56; Urteil vom 25.11.1998 - [B 6 KA 81/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 97 Nr. 2](#) S. 7). Es ist daher denkbar, dass ein qualitatives Versorgungsdefizit im Planungsbereich angenommen wird, weil Leistungen nicht wohnortnah erbracht werden, obwohl die daraus resultierende weite Anfahrt medizinisch problematisch ist (vgl. BSG, Urteil vom 05.11.2008 - [B 6 KA 10/08 R](#) - juris Rn. 25) oder die Leistungen üblicherweise ortsnahe erbracht werden (vgl. BSG, Urteil vom 19.07.2006 - [B 6 KA 14/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 116 Nr. 3](#) Rn. 19). Dem entspricht es, dass seit jeher die räumliche Verteilung der Nachfrage als ein Faktor angesehen wurde, von dem das Vorliegen eines qualitativen Versorgungsdefizits im Sinne von § 24 Satz 1 Buchst. b der Bedarfsplanungs-RL-Ärzte abhängt (vgl. BSG, Urteil vom 19.03.1997 - [6 RKA 43/96](#) - [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) S. 4).

Jedenfalls bei den hier streitigen gastroenterologischen Leistungen, bei denen weite Anfahrten medizinisch problematisch sind, erscheint es vertretbar, aus der ungleichen Verteilung von Leistungserbringern in einem lang gestreckten Planungsbereich mit einer Nord-Süd-Ausdehnung von über 55 km und einer Ost-West-Ausdehnung von etwa 36 km auf ein qualitatives Versorgungsdefizit im Sinne des § 24 Satz 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte zu schließen.

Probleme bereitet allerdings, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in seinem Beschluss vom 29.01.2008 einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf für eine Bezugsregion festgestellt hat, die den betreffenden Planungsbereich weit überschreitet. Denn der Umkreis von 30 km um die Stadt G., für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen seine Feststellung getroffen hat, umfasst nicht nur Teile des Planungsbereichs G., Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis, sondern auch die nördliche Hälfte des Planungsbereichs Löbau-Zittau und eine Gemeinde des Planungsbereichs Bautzen. Daran hat die Kreisgebietsreform nichts geändert, durch die zum 01.08.2008 aus der kreisfreie Stadt G., dem Niederschlesischen Oberlausitzkreis und dem Landkreis Löbau-Zittau den Landkreis G. gebildet worden ist. Zwar sollen die regionalen Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen ([§ 101 Abs 1 Satz 5 SGB V](#), § 12 Abs 3 Satz 2 Ärzte-ZV). Doch ist der GBA berechtigt, die regionalen Planungsbereiche festzulegen (BSG, Urteil vom 05.11.2003 - [B 6 KA 53/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 101 Nr. 1](#) Rn. 6; Urteil vom 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#), 246 = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#)). Dies hat er mit § 2 Abs. 3 und Anlage 3.1 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte abschließend getan. Diese Anlage ist an die Kreisgebietsreform in Sachsen noch immer nicht angepasst worden. Die vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gewählte Bezugsregion ist deshalb problematisch, weil sowohl § 34a Abs. 2 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte für die Feststellung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) als auch § 24 Satz 1 Buchst. a und b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte auf den Planungsbereich abstellen. Allerdings spricht viel dafür, dass beim lokalen Versorgungsbedarf die Versorgung in benachbarten Planungsbereichen berücksichtigt werden darf, weil es dafür auf die lokalen und insoweit nicht durch die Grenzen des Planungsbereichs beschränkten Gegebenheiten ankommt (vgl. SG Marburg, Urteil vom 10.09.2008 - [S 12 KA 49/08](#) - juris Rn. 37). Verhält es sich so, dann erscheint ausgehend von den örtlichen Gegebenheiten und dabei insbesondere der verkehrlichen Anbindung ein Umkreis von 30 km um die Stadt G. durchaus sachgerecht.

g) Der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.01.2008 ist auch nicht deshalb unverwertbar, weil er vor der Einführung des § 34a Bedarfsplanungs-RL-Ärzte gefasst wurde oder weil er mit den darin festgelegten sachlichen Kriterien für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs unvereinbar wäre.

[§ 100 Abs. 3 SGB V](#) ist zum 01.01.2007 in Kraft getreten. Seither sind die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen verpflichtet, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen festzustellen. Zum gleichen Zeitpunkt trat die Ermächtigung des GBA in Kraft, in Richtlinien Bestimmungen über die allgemeinen Voraussetzung zu treffen, nach denen ein solche Feststellung erfolgen kann. Umgesetzt wurde diese Regelungsermächtigung, die zugleich einen Regelungsauftrag enthält, erst mit Beschluss vom 13.03.2008 (BAnz. Nr. 80 vom 03.06.2008), der am 04.06.2008 in Kraft getreten ist. Auch wenn in [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) davon die Rede ist, dass die Feststellung "nach Maßgabe" der Richtlinien des GBA zu treffen ist, so ändert dies nichts daran, dass die Pflicht dazu kraft Gesetzes und damit auch schon vor Erlass der entsprechenden Bestimmungen in der Bedarfsplanungs-RL-Ärzte bestand. Da sich, wie aus den Gesetzesmaterialien hervorgeht, die Feststellung nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) von ihren inhaltlichen Voraussetzungen her an der Sonderbedarfszulassung nach § 24 Satz 1 Buchst. a Bedarfsplanungs-RL-Ärzte orientiert, standen dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bei seiner Beschlussfassung auch ausreichend Vorgaben zur Verfügung. Bezeichnenderweise stimmen die in § 34a Abs. 6 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte aufgeführten Kriterien im Kern mit den Gesichtspunkten überein, von denen das Vorliegen eines lokalen wie eines qualitativen Versorgungsdefizits im Sinne von § 24 Satz 1 Buchst. a und b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte abhängt, nämlich von Zahl und Leistungsangebot der niedergelassenen Ärzte, Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur, Umfang und räumlicher Verteilung der Nachfrage aufgrund der vorhandenen Verkehrsverbindungen (vgl. BSG, Beschluss vom 28.04.2004 - [B 6 KA 90/03 B](#) - juris Rn. 13; Urteil vom 19.03.1997 - [6 RKA 43/96](#) - [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) S. 4). Angesichts dessen erscheint es unschädlich, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach Ablauf eines Jahres seit Inkrafttreten der [§ 100 Abs. 3](#), [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V](#) nicht weiter auf die

Beschlussfassung des GBA gewartet hat.

Es ist auch nicht erkennbar, dass die Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in seinem Beschluss vom 29.01.2008 nicht mit den Vorgaben in § 34a Abs. 6 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte vereinbar wäre. Zwar hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen – wie das SG bemängelt hat – zur Feststellung des lokalen Versorgungsbedarfs für Leistungen des Schwerpunkts Gastroenterologie in einer Tabelle die Einwohner je gastrokopierenden Arzt, die Einwohner je kurativ koloskopierenden Arzt und die Einwohner ab 55 Jahren je präventiv koloskopierenden Arzt verschiedener Regionen miteinander verglichen und auf der Grundlage dieser Übersichtstabelle festgestellt, dass der schlechteste Wert im 30 km-Radius um G. zu finden sei, was auf ein tatsächliches Versorgungsproblem hindeute. Stellt man dem die in § 34a Abs. 6 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte aufgeführten Kriterien gegenüber, so vermag der Senat dem SG nicht darin zu folgen, dass sich daraus ohne Weiteres die Unhaltbarkeit der Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ergebe. Vielmehr hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowohl das tatsächlich vorhandene Angebot einzelner ärztlicher Leistungen als auch die Zahl und Altersstruktur der Wohnbevölkerung berücksichtigt, mithin Kriterien, deren Berücksichtigung § 34a Abs. 6 Nr. 1 und 2 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte vorgibt. Hinsichtlich der Nachfrage nach den betreffenden Leistungen, deren Berücksichtigung § 34a Abs. 6 Nr. 2 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte ebenfalls verlangt, ist der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen davon ausgegangen, dass diese gleichmäßig verteilt sein muss, was bei fehlenden Hinweisen auf regionale Morbiditätsunterschiede im gesamten Land nicht zu beanstanden ist. Die Qualität der infrastrukturellen Anbindung, die nach § 34a Abs. 6 Nr. 3 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte zu berücksichtigen ist, hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bereits bei der Festlegung der Bezugsregion in Rechnung gestellt. Lediglich die Altersstruktur der Ärzte, deren Berücksichtigung § 34a Abs. 6 Nr. 1 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte fordert, haben bei der Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen keine Rolle gespielt. Dennoch bestehen – zumal die in § 34a Abs. 6 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte aufgeführten Kriterien nur "insbesondere" zu berücksichtigen sind – keine Anhaltspunkte dafür, dass die Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sachlich unvertretbar wäre.

Spricht demnach sehr viel dafür, dass der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 29.01.2008 nicht zu beanstanden ist, war es auch nicht unvertretbar, dass der Antragsgegner auf der Grundlage der in diesem Beschluss getroffenen Feststellung ein entsprechendes Versorgungsdefizit angenommen hat. Da – wie bereits ausgeführt wurde – die sachlichen Kriterien, nach denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festzustellen hat, den Gesichtspunkten gleichen, die für die Sonderbedarfszulassung nach § 24 Satz 1 Buchst. a und b Bedarfsplanungs-RL-Ärzte gelten, spricht wenig dafür, dass der Antragsgegner die Grenzen seines Beurteilungsspielraums überschritten hat, als er dem Antragsteller in dem Vergleich eine Sonderbedarfszulassung zugesagt hat.

i) Schließlich sprechen gute Gründe dafür, dass die im Vergleich zugesagte Zulassung auch ihrem Inhalt nach im Hauptsacheverfahren Bestand haben wird.

Dies gilt zunächst für die Beschränkung des Versorgungsauftrags auf die Hälfte des Versorgungsauftrags einer vollzeitig ausgeübten Tätigkeit. Zwar ist die frühere Rechtsprechung davon ausgegangen, dass eine Sonderbedarfszulassung erst in Betracht kommt, wenn das festgestellte Versorgungsdefizit den Umfang einer wirtschaftlich tragfähigen Vertragsarztpraxis erreicht (vgl. BSG, Urteil vom 19.03.1997 - [6 RKa 43/96](#) - [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#) S. 6). Diese Rechtsprechung ist jedoch mit Einführung der Teilzulassung infolge der Neufassung des [§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) durch das VÄnG überholt (so zu Recht LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 11.02.2009 - [L 11 KA 98/08](#) - juris Rn. 60).

Ebenso wenig Bedenken bestehen dagegen, dass die Zulassung für einen Vertragsarztsitz in G. zugesagt worden ist. Zwar weist die Stadt G. in der Übersichtstabelle, auf der die Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen beruht, die besten Versorgungswerte auf. Doch liegt die Stadt G. in der Bezugsregion, für die ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt worden ist, und ist für die Deckung dieses Bedarfs besonders günstig, weil auf sie die gesamte Infrastruktur in der Region zugeschnitten ist.

Als haltbar dürfte es sich auch erweisen, dass nicht eine befristete Ermächtigung, sondern eine Zulassung zugesagt worden ist. Nach § 24 Satz 2 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte setzt eine Sonderbedarfszulassung in den Fällen des § 24 Satz 1 Buchst. a bis d Bedarfsplanungs-RL-Ärzte voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen (§ 24 Satz 3 Bedarfsplanungs-RL-Ärzte). Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seinem Beschluss vom 29.01.2008 einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf lediglich für die Dauer von zwei Jahren festgestellt. Dies hätte für sich allein, da es – wie das SG zutreffend bemerkt hat – dem typischen Befristungszeitraum von Ermächtigungen entspricht, eine Zulassung nicht rechtfertigen können. Dennoch spricht viel dafür, dass der Antragsgegner eine Zulassung zusagen durfte. Wie oben (unter 1. e) ausgeführt wurde, sind die Zulassungsgremien an die Feststellungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach [§ 100 Abs. 3 SGB V](#) nicht gebunden. Vielmehr haben sie weiterhin eine eigenständige Bedarfsprüfung vorzunehmen, bei der sie die Feststellungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen jedoch verwerten dürfen. Dass der Antragsgegner bei seiner Beurteilung der Versorgungslage keine Anzeichen für eine absehbare Änderung zu erkennen vermochte, erscheint nicht unvertretbar. Denn weder in den Beschlussunterlagen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen noch sonst gibt es irgendwelche Anhaltspunkte dafür, dass der lokale Versorgungsbedarf bei gastroenterologischen Leistungen in der Bezugsregion nur für die Dauer von zwei Jahren besteht. Insbesondere lässt sich dies nicht aus dem vorhersehbaren weiteren Bevölkerungsschwund in dieser ortsächtlichen Region ableiten.

2. Angesichts der geringen Erfolgsaussichten des Hauptsacheverfahrens ergibt die gebotene umfassende Abwägung der beteiligten Interessen, dass das Interesse an der sofortigen Vollziehung der erteilten Sonderbedarfszulassung überwiegt.

Zwar ist dem Antragsgegner beizupflichten, dass aufgrund der bereits vollzogenen Job-Sharing-Zulassung des Antragstellers dessen Interesse an der sofortigen Vollziehung der Sonderbedarfszulassung eher gering erscheint. Denn durch die Sonderbedarfszulassung wird sich an der Beschränkung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit wenig ändern. Diese wird aufgrund der mit der Job-Sharing-Zulassung verbundenen Leistungsbegrenzung ([§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#), §§ 23a ff. Bedarfsplanungs-RL-Ärzte) auch jetzt schon einem hälftigen Versorgungsauftrag entsprechen.

Doch darf nicht außer Betracht bleiben, dass die sofortige Vollziehung der Sonderbedarfszulassung es der Gemeinschaftspraxis, der der Antragsteller angehört, ermöglicht, ihre vertragsärztliche Tätigkeit zu erweitern. Denn dann entfielen die mit der Job-Sharing-Zulassung des

Antragstellers verbundene Leistungsbegrenzung. Zwar könnte der Antragsteller selbst seine Tätigkeit nicht erweitern, da er durch die Sonderbedarfszulassung auf den Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrags beschränkt bleibt. Dem anderen Partner der Gemeinschaftspraxis, Dr. H1, wäre aber eine Ausweitung der Tätigkeit möglich. Diesem privaten Interesse – sowohl der Gemeinschaftspraxis als auch von Dr. H1 –, das in die Abwägung einzustellen ist, entspricht ein öffentliches Interesse an der Schließung einer Versorgungslücke, für deren Bestehen es – wie oben (unter 1. e bis i) dargelegt wurde – gewichtige Gründe gibt.

Vor diesem Hintergrund überwiegt das Vollzugsinteresse.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Den Beigeladenen waren Kosten nicht aufzuerlegen ([§ 154 Abs. 3 VwGO](#)); auch war es nicht veranlasst, die außergerichtlichen Kosten eines Beigeladenen dem Antragsgegner oder der Staatskasse aufzuerlegen ([§ 162 Abs. 3 VwGO](#)).

Die Streitwertwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 53 Abs. 3 Nr. 4](#), [§ 52 Abs. 1](#), [§ 47 Abs. 1 Satz 1](#) und [Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz (GKG) und entspricht derjenigen im erstinstanzlichen Verfahren.

Diese Entscheidungen sind nicht mit der Beschwerde anfechtbar ([§ 177](#), [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 68 Abs. 1 Satz 5](#), [§ 66 Abs. 3 Satz 3 GKG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2009-09-16