

B 6 KA 42/08 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 28 KA 781/07

Datum
11.12.2007
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 3/08

Datum
23.07.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 42/08 R
Datum
28.10.2009

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Vertragsärzte sind nicht berechtigt, die einem anderen Vertragsarzt erteilte Genehmigung zum Betrieb einer Zweigpraxis an einem anderen Standort anzufechten.
2. Eine Versorgungsverbesserung iS des § 24 Abs 3 Ärzte-ZV ist bereits dann gegeben, wenn durch den Betrieb einer Zweigpraxis das Leistungsangebot zum Vorteil der Versicherten erweitert wird.
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 23. Juli 2008 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Die Klägerin begehrt die Aufhebung der den Beigeladenen erteilten Zweigpraxisgenehmigungen (auch als "Filialtätigkeitsgenehmigung" bezeichnet).

2

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis (jetzt: örtliche Berufsausübungsgemeinschaft), in der zwei Fachärzte für Orthopädie und ein Arzt für rehabilitative Medizin in R. Landkreis R. (Planungsbereich R.) vertragsärztlich tätig sind. Der Planungsbereich ist wegen Überversorgung für Fachärzte für Orthopädie gesperrt. Die Beigeladenen sind als Orthopäden in örtlicher Berufsausübungsgemeinschaft - zunächst mit Praxissitz in der Gemeinde N. , seit 16.3.2009 in S. (jeweils Planungsbereich S.) - vertragsärztlich tätig. Mit Bescheiden vom 31.1.2007 erteilte die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) den Beigeladenen zu 1. und 2. jeweils antragsgemäß die Genehmigung zur Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an einem weiteren Ort, am Standort R ... Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch, welcher erfolglos blieb (Widerspruchsbescheid vom 23.5.2007). Klage (Urteil des Sozialgerichts (SG) vom 11.12.2007) und Berufung sind ebenfalls erfolglos geblieben.

3

Das Landessozialgericht (LSG) hat ausgeführt, die Klägerin sei nicht berechtigt, im Wege der defensiven Konkurrentenklage die den Beigeladenen erteilten Zweigpraxisgenehmigungen anzufechten, da die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung für das Vorliegen einer Anfechtungsberechtigung aufgestellten Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Zwar erbrächten Klägerin und Konkurrenten im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen, jedoch liege keine "Eröffnung der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung" vor, da die Beigeladenen bereits einen Versorgungsauftrag in einem anderen Planungsbereich wahrnähmen. Die Zweigpraxisgenehmigung erweitere das Recht zur Leistungserbringung weder hinsichtlich des Umfangs noch der Zahl der Leistungen; auch liege nicht die Einräumung eines Zugangs zu einem Teilmarkt vor. Vielmehr würden nur die Leistungsorte, an denen eine Betriebsstättentätigkeit entfaltet werden dürfe, verlagert bzw erweitert, und ein besserer Zugang zu den nicht am Vertragsarztsitz wohnenden (potentiellen) Patienten - nicht aber hinsichtlich der abrechnungsfähigen Honorarsumme - geschaffen. Der an einem Vertragsarztsitz zugelassene Vertragsarzt besitze kein Erstzugriffsrecht kraft seines Status auf die in seiner Nähe wohnenden Patienten, in das entfernter residierende Ärzte aufgrund eines Nachrangs nicht eingreifen dürften.

4

Zwar sei unabhängig hiervon dem im örtlichen Umfeld niedergelassenen Vertragsarzt ausnahmsweise auch dann eine Anfechtungsberechtigung zuzusprechen, wenn die Erteilung der Zweigpraxisgenehmigung auf einer willkürlichen oder rechtsmissbräuchlichen Fehlentscheidung beruhe, doch sei dies vorliegend nicht der Fall. Allerdings hätte die Genehmigung bei sachgerechter Anwendung nicht erteilt werden dürfen, da es an einer "Verbesserung" der Versorgung fehle. Der neue Begriff der Verbesserung sei grundsätzlich losgelöst von den Kriterien der Bedarfsprüfung zu interpretieren; alles, was in der gesamten Breite eines Facharztspektrums oder nur in einem mehr oder minder großen Teil die Versorgungsdichte oder -qualität steigere, erfülle zunächst den Begriff der Verbesserung. Allerdings dürfe sich die Bestimmung und Reichweite des Merkmals nicht zur Bedarfsplanung in Widerspruch setzen. Eine Verbesserung des Leistungsangebots sei dann zu verneinen, wenn eine Überversorgung an Leistungen bestehe, es sei denn, die bedarfsplanerisch-rechnerische Feststellung der Überversorgung stehe in greifbarem Widerspruch zur tatsächlichen Versorgungssituation. Trotz der Fehlerhaftigkeit liege jedoch weder eine willkürliche noch eine rechtsmissbräuchliche Entscheidung vor, da sich die Beklagte mit der Rechtslage auseinandergesetzt habe und die von ihr vertretene Auffassung angesichts der weitgehenden Ungeklärtheit der Bedeutung der Normmerkmale und dem erkennbaren Bemühen um Auseinandersetzung nicht jeden sachlichen Argumentes entbehre (Urteil vom 23.7.2008 - [MedR 2009, 56-59](#)).

5

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung von Bundesrecht. Ihre Anfechtungsberechtigung ergebe sich unmittelbar aus § 24 Abs 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), da dieser Regelung ein Gebot der Rücksichtnahme auf die Interessen der am Ort zugelassenen Ärzte zu entnehmen sei. Es handele sich um ein redaktionelles Versehen, wenn in der Norm ein Anfechtungsrecht Dritter expressis verbis nicht vorgesehen sei. Der Gesetzgeber habe gerade durch die Einflechtung von Versorgungsaspekten in die Norm keine bedarfsunabhängige, sondern eine bedarfsabhängige Entscheidung über die jeweilige Genehmigung gewollt. Bei der Verlegung der Praxistätigkeit in einen weiteren Planungsbereich handele es sich um eine gravierende Änderung des zu ihren - der Klägerin - Gunsten wirkenden Bestandsschutzes. Für sie - die Klägerin - sei die von den Beigeladenen beabsichtigte Tätigkeit in R. nicht zumutbar, da sie bereits eine unterdurchschnittliche Fallzahl aufweise und eine Abwanderung von Patienten drohe.

6

Es treffe nicht zu, dass ein Drittschutz nur unter Anwendung der vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) und Bundessozialgericht (BSG) entwickelten Voraussetzungen bejaht werden könne. Zum einen handele es sich bei einer Zweigpraxisgenehmigung um eine qualifikationsunabhängige Genehmigung der KÄV, für die andere Maßstäbe gelten müssten. Zum anderen könnten die Grundsätze lediglich auf die in den entschiedenen Verfahren benannten Fälle und die bis zu diesem Zeitpunkt geltende Rechtslage angewandt werden; seinerzeit habe es die Regelung über Zweigpraxen (§ 24 Abs 3 Ärzte-ZV) in der jetzigen Form aber noch nicht gegeben.

7

Im Übrigen lägen diese Voraussetzungen auch vor. Für eine Zweigpraxisgenehmigung sei nur Raum, wenn kein im Planungsbereich niedergelassener Arzt unter dem Betrieb der Zweigpraxis leide und dessen wirtschaftliche Existenz durch den Verlust von Patienten bei bereits unterdurchschnittlicher Fallzahl gefährdet sei. Die Genehmigung der Zweigpraxis stelle ebenso wie die Zulassung einen konstitutiven Verwaltungsakt dar; diese Statusgewährung besitze eine erhebliche Grundrechtsrelevanz. Die Berücksichtigung bedarfsplanungsrechtlicher Aspekte lasse eine Vergleichbarkeit der Genehmigungserteilung mit der Erteilung einer Sonderbedarfszulassung zu; zudem werde durch die Genehmigung eine Erweiterung der Tätigkeit vorgenommen, die der Ermächtigungserweiterung gleichstehe. Durch die Zweigpraxisgenehmigung eröffne sich für die Beigeladenen der Zugang zu einem neuen und für diese bisher gesperrten Planungsbereich. Diese "erweiterte" vertragsärztliche Tätigkeit gehe über die eigentliche Zulassung hinaus, da diese ausschließlich auf einen Planungsbereich gerichtet erteilt worden sei. Wenn die Zweigpraxis in einem neuen und wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich liege, sei sogar der Erwerb eines neuen Basis-Status für den weiteren Planungsbereich zu erkennen.

8

Ebenso sei ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis anzunehmen, da die Genehmigung normativ vom Bestehen eines qualitativen und quantitativen Versorgungsdefizits im Sinne eines noch nicht gedeckten Versorgungsbedarfs abhängig sei. Der Nachrang der Zweigpraxisgenehmigung folge bereits aus der Formulierung "wenn und soweit". Das Vorrang-Nachrang-Verhältnis meine ausschließlich, dass die Genehmigungserteilung davon abhängig sei, dass die bereits im Planungsbereich tätige Klägerin die fachärztlichen Leistungen nicht im Umfang des üblichen Leistungsspektrums des Fachgebietes erbrächten. Ohne die drittschützende Wirkung der Norm würde die bestehende Bedarfsplanung gänzlich überflüssig und unterlaufen werden.

9

Ein Anfechtungsrecht ergebe sich zudem daraus, dass die angefochtene Entscheidung auf so schweren Rechtsfehlern beruhe, dass sie sich als Willkürentscheidung darstelle. Die Beklagte habe die Genehmigung erteilt, ohne den Bedarf - vor allem den Vorrang der in dem Ort bereits niedergelassenen Klägerin - sowie den Tätigkeitsumfang der Beigeladenen und den in der Zweigpraxis geplanten Leistungsumfang berücksichtigt zu haben. Sie habe die Genehmigung rechtsmissbräuchlich ohne Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen erteilt; eine Auseinandersetzung mit der Rechtslage habe nicht stattgefunden. Die von der Beklagten vorgetragene fehlende Rechtssicherheit sei nicht geeignet, ihr rechtsmissbräuchliches Handeln zu entschuldigen.

10

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts vom 23.7.2008 und des Sozialgerichts München vom 11.12.2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 31.1.2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.5.2007 aufzuheben.

11

Die Beklagte und die Beigeladenen beantragen, die Revision zurückzuweisen.

12

Die Beklagte hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Eine Anfechtungsberechtigung scheitere bereits daran, dass den Beigeladenen durch die streitgegenständlichen Zweigpraxisgenehmigungen kein Basis-Status gewährt werde, der ihnen im Sinne der Rechtsprechung des BSG den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung eröffne, weil sie diesen als zugelassene Vertragsärzte bereits inne hätten. Dass dieser Basis-Status durch eine Zweigpraxisgenehmigung nicht erweitert oder gar neu geschaffen werde, lasse sich auch daran erkennen, dass es gesetzlich Krankenversicherten nicht verwehrt sei, einen Vertragsarzt in seiner "Stammpraxis" aufzusuchen, unabhängig davon, ob dieser eine zum Wohnort des Versicherten näher gelegene Zweigpraxis betreibe. Dagegen spreche auch, dass eine Zweigpraxisgenehmigung nicht "isoliert" erteilt werden könne, sondern bereits eine Zulassung voraussetze. Zudem habe der Gesetzgeber die Erteilung der Zweigpraxisgenehmigung nicht den Zulassungsgremien, sondern der Beklagten zugewiesen. Zu Recht habe das LSG auch ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis verneint, denn die Erteilung einer Zweigpraxisgenehmigung setze gerade keine Bedarfsprüfung voraus.

13

Eine Anfechtungsberechtigung ergebe sich auch nicht aus dem Willkürverbot. Sie - die Beklagte - habe ausgehend von der Annahme, dass es für das Vorliegen des Tatbestandsmerkmals "Verbesserung der Versorgung" gerade nicht auf eine Bedarfsprüfung ankomme, ihre Entscheidung auf Erwägungen - wie die Verkürzung von Wartezeiten, die angekündigte "24 Stunden-rund um die Uhr-Notfallversorgung" und das Angebot spezieller ärztlicher Leistungen - gestützt, die sie zu der Annahme hätten berechtigen dürfen, dass die beantragten Zweigpraxisgenehmigungen zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen würden. Sie habe bei der Auslegung der unbestimmten Rechtsbegriffe "ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz" und "Verbesserung der Versorgung" nicht ermessensfehlerhaft gehandelt, sondern Informationen eingeholt, anhand derer eine Verbesserung der Versorgung habe geprüft werden können, und ihre Erwägungen verdeutlicht.

14

Nach Auffassung der Beigeladenen argumentiere die Klägerin vom Ergebnis her und versuche, die bisherige Rechtsprechung von BVerfG und BSG zum Drittschutz bei defensiven Konkurrentenklagen zu umgehen. § 24 Abs 3 Ärzte-ZV lasse gerade nicht erkennen, dass den im Planungsbereich bereits niedergelassenen Vertragsärzten ein Vorrang vor den dort in einer Zweigpraxis tätig werden wollenden Vertragsärzten gewährt werden solle. Die Regelung verhalte sich in dieser Hinsicht völlig neutral, ganz im Gegensatz zu der Formulierung in [§ 116 SGB V](#). Die Beklagte habe sich in ihrem Bescheid auch mit dem Tatbestandsmerkmal "Verbesserung der Versorgung" auseinandergesetzt. Eine Berücksichtigung der Bedarfsplanung sei zwar in der Tat nicht erfolgt, doch sei dies aus damaliger Sicht der Beklagten auch nicht notwendig gewesen. Nichts anderes gelte für die fehlende Gegenüberstellung der Leistungsangebote. Bei der Prüfung von Willkürgesichtspunkten sei zudem zu beachten, dass es sich bei den erst zum 1.1.2007 in Kraft getretenen Bestimmungen um juristisches Neuland gehandelt habe.

II

15

Die Revision der Klägerin ist nicht begründet, denn sie ist nicht berechtigt, die den Beigeladenen erteilten Zweigpraxisgenehmigungen anzufechten. Eine derartige Anfechtungsberechtigung steht Vertragsärzten oder Berufsausübungsgemeinschaften, die ihre Praxis an dem Ort oder in dem räumlichen Umfeld betreiben, in dem die anderen Ärzte ihre Zweigpraxis eröffnen wollen, nicht zu.

16

1. Durchgreifende Bedenken schon gegen die Zulässigkeit der Revision oder der damit verfolgten Klage unter dem Gesichtspunkt der Drittanfechtung bestehen allerdings nicht. Das Rechtsschutzinteresse für die Durchführung eines Revisionsverfahrens ist gegeben, wenn das angefochtene Urteil den Revisionsführer beschwert (zu diesem Erfordernis vgl zB BSG [SozR 3-1500 § 54 Nr 40 S 82 f mwN](#); [BSGE 86, 126](#), 129 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 37 S 289](#)). Dies ist hier der Fall, denn das LSG hat der Klägerin die Befugnis zur Anfechtung der Erteilung einer Zweigpraxisgenehmigung abgesprochen. Auch sonstige Zulässigkeitsbedenken bestehen nicht. Die von der Klägerin mit ihrer Revision weiter verfolgte Klage wäre nur unzulässig, wenn ihre Rechte durch die hier in Rede stehende Zweigpraxisgenehmigung offensichtlich und eindeutig nach keiner Betrachtungsweise verletzt sein können (s hierzu [BSGE 98, 98](#) = [SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 14, 17 - zur Anfechtung einer Dialysegenehmigung - mwN aus der Rspr von BVerfG, Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) und BSG; zur sog Möglichkeitstheorie siehe zB auch [BSGE 99, 145](#) = [SozR 4-2500 § 116 Nr 4](#), jeweils RdNr 17, BSG, Urteile vom 17.6.2009, [B 6 KA 38/08 R](#), [SozR 4-2500 § 101 Nr 5 RdNr 13 ff](#) und [B 6 KA 25/08 R](#), [SozR 4-1500 § 54 Nr 16](#) RdNr 16 - zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen, sowie BVerwG, Urteil vom 21.4.2009 - [4 C 3.08](#) - unter II., vor 1.). Das ist hier jedoch nicht der Fall. Denn ob und inwieweit bereits zugelassene Vertragsärzte berechtigt sind, anderen Ärzten erteilte Zweigpraxisgenehmigungen anzufechten, ist bislang höchstrichterlich nicht geklärt. Dementsprechend ist die von der Klägerin erhobene Anfechtungsklage zulässig.

17

2. Die Prüfung der Begründetheit von Drittanfechtungen vertragsärztlicher Konkurrenten erfolgt nach der Rechtsprechung des Senats zweistufig (s zB [BSGE 99, 145](#) = [SozR 4-2500 § 116 Nr 4](#), jeweils RdNr 22 ff und 26 ff). Zunächst ist zu klären, ob der Vertragsarzt oder die Berufsausübungsgemeinschaft berechtigt ist, die dem konkurrierenden Arzt erteilte Begünstigung (zB Zulassung, Ermächtigung) anzufechten. Ist das zu bejahen, muss geprüft werden, ob die den Dritten begünstigende Entscheidung in formeller und materieller Hinsicht rechtmäßig ist.

18

Im vorliegenden Fall besteht schon keine Berechtigung der Klägerin, die den Beigeladenen erteilten Zweigpraxisgenehmigungen anzufechten (ebenso Reiter/Spiegel, ZMGR 2008, 247, 254; aA: Schallen, Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten, 7. Aufl 2009, § 24 Ärzte-ZV RdNr 128; Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, Stand Juni 2007, § 24 Ärzte-ZV, RdNr E 24-8; bei Zweigpraxen außerhalb der Mitglieds-KÄV: Bäune in Bäune/Meschke/Rothfuß, Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, 2008, § 24 Ärzte-ZV RdNr 63 sowie Wollersheim, GesR 2008, 281, 287; ebenso wohl auch Schwar in AZR 2008, 68, 71; unklar Steinhilper, MedR 2007, 469, 474; ebenfalls nicht eindeutig Orlowski/Halbe/Karch, Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, 2. Aufl 2008, S 102 f).

19

Unter welchen Voraussetzungen Vertragsärzte berechtigt sind, zugunsten anderer Ärzte ergangene Entscheidungen anzufechten (sog defensive Konkurrentenklage), hat das BSG in seinem Urteil vom 7.2.2007 - im Anschluss an die Entscheidung des BVerfG vom 17.8.2004 (BVerfG (Kammer) [SozR 4-1500 § 54 Nr 4](#)) - im Einzelnen dargestellt ([BSGE 98, 98 = SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#); fortgeführt in den Urteilen vom 17.10.2007, [BSGE 99, 145 = SozR 4-2500 § 116 Nr 4](#), sowie vom 17.6.2009, [B 6 KA 38/08 R](#), SozR 4-2500 § 101 Nr 5 und [B 6 KA 25/08 R](#), [SozR 4-1500 § 54 Nr 16](#) - zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen). Danach besteht eine Anfechtungsberechtigung eines Vertragsarztes nur dann, wenn (1.) der Kläger und der Konkurrent im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen anbieten ([BSGE 98, 98 = SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 19, 21; dies weiterführend [BSGE 99, 145 = SozR 4-2500 § 116 Nr 4](#), jeweils RdNr 17 f, 20, 22-24) und (2.) dem Konkurrenten die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet oder erweitert wird und nicht nur ein weiterer Leistungsbereich genehmigt wird ([BSGE 98, 98 = SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 23 iVm 32; ebenso die Urteile vom 17.6.2009, [B 6 KA 38/08 R](#), SozR aaO RdNr 17 und [B 6 KA 25/08 R](#), SozR aaO RdNr 19), sowie (3.) der dem Konkurrenten eingeräumte Status gegenüber demjenigen des Anfechtenden nachrangig ist. Letzteres ist der Fall, wenn die Einräumung des Status an den Konkurrenten vom Vorliegen eines Versorgungsbedarfs abhängt, der von den bereits zugelassenen Ärzten nicht abgedeckt wird ([BSGE 98, 98 = SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 19-21; ebenso die Urteile vom 17.6.2009, [B 6 KA 38/08 R](#), SozR aaO RdNr 17 und [B 6 KA 25/08 R](#), SozR aaO RdNr 19).

20

Das BVerfG hat jüngst an diese Rechtsprechung angeknüpft (BVerfG (Kammer), Beschluss vom 23.4.2009 - [1 BvR 3405/08 - GesR 2009, 376 = NVwZ 2009, 977](#)). Es hat ausgeführt, dass eine unter dem Aspekt der Berufsfreiheit nach Rechtsschutz verlangende Verwerfung der Konkurrenzverhältnisse dann in Frage steht, wenn den bereits zum Markt zugelassenen Leistungserbringern ein gesetzlicher Vorrang gegenüber den auf den Markt drängenden Konkurrenten eingeräumt ist (BVerfG, aaO unter II.1.a unter Bezugnahme auf seinen früheren Beschluss vom 17.8.2004). Da die von der Rechtsprechung des Senats aufgestellten Grundsätze für alle Fallgruppen von defensiven Konkurrentenklagen Geltung beanspruchen, ist es - entgegen der Auffassung der Klägerin - ohne Bedeutung, zu welchem Zeitpunkt die zur Beurteilung anstehende Norm in Kraft getreten ist.

21

a) Von den genannten Voraussetzungen erfüllt ist diejenige, dass die Klägerin und die mit ihr konkurrierenden Beigeladenen im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen anbieten. Zu diesen Merkmalen hat der Senat bereits in seinen Urteilen vom 7.2.2007 und vom 17.10.2007 ([BSGE 98, 98 = SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 19, 21 und [BSGE 99, 145 = SozR 4-2500 § 116 Nr 4](#), jeweils RdNr 17 f, 20, 22-24) Stellung genommen. Bereits in der Konstellation, die dem Urteil vom 17.10.2007 zugrunde lag (vgl [BSGE 99, 145 = SozR 4-2500 § 116 Nr 4](#), insbesondere RdNr 22-24), hat der Senat hervorgehoben, dass für die Anfechtungsberechtigung ein faktisches Konkurrenzverhältnis vorliegen muss, durch das plausibel wird, dass der bereits zugelassene Arzt eine nicht nur geringfügige Schmälerung seiner Erwerbsmöglichkeiten zu befürchten hat. Dementsprechend bedarf es der Überprüfung und Feststellung, dass es in den Leistungsspektren und Einzugsbereichen vom anfechtenden und begünstigten Arzt ins Gewicht fallende Überschneidungen gibt (Senatsurteile vom 17.6.2009, [B 6 KA 38/08 R](#), SozR aaO RdNr 23 und [B 6 KA 25/08 R](#), SozR aaO RdNr 25).

22

Nach der Senatsrechtsprechung (Senatsurteile vom 17.6.2009, [B 6 KA 38/08 R](#), SozR aaO RdNr 24 und [B 6 KA 25/08 R](#), SozR aaO RdNr 26) ist im Regelfall zunächst die Darlegung des anfechtenden Arztes erforderlich, welche Leistungen er anbietet und wie viele Patienten und welcher prozentuale Anteil seiner Patienten aus dem Einzugsbereich des dem Konkurrenten zgedachten Praxissitzes kommen (zum Erfordernis plausiblen Vortrags siehe [BSGE 99, 145 = SozR 4-2500 § 116 Nr 4](#), jeweils RdNr 20). Hat er dies substantiiert vorgetragen, so obliegt es der zur Entscheidung berufenen Behörde, ihrerseits tätig zu werden und die erforderlichen weiteren Informationen über das (voraussichtliche) Leistungsspektrum und den (voraussichtlichen) Patientenkreis des Konkurrenten zu erheben. Näherer Darlegungen und Feststellungen zu den Leistungsspektren vom anfechtenden und konkurrierenden Arzt bedarf es indessen dann nicht, wenn das Vorliegen ins Gewicht fallender Überschneidungen ohne Weiteres auf der Hand liegt. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die Praxen der beiden Ärzte in derselben Stadt gelegen sind - jedenfalls soweit es sich nicht um eine so weitläufige handelt, wie es sehr große Städte sein können - und wenn beide Ärzte in einem eng umgrenzten Fachgebiet tätig sind, wie dies zB bei der Augenheilkunde (Senatsurteile vom 17.6.2009, [B 6 KA 38/08 R](#), SozR aaO RdNr 25 und [B 6 KA 25/08 R](#), SozR aaO RdNr 27) oder bei Internisten mit demselben Schwerpunkt oder derselben fakultativen Weiterbildung oder besonderer Fachkunde im Sinne von § 24 Satz 1 Buchst b Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte (ÄBedarfsplRL) (s dazu BSG, Urteil vom 28.1.2009, [B 6 KA 50/07 R](#), [SozR 4-2500 § 87 Nr 17](#) RdNr 19) der Fall ist. In solchen Fällen eines eng umgrenzten Tätigkeitsbereichs sind im Regelfall sowohl nähere Darlegungen des Drittenfechtenden als auch weitere Ermittlungen der zur Entscheidung berufenen Behörde zur Frage gleicher Leistungsspektren der Konkurrenten entbehrlich.

23

Ausgehend von diesen Grundsätzen ist danach vorliegend eine räumliche Überschneidung der Einzugsbereiche ohne weiteres zu bejahen, da die Beigeladenen ihre Filialtätigkeit am Niederlassungsort der Klägerin ausüben wollen. Nichts anderes gilt letztlich für eine (fachliche) Überschneidung der Leistungsspektren. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob auch bei Orthopäden (zumindest im Regelfall) ein - die

Darlegungsanforderungen reduzierendes - ausreichend eng umgrenztes Fachgebiet anzunehmen wäre. Allerdings besteht eine gewisse Vermutung dafür, dass alle Orthopäden mehr oder weniger die gesamte Bandbreite ihres Fachgebiets abdecken, weil der Grad bzw das Ausmaß der Spezialisierung bei Orthopäden - selbst im Vergleich solcher mit und ohne Schwerpunkt (vgl hierzu Senatsurteil vom 28.1.2009, [B 6 KA 50/07 R](#), [SozR 4-2500 § 87 Nr 17](#) RdNr 32) - nicht besonders ausgeprägt sein dürfte. Denn die Darlegungsanforderungen dürfen nicht überspannt werden. Es genügt, wenn - wie vorliegend - ein Kläger unwidersprochen vorträgt, dass es sich sowohl bei seiner wie auch der konkurrierenden Praxis um solche mit durchschnittlichem allgemeinorthopädischem Leistungsspektrum handelt. Für ein reales Konkurrenzverhältnis zwischen der Klägerin und den Beigeladenen spricht zudem, dass es sich um im ländlichen Bereich angesiedelte fachärztliche Praxen handelt und dieser Umstand zu der Annahme berechtigt, dass der von den Praxen notwendigerweise abzudeckende allgemeinorthopädische Behandlungsbedarf - anders als bei Praxen in größeren Städten mit besserer Verkehrsanbindung - einer ausgeprägten Spezialisierung entgegensteht. Im Ergebnis ist daher sowohl den Darlegungsanforderungen genügt als auch ein tatsächliches Konkurrenzverhältnis zu bejahen.

24

b) Nicht erfüllt wird hingegen die Voraussetzung, dass durch eine Zweigpraxisgenehmigung dem Konkurrenten die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet (oder zumindest erweitert) wird (ebenso Reiter/Spiegel, aaO, S 254; bejahend Schwar, aaO, S 71). Während der Senat dies zuletzt im Falle einer Sonderbedarfszulassung angenommen hat (BSG, Urteile vom 17.6.2009, [B 6 KA 38/08 R](#), [SozR aaO](#) und [B 6 KA 25/08 R](#), [SozR aaO](#)), hat er es bei einer Dialysegenehmigung verneint, weil durch diese lediglich ein weiterer Leistungsbereich genehmigt wurde ([BSGE 98, 98 = SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 23 iVm 32).

25

Im Falle einer Zweigpraxisgenehmigung besteht gegenüber den bislang entschiedenen Fällen, in denen die durch eine Ermächtigung bzw Sonderbedarfszulassung bewirkte Öffnung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung in Frage stand, die Besonderheit, dass der Konkurrent bereits über einen - durch die Zulassung an seinem Vertragsarztsitz vermittelten - Status verfügt, ihm der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung also bereits grundsätzlich eröffnet ist. Daher ließe sich die Erfüllung des Merkmals der Teilnahmearöffnung allenfalls unter dem Gesichtspunkt einer Erweiterung der Teilnahme begründen, wie dies der Senat für den Fall einer Ermächtigungserweiterung in Erwägung gezogen hat ([BSGE 98, 98 = SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 24; vgl zu dieser Fallgestaltung auch [BSGE 90, 207 = SozR 3-1500 § 54 Nr 47](#)). Das Merkmal einer Erweiterung der Teilnahmemöglichkeit setzt voraus, dass die Erweiterung auf einer Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen beruht, also nicht allein faktische Folge einer geänderten Situation - wie etwa die Eröffnung einer die Verkehrsanbindung der Praxis deutlich verbessernden U-Bahnhaltestelle in Praxisnähe - ist.

26

Eine Zweigpraxisgenehmigung führt jedoch zu keiner rechtlichen Erweiterung des Kreises der Patienten, die ein Vertragsarzt behandeln darf. Zwar ist die Zulassung auf den jeweiligen Planungsbereich bezogen und wird für den Ort der Niederlassung als Arzt (Vertragsarztsitz) erteilt ([§ 95 Abs 1 Satz 7 SGB V](#), [§ 24 Abs 1 Ärzte-ZV](#)); zudem ist der Vertragsarzt gemäß [§ 24 Abs 2 Satz 1 Ärzte-ZV](#) verpflichtet, seine Sprechstunde am Vertragsarztsitz zu halten. Damit resultiert aus der Zulassung jedoch allein eine grundsätzliche Beschränkung des Tätigkeitsortes im Sinne einer Bindung der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an den Vertragsarztsitz. Eine Beschränkung des Kreises der möglichen Patienten - etwa auf solche, die am Praxissitz wohnen oder arbeiten - ist damit nicht verbunden. Das Recht der Versicherten auf freie Arztwahl ([§ 76 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)) ist nicht eingeschränkt; vielmehr steht es ihnen frei, Ärzte auch außerhalb ihres Wohn- oder Beschäftigungsortes in Anspruch zu nehmen. Dass Versicherte nach [§ 76 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) etwaige Mehrkosten zu tragen haben, wenn sie nicht den nächsterreichbaren Vertragsarzt in Anspruch nehmen, führt zu keiner rechtlichen Beschränkung des Behandlerkreises. Spiegelbildlich zum Wahlrecht der Versicherten sind die Vertragsärzte nicht gehindert, alle Versicherten, die sie als Behandler gewählt haben, auch dann zu behandeln, wenn diese von auswärts kommen (s hierzu schon [BSGE 77, 188, 191 = SozR 3-2500 § 75 Nr 7 S 28](#)).

27

Erst recht kann dem Vertragsarztrecht bzw dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung kein Grundsatz der Art entnommen werden, dass dem bereits vor Ort tätigen Vertragsarzt kraft seiner Zulassung ein "Erstzugriffsrecht" auf die dort (bzw im Planungsbereich) wohnenden oder arbeitenden gesetzlich krankenversicherten Patienten zusteht. Soweit die Klägerin auf ein solches "Erstzugriffsrecht" abhebt, beschreibt sie damit eine feste Patienten-Arzt-Zuordnung, wie sie faktisch unter der - vom BVerfG als verfassungswidrig beurteilten (vgl Kassenarztsurteil des BVerfG vom 23.3.1960 - [1 BvR 216/51 - BVerfGE 11, 30 = SozR Nr 15 zu § 368a RVO](#)) - Geltung einer Zulassung nach Verhältniszahlen bestanden haben mag. Solche Verhältnisse bestehen jedoch nicht mehr. Potentielle Patienten einer Zweigpraxis sind rechtlich nicht gehindert, den Filialarzt schon vor Erteilung einer Zweigpraxisgenehmigung an seinem Stammsitz in Anspruch zu nehmen, etwa weil er einen besonders guten Ruf hat oder der Stammsitz verkehrsgünstig gelegen ist. Ebenso ist umgekehrt kein Versicherter verpflichtet, den nunmehr an seinem Wohn- oder Beschäftigungsort partiell praktizierenden Filialarzt in Anspruch zu nehmen. Die Zweigpraxisgenehmigung bewirkt somit keine rechtliche Erweiterung des Kreises der für eine Behandlung in Frage kommenden Versicherten, sondern allein eine faktische Verbesserung des Marktzugangs.

28

Das Vorliegen einer Erweiterung der Teilnahme könnte allenfalls insoweit erwogen werden, als aufgrund der Zweigpraxisgenehmigung die strikte Bindung an den Vertragsarztsitz entfällt, mithin der Kreis der Orte, an denen der Vertragsarzt zulässigerweise seine Tätigkeit entfalten darf, erweitert wird (wie dies auch durch die Definition der "Zweigpraxis" als "genehmigter weiterer Tätigkeitsort des Vertragsarztes oder Nebenbetriebsstätte eines Medizinischen Versorgungszentrums" in [§ 1a Nr 19 Bundesmantelvertrag-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) deutlich wird). Dieser Umstand allein reicht jedoch nicht aus, um das Merkmal einer Teilnahmearöffnung bzw -erweiterung zu erfüllen.

29

Nach der Rechtsprechung des Senats kommt es - zur Abgrenzung von der für eine Anfechtungsberechtigung irrelevanten Erschließung eines

weiteren Leistungsbereichs - entscheidend darauf an, ob das in Rede stehende Recht mit einer Statusgewährung verbunden ist, der im Sinne der Stufentheorie des BVerfG besondere Grundrechtsrelevanz zukommt ([BSGE 98, 98](#) = [SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 23 f). Eine Zweigpraxisgenehmigung führt jedoch nicht zu einer Statusgewährung in diesem Sinne (aA Schallen aaO, § 24 Ärzte-ZV RdNr 104), denn die eigentliche Statusgewährung wird durch die Zulassung vermittelt. Die Zweigpraxisgenehmigung ist accessorisch und untrennbar mit dem Zulassungsstatus verbunden und entfällt mit dem Ende der Zulassung (s auch Schallen, aaO RdNr 119).

30

Bereits in seinem Urteil vom 20.12.1995 ([BSGE 77, 188](#), 190 = [SozR 3-2500 § 75 Nr 7](#) S 27) hatte der Senat - zu der für Zweigpraxen nach altem Recht geltenden Regelung - ausgeführt, dass die üblicherweise mit einer Übertragung von Kompetenzen auf die Zulassungsgremien verbundenen Gesichtspunkte im Falle einer Zweigpraxisgenehmigung nicht gegeben seien. Den von Zulassungsgremien zu treffenden Entscheidungen sei gemeinsam, dass sie statusbegründenden bzw -beendenden Charakter hätten und dass durch sie der Kreis der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Personen und Institutionen sowie die Ausübungsformen der vertragsärztlichen Tätigkeit festgelegt würden. Diese Gesichtspunkte träfen für die Genehmigung zur Abhaltung von Sprechstunden außerhalb des Praxissitzes nicht zu, weil dadurch der Kreis der Vertragsärzte nicht erweitert und der Status des Vertragsarztes nicht berührt werde. Dies gilt auch für Zweigpraxisgenehmigungen nach neuem Recht, die im Regelfall - wenn Stammsitz und Zweigpraxis im Bezirk derselben KÄV liegen - ebenfalls nicht von den Zulassungsgremien, sondern von den KÄVen erteilt werden.

31

c) Ebenfalls nicht erfüllt wird die nach der Senatsrechtsprechung erforderliche dritte Voraussetzung, dass der dem Konkurrenten eingeräumte Status gegenüber dem Status des Anfechtenden nachrangig ist (so wohl auch Reiter/Spiegel aaO, S 254; aA LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10.12.2008 - [L 11 KA 47/08](#) - [MedR 2009, 361](#); Schallen, aaO, § 24 Ärzte-ZV RdNr 128 (bei Filialen in anderen Planungsbereichen)).

32

aa) Einen derartigen Nachrang hat der Senat bislang bei Ermächtigungen (siehe hierzu [BSGE 98, 98](#) = [SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 19-21) sowie bei Sonderbedarfszulassungen bejaht (BSG, Urteile vom 17.6.2008, [B 6 KA 38/08 R](#), [SozR aaO RdNr 19](#) und [B 6 KA 25/08 R](#), [SozR aaO RdNr 21](#)). Im Falle einer Zweigpraxisgenehmigung besteht - wie dargelegt - gegenüber den bislang entschiedenen Fällen die Besonderheit, dass der Konkurrent bereits über einen - durch die Zulassung an seinem Vertragsarztsitz vermittelten - Status verfügt, ihm der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung mithin auch ohne die Genehmigung bereits eröffnet ist. Daher ist nicht der aus der Zulassung resultierende Status zur Gegenüberstellung geeignet. Vielmehr bedarf es - da auch das Konkurrenzverhältnis allein aus der Zweigpraxisgenehmigung resultiert - der Prüfung, ob die durch diese Genehmigung eingeräumte Rechtsposition gegenüber derjenigen der am Ort der beabsichtigten Zweigpraxis zugelassenen Vertragsärzte nachrangig ist. Dies ist zu verneinen.

33

Ein etwaiges Vorrang-Nachrang-Verhältnis muss sich dabei wegen des damit verbundenen Eingriffes in die grundsätzlich bestehende Wettbewerbsfreiheit aus dem Gesetz selbst ergeben; auch das BVerfG spricht in seinen bereits erwähnten Beschlüssen von einem "gesetzlich angeordneten" ([SozR 4-1500 § 54 Nr 4](#) RdNr 15) bzw "gesetzlichen" (Beschluss vom 23.4.2009 - [1 BvR 3405/08](#), [GesR 2009, 376](#) = [NVwZ 2009, 977](#), juris RdNr 9) Vorrang. Nach der Rechtsprechung des BVerfG wie des BSG gewährt die Rechtsordnung bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten grundsätzlich keinen aus [Art 12 Abs 1 GG](#) herzuleitenden Schutz vor Konkurrenz (BVerfG (Kammer) [SozR 4-1500 § 54 Nr 4](#) RdNr 19 mwN; BVerfG (Kammer), Beschluss vom 23.4.2009, aaO; [BSGE 98, 98](#) = [SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 15 mwN und 23). Die Wettbewerbsposition und die Erträge unterliegen grundsätzlich dem Risiko laufender Veränderung je nach den Marktverhältnissen (BVerfG, aaO). Demgemäß haben Marktteilnehmer regelmäßig keinen Anspruch darauf, dass die Wettbewerbsbedingungen für sie gleich bleiben, insbesondere nicht darauf, dass Konkurrenten vom Markt fernbleiben (BSG, aaO mwN). Etwas anderes gilt (nur) dann, wenn eine Wettbewerbsveränderung durch Einzelakt erhebliche Konkurrenz Nachteile zur Folge hat (vgl BVerfG (Kammer) [SozR 4-1500 § 54 Nr 4](#) RdNr 19), und diese im Zusammenhang mit staatlicher Planung und Verteilung der Mittel steht (BVerfG (Kammer) [SozR 4-1500 § 54 Nr 4](#) RdNr 19 mwN; BVerfG (Kammer), Beschluss vom 23.4.2009 [aaO](#), juris RdNr 19).

34

bb) Maßstab für die Frage des Nachrangs ist nach der Rechtsprechung des BVerfG wie des Senats - ausgehend vom Verhältnis der einem Krankenhausarzt erteilten Ermächtigung zur Zulassung - der Umstand, ob der konkurrierende Status nur bei Vorliegen eines noch bestehenden Versorgungsbedarfs erteilt wird und die Erteilung somit im allgemeinen Interesse an einer ordnungsgemäßen und lückenlosen Versorgung erfolgt (vgl [BSGE 98, 98](#) = [SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 20). Dies kommt im Gesetz bei der Ermächtigung eines Krankenhausarztes nach [§ 116 Satz 2 SGB V](#) durch die Formulierung "soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten" ohne diese "nicht sichergestellt" ist und bei Sonderbedarfszulassungen durch die Wendung zum Ausdruck, dass diese "zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind" ([§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#)). Nichts anderes gilt für Ermächtigungen nach § 31 Abs 1 Buchst a Ärzte-ZV, die nur erteilt werden dürfen, sofern sie notwendig sind, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden. Ermächtigungen wie auch Sonderbedarfszulassungen kommen somit - vom Sonderfall des § 31 Abs 1 Buchst b Ärzte-ZV abgesehen - nur dann in Betracht, wenn die ambulante Versorgung von den niedergelassenen Ärzten nicht gewährleistet ist, also ein quantitativer oder qualitativer Versorgungsbedarf besteht (vgl hierzu zB BSG [SozR 4-2500 § 116 Nr 3](#) RdNr 16).

35

In § 24 Abs 3 Satz 1 Ärzte-ZV in der Fassung des zum 1.1.2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes vom 22.12.2006 ([BGBl I 3439](#)), der die Voraussetzungen für die Erteilung einer Zweigpraxisgenehmigung normiert, findet sich keine dem auch nur annähernd gleichwertige Aussage. Danach setzt eine Zweigpraxisgenehmigung nur voraus, dass ("wenn und soweit") die Versorgung der

Versicherten an den weiteren Orten verbessert (Nr 1 aaO) und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird (Nr 2 aaO). Im Gegensatz zu Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen erfordert die Erteilung der Zweigpraxisgenehmigung damit nicht zwingend das Bestehen einer ausgleichsbedürftigen Versorgungslücke, sondern lediglich eine "Verbesserung" der Versorgung. Unabhängig davon, was konkret unter einer "Verbesserung" der Versorgung zu verstehen ist (s dazu unten), ist dieser Begriff jedenfalls nicht in dem Sinne auszulegen, dass er eine - den Anforderungen an Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen vergleichbare - Bedarfsprüfung erfordert (ebenso Bäune in Bäune/Meschke/Rothfuß, Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, 2008, § 24 Ärzte-ZV RdNr 38; Orłowski/Halbe/Karch, Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, aaO, S 35, 97 f; Reiter/Spiegel, aaO, S 254; Wollersheim, GesR 2008, 281, 282). Damit ist zugleich kein Raum für die Annahme eines Vorrangs der bereits vor Ort niedergelassenen Vertragsärzte.

36

Bereits nach dem Wortlaut des § 24 Abs 3 Satz 1 Ärzte-ZV sind Zweigpraxisgenehmigungen nicht davon abhängig, ob in dem betroffenen Planungsbereich ein den Kriterien der Bedarfsplanung vergleichbarer nicht gedeckter Versorgungsbedarf besteht. Die in § 24 Abs 3 Satz 1 Nr 1 Ärzte-ZV verwendete Formulierung "Verbesserung" der Versorgung umfasst sprachlich sowohl die Beseitigung einer bestehenden Versorgungslücke als auch die (weitere) Verbesserung einer zumindest dem Grunde nach gedeckten oder bereits an sich über den Bedarf hinausgehenden Versorgung. Es wäre zumindest ungewöhnlich, wenn der Gesetzgeber an Stelle der sonst gebräuchlichen Formulierungen (siehe oben) den Begriff der "Verbesserung" verwendet hätte, um eine Bedarfsprüfung vorzugeben. Hätte der Gesetzgeber auch bezüglich des Ortes der Filialtätigkeit eine Berücksichtigung bedarfsplanerischer Gesichtspunkte gewollt, so hätte er dies durch entsprechende Formulierungen oder Bezugnahmen sicherstellen können. So ist etwa die Verpflichtung der KÄVen, Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern ([§ 105 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)), ausdrücklich unter den Vorbehalt "entsprechend den Bedarfslösungen" gestellt worden.

37

Auch den Gesetzesmaterialien lässt sich ein etwaiger Wille des Gesetzgebers, den Vorrang der bereits vor Ort niedergelassenen Vertragsärzte zu wahren, nicht entnehmen. Vielmehr dient die Gesetzesänderung ausdrücklich dem Zweck, die durch den 107. Deutschen Ärztetag 2004 in § 17 Abs 2 Musterberufsordnung für Ärzte vorgenommene Lockerung der Bindung des Arztes an seinen Vertragsarztsitz im Vertragsarztrecht nachzuvollziehen (Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze - Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - (VÄndG), [BT-Drucks 16/2474 S 29](#) zu Nr 7 Buchst a). Ausweislich der Gesetzesbegründung (aaO) setzt der Betrieb einer Zweigpraxis lediglich voraus, dass diese mit den spezifischen Pflichten eines Vertragsarztes, die vertragsärztliche Versorgung an seinem Vertragsarztsitz zu gewährleisten, vereinbar ist. Abgestellt wird also entscheidend auf den Aspekt der Sicherstellung der bisherigen Versorgungsstruktur am Stammsitz. Allenfalls insoweit haben auch Bedarfsplanungsgesichtspunkte Berücksichtigung gefunden; am Ort der Zweigpraxis spielen sie nach der Gesetzesbegründung hingegen keine Rolle. Soweit im dortigen Klammerzusatz ("vgl [§ 95 Abs 1 Satz 4 und Abs 3 SGB V](#) iVm den Regelungen zur regionalen Bedarfsplanung") auch auf die Bedarfsplanung Bezug genommen wird, betrifft auch dies erkennbar allein die Sicherstellung der Versorgung am Stammsitz, wie sich aus den genannten Vorschriften ergibt ([§ 95 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) aF bestimmte, dass die Zulassung für den Ort der Niederlassung erfolgt, [§ 95 Abs 3 SGB V](#) regelt die Wirkungen der Zulassung, insbesondere die Verpflichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung).

38

Dass die unterbliebene Einbeziehung bedarfsplanerischer Gesichtspunkte in den Normtext nicht auf einem gesetzgeberischen Versehen beruht, sondern der Gesetzgeber in § 24 Abs 3 Ärzte-ZV bewusst eine "weiche" Formulierung gewählt hat, ist schon deswegen anzunehmen, weil die Gesetzesbegründung (aaO) ausdrücklich auf die bundesmantelvertragliche Vorläuferregelung Bezug nimmt. Nach § 15a Abs 1 Satz 2 BMV-Ä aF durfte die nach Satz 1 der Norm erforderliche Genehmigung einer Zweigpraxis nur erteilt werden, wenn die Zweigpraxis zur Sicherung einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung erforderlich war. Nicht außer Betracht bleiben kann auch der Umstand, dass die Fraktion DIE LINKE in einem Änderungsantrag vorgeschlagen hatte, in § 24 Abs 3 Ärzte-ZV nach dem Passus "an den weiteren Orten" die Angabe "in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen" einzufügen, und dies ausdrücklich mit der Gefahr begründet hatte, dass die vorgesehene Flexibilisierung es ermöglichen würde, in vollversorgten Planungsbereichen Fuß zu fassen; dieser Antrag wurde jedoch abgelehnt (vgl Ausschussbericht zum VÄndG, [BT-Drucks 16/3157 S 13/14](#) unter IV. A. Allgemeiner Teil).

39

Zwar erscheint es denkbar, dass die Bedarfsplanung im Wege der Gründung von Zweigpraxen unterlaufen werden kann (so ua LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10.12.2008 - [L 11 KA 47/08 - MedR 2009, 361](#), juris RdNr 52; Bäune in Bäune/Meschke/Rothfuß, Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, 2008, § 24 Ärzte-ZV RdNr 63; kritisch auch Dahm/Ratzel, MedR 2006, 555, 563; vgl auch [BSGE 77, 188](#), 190 f = [SozR 3-2500 § 75 Nr 7](#) S 27 f - für Zweigpraxen nach altem Recht). Ebenso mögen weiterhin Gründe dafür sprechen, dass die (frühere) Bindung der Genehmigung einer Zweigpraxis an ein bestehendes Versorgungsdefizit geeignet war, gerade im ländlichen Raum die Existenz kleiner Praxen zu sichern (BSGE aaO S 191 = SozR aaO S 28). Hieraus lässt sich aber nur der Schluss ziehen, dass der Gesetzgeber diese Gesichtspunkte gegenüber anderen zurückgestellt hat; dies ist von der Rechtsprechung hinzunehmen. Nicht zuletzt ergäbe sich die Gefahr von Wertungswidersprüchen, wenn das Merkmal einer Verbesserung an Bedarfsplanungsgesichtspunkte geknüpft würde, denn § 24 Abs 3 Satz 1 Zahnärzte-ZV enthält eine wortidentische Regelung; durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde jedoch die Bedarfsplanung für Zahnärzte aufgegeben (s auch Wollersheim, GesR 2008, 281, 282).

40

Für den von der Klägerin behaupteten Vorrang der Vertragsärzte, die ihren Vertragsarztsitz am Ort der beabsichtigten Zweigpraxis oder in deren räumlichen Umfeld haben, findet sich mithin im Gesetz kein Anhalt. Soweit der Senat in seinem Urteil vom 20.12.1995 ([BSGE 77, 188](#), 193 = [SozR 3-2500 § 75 Nr 7](#) S 30) ausgeführt hat, dass die Erteilung einer Zweigpraxisgenehmigung an Ärzte, die in einer anderen politischen Gemeinde ihren Praxissitz haben, zu Recht als nachrangig angesehen worden sei, bezog sich diese Aussage nicht auf die Nachrangigkeit im Sinne einer Voraussetzung für eine Anfechtungsberechtigung im Rahmen einer defensiven Konkurrentenklage und ist im

Übrigen im Kontext mit der seinerzeit auch bei Zweigpraxisgenehmigungen erforderlichen Bedarfsprüfung zu sehen. Vielmehr spricht auch der Gesichtspunkt, dass es sich bei der Zweigpraxisgenehmigung um ein aus der bestehenden Zulassung abgeleitetes Recht handelt, dafür, den bereits am Ort zugelassenen und den an einer Filialtätigkeit interessierten Arzt als gleichrangig zu behandeln. Daher kommt § 24 Abs 3 Ärzte-ZV unter keinem Gesichtspunkt eine drittschützende Wirkung in dem Sinne zu, dass von der Zweigpraxisgenehmigung betroffene Konkurrenten befugt sind, diese Entscheidung gerichtlich anzufechten. Das Merkmal einer Verbesserung der Versorgung lässt - ebenso wie spiegelbildlich der Gesichtspunkt, dass keine Verschlechterung der Versorgung am Stammsitz eintreten darf - im Gegenteil erkennen, dass die Zweigpraxisgenehmigung primär den Interessen der Versicherten zu dienen bestimmt ist.

41

d) Eine Anfechtungsberechtigung der Klägerin ergibt sich schließlich auch nicht unter Willkür Gesichtspunkten, denn die Beklagte hat jedenfalls nicht willkürlich gehandelt.

42

aa) Nach älterer Rechtsprechung des Senats ([BSGE 90, 207](#) = [SozR 3-1500 § 54 Nr 47](#) mwN; s auch BSG [SozR 3-1500 § 54 Nr 40](#)) ist eine "Anfechtungsbefugnis" bei willkürlicher Erteilung einer Ermächtigung durch die Zulassungsgremien dem Grunde oder dem Umfang nach anzuerkennen ([BSGE 90, 207](#), 210 = [SozR 3-1500 § 54 Nr 47](#) S 105 mwN). Zur Begründung hat der Senat ausgeführt, das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit ([Art 12 Abs 1 Satz 2 GG](#)) des niedergelassenen Vertragsarztes gewähre diesem Schutz gegenüber Beeinträchtigungen seiner Tätigkeit durch willkürliche behördliche Entscheidungen, auch wenn diese den Arzt nicht rechtlich, sondern nur tatsächlich (wirtschaftlich) zu beeinträchtigen geeignet seien. Zwar biete dieses Grundrecht grundsätzlich keinen Schutz vor Konkurrenz oder vor veränderten Marktbedingungen mit der Folge einer Verschlechterung der Erwerbsmöglichkeiten, doch müsse der Grundrechtsträger willkürliche Beeinträchtigungen seiner Berufsausübung, die auf staatliche Verwaltungstätigkeit zurückgehen, nicht hinnehmen. Für den betroffenen Vertragsarzt folge danach eine Klagebefugnis aus [Art 12 Abs 1 GG](#) in den Fällen, in denen er plausibel geltend machen könne, dass er durch die Erteilung der Ermächtigung willkürlich in seinen beruflichen Chancen beeinträchtigt werde ([BSGE 90, 207](#), 211 = [SozR 3-1500 § 54 Nr 47](#) S 105 f). Dabei müsse für die Anerkennung einer Klagebefugnis zum einen ein fachlicher und räumlicher Zusammenhang zwischen der vertragsärztlichen Tätigkeit des klagenden Vertragsarztes und der des Konkurrenten bestehen; zum anderen müsse der Vertragsarzt die Willkürlichkeit der Rechtsanwendung geltend machen (BSGE aaO S 211 = SozR aaO S 106).

43

Allerdings hat der Senat in seinem die Drittanfechtung einer Dialysegenehmigung betreffenden Urteil vom 7.2.2007 ([BSGE 98, 98](#) = [SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 31) ausgeführt, dass eine Berechtigung zur Anfechtung nicht allein darauf gestützt werden könne, dass die Genehmigungserteilung nach Ansicht des Klägers gegen das sog Willkürverbot verstoße, dh auf gravierenden Rechtsverstößen beruhe und ihn schwer beeinträchtige. Es hat dies damit begründet, dass eine inhaltliche Überprüfung auf solche schweren Rechtsfehler schon nach der früheren Rechtsprechung des BSG stets vorausgesetzt habe, dass der angegriffenen Rechtseinräumung ein grundsätzlicher Nachrang gegenüber der Position des Anfechtenden innewohnte. Fehle ein solcher Nachrang, sei kein Ansatz für die Annahme einer drittschützenden Wirkung zugunsten der bereits tätigen Vertragsärzte gegeben und könne in einem Verfahren der defensiven Konkurrentenklage auch keine inhaltliche Überprüfung stattfinden.

44

An diesen Erwägungen hält der Senat im Grundsatz fest. Ob sie auch auf die Drittanfechtung einer Zweigpraxisgenehmigung anwendbar sind, bedarf vorliegend keiner abschließenden Entscheidung. Zwar sprechen durchaus Gründe dafür, eine Willkürkontrolle jedenfalls bei Genehmigungen, die - anders als die Dialysegenehmigung - konkret versorgungsbezogen erteilt werden, auch außerhalb des für eine reguläre defensive Konkurrentenklage erforderlichen strikten rechtlichen Nachrangverhältnisses zuzulassen. Jedoch würde sich auch hieraus für die Klägerin keine Anfechtungsberechtigung ergeben, weil ein willkürliches Handeln der Beklagten nicht erkennbar ist.

45

bb) Der Maßstab für die Beurteilung behördlicher Entscheidungen in Zulassungssachen (oder vergleichbaren Genehmigungsverfahren) als willkürlich ist dabei nach der Senatsrechtsprechung ([BSGE 90, 207](#), 211 = [SozR 3-1500 § 54 Nr 47](#) S 105 f, aaO) den Grundsätzen zu entnehmen, die das BVerfG aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ([Art 3 Abs 1 GG](#)) in seiner Ausprägung als Willkürverbot entwickelt und insbesondere im Rahmen der verfassungsgerichtlichen Kontrolle gerichtlicher Entscheidungen näher ausgeformt hat. Danach sind gerichtliche Entscheidungen willkürlich, wenn sie unter keinem denkbaren Aspekt rechtlich vertretbar sind und sich daher der Schluss aufdrängt, dass sie auf sachfremden Erwägungen beruhen. Das ist anhand objektiver Kriterien festzustellen. Fehlerhafte Rechtsanwendung allein macht eine Gerichtsentscheidung nicht willkürlich. Willkür liegt vielmehr erst vor, wenn gravierende Rechtsverstöße vorliegen und diese den Kläger schwer beeinträchtigen (so die Konkretisierung des Willkürmaßstabes, siehe [BSGE 98, 98](#) = [SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), jeweils RdNr 31).

46

Von einer krassen Missdeutung kann jedoch nicht gesprochen werden, wenn das Gericht sich mit der Rechtslage auseinandersetzt und seine Auffassung nicht jeden sachlichen Grundes entbehrt ([BSGE 90, 207](#), 211 f = [SozR 3-1500 § 54 Nr 47](#) S 106 unter Hinweis auf [BVerfGE 87, 273](#), 278f und 96, 189, 203). Diesen Anforderungen genügen die von der Beklagten erteilten Genehmigungen jedenfalls. Auch wenn nach Aktenlage Zweifel daran bestehen mögen, dass die Filialtätigkeit der Beigeladenen zu einer Verbesserung der Versorgung in R. führt, hat sich die Beklagte zumindest im Widerspruchsbescheid erkennbar mit der - zum Zeitpunkt ihrer Entscheidung neuen - Rechtslage auseinandergesetzt. Zudem belegen die unterschiedlichen in Rechtsprechung und Schrifttum geäußerten Auffassungen zu den Voraussetzungen einer Zweigpraxisgenehmigung, dass die von der Beklagten herangezogenen Gesichtspunkte jedenfalls vertretbar sind.

47

cc) Was unter dem Begriff der "Verbesserung" konkret zu verstehen ist, ist in Schrifttum und Rechtsprechung umstritten. Außer Zweifel steht allein, dass die Genehmigung einer Zweigpraxis im Falle von Unterversorgung stets eine Verbesserung darstellt (ebenso LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10.12.2008 - [L 11 KA 47/08](#) - juris RdNr 52; Sächsisches LSG, Urteil vom 24.6.2009 - [L 1 KA 8/09](#) - juris RdNr 50; Pawlita in, jurisPK - SGB V, 2008, § 95 RdNr 238). Demgegenüber bedürfen der Begriff der "Verbesserung" und die an sein Vorliegen zu stellenden Anforderungen in ausreichend oder gar übertroffenen Planungsbereichen der Präzisierung.

48

Unter Hinweis darauf, dass in gesperrten Planungsbereichen jede weitere vertragsärztliche Tätigkeit grundsätzlich im Widerspruch zu den Zielen des Bedarfsplanungsrechts stehe, wird die Auffassung vertreten, dass die Auslegung des Begriffes "Verbesserung" unter Heranziehung der - auch für eine Sonderbedarfszulassung geltenden - Kriterien des § 24 Buchst a und b *ÄBefarfpfRL* zu erfolgen habe, also ein lokaler quantitativer Versorgungsbedarf oder ein besonderer qualitativer Versorgungsbedarf vorliegen müsse (Liebold-Zalewski, Kassenarztrecht, Stand: Juni 2007, § 24 *Ärzte-ZV RdNr E 24-5*; ebenso noch Schallen, Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten, 6. Aufl 2008, § 24 *Ärzte-ZV RdNr 647*; in diesem Sinne auch Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, 2008, § 20 RdNr 32). Dem kann schon deshalb nicht gefolgt werden, weil dann eine - nicht erfolgte - Bezugnahme auf diese Vorschriften im Normtext zu erwarten gewesen wäre. Im Übrigen ist eine Zweigpraxisgenehmigung - wie bereits dargelegt - nicht vom Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs abhängig.

49

Nichts anderes gilt aus den oben dargelegten Gründen auch für die in Schrifttum und Rechtsprechung - ohne Heranziehung der Bedarfsplanungsrichtlinien - vertretene Auffassung, in gesperrten Planungsbereichen seien grundsätzlich auch bedarfsplanerische Gesichtspunkte zu berücksichtigen (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10.12.2008 - [L 11 KA 47/08](#) - juris RdNr 52; SG Düsseldorf, Urteil vom 1.7.2009 - S [2 \(14\) KA 173/07](#) - juris RdNr 23; so wohl auch Schleswig-Holsteinisches LSG, Beschluss vom 13.2.2008 - [L 4 B 663/07 KA ER](#) - juris RdNr 24; Sächsisches LSG, Urteil vom 24.6.2009 - [L 1 KA 8/09](#) - juris RdNr 50; Schallen, aaO, 7. Aufl. 2009, § 24 *Ärzte-ZV RdNr 86*; Harney/Müller, NZS 2008, 286, 288 ("indizielle Wirkung"); Dahm, MedR 2008, 175, 177). Dass den Krankenkassen und Leistungserbringern nach [§ 70 SGB V](#) generell der gesetzliche Auftrag zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung der Versicherten auferlegt ist, rechtfertigt es nicht, durch restriktive Anforderungen den erkennbaren Willen des Gesetzgebers zu unterlaufen, die Möglichkeit zur Gründung von Zweigpraxen zu erleichtern (so aber LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10.12.2008 - [L 11 KA 47/08](#) - juris RdNr 52, unter Hinweis auf Hessisches LSG, Beschluss vom 29.11.2007 - [L 4 KA 56/07 ER](#)).

50

Andererseits steht außer Frage, dass ungeachtet der damit verbundenen Erweiterung der Möglichkeiten der Arztwahl nicht bereits das bloße Hinzutreten eines weiteren Behandlers eine Verbesserung der Versorgung darstellt; dies folgt bereits daraus, dass es andernfalls der einschränkenden Voraussetzung "Verbesserung" nicht bedürft hätte (ganz hM: Schleswig-Holsteinisches LSG, Beschluss vom 10.7.2008 - [L 4 B 405/08 KA ER - NZS 2009, 530](#) = MedR 2008, 683 = Breith 2008, 833 = [GesR 2008, 551](#); SG Dortmund, Beschluss vom 22.1.2008 - [S 16 KA 171/07 ER](#) -, [MedR 2008, 242](#); SG Marburg, Urteil vom 7.3.2007 - [S 12 KA 701/06](#) - juris RdNr 54, ebenso Urteil vom 10.12.2008 - [S 12 KA 115/08](#) - juris RdNr 22; Wollersheim, GesR 2008, 281, 283; Pawlita aaO, § 95 RdNr 239; unklar Orłowski/Halbe/Karch, Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, aaO, S 97, 98). Nach der Rechtsprechung des Senats ist es im Übrigen nicht Aufgabe der KÄV, die Versorgung der Versicherten in der Weise zu optimieren, dass sie in jedem Ort bzw Ortsteil die Auswahl zwischen mindestens zwei am Ort praktizierenden Vertragsärzten haben (s hierzu schon [BSGE 77, 188](#), 191 = [SozR 3-2500 § 75 Nr 7 S 28](#)); auch ein entsprechender Anspruch der Versicherten besteht ungeachtet der in [§ 76 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) verbrieften Arztwahlfreiheit nicht (BSGE aaO S 193 = [SozR aaO S 30 f](#)). Auch das mit der Tätigkeit weiterer Leistungserbringer verbundene erhöhte Leistungsangebot stellt per se noch keine Verbesserung dar, sofern die betroffenen Leistungen bereits am Ort angeboten werden.

51

Erforderlich, aber auch ausreichend ist es vielmehr, dass das bestehende Leistungsangebot zum Vorteil für die Versicherten in qualitativer - unter bestimmten Umständen aber auch in quantitativer - Hinsicht erweitert wird. Dem entspricht jedenfalls im Kern die in Rechtsprechung und Schrifttum vertretene Auffassung, welche eine Verbesserung ("wenigstens") dann als gegeben ansieht, wenn eine "Bedarfsflücke" besteht, die zwar nicht unbedingt geschlossen werden muss, die aber nachhaltig eine durch Angebot oder Erreichbarkeit veränderte und im Sinne der vertragsärztlichen Versorgung verbesserte Versorgungssituation herbeiführt (SG Marburg, Urteil vom 7.3.2007 - [S 12 KA 701/06](#) - juris RdNr 54, ebenso ua Urteil vom 5.11.2008 - [S 12 KA 519/08](#) - juris RdNr 19; Pawlita aaO, § 95 RdNr 236; ebenso jetzt auch Schallen aaO, 7. Aufl. 2009, § 24 *Ärzte-ZV RdNr 88*; Bäune in Bäune/Meschke/Rothfuß, Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, 2008, § 24 *Ärzte-ZV RdNr 39*). Allerdings erweckt diese Auffassung durch das Abstellen auf eine "Bedarfsflücke" den - unzutreffenden - Eindruck, dass Bedarfsplanungsgesichtspunkte zu berücksichtigen sind; sachgerecht ist es, den Begriff "Bedarfsflücke" durch den Begriff "qualifizierte Versorgungsverbesserung" zu ersetzen (so auch Bäune aaO).

52

Bei der Prüfung einer Versorgungsverbesserung ist - anders als bei der Bedarfsplanung - nicht auf den Planungsbereich abzustellen, sondern auf den "weiteren Ort", an dem die Zweigpraxis betrieben werden soll. Eine Versorgungsverbesserung dürfte in erster Linie bei einer qualitativen Veränderung des Leistungsangebots gegeben sein. Dies ist etwa dann der Fall, wenn der in der Zweigpraxis tätige Vertragsarzt im Vergleich zu den bereits vor Ort tätigen Ärzten über andere Abrechnungsgenehmigungen nach [§ 135 Abs 2 SGB V](#) verfügt oder ein differenzierteres Leistungsspektrum anbietet (Wollersheim, aaO, S 284); ebenso kommt dies in Betracht, wenn er eine besondere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anbietet, die etwa besonders schonend ist oder bessere Diagnoseergebnisse liefert (Harney/Müller, aaO, S 291). Unter gewissen Umständen kann sich auch eine lediglich quantitative Erweiterung des bestehenden Versorgungsangebots als Verbesserung im Sinne des § 24 Abs 3 *Ärzte-ZV* darstellen. Dies kommt insbesondere dann in Betracht, wenn durch das erhöhte Leistungsangebot Wartezeiten verringert werden, die - etwa wegen einer ungleichmäßigen Verteilung der

Leistungserbringer im Planungsbereich - bei den bereits vor Ort niedergelassenen Ärzten bestehen (so auch Wollersheim, aaO; Orłowski/Halbe/Karch, aaO, S 98). Als Versorgungsverbesserung können auch besondere organisatorische Maßnahmen angesehen werden, wie etwa das Angebot von Abend- und Wochenendsprechstunden (Wollersheim, aaO). Im Einzelfall - allerdings wohl nur bei größeren "weiteren Orten" im Sinne des § 24 Abs 3 Ärzte-ZV - kann dies auch im Falle einer besseren Erreichbarkeit des Filialarztes gelten (Orłowski/Halbe/Karch, aaO, S 98). Letztlich wird auch bei diesen "quantitativen" Veränderungen - jedenfalls aus Sicht der Patienten - die Qualität der Versorgung verbessert.

53

Welches Ausmaß die Verbesserungen haben müssen, ob ihnen also ein gewisses Gewicht zukommen muss, etwa Wartezeiten deutlich reduziert werden müssen (so Bäune in Bäune/Meschke/Rothfuß, aaO, § 24 Ärzte-ZV RdNr 39; aA Harney/Müller, NZS 2008, 286, 289), lässt sich nicht abstrakt abschließend beurteilen. Sicherlich reichen weder minimale, für die Versicherten kaum spürbare ("kosmetische") Veränderungen, noch dürfen umgekehrt die Anforderungen so hoch gespannt werden, dass der beabsichtigte Zweck einer Förderung der Filialtätigkeit verfehlt würde; dies wäre der Fall, wenn die an eine Zweigpraxisgenehmigung gestellten Anforderungen denen der "Erforderlichkeit" nach altem Rechtszustand entsprächen (so auch Harney/Müller, aaO). Innerhalb dieser Grenzen unterfällt die Entscheidung letztlich dem Beurteilungsspielraum der KÄVen bzw der Zulassungsgremien.

54

Ein solcher Beurteilungsspielraum bei der Prüfung des Tatbestandsmerkmals "Verbesserung der Versorgung der Versicherten" steht den mit der Entscheidung betrauten Behörden - den KÄVen im Falle des § 24 Abs 3 Satz 2 Ärzte-ZV bzw den Zulassungsgremien im Falle des § 24 Abs 3 Satz 3 Ärzte-ZV - zu. Ein derartiger Spielraum wird den Zulassungsgremien (insbesondere) bei der Bewertung zugebilligt, ob und inwieweit ein - für eine Ermächtigung wie für eine Sonderbedarfszulassung erforderlicher - besonderer Versorgungsbedarf besteht (zuletzt BSG, Urteil vom 17.6.2009 - [B 6 KA 38/08 R](#) - SozR 4-2500 § 101 Nr 5, RdNr 26; zusammenfassend BSG, Urteil vom 2.9.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) - RdNr 15 mwN, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Ebenso hat das BSG der KÄV bei der Beantwortung der Frage, ob der Betrieb einer Zweigpraxis (nach altem Recht) zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung in einer Gemeinde oder einem Ortsteil notwendig ist, einen Beurteilungsspielraum eingeräumt ([BSGE 77, 188](#), 191 = [SozR 3-2500 § 75 Nr 7](#) S 29). Für die Beurteilung einer Versorgungsverbesserung gilt nichts anderes, weil die ortsnahen fachkundigen KÄVen auch hier nur ungefähr entscheiden können, ob das Angebot der Zweigpraxis zu einer Verbesserung der Versorgung vor Ort führt.

55

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach hat die Klägerin die Kosten des erfolglos eingelegten Rechtsmittels zu tragen ([§ 154 Abs 2](#) und 3 iVm [§ 159 Satz 1 VwGO](#)), einschließlich der Kosten der Beigeladenen, die sich am Verfahren beteiligt und auch Anträge gestellt haben ([§ 162 Abs 3 VwGO](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2010-03-30